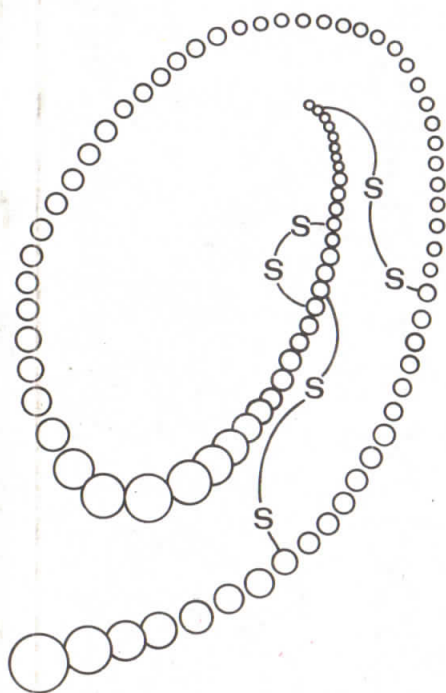


Δ.Ε.Β.Ε.



3ο συνεδριο

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ
ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

10 - 11 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 1989
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



Humulin®



ΒΙΟΣΥΝΘΕΤΙΚΗ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ



Σήμερα περισσότεροι
από 1.000.000 διαβητικοί
πάρουν
Humulin



ενέσιμο φιαλίδιο
10 ml × 40 I.U./ml
Κρυσταλλική ινσουλίνη
ταχείας δράσης
με σχετικά βραχεία
διάρκεια
δραστικότητας
(6-8 ώρες). Α.Τ. 1428 ΔΡΧ



ενέσιμο φιαλίδιο
10 ml × 40 I.U./ml
Ινσουλίνη ενδιάμεση
δράσης με
βραδύτερη έναρξη
δράσης και μακρότερη
διάρκεια δραστηριότητας
(24 ώρες). Α.Τ. 1428 ΔΡΧ

Ενδείξεις: Ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, εάν με τη χρήση των άλλων ινσουλινών έχει αναπτυχθεί ανοχή ή έχουν εμφανισθεί αλλεργικές εκδηλώσεις ή λιποδυστροφικές βλάβες στα σημεία των ενέσεων.

Αντενδείξεις: Υπογλυκαιμία. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Τοπικές αντιδράσεις και λιποδυστροφία, ενδεχομένως στα σημεία των ενέσεων, υπογλυκαιμία και, σπανίως, αλλεργικές αντιδράσεις. **Αλληλεπιδράσεις:** Τα κορτικοειδή, κορτικοτροπίνη, διαζοξίδη, θυροξίνη, διουρητικά (βουμετανίδη, φουροσεμίδη, θειαζιδικά) και τα αντισυλληπτικά ανταγωνίζονται τη δράση της και αυξάνουν τις ανάγκες σε ινσουλίνη. Το οινόπνευμα, η φαινυλ-βουταζόνη, οι αναστολείς της ΜΑΟ, οι β-αδρενεργικοί αναστολείς ενισχύουν τη δράση της. Οι β-αδρενεργικοί αναστολείς μπορεί, επιπλέον, να συγκαλύψουν τις εκδηλώσεις της υπογλυκαιμίας και να επιβραδύνουν την ανάνηψη. **Προφυλάξεις:** **Χρήση κατά την εγκυμοσύνη:** Είναι μέλημα κεφαλαιώδους σημασίας να διατηρείται η ινσουλινοεξαρτώμενη διαβητική ασθενής υπό έλεγχο, καθ' όλη τη διάρκεια της κύησης. Οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη είναι δυνατό να ελαττωθούν κατά το πρώτο τρίμηνο, και να αυξηθούν κατά τα δύο επόμενα τρίμηνα της κύησης.

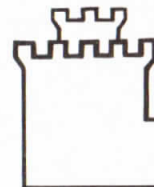


ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ Α.Ε.Β.Ε. ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΙ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΙ ELI LILLY Μεσογείων
335 - Χαλάνδρι - Ταχ. Θυρίδα 60036 - Αγία Παρασκευή - Αττική - Ταχ. Κωδ. 153 10
- Τηλ. 6726385. Γραφεία Θεσ/νίκης: Ν. Εγγατία 269 - Ταχ. Κωδ. 542 49 - Τηλ. 303350



3ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ

της
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



Δ.Ε.Β.Ε.

