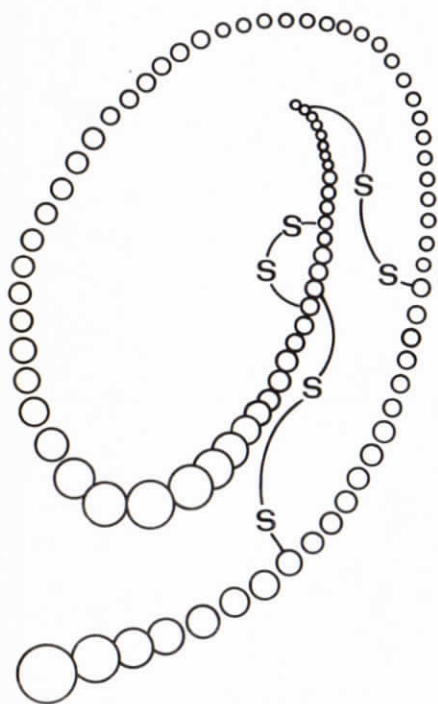




Δ.Ε.Β.Ε.



6ο συνεδριο

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

6 - 7 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1992
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

6ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

**της
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**



6 - 7 Νοεμβρίου 1992

**Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς
Θεσσαλονίκη**

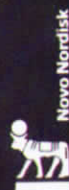


NovoLet™

Η μοναδική προγεμισμένη σύριγγα ινσουλίνης



Novo Nordisk Hellas Ltd.
Μεσογείων 518
153 42 Αγία Παρασκευή
Τηλ. 6003.811-13
Ναπολέοντος Ζέρβα 14
546 40 Θεσσαλονίκη
Τηλ. 858.532



**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

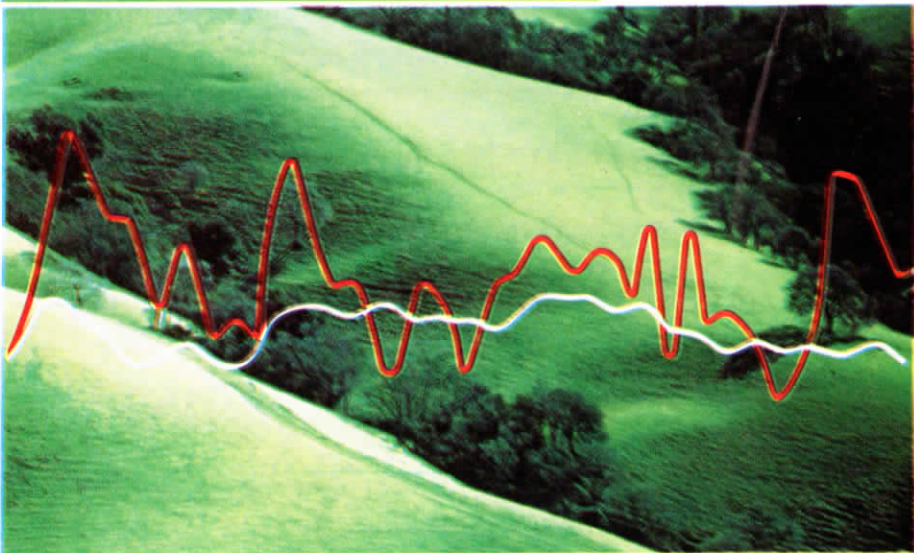
Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

- 08.00-08.30 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
- 08.30-08.45 ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΗ ΠΡΟΕΔΡΟΥ -
ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
- 08.45-10.45 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 10.45-11.15 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.15-13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 15.00-16.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 16.30-17.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 17.00-17.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 17.45-19.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 19.00-19.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 19.30-21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Σάββατο 7 Νοεμβρίου

- 08.30-09.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 09.30-09.50 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 09.50-10.50 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 10.50-12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 12.00-12.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 12.30-13.15 ΟΜΙΛΙΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ
A.J.M. BOULTON
- 13.15 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ
ΜΕΛΩΝ ΔΕΒΕ
- 15.30-16.45 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 16.45-18.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 18.00-18.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 18.30-20.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Μετά από 30 χρόνια, μια νέα αρχή
στη θεραπεία του Σακχαρώδους Διαβήτη. Από την Bayer



Glucobay.[®] Μια φυσική θεραπευτική προσέγγιση για τον έλεγχο του Σακχαρώδους Διαβήτη.

ΟΝΟΜΑ ΔΡΑΣΤΙΚΗΣ ΟΥΣΙΑΣ: ACARBOSE
AKARBOZH

ΣΥΝΘΕΣΗ

1 δισκίο GLUCOBAY των 50 περιέχει 50 mg ακαρβόζης.
1 δισκίο GLUCOBAY των 100 περιέχει 100 mg ακαρβόζης.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Σακχαρώδης διαβήτης μη εξαρτώμενος από την ινσουλίνη. Για τη συμπληρωματική ρύθμιση πασχόντων από σακχαρώδη διαβήτη (τύπου II), για τους οποίους η θεραπεία μόνο με διαίτα ή με διαίτα και σουλφονουρία ή με οκταόσημα μεταφορμίνης είναι ανεπαρκής.

Εξαρτώμενο από την ινσουλίνη σακχαρώδη διαβήτη (τύπου I) ως συμπλήρωμα της αγωγής με ινσουλίνη.

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

Υπεραισθησία στην ακαρβόζη.

Επειδή δεν υπάρχει ακόμα αρκετή εμπειρία σχετικά με τα αποτελέσματα και την ανοχή του GLUCOBAY σε παιδιά, το φάρμακο δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 18 ετών.

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με GLUCOBAY, όπως και μετά την κατανάλωση οσπρίων ή ωμών λαχανικών, μπορεί να παρουσιασθεί τυμπανισμός ή εντερικοί ήχοι, κάποια φορά συνοδευόμενα με αίσθημα πληρότητας και, σπάνια, με κοιλιακό άλγος.

Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι, τις περισσότερες φορές, υποφερτές, και γενικά υποχωρούν πλήρως τις πρώτες εβδομάδες ή μήνες. Τα κόπρανα γίνονται κάπως πιο μαλακά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με GLUCOBAY. Σε σπάνιες περιπτώσεις, αν η δοσολογία είναι πολύ υψηλή ή αν συγχρόνως με το φάρμακο καταναλώνεται μεγάλη ποσότητα επιτραπέζιου ζάχαρης (καλαμοσάκχαρο), μπορούν επίσης να παρουσιασθούν ισχυρές έως διαρροϊκοειδείς κενώσεις. Αν δεν τηρηθεί η συνιστώμενη διαβητική διαίτα, μπορούν να αυξηθούν οι εντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Εάν, παρόλη την τήρηση της συνιστώμενης διαβητικής διαίτας, παρουσιασθούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, τότε - μετά από συμβουλή γιατρού - η δόση πρέπει να μειωθεί προσωρινά ή οριστικά.

Σε μεμονωμένες περιπτώσεις μια ασυμπτωματική αύξηση των τρανσαμινασών μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διάρκεια της θεραπείας με το GLUCOBAY. Αυτό το αποτέλεσμα εξαφανίζεται τελείως μετά τη διακοπή της θεραπείας με GLUCOBAY.

ΠΡΟΣΟΧΗ ΣΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Σε χρόνιες παθήσεις του εντέρου, που συνοδεύονται από σφαιρά διαταραγμένη πέψη και απορρόφηση, το GLUCOBAY πρέπει να χρησιμοποιείται με ιδιαίτερη προσοχή.

Σε καταστάσεις, που μπορούν να χειροτερέψουν από τον αυξημένο σχηματισμό αερίων στο έντερο (όπως π.χ. στο σύνδρομο του Roemheld, στις μεγάλες κήλες, στις στενώσεις ή έλκη του εντέρου), απαιτείται επίσης ιδιαίτερη προσοχή στη χορήγηση του GLUCOBAY.

ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

Επειδή η αποστελεματικότητα και η ανοχή μπορούν να διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή, η δοσολογία πρέπει να καθορίζεται από το γιατρό ξεχωριστά για κάθε άτομο.

Εκτός και αν οριστεί διαφορετικά, η δόση είναι η ακόλουθη:

Αρχικά 3x1 δισκία των 50 mg την ημέρα ή 3x1/2 δισκία των 100 mg την ημέρα.

Στη συνέχεια 3x2 δισκία των 50 mg την ημέρα ή 3x1 δισκία των 100 mg την ημέρα.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ

Τα δισκία GLUCOBAY πρέπει είτε να καταποθούν ολόκληρα με λίγο υγρό απ' ευθείας πριν από το γεύμα ή να καταποθούν ολόκληρα στην αρχή του γεύματος.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ

GLUCOBAY* 50: 2 BLISTERS ΤΩΝ 15 ΣΕ ΚΟΥΤΙ ΤΩΝ 30 ΔΙΣΚΙΩΝ

GLUCOBAY* 100: 2 BLISTERS ΤΩΝ 15 ΣΕ ΚΟΥΤΙ ΤΩΝ 30 ΔΙΣΚΙΩΝ

GLUCOBAY* 50 mg X.T. 1.467 δρχ. N.T. 1.276 δρχ. A.T. 2.139 δρχ.

GLUCOBAY* 100mg X.T. 2.063 δρχ. N.T. 1.795 δρχ. A.T. 3.008 δρχ.

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

NEO!



Το Αξιόπιστο Αγγειοδραστικό
με την Απαράμιλλη Δοσολογία:

1x1



600

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

08.45-10.45 Προεδρείο : Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ
Κ. ΒΟΛΙΩΤΗΣ

1. Η χρησιμότητα της φρουκτοζαμίνης στη ρύθμιση της γλυκόζης σε διαβητικούς τύπου II με πρόσφατη έναρξη ινσουλινοθεραπείας

Χ. Γιαννούλη, Α. Παπά, Η. Ευθυμίου, Θ. Τζώτζας, Γ. Καμπουράκης

Ενδοκρινολογική Κλινική - Μικροβιολογικό Εργαστήριο.
Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ «Παναγία» Θεσσαλονίκη

2. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}) σε λοιμώξεις ανωτέρου και κατωτέρου αναπνευστικού

Δ. Παπαϊωαννίδης, Ο. Περίδης, Ι. Ξανθόπουλος, Α. Μιχαλόπουλος, Α. Γρηγοράκος, Γ. Νούσιος

Παν/κή Παθολ. Κλινική και ΚΑΑ-ΜΕΘ ΝΝΘΑ, Εργαστ. Ιατροδικαστικής - Τοξικολογίας Παν/μίου Αθηνών και ΩΡΛ Κλινική ΓΝ «Ιπποκράτειο» Θεσ/νίκης

3. Επίπεδα αποπρωτεϊνών Α₁ και Β σε διαβητικούς ασθενείς

Μ. Αλεβίζος, Μ. Καραμούζης, Μ. Αρχανιωτάκη, Α. Αδαμίδου, Γ. Ζιάκας*

Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.

*Βιοχημικό Εργαστήριο Α.Π.Θ.



ABBOTT LABORATORIES (ΕΛΛΑΣ) ΑΒΕΕ

ΑΘΗΝΑ: Λεωφ. Συγγρού 194, 17671, Κολακιά, Τηλ. 9505911

ΘΕΣ/ΝΙΚΗ: Λεωφ. Μ. Αλεξάνδρου 15, 54640, Τηλ. 810470

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

4. Πόσο σωστή είναι η παρακολούθηση των διαβητικών από μη ειδικούς στην Ελλάδα
N.A. Σάϊλερ, Π.Α. Κλόκκαρη, Κ. Βολιώτης
Α΄ Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης
5. Δόσεις Ινσουλίνης και Γλυκαιμικός έλεγχος
Δ. Καραμήτσος, Δ. Συρεγγέλας, Σ. Μπακατσέλος
Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ
6. Επιδημιολογία του σακχ. διαβήτη (ΣΔ) στην Ελλάδα. Ι. Μελέτη Αιγινίου: επιπολασμός του ΣΔ στην τρίτη ηλικία
N. Παπάζογλου, Ρ. Χατζημητροφάνους, Ε. Παπαδέλη, Κ. Τζούνας, Χρ. Μανές, Γ. Σκαραγκάς, Ι. Κοντογιάννης, Π. Τσακίρακης
Παθολ. Κλιν. - Διαβ. Κέντρο Α΄ Γ.Ν. «Άγιος Παύλος» και Κ.Υ. Αιγινίου - Πιερίας
7. Επιδημιολογία του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) στην Ελλάδα. ΙΙ. Νομός Έβρου
N. Παπάζογλου, Χρ. Μανές, Ι. Γκιριτζής, Δ. Χριστακίδης, Ι. Νικολαΐδης, Χ. Κίτσιος, Β. Στάθης, Κ. Σουλής, Ν. Γκότσης
Παθολογ. Κλινική - Διαβητολ. Κέντρο Α΄ Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»
Προπαιδ. Παθολ. Κλινική Δημοκriteίου Πανεπιστημίου, ΙΚΑ Αλεξανδρούπολης και Διδυμοτείχου, Κέντρα Υγείας Ορεστιάδας και Σουφλίου

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

8. Επίπεδα αντιθρομβίνης III (ΑΤIII) στη διαβητική μικροαγγειοπάθεια (ΔΜΙΑ)
Ε. Ρεπαντά, Γ. Σκαραγκάς, Γ. Τριανταφύλλου, Ε. Γεωργακοπούλου, Ν. Παπάζογλου
Αιματολογικό Εργαστήριο και Παθολογική Κλινική Α΄ Γεν. Νοσ. Θεσσαλονίκης «Ο Άγιος Παύλος» (Β΄ Συγκρ.)
 9. Επίπεδα του παράγοντα von Willebrand (vWF) στον ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (ΙΣΔ)
Δ. Παπαϊωαννίδης, Ο. Περίδης, Λ. Γρηγοράκης, Α. Μιχαλόπουλος, Μ. Φωτεινού, Α. Βουτσά
Πανεπ. Παθολ. Κλιν., ΚΑΑ-ΜΕΘ και Παθολογοανατομικό Εργαστ. ΝΝΘΑ «Η Σωτηρία» και Εργαστ. Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών
 10. Τα προβλήματα της γενικής αναισθησίας σε ασθενείς με βαρεία διαβητική αμφιβλπαστροειδοπάθεια
Ο. Καβούλη, Μ. Τσάκρη, Ν. Τσέντης, Γ. Τορολοπούλου, Ι. Μωραΐτης, Η. Φερέτης
Μονάδα Υαλοειδούς και Α΄ Αναισθησιολογικό Τμήμα ΕΕΣ
- 10.45-11.15 Διάλειμμα
- 11.15-13.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Άλλοι τύποι σακχαρώδη διαβήτη
Συντονιστής: *N. Παπάζογλου*
Διαβήτης τύπου MODY
Ι. Πετρίδης
Διαβήτης συνεπεία κακής διατροφής
Δ. Συμελίδης

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

Διαβήτης και νόσοι του παγκρέατος

B. Τζέτζης

Διαβήτης και ενδοκρινολογικές νόσοι

H. Ευθυμίου

Κληρονομούμενα και επίκτητα σύνδρομα αντίστασης στην ινσουλίνη

Χρ. Μανές

Ινσουλινοπάθειες

Γ. Παπαδόπουλος

Γενετικές και άλλες διαταραχές συνδυαζόμενες με σακχαρώδη διαβήτη

Κ. Σουλής

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

15.00–16.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

1. Αντιμετώπιση της διαβητικής νεφροπάθειας με εφαρμογή ειδικής διαίτας - πτωχής σε πρωτεΐνες
A. Ντόβας, A. Χαχόπουλος
Β΄ Παθολογική Κλινική Περιφ. Γεν. Νοσοκομείου Λάρισας
2. Η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) σε ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτημένο σακχαρώδη διαβήτη (ΜΙΣΔ)
E.M. Πάγκαλος, Σ. Θεοδωρίδης, Δ. Κυρατζής, Μ. Παζαρλόγλου, A. Τσίντος, A.Γ. Μηλιώνης
Α΄ Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν. «Παπανικολάου»
3. Συχνότητα εμφάνισης επώδυνων συμπτωμάτων σε διαβητικούς με νευροπάθεια και εμφάνιση ή όχι έλκους στα κάτω άκρα
X. Μανές, Αρ. Βέβες, H. Murray, AJM. Boulton
Department of Medicine, Manchester Royal Infirmary, Manchester, U.K.
4. Αποτελεσματικότητα της Μεξιλιτίνης στην επώδυνη διαβητική νευροπάθεια
Σ. Μπακατσέλος, Γ. Κούρτογλου, E. Κούτλας, Φ. Χαρσούλης, Δ. Καραμήτσος
Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

5. Χορήγηση Τολρεστάτης στη διαβητική νευροπάθεια

A. Κερασώτης, A. Παπάς, Π. Γεωργιάδης, Λ. Παπαγρηγορίου, Δ. Μαριδάκη, Φ. Καλδρυμίδης

Ενδοκρινολογικό Τμήμα Γ.Π.Α.Ν.Π. «Μεταξά» Πειραιάς

6. Επίπτωση μακροαγγειοπάθειας (ΜΑΚ) στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) τύπου II

Δ. Συμελίδης, Ν. Γεωργιάς, Ι. Κακουλίδης, Δ. Ζούτσος, Σ. Βαρυτιμίδης, Ν. Ζανδές

Εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο και χειρουργική κλινική του Ν.Γ.Κ. Νοσοκομείου Κοζάνης

7. Εκτίμηση της αιματώσεως των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς

M. Βρεπτός, Χ. Σπυρίδης, Ε. Σμπαρούνη, Χ.Ν. Σμπαρούνης

Β' Προπ. Χειρουργική Κλινική Ιπποκράτειο Γεν. Περ. Νοσ. Θεσσαλονίκης

16.30–17.00 Διάλειμμα

- 17.00–17.45 Στρόγγυλη Τράπεζα: Κλινικά προβλήματα στο σακχαρώδη διαβήτη

Συντονιστής: *Κ. Βολιώτης*

NIDDM - Κλινικά χαρακτηριστικά - Φυσική εξέλιξη

Παν. Κούγιας

IDDM - Κλινικά χαρακτηριστικά - Φυσική εξέλιξη

Δημ. Χριστακίδης

Έκβαση και πρόγνωση του σακχαρώδη διαβήτη

Ν. Σάιλερ

Παρασκευή 6 Νοεμβρίου

- 17.45–19.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Σακχαρώδης διαβήτης και κύηση

Συντονιστής: *M. Μαρόπουλος*

Αντισύλληψη για τη διαβητική γυναίκα

Γ. Βλάσσης

Τερατογένεση στη διαβητική έγκυο

Ι. Τζαφέτας

Οι υπέρηχοι στην παρακολούθηση διαβητικών εγκύων

Ν. Πράπας

19.00–19.30 Διάλειμμα

- 19.30–21.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Διαβητική αμφιβλοστροειδοπάθεια

Συντονιστής: *Κ. Ζησιάδης*

Επιδημιολογία της διαβητικής αμφιβλοστροειδοπάθειας

Β. Νανάς

Παθογένεια της διαβητικής αμφιβλοστροειδοπάθειας

Ιφιγ. Πανίδου

Βλάβες, εξέλιξη και θεραπεία ΔΑ

Γ. Τριανταφύλλου

Χειρουργική αντιμετώπιση του διαβητικού οφθαλμού

A. Νικολακόπουλος

Σάββατο 7 Νοεμβρίου

08.30–09.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

1. Διαβητική σακχαραιμική καμπύλη σε μεγαλακρικούς υπό αγωγή με οκτρεοτίδη

Κ.Α. Καραϊσκος, Λ. Παπαγρηγορίου, Α. Κερασώτης, Μ. Ζαχαρίου, Α. Παππάς, Π. Γεωργιάδης, Δ. Μαριδάκη, Φ. Καλδρυμίδης

Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Γ.Π.Α.Ν. «Μεταξά» Πειραιά

2. Επίδραση της φαρμακευτικής αναστολής της λιπόλυσης στο μεταβολικό έλεγχο ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Π. Λαθούρης, Χ. Τούντας, Α. Κοφίνης, Ι. Σαφλιάνης, Δ. Ρούση-Παινέση, Β. Καραμάνος

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

3. Τα επίπεδα χοληστερίνης και HDL σε σχέση με τη διατροφικώς προσλαμβανόμενη χοληστερίνη

Θ.Κ. Τυλλής, Α.Ε.Γ. Αλαβέρας, Ι.Σ. Λιόσης, Κ.Α. Τσιρώνης, Γ.Α. Χαλιώτης, Π.Δ. Χριστακόπουλος

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

4. Αποτελεσματικότητα και μεταβολικές επιδράσεις της νιτρενδιπίνης σε υπερτασικούς διαβητικούς ασθενείς τύπου II

Χ. Τούντας, Α. Κοφίνης, Ι. Σαφλιάνης, Π. Λαθούρης, Β. Καραμάνος

Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών

09.30–09.50 Διάλειμμα

Σάββατο 7 Νοεμβρίου

- 09.50–10.50 Στρόγγυλη Τράπεζα: Επείγουσες μεταβολικές επιπλοκές στο σακχαρώδη διαβήτη
Συντονιστής: *Μ. Αλεβίζος*
Διαβητική οξέωση
Α. Χαμαλίδου
ΜΚΥΔΚ και γαλακτική οξέωση
Ι. Γκιριτζής
Υπογλυκαιμία
Γ. Παπαλεξίου
Προβλήματα ρύθμισης γλυκαιμίας κατά τη νύκτα
Μ. Αρχανιωτάκη
- 10.50–12.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Ινσουλινοθεραπεία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου II
Συντονιστής: *Δ. Καραμήτσος*
Η δράση της ινσουλίνης στον ΣΔ τύπου II
Σ. Μπακατσέλος
Κριτήρια έναρξης ινσουλινοθεραπείας
Εμ. Πάγκαλος
Δόσεις-σχήματα ινσουλινοθεραπείας
Τ. Διδάγγελος
Ανεπιθύμητες επιδράσεις της ινσουλινοθεραπείας
Δ. Συρεγγέλας
- 12.00–12.30 Διάλειμμα
- 12.30–13.15 Ομιλία καθηγητού A.J.M. Boulton
Διαβητική νευροπάθεια
- 13.15 Γενική συνέλευση μελών ΔΕΒΕ

Σάββατο 7 Νοεμβρίου

- 15.30–16.45 Στρόγγυλη Τράπεζα: Μικροαγγειοπάθεια
Συντονιστής: *Ι. Γιώβος*
Παράγοντες μικροαγγειακών επιπλοκών στο σακχαρώδη διαβήτη
Α. Ευθυμιάδης
Παθοφυσιολογία της μικροαγγειακής βλάβης
Γ. Σκαραγκάς
Βιοχημική βάση της μικροαγγειακής βλάβης
Α. Γεωργαλά
Μηχανισμός της μικροαγγειακής λειτουργίας στο σακχαρώδη διαβήτη
Ε. Βαφειάδου
- 16.45–18.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Διαβητική νεφροπάθεια
Συντονιστής: *Γ. Βαγιωνάς*
Επιδημιολογία και φυσική εξέλιξη της ΔΝ
Π. Ευαγγέλου
Σχέσεις μεταξύ παθολογοανατομικών και λειτουργικών διαταραχών
Ιφ. Μαγούλα
Αιτιολογία και παθογένεια της διαβητικής νεφροπάθειας
Δ. Γραϊκας
Κλινικά χαρακτηριστικά και αντιμετώπιση της διαβητικής νεφροπάθειας
Κ. Σιώμπολος
- 18.00–18.30 Διάλειμμα

Σάββατο 7 Νοεμβρίου

18.30–20.00 Στρόγγυλη Τράπεζα: Νεανικός σακχαρώδης διαβήτης (ΝΣΔ)

Συντονιστής: *Ι. Καρούζας*

Θεραπευτική αντιμετώπιση του ΝΣΔ στα πρώτα τρία χρόνια της ζωής

Γ. Κατζός

Θεραπευτική αντιμετώπιση του ΝΣΔ στην εφηβική ηλικία

Μ. Παπαδοπούλου

Επιπλοκές του ΝΣΔ. Είναι δυνατόν να αποφευχθούν;

Ολ. Λεκίδου

Νεανικός ΣΔ. Υπάρχει πρόληψη;

Ι. Ρούσσο

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΠΟΠΡΩΤΕΙΝΩΝ Α_I ΚΑΙ Β ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μ. Αλεβίζος, Μ. Καραμούζης*, Μ. Αρχανιωτάκη,
Α. Αδαμίδου, Γ. Ζιάκας

Α' Παθολογική Προπαιδευτική Κλινική Α.Π.Θ.