10 - 11 Νοεμβρίου 1989

Ξενοδοχείο Ηλέκτρα Παλλάς
Θεσσαλονίκη

300
Bid.

bufomedil®

Lofty 300mg

2 φορές
την ημέρα

300
Bid.

300
Bid.

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

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



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

Glucometer με μνήμη



ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ζάχαρο αίματος σε 50''
με ακρίβεια και εμπιστοσύνη

NOVO



νέοι ορίζοντες στη θεραπεία του διαβήτη



Ποιότητα ζωής:
το NovoPen και το NovoPen II είναι οι συσκευές χορήγησης ινσουλίνης που σήμερα προσφέρουν αυτήν την ποιότητα ζωής σε όλους τους διαβητικούς. Απελευθερώνουν από την ανάγκη να κουβαλάει ο διαβητικός μαζί του σύριγγες, φιαλίδια και να ψάχνει ιδιαίτερο χώρο για να κάνει την ινσουλίνη του. Μεταφέρονται εύκολα και χρησιμοποιούνται διακριτικά παντού - όλα όσα χρειάζεται ο διαβητικός για να κάνει την ινσουλίνη του βρίσκονται μέσα σ' ένα στυλό. Προσφέρουν στους διαβητικούς μεγάλη

ελευθερία κι ευελιξία στον τρόπο ζωής τους. Είναι τόσο βολικά, τόσο αξιόπιστα και απλά στη χρήση που πολύ σύντομα οι σύριγγες και τα φιαλίδια θα είναι παρελθόν.

NOVO

NOVO INDUSTRI A/S
2880 Bagsvaerd
Denmark
Novo Hellas Ltd
Μεσογείων 2
Αθήνα 115 27
Τηλ. 7780301



Παρασκευή 10 Νοεμβρίου

- 08.30-09.30 ΕΓΓΡΑΦΗ ΣΤΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
- 09.30-11.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 11.30-11.50 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 11.50-13.00 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 15.00-16.00 ΚΛΙΝΙΚΑ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΑ
- 16.00-16.30 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 16.30-18.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ
- 18.30-18.50 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 18.50-21.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

Σάββατο 11 Νοεμβρίου

- 09.00–10.20 ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 10.20–10.40 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 10.40–11.40 ΔΙΑΛΕΞΗ Ι. ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΥ
- 11.40–13.40 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
- 14.00–15.30 ΓΕΥΜΑ ΣΤΟ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ
- 15.30–16.00 ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ
- 16.00–17.30 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ
- 17.30–17.50 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 17.50–20.20 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

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 εμφόλου 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.
Α. ΙΩΝΙΑΣ 36 - ΑΛΙΜΟΣ
ΤΗΛ: 9933700 - 9933800 - 9933900

ΧΟΝΔΡΙΚΗ ΔΙΑΘΕΣΗ
ΦΑΜΑΡ Α.Ε.
Π. ΜΑΡΙΝΟΠΟΥΛΟΥ 7 - ΚΑΛΑΜΑΚΙ
ΤΗΛ. ΑΘΗΝΩΝ: 9825521 ΤΗΛ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ: 777680

Παρασκευή 10 Νοεμβρίου

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

09.30-11.30 Πρόεδρος : Δ. ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ

1. Διαβητική αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια σε διαβητικούς τύπου II (προγνωστικοί παράγοντες)

Η. Ευθυμίου, Γ. Τριανταφύλλου, Χ. Γιαννούλη, Θ. Καλτσάς, Β. Τζέτζης, Δ. Γάκης, Π. Τραϊανίδης, Χ. Καλλιγκάτσος

Ενδοκρινολογική - Παθολογική Κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ - Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου

2. Παρακολούθηση της διαβητικής αμφιβλοπρωτεϊδοπάθειας επί 8μηνιο σε ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς με μικτό σχήμα δύο ενέσεων

Γ. Τριανταφύλλου, Η. Ευθυμίου, Χ. Γιαννούλη, Ι. Τσιαμπαλής, Ι. Χαβαλέ, Θ. Καλτσάς, Ν. Ποντικίδης, Π. Τραϊανίδης

Ενδοκρινολογική Κλινική Β' Νοσοκ. ΙΚΑ - Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου

3. Μικρολευκωματινουρία σε μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς - Ποιο δείγμα; - Σχέσεις με κόπωση

N.A. Sæiler, F.R. Xavier, G.S. Spathis, J.L. Barron

Departments of Endocrinology and Chemical Pathology, St. Helier Hospital Corshalton, Surrey, London UK

4. Η σημασία του προληπτικού ελέγχου για διαβητική νεφροπάθεια. Δυνατότητες βελτίωσης ή επιβράδυνσης της εξέλιξής της

Ν. Παπάζογλου, Α. Γαρυφαλλος, Ε. Παπαδέλη, Α. Παπαδόπουλος, Α. Χατζηχαμέτ, Κ. Ζαφειρίου, Ε. Γεωργακοπούλου

Παθολογική Κλινική και Βιοχημικό Εργαστήριο, Γεν. Νοσ. «Άγιος Παύλος»

5. Ουρολογικές χειρουργικές επεμβάσεις σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

Σ. Χαραλάμπους, Ν. Σάϊλερ, Β. Ρώμης, Ι. Γαγανάκης

Ουρολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

6. Η αποδοχή και εκτέλεση διαιτολογικών οδηγιών από ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη

Μ. Παντάλη, Σ. Μπακατσέλος, Δ. Καραμήτσος

Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Προπ. Παθ. Κλινικής ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

7. Έκβαση της ενδονοσοκομειακής φάσης οξέος εμφράγματος μυοκαρδίου σε διαβητικούς τύπου II και μη διαβητικούς ασθενείς

Σ. Μπακατσέλος, Γ. Κούρτογλου, Μ. Αβραμίδης, Χ. Σιαμπάνης, Δ. Φωτόπουλος, Α. Κοντόπουλος, Δ. Καραμήτσος

Β' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

11.30–11.50 Διάλειμμα

- 11.50–13.00 Βραχείες εισηγήσεις
Προεδρείο: Κ. ΒΟΛΙΩΤΗΣ

Υποδοχείς ινσουλίνης στο διαβήτη
Ι. Γιώβος

Γλουκαγόνο και διαβήτης
Η. Ευθυμίου

Φαινόμενο της αυγής και φαινόμενο Somogyi

Χ. Μανές

- 15.00–16.00 Κλινικά φροντιστήρια

Αντιμετώπιση μη ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη

Β. Τζέτζης

Χειρουργικές επεμβάσεις και διαβήτης

Ν. Παπάζογλου

Παρασκευή 10 Νοεμβρίου

16.30–18.30 Πρόεδρος : Ν. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ

1. Σάκχαρο και λοιποί προδιαθεσικοί παράγοντες αθηροσκλήρωσης σε δείγματα ελληνικού πληθυσμού του Νομού Ξάνθης

Γ.Α. Μπαλτατζίδης, Γ. Ξανθοπουλίδης, Ι. Ψωμιάδης, Γ. Μάνος

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ξάνθης

2. Γεωχημικό περιβάλλον και σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ.) τύπου II σε κατοίκους του Νομού Τρικάλων

Θ. Γκαλέας, Κ. Χάιδος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Τρικάλων

3. Αντιμετώπιση επιπλοκών υπερπλαστικής διαβητικής αμφιβλοπρωτεϊδοπάθειας

Η. Φερέτης, Ε. Χατζησπασου, Θ. Πουλάκη, Γ. Ψυχογιωπούλου, Α. Μαρτίνη

Οφθαλμολογική Κλινική Ν.Ε.Ε.Σ, Αμπελόκηποι, Αθήνα

4. Αξιοπιστία και επαναληψιμότητα της μεθόδου μετρήσεως γλυκοζυλιωμένης Hb (HbA₁) με μέθοδο ιοντοανταλλακτικών ρητινών

Α. Πελετίδου, Ε. Μακρυγιαννάκη, Μ. Αντωνιάδου, Σ. Μπακατσέλος, Δ. Καραμήτσος

Αιματολογικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου, Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Προπ. Παθ. Κλινικής ΑΠΘ

5. Βραχυ- και μακροπρόθεσμες μεταβολές της HbA_{1c} σε σχέση προς τις μεταβολές της γλυκαιμίας

N. Δημητσοκόγλου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημητσοκόγλου, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ. Μωραΐτης

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών

6. Επίδραση των διγουανιδίων επί του επιπέδου του ινωδογόνου πλάσματος σε διαβητικούς αρρώστους

N. Παπάζογλου, Γ. Σκαραγκάς, Ε. Σκαραγκά, Χ. Μανές, Ι. Κοντογιάννης, Α. Λιούτας, Ε. Γεωργακοπούλου

Παθολογική Κλινική και Αιματολογικό Εργαστήριο του Α' Γεν. Νοσ. «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκης

7. Κλινικές παρατηρήσεις για τη δευτεροπαθή αποτυχία των σουλφονουριδίων

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

Β' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

8. Η σκοπιμότητα και οφελιμότητα ειδικών «διαιτητικών» για διαβητικούς και υγιεινών τροφών

Α.Ε.Γ. Αλαβέρας, Γ.Α. Χαλιώτης, Ε. Πρίφτης, Π.Δ. Χριστάκοπουλος

Α' Παθολογικό Τμήμα Νοσ. Ελλ. Ερυθρού Σταυρού, Αθήνα

18.30–18.50 Διάλειμμα

18.50–21.00 Στρογγύλη τράπεζα

Οι διαταραχές της γλυκόζης στις ενδοκρινολογικές πάθειες

Συντονιστής: *Α. Αβραμίδης*

Εισηγητές: *Α. Αναστασιάδης, Α. Καραμπέρης, Μ. Κήτα, Κ. Παπαμαργαρίτης, Γ. Σαντίκ, Α. Σπυροπούλου*

Σάββατο 11 Νοεμβρίου

Προεδρείο: *Α. ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ*

09.00–09.20 Ενδείξεις ινσουλινοθεραπείας
Κ. Βολιώτης

09.20–09.40 Διγουανίδες. Τα υπέρ και κατά
N. Δημητσοκόγλου

09.40–10.00 Μικρολευκωματινουρία
N. Σάιλερ

10.00–10.20 Η αρθροπάθεια Charcot στο διαβητικό
N. Γεωργαλά

10.20–10.40 Διάλειμμα

10.40–11.40 Η φροντίδα υγείας των διαβητικών - νέες αντιλήψεις (Διάλεξη)
Ι. Αλιβιζάτος

11.40–13.40 Στρογγύλη τράπεζα: Δίαιτα διαβητικού. Ποια δίαιτα και πως;