* Βιοχημικό Εργαστήριο Α.Π.Θ.

Η διαταραχή του μεταβολισμού των λιπιδίων που εμφανίζεται συχνά στον διαβήτη είναι πιθανώς μια από τις αιτίες της αυξημένης αθηροσκλήρωσης των διαβητικών. Μελετήθηκαν με ραδιοανοσοχημικές μεθόδους τα επίπεδα των αποπρωτεϊνών Α_I και Β σε 109 διαβητικούς ασθενείς (68 γυναίκες και 41 άνδρες) του Διαβητολογικού Ε.Ι.ΑΧΕ-πα. Εγινε συσχέτιση των τιμών αυτών με το φύλο και την ηλικία των ασθενών καθώς και με το είδος της θεραπείας.

Η μέση τιμή της Αρο Α_I βρέθηκε $1,829\text{g/L} \pm 0,131$ της δε Αρο Β $1,492\text{g/L} \pm 0,053$.

1. Οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερη τιμή Α_I από τους άνδρες ($1,921 \pm 0,192$ έναντι $1,676 \pm 0,137$) ενώ οι τιμές της Αρο Β συνέπεσαν ($1,493$ έναντι $1,490$). 2. Οι ασθενείς >55 ετών είχαν μέση τιμή Α_I $1,812 \pm 0,152$ και Β $1,483 \pm 0,062$, ενώ οι <55 ετών είχαν $1,874 \pm 0,258$ και Β $1,515 \pm 0,104$ αντίστοιχα. 3. Οι ασθενείς υπό ινσουλίνη (29 άτομα) είχαν ελαφρώς χαμηλότερη τιμή Αρο Α_I και Β από τους ασθενείς που έπερναν δισκία ή ακολουθούσαν μόνο δίαιτα ($1,718$ έναντι $1,869$ για την Α_I και $1,407$ έναντι $1,523$ για τη Β).

Συμπεραίνεται ότι τα επίπεδα των αποπρωτεϊνών Α_I και Β στους διαβητικούς ασθενείς είναι ανεξάρτητα του τρόπου θεραπείας και της ηλικίας των ασθενών· μόνο το φύλο επηρεάζει την τιμή της Α_I αποπρωτεΐνης.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧ.ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ. 1. ΜΕΛΕΤΗ ΑΙΓΙΝΙΟΥ: Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ
ΣΔ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.

Ν. Παπάζογλου, Ρ. Χατζημητροφάνους, Ε. Παπαδέλη
Κ. Τζούνας, Χρ. Μανές, Γ. Σκαραγκιάς, Ι. Κοντογιάν-
νης, Π. Τσακிரάκης

Παθολ. Κλιν.-Διαβ. Κέντρο Α.Γ.Ν. "ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ"
και Κ.Υ. Αιγινίου-Πιερίας

Σκοπός: Η διαπίστωση του επιπολασμού του Σ.Δ.
και της Παθολογικής ανοχής γλυκόζης σε άτομα
3ης ηλικίας

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκε το σύνολο του Δή-
μου Αιγινίου ως εξής

- 1) Καταγραφή όλων των κατοίκων (5875:2866Α.3009θ)
- 2) " " " " >65ετών (647:302Α.345θ)
- 3) " " " γνωστών διαβητικών >65ετών
(58 άτομα) και <65ετών (45 άτομα)
- 4) Μέτρηση γλυκόζης αίματος νηστείας στους υπό-
λοιπους >65 ετών
- 5) Διενέργεια ΔΑΓ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 1) Ανευρέθησαν 37 "νέοι" διαβητικοί βάσει των
τιμών γλυκόζης αίματος νηστείας και 59 βάσει
της ΔΑΓ (κριτήριο WHO)
Σύνολο διαβητικών >65 ετών 154 άτομα (23,8%)
- 2) Διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης (κριτήριο WHO)
εμφάνισαν 94 άτομα (14,52%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Επιβεβαιώνεται το εκ της διεθνούς βιβλιογραφίας
υψηλό ποσοστό των διαβητικών ασθενών στην τρίτη
ηλικία, ενώ υψηλό ποσοστό διαβητικών ατόμων 3ης
ηλικίας δεν γνώριζαν την πάθησή τους.

ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΜΑΚ) ΣΤΟ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (Σ.Δ.) ΤΥΠΟΥ ΙΙ.

Δ. ΣΙΜΕΛΙΔΗΣ, Ν. ΓΕΩΡΓΙΑΣ, Ι. ΚΑΚΟΥΛΙΔΗΣ,
Δ. ΖΟΥΤΣΟΣ, Σ. ΒΑΡΥΤΙΜΙΔΗΣ, Ν. ΖΑΝΔΕΣ.

ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡ-
ΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ Ν.Γ.Κ. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ.

Σκοπός της μελέτης είναι η επίπτωση της στεφανιαίας
νόσου (Σ.Ν.), εγκεφαλικής αγγειακής νόσου και περιφερι-
κής αρτηριοπάθειας στο Σ.Δ. τύπου ΙΙ.

Μελετήθηκαν συνολικά 421 διαβητικοί μέσης ηλικίας
66±9 ετών, 151 άνδρες (36%) και 270 γυναίκες (64%). Σε
όλους έγινε ΗΚΓ και πάρθηκε ιστορικό για αγγειακό εγ-
γεφαλικό επεισόδιο (Α.Ε.Ε.). Ζητήθηκε από όλους να στα-
ντήσουν στο ερωτηματολόγιο της WHO για διαλείπουσα κω-
λότητα (Δ.Χ.). Σε όσους απάντησαν θετικά έγινε έλεγχος
των αρτηριών κάτω του γόνατος με Doppler. Επίσης ελέγ-
χθηκαν η αρτηριακή πίεση (Α.Π.), το σωματικό βάρος, τα λι-
πίδια του ορού και το κάπνισμα.

ΗΚΓ σαφώς θετικό για Σ.Ν. είχαν 160 (38%), προσβολή ΑΕΕ
ανέφεραν 41 (9,7%) και 30 (7,1%) απάντησαν θετικά για
Δ.Χ. και ο έλεγχος με Doppler έδειξε μειωμένη αιματική
ροή στους 26 από αυτούς. Η αναλογία των προσβαλλομένων
ανδρών και γυναικών ήταν 3,3/1 αντίστοιχα για την Δ.Χ.
και 1,3/1 για την Σ.Ν., ενώ βρέθηκε ελαφρά υπερχολη-
στερόλη στα Α.Ε.Ε. (1,2/1).

Η παρουσία των παραγόντων κινδύνου αναλύθηκε στατι-
στικά και έδειξε συσχέτιση της Σ.Ν. με το κάπνισμα
($p < 0,05$) και την υπερλιπιδαιμία ($p < 0,01$), της εγκεφαλι-
κής νόσου με την υπέρταση ($p < 0,01$) και της Δ.Χ. με το
κάπνισμα ($p < 0,001$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματά μας συμφωνούν με αυτά ελλη-
κών και ξένων εργασιών και δηλώνουν:

- 1) την αυξημένη συχνότητα ΜΑΚ των διαβητικών και
- 2) τη συνεργική δράση της παρουσίας περισσότερων του
ενός παραγόντων κινδύνου.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ-ΠΤΩΧΗΣ ΣΕ ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ

Αργ. Ντόβας, Α. Χαχόπουλος

Β. Παθολογική Κλινική Περιφ. Γεν. Νοσοκομείου Λάρισας.

Σκοπός της εργασίας μας ήταν η διαπίστωση της επιδράσεως ή μη της διαίτας με περιορισμένη ποσότητα πρωτεϊνών στην πρόγνωση της διαβητικής νεφροπάθειας, σε παρακολούθηση διάρκειας 1,5 έτους.

Υλικό-Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 10 διαβητικοί ασθενείς (5 άνδρες και 5 γυναίκες), ηλικίας 45-65 ετών (μέση ηλικία 57±8 έτη για τους άνδρες και 54±7,2 έτη για τις γυναίκες). Το κλινικό πρωτόκολλο είχε καθορισθεί ως εξής: Ομάδα Α (δίαιτα με περιορισμό πρωτεϊνών, ασθενείς 5): πρωτεΐνη διαίτας 0,8 - 1 gr/kg βάρους σώματος. Ομάδα Β (δίαιτα ελεύθερη σε πρωτεΐνες, ασθενείς 5). Κατά την έναρξη της μελέτης δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην ηλικία, στο βάρος του σώματος, στα επίπεδα του σακχάρου του αίματος, στην αρτηριακή πίεση και στο βαθμό της νεφροπάθειας (Κρεατινίνη ορού στην ομάδα Α 1,8 ± 0,3 mgr/dl και στην ομάδα Β 2 ± 0,4 mgr/dl).

Αποτελέσματα: Μετά πάροδο ενός έτους, παρά το γεγονός ότι δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές των επιπέδων του σακχάρου αίματος στους ασθενείς των δύο ομάδων (Σάκχαρο αιμ. 160±40 mgr% στην ομάδα Α και 180±30 mgr% στην ομάδα Β), ο εργαστηριακός έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας στην ομάδα Β παρουσίασε σημαντική επιδείνωση σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας Α (Κρεατινίνη ορού : στην ομάδα Α: 2±0,4 mgr/dl στην ομάδα Β: 3±0,5 mgr/dl).

Στο τέλος της μελέτης (πάροδος 1,5 έτους), ενώ τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος παρέμεναν σταθερά στους ασθενείς των δύο ομάδων, 2 ασθενείς της ομάδας Β χρειάστηκε να υποβληθούν σε αιμοκάθαρση, έναντι ουδενός της ομάδας Α.

Συμπέρασμα: Φαίνεται ότι η εφαρμογή ειδικής διαίτας με περιορισμό της πρωτεΐνης στα αρχικά στάδια της διαβητικής νεφροπάθειας, αποτρέπει την ταχεία επιδείνωση της εν λόγω επιπλοκής.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ VON WILLEBRAND (vWF) ΣΤΟΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΙΣΔ)

Δ. Παπαϊωαννίδης, Ο. Περίδης, Α. Γρηγοράκης, Α. Μιχαλόπουλος, Μαριάνθη Φωτεινού, Αγγελική Βουτσά

Πανεπ. Παθολ. Κλιν., ΚΑΑ-ΜΕΘ και Παθολογοανατομικό Εργαστ. ΝΝΘΑ

"Η Σωτηρία" και Εργαστ. Ιατροδικαστικής-Τοξικολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

Σκοπός της εργασίας ήταν η μέτρηση με ELISA των επιπέδων του αντιγόνου vWF (vWFAG), που αποτελεί δείκτη βλάβης και αναγέννησης του ενδοθηλίου, στον αριθμό 50 ασθενών με ΙΣΔ και η σύγκριση με τα επίπεδα 20 φυσιολ. ατόμων ίδιας ηλικίας. Ανάλογα με την ύπαρξη αγγειακών επιπλοκών και μικρολευκοματιορίας, οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες (από 16, 19 και 15 άτομα αντίστοιχα).

	Ομάδα Α	Ομάδα Β	Ομάδα Γ	Επίσητες
Αγγειακές επιπλοκές	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΝΑΙ	—
Λευκοματινή αίτην 24ώρου (mg)	<30	<30	>30	—
vWFAG ηηί (IU/dl)	103 ± 16	125 ± 23	131 ± 34	95 ± 12

Οι ασθενείς των ομάδων Β και Γ είχαν υψηλότερες τιμές vWFAG σε σχέση με τους μίσητες (p < 0,01) και την ομάδα Α (p < 0,01). Επίσης, στην ομάδα Γ οι τιμές ήταν υψηλότερες σε σχέση με την ομάδα Β (p < 0,05) και διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων vWFAG ηηί και ποσού λευκοματινής αίτην 24ώρου (r = 0,6, p < 0,05).