Συντονιστής: *Δ. Καραμήτσος*

Εισηγητές: *Σ. Μπακατσέλος, Εμ. Πάγκαλος, Μ. Παντάλη, Γ. Παπαλεξίου*

14.00–15.30 Γεύμα στο Ξενοδοχείο

15.30–16.00 Κλινικό φροντιστήριο:
Εξέταση οφθαλμών διαβητικού
Β. Νανάς, Ε. Καλδή

Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

- 16.00–16.30 Η κληρονομικότητα του διαβήτη
Φ. Χαρσούλης
- 16.30–17.00 Η γλυκόζη του αίματος
Π. Χριστακόπουλος
- 17.00–17.30 Γλυκοζυλίωση πρωτεϊνών
Μ. Αλεβίζος
- 17.30–18.00 Η φυσική εξέλιξη της διαβητικής αμφιβλο-
στροειδοπάθειας
Α. Νικολακόπουλος
- 18.00–18.20 Διάλειμμα

Προεδρείο : Φ. ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ

- 18.20–18.50 Ρύθμιση διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές
του
Ν. Θαλασσινός
- 18.50–19.20 Ουρικό οξύ και διαβήτης
Γ. Τσάπας
- 19.20–19.50 Διαβήτης εγκυμοσύνης
Χ. Ζούπας
- 19.50–20.20 Η σωματική αύξηση σε παιδιά με σακχαρώδη
διαβήτη
Γ. Κατζός
- 20.20 Λήξη συνεδρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

Προεδρείο : Μ. ΑΛΕΒΙΖΟΣ

- 16.00–16.30 Η κληρονομικότητα του διαβήτη
Φ. Χαρσούλης
- 16.30–17.00 Η γλυκόζη του αίματος
Π. Χριστακόπουλος
- 17.00–17.30 Γλυκοζυλίωση πρωτεϊνών
Μ. Αλεβίζος
- 17.30–18.00 Η φυσική εξέλιξη της διαβητικής αμφιβλο-
στροειδοπάθειας
Α. Νικολακόπουλος
- 18.00–18.20 Διάλειμμα

Προεδρείο : Φ. ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ

- 18.20–18.50 Ρύθμιση διαβήτη σε σχέση με τις επιπλοκές
του
Ν. Θαλασσινός
- 18.50–19.20 Ουρικό οξύ και διαβήτης
Γ. Τσάπας
- 19.20–19.50 Διαβήτης εγκυμοσύνης
Χ. Ζούπας
- 19.50–20.20 Η σωματική αύξηση σε παιδιά με σακχαρώδη
διαβήτη
Γ. Κατζός
- 20.20 Λήξη συνεδρίου

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ II (ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ)

Ευθυμίου Η, Τριανταφύλλου Γ, Γιαννούλη Χ, Καλτσάς Θ, Τζέτζης Β, Γάκης Δ, Τραϊανίδης Π. Καλλιγιάτσης Χ.

Ενδοκρινολογική - Παθολογική κλινική Β' Νοσ. ΙΚΑ - Οφθαλμολογική κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου

Οι ασθενείς με Σ.Δ. τύπου II αποτελούν τον μεγαλύτερο πληθυσμό των διαβητικών αρρώστων (>80%) και προσβάλλονται σε υψηλό ποσοστό από διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ). Για την ανάπτυξη της ΔΑ έχουν ενοχοποιηθεί πολλοί παράγοντες όπως η ρυθμίσση του σακχάρου, η διάρκεια της νόσου, το είδος της θεραπείας και πιθανώς η ηλικία, η αρτ. πίεση, το κάπνισμα, ο δείκτης μάζας σώματος, τα λιπίδια του ορού κ.α. Σκοπός της εργασίας είναι η συσχέτιση των παραγόντων αυτών με την Δ.Α. καθώς επίσης και η αναγνώριση του καθοριστικού ρόλου του καθενός στην ανάπτυξη της.

Μελετήσαμε 184 διαβητικούς τύπου II (61♂ και 123♀), ηλικίας 45-79 ετών, με διάρκεια διαβήτη από 1-35 χρόνια. Σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκαν και συσχετίστηκαν με την εμφάνιση της ΔΑ το σακχαρο νηστείας, η HbA_{1C}, το είδος της θεραπείας, αρτ. πίεση και το κάπνισμα. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα:

	Με ΔΑ	Χωρίς ΔΑ	test	ρ
	N = 95	N = 89		
Ηλικία* (έτη)	62.2 ± 8.3	60.5 ± 10.3	t = 1.17	M.Σ.
Διάρκεια* (έτη)	16 ± 7.7	9.6 ± 6.7	t = 6	ρ < 0.001
Θεραπεία ινσ. (%)	55	24	χ ² = 18.83	ρ < 0.001
HbA _{1C} * (%)	8.9 ± 2.1	7.4 ± 2.5	t = 4	ρ < 0.001
Σάκχαρο* (mg%)	222 ± 59	189 ± 65	t = 3.25	ρ < 0.001
Ιστορικό υπέρτασης (%)	63	52	χ ² = 2.04	M.Σ.
Συστολική* ΑΠ	157 ± 29	145 ± 29	t = 2.8	ρ < 0.01
Διαστολική* ΑΠ	86 ± 13	84 ± 14	t = 1.09	M.Σ.
Κάπνισμα (%)	16	25	χ ² = 1.96	M.Σ.