Συμπεραίνεται ότι: α) τα αυξημένα επίπεδα vWFAG σε ασθενείς με ΙΣΔ δηλώνουν την ύπαρξη αγγειακής βλάβης και ενεργοποίησης του ενδοθηλίου και των αιμοπεταλίων, β) η παρουσία μικρολευκοματιορίας δηλώνει όχι μόνο νεφρική προσβλή αλλά και ύλην εκτεταμένη αγγειακή βλάβη και γ) τα αυξημένα επίπεδα vWFAG στους διαβητικούς ευνοούν τη συσσώρευση και προσκόλληση αιμοπεταλίων στο ενδοθήλιο αυξάνοντας τον κίνδυνο θρομβωτικών επιπλοκών.

ΠΟΣΟ ΣΩΣΤΗ ΕΙΝΑΙ Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΜΗ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

N. A. Σαΐλερ, Π. Α. Κλόκκαρη, Κ. Βολιώτης

Α΄ Παθολογική Κλινική Ιπποκρατείου Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης.

Πολλοί διαβητικοί στην Ελλάδα παρακολουθούνται όχι από ειδικευμένους στο διαβήτη ιατρούς αλλά από Παθολόγους ή και ιατρούς άλλων ειδικοτήτων.

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας αυτής ήταν η εκτίμηση του πόσο σωστή ήταν η αντιμετώπιση των ασθενών αυτών από τους θεράποντες ιατρούς των.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Μελετήθηκαν 62 τύπου II διαβητικοί όχι νεοδιαγνωσθέντες, που προσήλθαν ή παραπέμφθηκαν για πρώτη φορά στο Διαβητολογικό μας ιατρείο. Ασθενείς που παρακολουθούντο σε διαβητολογικά ιατρεία εξαιρέθησαν.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 3 ασθενείς ελάμβαναν διγουανίδη ενώ υπήρχε αντένδειξη (2 με καρδιακή ανεπάρκεια, 1 με ηπατική ανεπάρκεια)
- 4 ελάμβαναν σουλφονουλουρία σε μεγαλύτερη δόση από ότι απαιτείτο.
- 18 ασθενείς (29%) ελάμβαναν ανεπαρκή αγωγή εκ των οποίων σε 10 χρειάστηκε αύξηση της δοσολογίας της λαμβανομένης σουλφονουλουρίας, σε 6 που ελάμβαναν μόνο σουλφονουλουρία προσετέθη και μετφορμίνη ενώ σε 2 που ήταν μόνο σε δίαιτα χορηγήθηκε μετφορμίνη.
- 6 παχύσαρκοι που ελάμβαναν σουλφονουλουρία ετέθησαν σε μετφορμίνη.
- 6 που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία ετέθησαν μόνο σε δίαιτα.
- 4 που ελάμβαναν διγουανίδη και σουλφονουλουρία χρειάστηκαν μονοθεραπεία.
- 9 ασθενείς (14,5%) που ήταν σε αντιδιαβητικά δισκία, χρειάστηκαν ινσουλίνη ενώ από τους 6 ινσουλινοθεραπευόμενους διαβητικούς οι 4 ρυθμίστηκαν μόνο με χάπια.
- 6 αρρυθμιστοί διαβητικοί ελάμβαναν ως αντιυπερτασική αγωγή διουρητικά ή b-blockers τα οποία αλλάχθηκαν με φάρμακα μη επηρεάζοντα το μεταβολισμό της γλυκόζης.
- Τέλος 14 ασθενείς (22,5%) ελάμβαναν φενφορμίνη η οποία είτε διεκόπη είτε αντικαταστάθηκε από μετφορμίνη.

- Συνολικά μόνο 11 ασθενείς (17,7%) ελάμβαναν σωστή αγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η αντιμετώπιση των διαβητικών από μη ειδικούς κρίνεται ανεπαρκής.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΙΜΑΤΩΣΕΩΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

M. Βρεττός, Χ. Σπυρίδης, Ε. Σμπαρούνη, Χ. Ν. Σμπαρούνης

B΄ Προπ. Χειρουργική Κλινική Ιπποκράτειο Γεν. Περ. Νοσ. Θεσσαλονίκης.

Στα πλαίσια ευρύτερης κλινικοεργαστηριακής έρευνας κατά την οποία μελετήθηκε ανακινώντας η αιμάτωση στα πόδια διαβητικών ατόμων, καταβλήθηκε προσπάθεια να διαπιστωθεί αν υπάρχει σχέση μεταξύ δοκτυλοβραχιόνου δείκτη (Δ Β Δ) και διαδερμικού υπολογισμού της μερικής τάσεως του οξυγόνου στο δέρμα (TePO₂). Εξετάστηκαν δυο ομάδες ατόμων και των δυο φύλων: α) 30 διαβητικά άτομα (μ.η. 57 έτη), με χρόνια αποφρακτική νόσο κάτω άκρων (Χ.Α.Α.Ν) και β) 27 διαβητικά άτομα (μ.η. 47 έτη) χωρίς (Χ.Α.Α.Ν). Εκτιμήθηκε ο δοκτυλοβραχιόνος δείκτης (Δ Β Δ) με φωτοπληθυσμογραφία (P.P.G.). Στην α ομάδα επιτεύχθηκε η μέτρηση σε 60 πόδια, ενώ στη β ομάδα σε 52 πόδια. Με την TePO₂ έγινε εκτίμηση της οξυγόνωσης του δέρματος και επιτεύχθηκε η μέτρηση σε 62 πόδια στην α ομάδα και σε 52 πόδια στη β ομάδα. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το t test και βρέθηκαν οι εξής τιμές:

PPG		TePO ₂	
α	β	α	β
\bar{X} : 0,70	0,95	39,53	45,92
SD: 0,218	0,156	16,65	13,39
t = 6,85		t = 2,22	

Έτσι διαπιστώθηκε ότι η διαφορά των τιμών του (Δ Β Δ) είναι στατιστικά λίαν σημαντική (P<0,00001) και επίσης η διαφορά των τιμών της TePO₂ είναι στατιστικά σημαντική (P<0,003). Συμπεραίνεται ότι οι δυο μέθοδοι είναι αξιόπιστοι και μπορούν να χρησιμοποιηθούν τόσο στο εξωτερικό ιατρείο όσο και στην κλινική για τη διάγνωση και παρακολούθηση διαβητικών ατόμων με ή χωρίς κλινικές εκδηλώσεις αγγειοπάθειας.

Η ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΦΡΟΥΚΤΟΖΑΜΙΝΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ
ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΜΕ
ΠΡΟΣΦΑΤΗ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Γιαννούλη Χ, Παπά Α, Ευθυμίου Η, Τζώτζας Θ,
Καμπουράκης Γ.

Ενδοκρινολογική κλινική-Μικροβιολογικό εργαστήριο
Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ, "ΠΑΝΑΓΙΑ", Θεσσαλονίκη.

Μελετήσαμε 12 ασθενείς (2 άνδρες και 10 γυναίκες) με
δυσρhythμιστο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ (ΣΔ ΙΙ) διαρκεί-
ας 1 έως 25 έτη που χρειάστηκε να υποβληθούν σε θερα-
πεία με ινσουλίνη.

Η παρακολούθηση της ρύθμισης περιελάμβανε την μέτρηση
της γλυκόζης αίματος νηστείας, της φρουκτοζαμίνης ορού
και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

Οι προσδιορισμοί έγιναν σε χρόνο 0, 1, 2, 3 και 4 εβδομάδες
μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας.

Τα αποτελέσματα έδειξαν:

1. Προοδευτική και στατιστικώς σημαντική πτώση των τιμών
της γλυκόζης αίματος από $290 \pm 45 \text{ mg/dl}$ (εβδομάδα 0) σε
 $202 \pm 58 \text{ mg/dl}$ στο τέλος της 1ης εβδομάδας ($p < 0,001$), που
έφθασε σε επίπεδα $141 \pm 47 \text{ mg/dl}$ ($p < 0,001$) στο τέλος της
μελέτης.
2. Στατιστικώς σημαντική ελαττώση της φρουκτοζαμίνης
(αρχική τιμή $\Phi 0: 376 \pm 95 \mu\text{mol/l}$) ήδη από την 1η εβδο-
μάδα ($\Phi 1: 327 \pm 91$, $p < 0,001$) που συνεχίστηκε προοδευτι-
κά κατά την 2η εβδομάδα ($\Phi 2: 305 \pm 45$, $p < 0,04$) και στην
συνέχεια ελαττώθηκε σημαντικά μέχρι και το τέλος
της 4ης εβδομάδας ($\Phi 4: 279 \pm 50,7$, $p < 0,002$).
3. Η HbA1c όπως αναμένετο δεν παρουσίασε στατιστικώς
σημαντική αλλαγή τις πρώτες 2 εβδομάδες της μελέτης
αλλά ελαττώθηκε στο τέλος της 4ης εβδομάδας (αρχική
τιμή $10,6 \pm 2,6$, τελική τιμή: $8,1 \pm 1,6$, $p < 0,005$) οπότε
και συσχετίστηκε με την αντίστοιχη τιμή του σακχάρου
και της φρουκτοζαμίνης.

Βάσει των παραπάνω η φρουκτοζαμίνη αποδεικνύεται
αξιόπιστος (πρώιμος και ευαίσθητος) δείκτης της ρύθμισης
του ΣΔ τύπου ΙΙ με πρόσφατη έναρξη ινσουλινοθεραπείας.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΤΟΛΡΕΣΤΑΤΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑ-
ΘΕΙΑ.

ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ

Α. Κερασώτης, Α. Παππάς, Π. Γεωργιάδης, Λ. Παπα-
γρηγορίου, Δ. Μαριδάκη και Φ. Καλδρυμίδης.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Γ.Π.Α.Ν.Π. "ΜΕΤΑΞΑ" ΠΕΙΡΑΙΑΣ.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση
της δράσης και των παρενεργειών, σε κλινικό και εργα-
στηριακό επίπεδο, της τολρεστάτης, σε ασθενείς με δια-
βητική νευροπάθεια.

Μελετήθηκαν 22 άτομα, 13 ασθενείς ηλικίας $65 \pm$
 $5,33$ και βάρους $63 \pm 5,44$ (ομάδα Α) και 9 υγιείς μάρτυ-
ρες ηλικίας $62 \pm 5,44$ και βάρους $65 \pm 2,96$ (ομάδα Β). Η
διάγνωση και η εκτίμηση του βαθμού της νευροπάθειας
στηρίχθηκαν τόσο σε υποκειμενικά συμπτώματα όσο και σε
κλινικά και παρακλινικά ευρήματα.

Τα αποτελέσματα έδειξαν: 1) οι τιμές των μετρή-
σεων του βιοθεσιόμετρου διέφεραν στατιστικά σημαντικά
($P < 0,01$) μεταξύ των ομάδων Α και Β, 2) ο έλεγχος με
το βιοθεσιόμετρο της ομάδας Α μετά από τρίμηνη θερα-
πεία έδωσε ευρήματα ενδεικτικά βελτίωσης, που διέφεραν
στατιστικά σημαντικά σε σχέση με τα αρχικά ευρήματα
($P < 0,05$) χωρίς να φθάσουν τα επίπεδα της ομάδας Β και
χωρίς να μεταβληθούν ουσιαστικά οι υπόλοιπες παράμε-
τροι, 3) δεν παρατηρήθηκε σημαντική ύφεση των υποκει-
μενικών συμπτωμάτων και 4) δεν παρατηρήθηκαν ουσιώδεις
παρενέργειες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: 1) επιβεβαιώνεται η αξία της χρή-
σης του βιοθεσιόμετρου στην καθημερινή κλινική πρακτι-
κή, 2) υπάρχουν ενθαρρυντικές ενδείξεις για την αποτε-
λεσματικότητα της τολρεστάτης στην αναστολή της εξέλι-
ξης της διαβητικής νευροπάθειας. Απομένει να επανεκτι-
μηθεί η δράση του φαρμάκου μετά από πολύμηνη χορήγηση
για να τεκμηριωθεί η αξία του σε κλινικό επίπεδο.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΣΑΚΧΑΡΑΙΜΙΚΗ ΚΑΜΠΥΛΗ ΣΕ ΜΕΓΑΛΑΚΡΙΚΟΥΣ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΗ

Κ.Α.Καραϊσκος, Α.Παπαγρηγορίου, Α.Κερασώτης, Μ.Ζαχαρίου, Α.Παππάς, Π.Γεωργιάδης, Δ.Μαριδάκη και Φ.Καλδρυμίδης.

ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
Γ.Π.Α.Ν. ΜΕΤΑΣΑ ΠΕΙΡΑΙΑ

Η οκτρεοτιδη αποτελεί εναλλακτική λύση για τη θεραπεία της ενεργού μεγαλακρίας. Οι παρενέργειες της είναι τοπικό αλγος, ηπιο διαρροϊκο σύνδρομο, κοιλιακές κραμπες και χολολιθιαση οι οποίες συνήθως παρερχονται χωρις τη διακοπη της θεραπείας. Η δράση της οκτρεοτιδης στο μεταβολισμό των υδατανθρακων είναι 33 φορές μικροτερη απο εκείνη της φυσικής σωματοστατινης.

Μελετήθηκαν συνολικά 9 ασθενείς: 8 ασθενείς με ενεργο μεγαλακρία (7 μη διαβητικοί, 1 διαβητικός) και μια ασθενής με ACTH αδενωμα. Ο εκεγχος περιελαμβανε στους μεν μη διαβητικούς OGGT πριν και μετα τη χορηγηση οκτρεοτιδης, στο δε διαβητικο παρακολουθηση της γλυκαιμιας και της HBA1C.

Τα αποτελεσματα της OGGT στους μη διαβητικούς ηταν:

Q(X±SEM)	30'	60'	90'	120'	
0	84,7±5,5	153,1±13,7	134,7±11,3	116,8±12,8	113,4±6,6
α	95,0±5,6	134,5±6,5	197,0±16,1	228,4±16,3	219,1±13,8
β	91,8±5,7	151,4±8,6	197,0±22,9	215,5±24,5	192,3±19,5

0:προ αγωγης α:1-2 μηνες αγωγης β:4-8 μηνες αγωγης

Ο διαβητικός δεν παρουσίασε ουσιωδη μεταβολη της HBA1C και της γλυκαιμιας. Η ασθενής με το ACTH αδενωμα παρουσίασε υπεργλυκαιμία (glu>500mg%) η οποία υποχωρησε στα φυσιολογικά επιπεδα μετα τη διακοπη της αγωγης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η δράση της οκτρεοτιδης στο μεταβολισμό της γλυκοζης είναι απο ηπια δυσανεξια εωςσαφη διαβητικη OGGT απο την πορεία δε της ασθενους με το ACTH αδενωμα προκυπτει οτι η οκτρεοτιδη εχει διαβητογονο δράση.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΠΩΔΥΝΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ Η ΟΧΙ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ.

X.MANES.AP.BEBES.H.MURRAY,AJM.BOULTON.

DEPARTMENT OF MEDICINE, MANCHESTER ROYAL INFIRMARY, MANCHESTER, U.K.

Έχει προταθεί ότι υπάρχουν δύο κλινικές μορφές της αισθητικοκινητικής διαβητικής νευροπάθειας: α) επώδυνη (οξεία ή χρόνια) και β) ανώδυνη με εμφάνιση έλκους στα κάτω άκρα.

Μελετήσαμε τη συχνότητα εμφάνισης επώδυνων συμπτωμάτων σε τρεις ομάδες διαβητικών ασθενών με αντίστοιχη ηλικία και διάρκεια ΣΔ 1) Ομάδα Α :24 ασθενείς χωρίς νευροπάθεια (μέση ηλικία -μ.ηλ.-56 έτη, μέση διάρκεια νόσου -μ.δ.- 12.6 έτη) 2) Ομάδα Β: 30 διαβητικοί με νευροπάθεια (μ.ηλ. 55.3, μ.δ. 17.3 έτη) 3) Ομάδα Γ: 40 με νευροπαθητικού τύπου εξέλκωση στα πόδια (μ.ηλ. 58 έτη, μ.δ.18.5 έτη). Ομάδα 20 υγιών ατόμων (μ.ηλ. 50 έτη) χρησιμοποιήθηκε για σύγκριση. Δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των ομάδων Β και Γ αναφορικά με το δείκτη συμπτωμάτων (επώδυνων) νευροπάθειας (ΔΝΣ) (4,2±0,7 και 2,5±0,3 p=NS) και το δείκτη νευρικής δυσλειτουργίας(ΔΝΔ) (15,1±1,0 και 16,8±0,9 αντίστοιχα, p=NS). Ο ουδός αντίληψης των δονήσεων ήταν χαμηλότερος στην ομάδα Β(30,1±2,5 και 40,5±2,2 volts αντίστοιχα, p<0.001). Επώδυνα συμπτώματα (ΔΝΣ>3) δεν εμφανίσθηκαν στην ομάδα ελέγχου, ενώ στην ομάδα Α 7 (29%), στην ομάδα Β 18 (60%) και στην ομάδα Γ 17 ασθενείς(43%) εμφάνιζαν επώδυνη συμπτωματολογία(p=NS στις ομάδες Β και Γ). Επώδυνη συμπτωματολογία στη διάρκεια της εξέτασης παρουσίαζαν 13 (43%) ασθενείς της ομάδας Β και 13 (33%) της ομάδας Γ (p=NS). Η διάρκεια των συμπτωμάτων ήταν άνω των 12 μηνών σε 12 ασθενείς (42%) της ομάδας Β και 15 της ομάδας Γ (38%). (p=NS)

Συμπέρασμα: Επώδυνη συμπτωματολογία εμφανίζεται συχνά στους διαβητικούς ασθενείς με νευροπάθεια ανεξάρτητα από την εμφάνιση έλκους στα πόδια.

Η ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ (ΑΝΣ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΗΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ. (ΜΙΣΔ)

Ε.Μ. Πάγκαλος, Σ. Θεοδωρίδης, Δ. Κυρατζής,
Μ. Παζαρλόγλου, Α. Τσίντος, Α. Γ. Μηλιώνης.

Α Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. "Παπανικολάου"
Θεσσαλονίκης.

Επειδή σε διαβητικούς ασθενείς με νευροπάθεια του ΑΝΣ παρατηρείται αυξημένο ποσοστό αιφνιδίου θανάτου, θελήσαμε στην παρούσα μελέτη να εκτιμήσουμε 1. την συχνότητα της νευροπάθειας του ΑΝΣ και 2. την συμβολή της καθεμιάς από τις δοκιμασίες που χρησιμοποιούνται στην διάγνωση της επιπλοκής αυτής.

75 ασθενείς με ΜΙΣΔ υπεβλήθησαν στις ακόλουθες δοκιμασίες: 1. Μεταβολή του καρδιακού ρυθμού α) κατά την δοκιμασία VALSALVA, β) στην διάρκεια βαθειών αναπνών γ) στην όρθια θέση και 2. Μεταβολή της αυτολογικής αρτηριακής πίεσης κατά την όρθια θέση. Ανάλογα με τον αριθμό των θετικών δοκιμασιών οι ασθενείς ταξινομήθηκαν στις παρακάτω ομάδες: I. χυρ-ρις, II. με ήπια, III. με καθοριστική και IV. με σοβαρή προσβολή ΑΝΣ.

Την ομάδα I αποτέλεσαν 16 ασθενείς (21.3%), την II 22 (29.3%), την III 16 (21.3%) και την IV 21 (28%). Από το σύνολο των 75 ασθενών οι 7 (9.3%) που ανήκαν στις ομάδες III και IV, εμφάνιζαν κλινική σημειολογία προσβολής του ΑΝΣ. Μεταξύ της ομάδας I αφενός και των ομάδων III και IV αφετέρου δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την ηλικία των ασθενών, την διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη, τον ΗΜΙ, την ΗΒΑ₁, τα λιπίδια του ορού και την μικρολευκωματινουρία. Η δοκιμασία μεταβολής του καρδιακού ρυθμού κατά την δοκιμασία VALSALVA ήταν θετική στους 37 από τους 59 ασθενείς με νευροπάθεια του ΑΝΣ (62.7%) και αρνητική 5 από τους 37 της ομάδας III και IV (13.6%). Η δοκιμασία μεταβολής του καρδιακού ρυθμού κατά την όρθια θέση ήταν θετική στους 34 ασθενείς (57.6%), αρνητική στους 7 (19%) και ήταν η μοναδική εκδήλωση σε 3 ασθενείς. Η δοκιμασία μεταβολής του καρδιακού κατά την διάρκεια των βαθειών αναπνών ήταν θετική στους 47 ασθενείς (79.6%), αρνητική στους 4 (11%) και ήταν η μοναδική εκδήλωση σε 13 ασθενείς.

Τα αποτελέσματά μας δείχνουν ότι: 1. Η νευροπάθεια του ΑΝΣ εμφανίζεται συχνά στον ΜΙΣΔ (78%). 2. Η δοκιμασία μεταβολής του καρδιακού ρυθμού κατά την διάρκεια των βαθειών αναπνών είναι η πλέον ευαίσθητη δοκιμασία και 3. Είναι απαραίτητες όλες οι δοκιμασίες τόσο για την διάγνωση όσο και για τον χαρακτηρισμό της βαρύτητας της προσβολής του ΑΝΣ.

Η ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ (HbA_{1c}) ΣΕ ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΚΑΙ ΚΑΤΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ.

Δ. Παπαϊωαννίδης, Ο. Περίδης, Ι. Ξανθόπουλος, Α. Μιχαλό-
πουλος, Α. Γρηγοράκος, Γ. Νούσιος.

Παν κή Παθολ. Κλινική και ΚΑΑ-ΜΕΘ ΝΝΘΑ, Εργαστ.
Ιατροδ κής-Τοξικολογίας Παν μίου Αθηνών και ΩΡΛ
Κλινική ΓΓΝ "Ίπποκράτειο" Θεσ νίκης.

Σκοπός της εργασίας ήταν να διαπιστωθεί αν επηρεάζονται τα επίπεδα της HbA_{1c} κατά τη διάρκεια αξείων και χρονίων λοιμώξεων του ανώτερου και κατώτερου αναπνευστικού. Για το λόγο αυτό προοριώστηκαν με ηλεκτροχημική μέθοδο (ηλεκτρονιόνηωση) τα επίπεδα της HbA_{1c} σε 20 νοσηλιακά κλινικούς ασθενείς με λοίμωξη του ανώτερου αναπνευστικού (πνευμονία, κηλίγγη, πνευμονοκλιπτιδίδα, λαρυγγίτιδα), σε 20 με αξεία πνευμονία ή βρογχίτιδα και σε 18 με φυματίωση πνευμόνων, εμπύημα ή βρογχεκτασίες. Είκοσι φυματιολογικά άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου χρησιμοποιήσαν ως ομάδα ελέγχου.

Δεν διαπιστώθηκε διαφορά μεταξύ των τιμών HbA_{1c} μαρτύρων (6.5 ± 0.9%) και ασθενών με λοιμώξεις ανώτερου αναπνευστικού (6.6 ± 0.7%) ή αξείες λοιμώξεις κατώτερου αναπνευστικού (6.26 ± 0.7%). Οι ασθενείς όμως με χρόνιες λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού είχαν σε σημαντικά βημιά χαμηλότερα επίπεδα HbA_{1c} (5.5 ± 0.8%) σε σχέση με τους μήτυρες (p < 0.01). Στους ασθενείς αυτούς επίσης διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων HbA_{1c} και αιμοσφαιρίνης (r = 0.63, p < 0.01). Άλλωθεν από τους τελευταίους ασθενείς που ελέγχθηκαν μετά τη θεραπεία τους, είχαν φυσιολογικά επίπεδα HbA_{1c} (6.4 ± 0.7%).