* μέση τιμή ± 1 ΣΑ

M.Σ. = μη σημαντικό

Συμπεραίνεται ότι η διάρκεια της νόσου, η σωστή ρύθμιση του σακχάρου, όπως αυτή εκφράζεται με την HbA_{1C} και το είδος της θεραπείας συσχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΑ.

ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΕΠΙ 8 ΜΗΝΟ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΜΙΚΤΟ ΣΧΗΜΑ ΔΥΟ ΕΝΕΣΕΩΝ

Τριανταφύλλου Γ.Τ. Ευθυμίου Η.Ω. Γιαννούλη Χ.Τ. Τσιαμπαλής Ι, Χαβαλέ Ι. Κάλτσας Θ. Ποντικίδης Ν. Τραϊανίδης Π.

Ενδοκρινολογική ή Πακλινική ΑΒ Λε Νοσολ. ΙΚΑ-Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκρατείου Νοσοκομείου

Ο μεταβολικός έλεγχος του Σακχαρώδους διαβήτου (ΣΔ) σε ινσουλινοεξαρτώμενους ασθενείς (τύπου Ι και ΙΙ) επηρεάζει την εξέλιξη της Διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (ΔΑ) με αμφιλεγόμενα αποτελέσματα.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η εκτίμηση της μεταβολικής ρύθμισης του ΣΔ στην εξέλιξη της ΔΑ σε 15 ινσουλινοεξαρτώμενους ασθενείς.

	Ηλικία	Διάρκεια νόσου
1η ομάδα: ΣΔ τύπου Ι: 8 ασθενείς:	27-68 χρ	1-35 χρ
2η ομάδα: ΣΔ τύπου ΙΙ: 7 ασθενείς:	45-65 χρ	3-35 χρ
Η ΔΑ διεκρίνετο σε Απλή και σε Παραγωγική.		
1η ομάδα: 2 παραγωγική 6 απλή		
2η ομάδα: 1 παραγωγική 6 απλή		

Όλοι οι ασθενείς τέθηκαν σε θεραπεία με μικτό σχήμα 2 ενέσεων ημερησίως με αποτέλεσμα την ικανοποιητική ρύθμιση του ΣΔ.

Για την παρακολούθηση των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν καθιερωμένες παράμετροι: Πολλαπλές μετρήσεις σακχάρου αίματος, HbA_{1c}, λιπίδια, ουρία, κρεατινίνη κ.α.

Ο οφθαλμολογικός έλεγχος περιελάμβανε έλεγχο οπτικής οξύτητας, τονομέτρηση, βιομικροσκοπήση, βυθοσκόπηση, φωτογράφιση οπισθίου πόλου και φλουροαγγειογραφία με την έναρξη της θεραπείας και ανά 2μηνο για 8 μήνες.

Τα αποτελέσματα:

Όλοι οι ασθενείς της 1ης ομάδος (8) εμφάνισαν βελτίωση της ΔΑ.

Ενώ στους ασθενείς της 2ης ομάδος οι οποίοι για πρώτη φορά τέθηκαν σε ινσουλινοθεραπεία διαπιστώθηκε βελτίωση σε 1, ίδια κατάσταση σε 3 και επιδείνωση σε 3.

Συμπεραίνεται η διαφορετική επίδραση του μεταβολικού ελέγχου στην ΔΑ σε ινσουλινοεξαρτώμενους ασθενείς με ευνοϊκή επίδραση στους ασθενείς τύπου Ι και ποικίλη στους ασθενείς τύπου ΙΙ.

ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ - ΠΟΙΟ ΔΕΙΓΜΑ; -ΣΧΕΣΕΙΣ ΜΕ ΚΟΠΩΣΗ

N.A. Sáyler, F.R. Xavier, G.S. Spathis, J.L. Barron

Departments of Endocrinology and Chemical Pathology St. Helier Hospital Corshalton, Surrey, London UK.

Ρυθμός απεκκρίσεως λευκωματίνης ούρων (ΡΑΛ) > 30μg/μίν, μπορεί να προβλέπει διαβητική νεφροπάθεια. Χρονομετρημένες ολονύκτιες ή 24ωρες συλλογές ούρων, είναι συχνά ανακριβείς γι' αυτό εκτιμήθηκε η ικανότητα να ανιχνεύσουν παθολογικό ΡΑΛ τα εξής:

1. λευκωματίνη στα πρώτα πρωινά ούρα (Λπ) > 20mg/l
2. ο λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνη στα πρώτα πρωινά ούρα (Λ Κπ) > 3.5mg mmol
3. λευκωματίνη σε τυχαίο δείγμα ούρων (Λτ) > 25mg/l
4. ο λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνη σε τυχαίο δείγμα ούρων (Λ Κτ) > 4.5mg mmol
5. λευκωματίνη ούρων μετά κόπωση (Λκ) > 7.5mg/l

Υπολογίσθηκε ανοσοθολομετρικώς ο ΡΑΛ, σε μια ολονύκτια χρονομετρημένη καταμέτρηση, σε 54 μη ινσουλινοεξαρτώμενους διαβητικούς, ηλικίας 40-70 ετών, με διαβήτη διαρκείας < 3 ετών. 15 ασθενείς είχαν παθολογικό ΡΑΛ. Σε επανειλημμένα δείγματα πρώτων πρωϊνών και τυχαίων ούρων προσδιορίστηκαν η λευκωματίνη και η κρεατινίνη.