Συμπεραίνεται ότι: α) Η HbA_{1c} επηρεάζεται από την παρουσία χρονί-
ας λοίμωξης με αιμοσφαιρίνη και δεν αποτελεί αξιόπιστο δείκτη στην ποσοτικοποίηση διαβητικών με χρόνιες λοιμώξεις του αναπνευστικού και αιμοσφαιρίνη χρονίως νόση και β) στην εμφάνιση της αναιμίας στις χρόνιες λοιμώξεις συμμετέχει, εκτός από την μη αποδοτική ερυθροποίηση, και η βημύχωση της διάρκειας ζωής των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

ΤΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΒΑΡΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΑΘΕΙΑ

Ο.ΚΑΒΟΥΛΗ, Μ.ΤΣΑΚΡΗ, Ν.ΤΣΕΝΤΗΣ, Γ.ΤΟΡΟΛΟΠΟΥΛΟΥ,
Ι.ΜΩΡΑΪΤΗΣ, Η.ΦΕΡΕΤΗΣ

ΜΟΝΑΔΑ ΥΑΛΟΕΙΔΟΥΣ ΚΑΙ Α΄ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
ΕΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ: Σκοπός της εργασίας αυτής είναι να παρουσιάσουμε τα προβλήματα που προέκυψαν κατά την γενική αναισθησία ασθενών που υποβλήθηκαν στην μικροχειρ/κή επέμβαση υαλοειδεκτομής, συνεπεία επιπλοκών της βαρειάς μορφής της Διαβ. αμφιβληστροειδοπάθειας (αιμοραγία υαλοειδούς ή / και ελκτική αποκόλληση αμφιβλ/δούς).-

ΥΛΙΚΟ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη αφορά 50 ασθενείς (ηλικίας 20-70 ετών) Ι και ΙΙ κατά ASA που είχαν προγραμματισθεί για εγχείρηση υαλοειδεκτομής χωρίς άλλες σοβαρές παθήσεις. Η αναισθησία στους ασθενείς αυτούς γινόταν με τον κλασικό τρόπο (PENDOTHAL-SUCCINYL-μυοχάλαση). Η μέτρηση του σαιχάρου γινόταν προ της εισαγωγής στην αναισθησία, και αμέσως μετά στο δωμάτιο αναλήψεως.-

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των ασθενών τρεις παρουσίασαν υπογλυκαιμία κατά την διάρκεια του χειρουργείου με παράταση της αναισθησίας, οι οποίοι όμως αντιμετωπίστηκαν επιτυχώς. Ουδείς ασθενής δεν παρουσίασε πρόβλημα λόγω μεγάλης αύξησης του σαιχάρου.-

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει ότι ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να υφίσταται την χειρουργική επέμβαση ενωρίς το πρωί για να αποφεύγεται μια παρατεταμένη νηστεία και να υπάρχει αρκετός χρόνος για τον έλεγχο του σαιχάρου του αίματος κατά την διάρκεια του υπολοίπου της ημέρας. Εκτός από την παρουσία κητοξεώσεως ο διαβητής δεν είναι αντένδειξη για την χειρουργική επέμβαση. Επίπεδα σαιχάρου μέχρι 300 MG ανά 100 ML είναι επιτρεπτόν.-

ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ ΚΑΙ HDL ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΣ ΠΡΟΣΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗ

Θ.Κ. Τυλλής, Α.Ε.Γ. Αλαβέρας, Ι.Σ. Λιόσης, Κ.Α. Τσιρώνης
Γ.Α. Χαλιώτης, Π.Δ. Χριστακόπουλος

Α΄ Παθ. Τμ. Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού. Αθήνα.

Αναλύθηκαν τα διαιτολόγια 64 ανδρών και 54 γυναικών στην Κρήτη και εκτιμήθηκε η τυχόν συσχέτιση μεταξύ της καθημερινά προσλαμβανόμενης χοληστερίνης και των επιπέδων χοληστερίνης και HDL που μετρήθηκαν στο αίμα.

Στους άνδρες η μέση ημερήσια ποσότητα προσλαμβανόμενης χοληστερίνης ήταν 254.7 ± 15.5 mg, η μέση τιμή χοληστερίνης αίματος 237.0 ± 5.9 mg/dl και η μέση τιμή HDL 42.6 ± 1.5 mg/dl, ενώ στις γυναίκες οι αντίστοιχες τιμές ήταν 187.2 ± 10.8 , 242.1 ± 6.1 και 52.5 ± 1.3 . Στατιστικά δεν διαπιστώθηκε γραμμική συσχέτιση μεταξύ προσλαμβανόμενης χοληστερίνης και χοληστερίνης αίματος ($r=0.18$ στους άνδρες και $r=0.05$ στις γυναίκες) ούτε μεταξύ προσλαμβανόμενης χοληστερίνης και HDL ($r=-0.02$ στους άνδρες και $r=0.04$ στις γυναίκες).

Από τους 64 άνδρες 19 και από τις 54 γυναίκες 7 ήταν "υπερκαταναλωτές" χοληστερίνης (περισσότερα από 300 mg ημερησίως). Η μέση τιμή χοληστερίνης αίματος των υπερκαταναλωτών ανδρών ήταν 237.3 ± 9.7 έναντι επίσης 237.3 ± 7.4 των υποκαταναλωτών ($p>0.05$) και αντίστοιχα των υπερκαταναλωτριών 251.0 ± 16.6 έναντι 240.8 ± 6.7 των υποκαταναλωτριών ($p>0.05$). Η μέση τιμή HDL των υπερκαταναλωτών ανδρών ήταν 39.8 ± 2.3 έναντι 43.8 ± 1.8 των υποκαταναλωτών ($p<0.01$) ενώ των υπερκαταναλωτριών 53.4 ± 3.4 έναντι 52.1 ± 1.4 των υποκαταναλωτριών ($p>0.05$).

Συμπέρασμα. Η προσλαμβανόμενη με την τροφή χοληστερίνη δεν επηρεάζει τις τιμές χοληστερίνης αίματος ενώ επηρεάζει τις τιμές HDL αλλά μόνον στους άνδρες και όχι στις γυναίκες.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΗΣ ΤΗΣ ΛΙΠΟΛΥΣΗΣ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Π. Λαθούρης, Χ. Τούντας, Α. Κοφίνης, Ι. Σαφλιάνης, Δ. Ρούση-Παινέση και Β. Καραμάνος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών.

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί αν σε διαβητικούς Τύπου 2 η φαρμακευτική μείωση των Ελευθέρων Λιπαρών οξέων επιδρά στα επίπεδα Λιπιδίων και Γλυκόζης καθώς και την έκκριση και δράση της Ινσουλίνης. Μελετήθηκαν 10 διαβητικοί Τύπου 2, 4 άνδρες και 6 γυναίκες, ηλικίας 61 ± 2 ετών, με διάρκεια διαβήτη 9 ± 1.3 έτη και BMI 27.9 ± 1 . Μετά 1 μήνα παρακολούθησης με σταθερό διαιτολόγιο και αντιδιαβητική αγωγή τους χορηγήθηκε Acipimox 500 mg/ημέρα για τρεις μήνες. Προ και ανά μήνα κατά τη διάρκεια της αγωγής εμετρώντο τα Λιπίδια, Γλυκόζη και HbA1c. Επίσης μελετήθηκε η έκκριση και περιφερική δράση της ινσουλίνης α) με ενδοφλέβια δοκιμασία ανοχής στη Γλυκόζη (IVGTT) και β) μέτρηση αρτηριοφλεβώδους διαφοράς (A-V) της γλυκόζης μετά IV χορήγηση ινσουλίνης (Insulin-test). Οι μέσες τιμές $\text{mg}\% \pm \text{SEM}$ των διαφόρων παραμέτρων πριν και στο τέλος της αγωγής ήταν: Χοληστερόλη 281 ± 16 vs 266 ± 19 $p > .05$, Τριγλυκερίδια 254 ± 44 vs 168 ± 28 $p < .05$, HDL 63 ± 8 vs 51 ± 8 $p > .05$, LDL 168 ± 18 vs 181 ± 11 $p > .05$, Γλυκόζη 177 ± 16 vs 185 ± 23 $p > .05$. Η HbA1c μειώθηκε 10.3 ± 0.6 vs $8.5 \pm 0.7\%$ $p < .05$. Η έκκριση ινσουλίνης κατά το IVGTT ήταν 19.3 vs 18.6 και 34.4 vs 28.3 $\mu\text{m/ml}$ αντίστοιχα για τα 10' και 20' $p > .05$. Η περιφερική δράση της ινσουλίνης με κριτήριο τις A-V κατά το Insulin-test βελτιώθηκε 7.2 vs 11.7 , 3.1 vs 11.3 και 4.8 vs 9.2 $\text{mg}\%$ $p < .05$ στα 20', 30' και 40' αντίστοιχα. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η φαρμακευτική αναστολή της λιπόλυσης σε διαβητικούς Τύπου 2 βελτιώνει: α) τη ρύθμιση του σακχάρου, β) τα επίπεδα των λιπιδίων και γ) την περιφερική δραστηριότητα της ινσουλίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΝΙΤΡΕΝΔΙΠΙΝΗΣ ΣΕ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ II

Χ. Τούντας, Α. Κοφίνης, Ι. Σαφλιάνης, Π. Λαθούρης, και Β. Καραμάνος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Αθηνών.

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η επίδραση της Νιτρενδιπίνης στα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) διαβητικών Τύπου II και οι τυχόν επιπτώσεις της σε διάφορες μεταβολικές παραμέτρους. Μελετήθηκαν 50 διαβητικοί, 21-65 ετών, με διαστολική ΑΠ 95-115 mmHg υπό αντιυπερτασική αγωγή. Μετά 10/ήμερον διακοπή των αντιυπερτασικών φαρμάκων χορηγήθηκαν 20mg Νιτρενδιπίνης επί τρίμηνον και παρακολούθηθηκαν οι μεταβολές της ΑΠ, λιπιδίων και γλυκόζης, αρχικά ανά εβδομάδα (4 εβδομάδες) και εν συνεχεία ανά μήνα, επί τρίμηνον. Τέσσερις ασθενείς ενεφάνισαν παρενέργειες και διέκοψαν την αγωγή. Η ΑΠ μειώθηκε προοδευτικά, η μεν συστολική από την 1η εβδομάδα 170 ± 1.2 vs 164 ± 1.5 $p < .01$, η δε διαστολική από την 3η εβδομάδα 103 ± 1.8 vs 95 ± 1.2 $p < .01$ και παρέμεινε σε χαμηλά επίπεδα μέχρι το τέλος της μελέτης, συστολική 170 ± 1.2 vs 145 ± 1.4 , διαστολική 103 ± 0.8 vs 86 ± 0.9 mmHg $p < .001$. Τα λιπίδια δεν μετεβλήθησαν, Χοληστερόλη 252 ± 6.3 vs 240 ± 5.1 , Τριγλυκερίδια 168 ± 10.4 vs 171 ± 10.0 HDL 43 ± 1.4 vs 42 ± 1.0 $\text{mg}\%$ $p > .05$, ενώ η γλυκόζη μειώθηκε σημαντικά 175 ± 8.7 vs 135 ± 5.5 $p < .01$.

Συμπέρασμα: Σε διαβητικούς Τύπους II με μέτρια διαστολική υπέρταση, που δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα, η Νιτρενδιπίνη: α) Ρυθμίζει ταχέως, τόσο την συστολική, όσο και την διαστολική ΑΠ και β) εν αντιθέσει προς άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα δεν έχει δυσμενή επίδραση στα λιπίδια και στη ρύθμιση του ΣΔ, η οποία σε τελική ανάλυση παρουσιάζεται βελτιωμένη.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΝΤΙΘΡΟΜΒΙΝΗΣ ΙΙΙ(ΑΤΙΙΙ) ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ (ΔΜΙΑ)

Ε.Ρεπαντά, Γ. Σκαραγκάς, Γ. Τριανταφύλλου, Ε. Γεωργακοπούλου Ν. Παπάζογλου

Αιματολογικό Εργαστήριο και Παθολογική Κλινική Α' Γεν. Νοσ. Θεσσαλονίκης "Ο ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" (Β' Συγκρ.)