55 άτομα υποβλήθηκαν σε μέτρια κόπωση (άνοδος και κάθοδος 3 ορόφων) με αποτέλεσμα αύξηση της μικρολευκωματουρίας από 30:3 ± 10.4 σε 76.7 ± 10.3mg/l (p < 0.001).

Οι συγκεντρώσεις λευκωματίνης Λπ, Λτ, και Λκ και οι λόγοι Λ Κπ και Λ Κτ κατά σειρά, έδωσαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: ευαισθησία 85, 92, 69, 81, 81%, ειδικότητα 83, 40, 100, 92, 86% και προγνωστικό δείκτη 69, 44, 50, 76, 76%.

Τυχαία δείγματα ούρων και μετά κόπωση δεν είναι κατάλληλα για την ανίχνευση πρώιμης νεφροπάθειας λόγω χαμηλού προγνωστικού δείκτη. Αντίθετα συγκεντρώσεις λευκωματίνης και ο λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνη σε πρώτα πρωινά ούρα μπορούν να προβλέψουν παθολογικό ΡΑΛ και συνιστώνται για την ανίχνευση πρώιμης νεφροπάθειας, επειδή γίνονται εύκολα και μπορούν να επαναλαμβάνονται συχνά.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΛΗΠΤΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑ. ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ Η ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΣΗΣ ΟΤΗΣ ΑΞΕΣΕΔΙΕΗΣ ΕΤΗΣ (στην ονομαστική)
Ν. Παπάζογλου, Α. Γαρυφαλλός, Ε. Παπαδέλη, Α. Παπαδόπουλος, Α. Χατζηαχμέτ, Κ. Ζαφειρίου, Ε. Γεωργακοπούλου.
Παθολ. Κλινική καί Βιοχημικό Εργαστήριο,
ΓΕΝ. ΝΟΣ. ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ

Η εργασία παρουσιάζει τά πρώτα ευρήματα συνεχιζόμενης μελέτης. Εξετάσθηκαν τά πρώτα πρωινά ούρα σε 1530 διαβητικούς αρρώστους (ΔΑ) (ει των οποίων αποκλείσθηκαν 103) για τήν εξακρίβωση κλινικής λευκωματουρίας (ΚΛ) μέ σκοπό τήν εκτίμηση τής συχνότητας καί τού μεγέθους τού προβλήματος τής νεφροπάθειας σε ΔΑ. Τά αποτελέσματα σε γενικά πλαίσια ήσαν: 224 θετικοί σε ΚΛ (15,6%) στό σύνολο τών εξετασθέντων, ενώ 85 θετικοί σε 2 η περισσότερα δείγματα (5,9%) με αντίστοιχη συχνότητα συνύπαρξης υπέρτασης 70,1% καί 78,8%. Τής ΚΛ προηγούνται η μικρολευκωματουρία, η αύξηση τής σπειραματικής διήθησης καί η νεφρομεγαλία.

Συμπέρασμα: θεωρούμε σημαντική προσφορά τήν επισήμανση τών περιπτώσεων αρχόμενης διαβητικής νεφροπάθειας με τα αναφερθέντα κριτήρια αφού η εν συνεχεία παρεμβασή μας με την βελτίωση τής γλυκαιμίας, τήν τροποποίηση τού διαιτολογίου καί τήν αντιμετώπιση τής υπέρτασης θα επιβραδύνει τήν εξέλιξη τής διαβητικής νεφροπάθειας πρός τό τελικό στάδιό της μέ τίς ανάλογες θετικές κοινωνικές καί οικονομικές επιπτώσεις.

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΕΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σ. ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΥΣ, Ν. ΣΑΪΛΕΡ, Β. ΕΣΜΠΗΣ, Ι. ΓΑΓΑΝΑΚΗΣ

ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ

Είναι ευρύτερα γνωστό ότι ο σακχ. διαβήτης εμφανίζει την μεγαλύτερη του συχνότητα στην 5η δεκαετία της ζωής καί επίσης ότι το 50% περίπου των σακχαροδιαβητικών ασθενών θα υποβληθούν μια τουλάχιστον φορά σε χειρουργική επέμβαση.

Στην εργασία αυτή μελετήσαμε συγκριτικά δύο ίσες ομάδες ασθενών που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας από 1.2.89 μέχρι 31.8.89. Κάθε ομάδα περιελάμβανε 25 ασθενείς.