ΣΚΟΠΟΣ: Επειδή συχνές είναι οι αναφορές στη σχέση ΣΔ-παραγόντων πήξης, μελετήσαμε τα επίπεδα της ΑΤΙΙΙ, αναστολέα της θρομβίνης και του Χα στη ΔΜΙΑ.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ: Μετρήθηκαν τα επίπεδα της ΑΤΙΙΙ σε 40 διαβητικούς και 40 υγιείς αντίστοιχου φύλου, ηλικίας και ΒΜΙ. Την ομάδα των διαβητικών αποτελούσαν 20 ασθενείς με ΙDDM (10 άνδρες-10 γυναίκες) και 20 με ΝΙDDM (10 άνδρες-10 γυναίκες), όλοι με ΔΜΙΑ. Τα επίπεδα της ΑΤΙΙΙ προσδιορίστηκαν με τη μέθοδο της ακτινωτής ανοσοδιάχυσης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της ΑΤΙΙΙ στην ομάδα των διαβητικών και την ομάδα ελέγχου ήταν 0,285±0.05g/L και 0,287±0,06g/L αντίστοιχα χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά (p>0,05)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Οι διαβητικοί με ΔΜΙΑ δεν παρουσιάζουν διαφορά στα επίπεδα της ΑΤΙΙΙ σε σχέση με τους υγιείς. Η διαπίστωση αυτή προτρέπει στην έρευνα και άλλων παραγόντων του πηκτικού μηχανισμού αφού είναι γνωστό ότι ο διαβήτης χαρακτηρίζεται από αυξημένη θρομβωτική τάση η οποία ενοχοποιείται για τις αγγειακές επιπλοκές του.

ΔΟΣΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Δ. Καραμήτσος, Δ. Συρεγγέλας, Σ. Μπακατσέλος

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ

Σκοπός της εργασίας ήταν να παρουσιαστούν στατιστικά στοιχεία των δόσεων ινσουλίνης και τα αποτελέσματά τους σε σχέση με το βάρος του σώματος και το ΒΜΙ των ασθενών. Από 2.800 ασθενείς που έχουν φάκελο διαβητολογικής παρακολούθησης το 40% περίπου κάνει ινσουλινοθεραπεία. Με τυχαίο τρόπο επιλέχθηκαν και μελετήθηκαν 82 άτομα με τύπο 1 ΣΔ και 116 άτομα με τύπο 2 ΣΔ. Η μέση ηλικία ήταν 33.9±15.1 και 63.3±9.89 και η διάρκεια του ΣΔ ήταν 9.89±8.52 και 16.81±6.48 αντίστοιχα. Μελετήθηκαν διάφοροι παράμετροι με τη χρησιμοποίηση του μέσου όρου πέντε διαδοχικών επισκέψεων. Τα αποτελέσματα ήταν:

	<u>τύπος 1</u>	<u>τύπος 2</u>
ΒΜΙ	23.79±0.31	27.34±0.33**
Δόση ινσουλίνης	47.93±1.88	46.58±1.67
Δόση Ινσ/Βάρος σωμ.	0.71±0.03	0.66±0.02
Δόση Ινσ/ΒΜΙ	2.01±0.08	1.70±0.06**
HbA1	9.25±0.22	10.06±0.28*
Σάκχαρο πφ.	141.14±6.94	169.00±4.38**
Σάκχαρο μφ.	188.65±6.26	192.00±6.22

* p<0.05 ** p<0.001

Θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ δόσης ινσουλίνης και βάρους σώματος και στους δύο τύπους ΣΔ και μεταξύ του λόγου ινσουλίνης προς βάρος ή ΒΜΙ και του σακχάρου αίμ. μ.φ. στον τύπο 2 ΣΔ. Συμπεραίνουμε ότι πρέπει να αυξηθεί περαιτέρω η δόση ινσουλίνης ή και η αναλογία ταχείας δράσεως ινσουλίνης στα άτομα με ΣΔ τύπου 2, για να επιτύχουμε καλύτερη ρύθμιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΞΙΛΕΤΙΝΗΣ
ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Σ.Μπακατσέλος, Γ.Κούρτογλου, Ε. Κούτλας,
Φ.Χαρσούλης, Δ. Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπ. Παθολ. Κλινικής ΑΠΘ

Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί η αποτελεσματικότητα της μεξιλετίνης στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της επώδυνης περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας (ΕΠΔΝ). Χορηγήθηκε μεξιλετίνη (400-600 mg/24ωρο) σε 17 ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με ΕΠΔΝ, μέσης ηλικίας 59 ετών (εύρος 40- 78), μέσης διάρκειας διαβήτη 18.88 ετών (5-35). Τα ενοχλήματα των αρρώστων βαθμολογήθηκαν από τους ίδιους με οπτική κλίμακα 0-10. Από τους 17 ασθενείς, 13 (76%) ωφελήθηκαν και συμπλήρωσαν 3μηνη αγωγή. Τέσσερις ασθενείς διέκοψαν το φάρμακο νωρίτερα γιατί δεν είχε σε αυτούς ιδιαίτερη επίδραση. Αποτελέσματα:

Βαθμολογία ενοχλημάτων(σκόρ)

	<u>Βελτιωθέντες(n=13)</u>			<u>Χωρίς βελτίωση(n=4)</u>	
	προ	μετά	p	προ	μετά
Πόνοι	9	2.85	0.002	6	4
Παραισθ.	8.8	4.6	0.003	8.25	7
Βραδ.ενοχλ.	8.31	3.15	0.003	6.5	4.7
Αδυν.υπνου	5.92	2.69	0.005	5.75	3

Σε 6 ασθενείς το φάρμακο προκάλεσε επιγαστραλγία και από αυτούς οι δύο αναγκάστηκαν να το διακόψουν εφόσον δεν είχαν και ύφεση των ενοχλημάτων τους. Οι μεταβολές του γλυκαιμικού ελέγχου κρίνονται κλινικώς μη σημαντικές ώστε να επηρεάσουν το αποτέλεσμα της αγωγής.

Συμπεραίνουμε ότι η μεξιλετίνη προκαλεί ικανοποιητική βελτίωση των ενοχλημάτων της ΕΠΔΝ αλλά δεν απόδίδει σε όλους τους ασθενείς.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ-ΙΙ.
ΝΟΜΟΣ ΕΒΡΟΥ

Ν.ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, ΧΡ.ΜΑΝΕΣ, Ι.ΓΚΙΡΤΖΗΣ, Δ.ΧΡΙΣΤΑΚΙΔΗΣ,
Ι.ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ, Χ.ΚΙΤΣΙΟΣ, Β.ΣΤΑΘΗΣ, Κ.ΣΟΥΛΗΣ ΚΑΙ
Ν.ΓΚΟΤΣΗΣ.
Παθολογ.Κλινική-Διαβητολ.Κέντρο Α'Γ.Ν.ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ
Προπαιδ.Παθολ.Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου,
ΙΚΑ Αλεξανδρούπολης και Διδυμοτείχου, Κέντρα Υγείας
Ορεστιάδας και Σουφλίου.

Στόχος της έρευνας υπήρξε η επιδημιολογική διερεύνηση του ΣΔ και η εκτίμηση της θεραπευτικής κάλυψης των διαβητικών ασθενών(ΔΑ).
Υλικό και μέθοδοι: Κατεβλήθη προσπάθεια καταγραφής όλων των ΔΑ στο σύνολο του πληθυσμού του Νομού Εβρου (137877:67865Α, 70012Θ) με ιδιαίτερη αναφορά στην θεραπεία, ΒΜΙ, επιπλοκές κλπ.

Αποτελέσματα: Ανευρέθησαν 2211 ΔΑ (902Α-4079%, 1309Θ-5921%).
-Εξ αυτών μόνο σε δίαιτα τελούν 656 ΔΑ (2966%)
-Εξ αυτών σε δίαιτα και δισκία 1332 ΔΑ (6024%)
-Εξ αυτών σε δίαιτα και ινσουλίνη 223 ΔΑ (1010%)
- Ο επιπολασμός του ΣΔ στο γενικό πληθυσμό είναι -1,60%
- Ο επιπολασμός του ΣΔ σε άτομα >65 ετών είναι -6,66%
-ΒΜΙ > 27 βρέθηκε στο 43% ενώ >30 στο 26 % των ινσουλινοθεραπευόμενων.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός του ΣΔ στο Νομό Έβρου δεν διαφέρει από τις λοιπές περιοχές της Ελλάδας. Παρατηρούμε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό ΔΑ που τελούν μόνο σε δίαιτα (2966%) και χαμηλό σε θεραπεία με ινσουλίνη (1010%), ενώ υψηλό ποσοστό ινσουλινοθεραπευόμενων έχει υψηλό ΒΜΙ. Οι επισημάνσεις αυτές οφείλονται κατα τη γνώμη μας στον ανεπαρκή αριθμό ειδικών ιατρών και ιατρείων στην περιοχή.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ, ΦΡΟΥΚΤΟΖΑΜΙΝΗΣ ΚΑΙ
ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ (HbA1c) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Παπά Α, Γιαννούλη Χ, Τζώτζας Θ, Ευθυμίου Η,
Καμπουράκης Γ.

Ενδοκρινολογική κλινική- Μικροβιολογικό Εργαστήριο
Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ "ΠΑΝΑΓΙΑ" Θεσ/νίκη

Μελετήθηκαν 2 ομάδες ασθενών ηλικίας από 30 έως 77 ετών
μέ Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ, διάρκειας από 1 έως 25
έτη. Η ομάδα Α περιελάμβανε 10 διαβητικούς (0 άνδρες και
10 γυναίκες) σε θεραπεία με υπογλυκαιμικά δισκία και η
ομάδα Β 25 διαβητικούς (2 άνδρες και 23 γυναίκες) σε θε-
ραπεία με ινσουλίνη (μικτό σχήμα 2 ενέσεων).
Μετρήθηκαν και συσχετίστηκαν οι τιμές της γλυκόζης αίμα-
τος, της Φρουκτοζαμίνης και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαι-
ρίνης (HbA1c).
Βρέθηκαν οι παρακάτω συντελεστές συσχέτισης (r):

Ομάδα Α: Φρουκτοζαμίνη-γλυκόζη: 0,73 (p<0,001), HbA1c-γλυ-
κόζη: 0,74 (p<0,001) και Φρουκτοζαμίνη-HbA1c: 0,67 (p<0,001)
Ομάδα Β: Φρουκτοζαμίνη-γλυκόζη: 0,66 (p<0,001), HbA1c-γλυ-
κόζη: 0,63 (p<0,01) και Φρουκτοζαμίνη-HbA1c: 0,52 (p<0,02).

Συμπερασματικά η Φρουκτοζαμίνη συσχετίζεται στατιστικώς
σημαντικά με την γλυκόζη και την HbA1c. Η συσχέτιση εί-
ναι ισχυρότερη στους ασθενείς που θεραπεύονται με υπογλυ-
καιμικά δισκία απ'οτι στους ινσουλινοθεραπευόμενους ασ-
θενείς.

Συνεπώς η Φρουκτοζαμίνη μπορεί νά αποτελέσει μαζί με την
γλυκόζη αίματος και την HbA1c ένα χρήσιμο δείκτη για την
παρακολούθηση των διαβητικών ασθενών.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

*Ευχαριστούμε τον ΕΟΦ για την άδεια χρηματοδότησης και συμ-
μετοχής στο συνέδριο φαρμακευτικών οίκων.*

*Ευχαριστούμε τους παρακάτω φαρμακευτικούς οίκους για τη
συμμετοχή τους με εκθέσεις προϊόντων ή διαφημίσεις στο πρό-
γραμμα του συνεδρίου και στο περιοδικό «ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΙΑ-
ΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ».*

- **Abbot**
- **Bayer - Ames**
- **Faran-Fidia**
- **Farmalex**
- **Farmaserb - Lilly**
- **Farmitalia**
- **Hoechst**
- **GAP**
- **Johnson and Johnson**
- **Novo-Nordisk**
- **Servier**
- **Searle**
- **Smith Kline - Beecham**
- **Wyeth**

ΟΜΙΛΗΤΕΣ – ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

Α' Προπ. Παθολογική Κλινική

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΑΡΧΑΝΙΩΤΑΚΗ Μ.

Επιστημον. συνεργάτιδα

Α' Προπ. Παθολογική Κλινική

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΣ

Λέκτωρ ΑΠΘ

Μαιευτήρ - Γυναικολόγος

ΒΟΛΙΩΤΗΣ ΚΛΕΩΝ

Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής

Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

BULTON AJM, M.D.

M.R.C.P., F.R.C.P.