Παρουσιάζουμε συγκριτικά την προεγχειρητική ετοιμασία τους καί την μετεγχειρητική πορεία των δύο ομάδων ασθενών.

Οι διαβητικοί χωρίστηκαν προεγχειρητικά σε τρεις ομάδες α) ινσουλινοθεραπευόμενοι β) δίαιτα ή χάπια καί γ) υπεργλυκαιμία λόγω STRESS ή πρωτοδιαγνωσθείς Σ.Δ. στην κλινική. Όλοι οι διαβητικοί οδηγήθηκαν στο χειρουργείο αφού 2 μέρες πιο μπροστά χορηγήθηκε ινσουλίνη ταχείας δράσης. Άμεσα προεγχειρητικά καί μετεγχειρητικά ελέγχεται το σάκχαρο αρραύ. Μετεγχειρητικά χορηγώσαμε ινσουλίνη ταχείας δράσης για όσο χρονικό διάστημα ο ασθενής βρισκόταν σε παρεντερική χορήγηση υγρών.

Οι μετεγχειρητικές επιπλοκές που παρατηρήθηκαν, ήταν στατιστικά μη σημαντικές ο δε μετεγχειρητικός χρόνος νοσηλείας δεν ήταν μεγαλύτερος.

Συμπερασματικά η καλή προεγχειρητική προετοιμασία καί η σωστή διεγχειρητική καί μετεγχειρητική ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη κάνει την ομάδα αυτή των ασθενών ικανή να δεχθεί αποτελεσματικά όλο το φάσμα των ουρολογικών επεμβάσεων.

Η ΑΠΟΔΟΧΗ ΚΑΙ ΕΚΤΕΛΕΣΗ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Μ.Παντάλη, Σ.Μπακατσέλος, Δ.Καραμήτσος.

Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Προπ.Παθ.Κλινικής ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Σκοπός της εργασίας ήταν να εκτιμηθεί αν, με τις παρούσες συνθήκες λειτουργίας του διαβητολογικού ιατρείου και το δεδομένο υλικό ασθενών, οι διαιτολογικές συστάσεις γίνονται αποδεκτές και εφαρμόζονται. Μελετήθηκαν 47 ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ, μέσης ηλικίας 59 ± 7 ετών και μέσης διάρκειας διαγνωσμένου ΣΔ $10 \pm 5,5$ ετών. Οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α, από 32 ασθενείς, δόθηκαν μία μόνο φορά διαιτολογικές οδηγίες ενώ στην ομάδα Β, από 15 ασθενείς, δόθηκαν διαιτολογικές οδηγίες κατ' επανάληψη σε διάστημα ενός χρόνου. (Μέσος όρος συνεντεύξεων με τη διαιτολόγο $2,73 \pm 0,88$) Στο τέλος ενός χρόνου διαπιστώθηκαν:

	Βάρος σώματος		Σάκχαρο Αίματος		HbA _{1c} %	
	Αρχικό	Τελικό	Αρχικό	Μ-Λοιπών	Αρχική	Τελική
Ομάδα Α	74,5	74,7	193,7	188,1	11,85	11,43
	$\pm 8,9$	$\pm 8,9$	$\pm 65,8$	± 44		
Ομάδα Β	75	74,06	219	195,4	10,55	10,33
	$\pm 8,34$	$\pm 8,75$	± 90	$\pm 39,6$		
	P>0,05		P>0,05		P>0,05	

Συμπεραίνεται ότι υπό τις παρούσες συνθήκες μικρή βοήθεια παρέχουν οι διαιτολογικές συστάσεις. Προτείνεται μεταβολή των συνθηκών παροχής διαιτολογικών οδηγιών από την άπαιξη χώρου, του χρόνου, του τρόπου και των εποπτικών μέσων.

ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗΣ ΦΑΣΗΣ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σ.Μπακατσέλος, Γ.Κούρτογλου, Μ.Αβραμίδης, Χ.Σιαμπάνης, Δ.Φωτόπουλος, Α.Κοντόπουλος, Δ.Καραμήτσος.