Reader in Medicine

Consultant Physician

Dept of Medicine

Manchester Royal Infirmary

ΒΑΦΕΙΑΔΟΥ Ε.

Επιστημον. συνεργάτιδα

Ενδοκρινολογικού τμήματος ΑΠΘ

ΒΑΓΓΙΩΝΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Νεφρολόγος,

Δ/ντής Νεφρολογικής Κλινικής

Β. Νοσ/μείου ΙΚΑ

ΒΛΑΣΣΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής

Μαιευτικής - Γυναικολογίας

ΓΕΩΡΓΑΛΑ ΑΝΔΡΟΝΙΚΗ

Ειδικός Παθολόγος

τ. Επιμελήτρια Παθ/κής Κλινικής

Ιπποκράτειου Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΓΙΩΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

Ενδοκρινολόγος

ΓΚΙΡΤΖΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Παθολόγος

Δ/ντής Διαβητολογικού Ιατρείου ΙΚΑ

Αλεξανδρούπολη

ΓΡΕΚΑΣ Δ.

Νεφρολόγος

Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ

Επιστημονικός Συνεργάτης

Διαβητολογικού Κέντρου

Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ ΠΑΝΤΕΛΗΣ

Νεφρολόγος

Δ/ντής Νεφρολογικού τμήματος

Γ.Ν. Βέροιας

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

Παθολόγος

Λέκτορας Α.Π.Θ.

ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΗΛΙΑΣ

Ενδοκρινολόγος

Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσ/νίκης

ΖΗΣΙΑΔΗΣ Κ.

Δ/ντής Οφθαλμολογικής Κλινικής
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΚΑΝΤΖΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παιδίατρος
Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

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

ΚΑΡΠΟΥΖΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Καθηγητής Παιδιατρικής ΑΠΘ

ΚΟΥΓΙΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Παθολόγος
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΛΕΚΙΔΟΥ ΟΛ.

Παιδίατρος
Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ

ΜΑΓΟΥΛΑ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

Επικ. Καθηγήτρια ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΜΑΜΟΠΟΥΛΟΣ ΜΙΧΑΗΛ

Μαιευτήρ-Γυναικολόγος
Αν. Καθηγητής ΑΠΘ

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

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

ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΟΣ

Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Παθολόγος
Β' Προπ. Παθ/κή Κλινική
Ιπποκράτειο Γ.Ν. Θεσ/νίκης

ΝΑΝΑΣ Β.

Επιμελητής Β' ΕΣΥ, Οφθαλμίατρος
Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος»

ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Οφθαλμίατρος
Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος»

ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Επιμελητής Α' ΕΣΥ, Παθολόγος
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΑΝΙΔΟΥ ΙΦΙΓΕΝΕΙΑ

Οφθαλμίατρος, Επιμ. Α'
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος, Επιμελητής
Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Μ.

Παιδίατρος
Επικ. Καθηγήτρια ΑΠΘ

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος
Διευθ. ΕΣΥ,
Διαβητολογικό Κέντρο
Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»

ΠΑΠΑΛΕΞΙΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Διευθ. ΕΣΥ Παθολόγος
Κ.Υ. Διαβατών

ΠΕΤΡΙΔΗΣ ΙΩΣΗΦ

Επιμ. ΕΣΥ, Παθολόγος
Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος»

ΠΡΑΠΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Μαιευτήρ-Γυναικολόγος
Λέκτωρ ΑΠΘ

ΡΟΥΣΣΟΣ ΙΟΡ.

Παιδίατρος
Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

ΣΑΪΛΕΡ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

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

ΣΙΩΜΠΟΛΟΣ Κ.

Διευθ. Νεφρολογικού Τμήματος
Γ.Ν. «Γ. Παπανικολάου»

ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

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

ΣΟΥΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

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

ΣΥΜΕΛΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Διευθ. ΕΣΥ, Παθολόγος

ΣΥΡΕΓΓΕΛΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ειδικός Παθολόγος

ΤΖΑΦΕΤΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Μαιευτήρ-Γυναικολόγος
Επικ. Καθηγητής ΑΠΘ

ΤΖΕΤΖΗΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ

Επιμελητής, Παθολόγος
Β' Νοσ. ΙΚΑ «Παναγία»

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Γ.

Επιμελητής Α', Οφθαλμίατρος
Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσ/νίκης

ΧΑΜΑΛΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

Επιμελήτρια Β' ΕΣΥ, Παθολόγος
Α' Γ.Ν. «Άγιος Παύλος»



UNIVERSITY STUDIO PRESS

Εκδόσεις Επιστημονικών Βιβλίων & Περιοδικών

τηλ. 209 637 & 209 837 • fax 216 647
Κων. Μελενίκου 15 • 546 35 - Θεσσαλονίκη

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

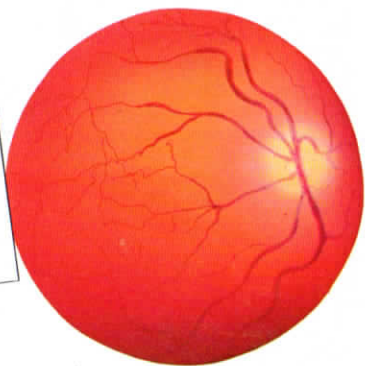
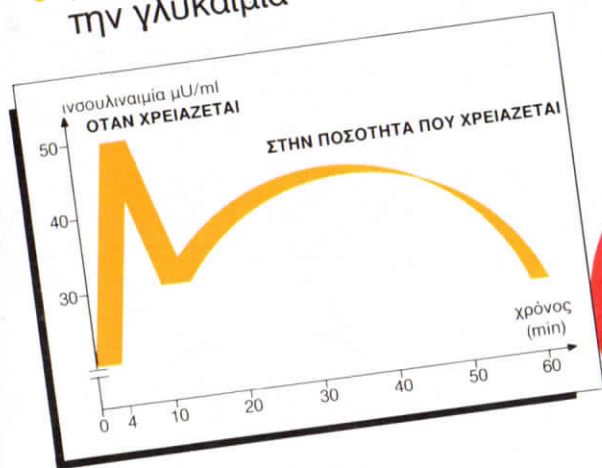
ΣΗΜΕΙΩΣΕΙΣ

Μεταβολική και Αγγειακή Αγωγή του Διαβήτη

DIAMICRON®

gliclazide

- Το Diamicron ρυθμίζει την γλυκαιμία



- Το Diamicron βελτιώνει την οφθαλμολογική πρόγνωση

Ενδείξεις: Το Diamicron, όπως και τα άλλα υπογλυκαιμικά φάρμακα, χρησιμοποιείται στη θεραπευτική του σακχαρώδη διαβήτη για τις περιπτώσεις ασθενών με μη ινσουλινεξαρτημένο σακχαρώδη διαβήτη (αδραχτικής της νόσου ηλικίας > 20 ετών) ή διαβήτη τύπου II εφόσον η κατάλληλη αγωγή με δίαιτα και τη σωματική άσκηση (σε παρουσία του διαβήτη) αποτύχει στην προσπάθεια ρύθμισης του διαβήτη. **Αντενδείξεις:** Ινσουλινοεξαρτημένος σακχαρώδης διαβήτης (τύπου II), διαβήτης επιπλοκωμένος με κетоξέωση ή κώμα, κώμα, οι εγκυμονούσες διαβητικές και οι διαβητικοί που επιπλοκωμένοι με διαταραχές της ηπατικής, νεφρικής ή επινεφριδικής λειτουργίας ή τις περιπτώσεις αυτές, η θηλασία με ινσουλίνη είναι αναφορά. Επίσης, οι οσφυϊκοί νεφροί αντενδείκνυνται και σε άλλες οξείες καταστάσεις, όπως η το εμφάνιση του μικροκυκλοποιητικού αίματος ή της οπτικής ατροφίας με τη διαβητική κατάσταση του ασθενούς, βλάβες ή παθολογικές λοιμώξεις, τραυματισμοί (όπως περιπτώσεις αυτές) όπως η νοσηλευτική κατάσταση είναι απαραίτητη με παρόμοια διασπορά των αντιδιαβητικών δόσεων. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Από πλευράς τοξικών επιδράσεων η συστηματική ενεργει-

ων, οι οσφυϊκοί νεφροί (και ιδιαίτερα οι οσφυϊκοί νεφροί «δευτέρης Γένεσης») γίνονται γενικά, αλλά ανεπιθύμητες από τους διαβητικούς. Σε σπάνιες περιπτώσεις, οι παρενέργειες είναι τόσο σοβαρές που να αναγκάζουν σε διακοπή του φαρμάκου. Οι πιο ανεπιθύμητες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι από το γαστρεντερικό σύστημα (πυρεξία, ναυτία, διάρροια, γαστρίκη φούσκηση ή και επαστάσια και κοιλιακό πόνο), τόσο για εμετό ή και εμετό). Επίσης μπορεί να παρατηρηθούν ήπιες νευρολογικές εκδηλώσεις (αδυναμία, παρασπονδία). Οι τοξικές επιδράσεις στο ανοσοποιητικό σύστημα παραδοχί ακουσιών, θρομβοπενία, οσφυϊκοί νεφροί, απλαστική αναιμία, αιματοκρίτη αναιμία είναι γενικά σπάνιες. Σπάνιες είναι και οι οφθαλμικές παρενέργειες (αυξημένος κίνδυνος στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας), οι οποίες περιλαμβάνουν παροδικά φαινόμενα που οδηγούν σε οφθαλμολογική βλάβη (αυξημένος κίνδυνος στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας), οι οποίες περιλαμβάνουν παροδικά φαινόμενα που οδηγούν σε οφθαλμολογική βλάβη (αυξημένος κίνδυνος στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας), οι οποίες περιλαμβάνουν παροδικά φαινόμενα που οδηγούν σε οφθαλμολογική βλάβη (αυξημένος κίνδυνος στις πρώτες 6-8 εβδομάδες της θεραπείας). **Προσοχή στη Χρήση:** Απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή σε διαβητικούς με καρδιογγειακή νόσο. Επίσης σε ηλικιωμένα άτομα λόγω αυξημένου κινδύνου σοβαρών υπογλυκαιμικών, ιδιαίτερα όταν η αγωγή με τις

οσφυϊκοί νεφροί συνδυάζεται με ασυνήθιστα μεγάλη κόπωση ή με παράλληλη γεύματων ή γενικά με ασυνήθιστα λίγη πρόσληψη ή και ομαλότητα της υπογλυκαιμίας είναι έντονο σύμπτωμα πόνος κεφαλή, αυξημένη νεφροκίση, κατάσταση γενικά ανήσυχος, τρόμος, εφίδρωση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία, μείωση απόδοτικότητας. **Χρήση κατά την κούρα και θηλασία:** Η χορήγηση του Diamicron κατά τη διάρκεια της κύησης και του θηλασμού αντενδείκνυται. Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης θεραπεύεται με ινσουλίνη. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** 2 ής περισσότερες περιπτώσεις, 2 δισκία την ημέρα σε 2 ηλικίες. Η δοσολογία μπορεί να κυμαίνεται από 1 έως 4 δισκία την ημέρα (80-320 mg) ανάλογα με τη βαρύτητα του διαβήτη. **PLAATO-TE σε 2 Ηλικίες: Υπερδοσολογία, Αγωγή.** Η υπερβολή της δόσης οδηγεί κυρίως σε υπογλυκαιμικά φαινόμενα. Σε σοβαρές περιπτώσεις, οι εφ. όσον εμφανισθούν διαταραχές της συνείδησης, συνιστάται άμεση ενδοφλέβια χορήγηση υπερόσμωτου διαλυματος γλυκόζης 10 ή 30% και εισαγωγή σε νοσοκομείο. Τηλ. Κέντρου Διηθητηρίων: 7193 777. **Συσκευασία:** Κουτί των 60 δισκίων (Diamicron 3 + 20).

DIAMICRON
gliclazide

2 δισκία την ημέρα
στην πλειοψηφία
των περιπτώσεων



Les Laboratoires Servier
Gidy - France

Αντιπροσωπεία για την Ελλάδα
ΣΕΡΒΙΕ ΕΛΛΑΣ ΕΠΕ
X & A. Μουρούση 10 15773 Ζωγράφου