Β' Προπ.Παθ.Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της έκβασης του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών κατά τη νοσοκομειακή τους νοσηλεία (10-15 μέρες). Μελετήθηκαν 83 διαβητικοί τύπου ΙΙ και 83 μη διαβητικοί με παρόμοια ηλικία και φύλο που νοσηλεύθηκαν κατά την ίδια χρονική περίοδο 1988-89 στη στεφανιαία μονάδα. Η επιλογή των μαρτύρων έγινε τυχαία. Οι άνδρες ήταν 54 και οι γυναίκες 29. Η μέση ηλικία των διαβητικών ήταν $66 \pm 9,52$ και των μη διαβητικών $65,97 \pm 9,6$. Ιστορικό στεφανιαίας νόσου είχαν 50 διαβητικοί και 51 μη διαβητικοί. Δεν υπήρχαν διαφορές στις δύο ομάδες στην εντόπιση του εμφράγματος, ούτε στα επίπεδα των ενζύμων CPK, SGOT, LDH. Θάνατος συνέβη σε 10 διαβητικούς και 6 μη διαβητικούς (P>0,05). Καρδιακή ανεπάρκεια (\pm καρδιογενή καταπληξία) εμφάνισαν 28 διαβητικοί (33,7%) και 16 μη διαβητικοί (19,2%). Η διαφορά προσεγγίζει το όριο σημαντικότητας P=0,05. Αρρυθμίες εμφάνισαν 31 διαβητικοί και 28 μη διαβητικοί (P>0,05), Υπόταση 8 διαβητικοί και 4 μη διαβητικοί (P>0,05). Βωβό έμφραγμα είχαν 9 διαβητικοί και 2 μη διαβητικοί (P=0,05). Συμπεραίνεται ότι οι διαβητικοί εμφανίζουν συχνότερα ανώδυνο έμφραγμα και καρδιακή ανεπάρκεια. Η εντόπιση του εμφράγματος δεν διαφέρει. Η γενική πρόγνωση του εμφράγματος είναι βαρύτερη στους διαβητικούς αλλά με το μέγεθος του δείγματος που μελετήθηκε δεν δίνονται διαφορές στατιστικώς σημαντικές παρά τις φανερές αριθμητικές διαφορές.

ΣΑΚΧΑΡΟ ΚΑΙ ΛΟΙΠΟΙ ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩ-
ΣΗΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΞΑΝΘΗΣ
Γ. Α. ΜΠΑΛΑΤΑΤΖΙΔΗΣ-Γ. ΞΑΝΘΟΠΟΥΛΙΔΗΣ-Ι. ΨΩΜΙΑΔΗΣ-Γ. ΜΑΝΟΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΞΑΝΘΗΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν αφ' ενός ο επιπολασμός του Σ.Δ και αφ' ετέρου η αναζήτηση των λοιπών προδιαθεσι-
κών παραγόντων της αθηροσκλήρωσης και της Στεφανιαίας
Ανεπάρκειας σε δύο πληθυσμούς διαφορετικής θρησκείας
(Χριστιανοί Ορθόδοξοι αφ' ενός και Μουσουλμάνοι αφ'
ετέρου) και διαφορετικού τόπου διαμονής. Οι μεν πρώτοι
κατοικούν κοντά στην θάλασσα (Αβδηρα, Νομού Ξάνθης)
οι δε άλλοι στην ορεινή περιοχή (Ωραϊόν, Νομού Ξάνθης).

Αμφότεροι είναι πληθυσμοί γεωργικοί.

Μελετήθηκαν 104 άτομα (Ανω των 25 ετών).

Συμπληρώθηκε ερωτηματολόγιο και έγινε αντικειμενική
εξέταση και εργαστηριακή διερεύνηση.

Ανευρίσκεται μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με υψηλότε-
ρη τιμή σακχάρου αίματος στον ορεινό πληθυσμό, παρά το
ότι δεν καταναλίσκει οινοπνευματώδη, και είναι ολιγό-
τερο παχύσαρκος.

Ο ορεινός πληθυσμός επίσης καπνίζει λιγώτερο.

Στεφανιαία ανεπάρκεια ανευρίσκεται ίση και στους
δύο πληθυσμούς.

ΓΕΩΧΗΜΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
(Σ.Δ.) ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΣΕ ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ
ΤΡΙΚΑΛΩΝ.

Θ. Γιαλέας, Κ. Χάιδος

Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νομαρχιακό Νοσο-
κομείο Τρικάλων

Σκοπός της εργασίας είναι να διερευνηθεί
εαν τό είδος τού εδάφους επηρεάζει τήν επίπτω-
ση τού Σακχαρώδη Διαβήτη και εφόσον διαπιστω-
θεί επηρεασμός, εαν αυτός είναι άμεσος η εμ-
μεσος σχετιζόμενος με τήν πυκνότητα τού πλη-
θυσμού.

Υλικό τής μελέτης αποτέλεσαν: α) 320 ασθενείς
πού πάσχουν απο Σακχαρώδη Διαβήτη και προ-
σέρχονται στό Νοσοκομείο Τρικάλων για έλεγχο
και ρύθμιση τού σακχάρου β) Κατάλληλοι εδαφολο-
γικοί χάρτες τής περιοχής πού με τη βοήθειά
τους κατατάξαμε τούς διαβητικούς ασθενείς σε
δύο κατηγορίες: 1. Ασθενείς πού ζούν σε αλλου-
βιακά εδάφη, 2. Ασθενείς πού ζούν σε μή αλλου-
βιακά εδάφη, για μιá τουλάχιστον 20ετία, γ) Ο
προσδιορισμός τής συστάσεως τού εδάφους και
τού ύδατος ως πρός τά στοιχεία ασβέστιο και
μαγνήσιο. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμο-
ποιήσαμε τη χ^2 μέθοδο (διαζωνική διάταξη).
Βρέθηκε ότι η επίπτωση τού Σακχαρώδη Διαβήτη
ήταν στατιστικά σημαντική, $P < 0,01$, στά αλλου-
βιακά εδάφη έναντι τών μή αλλουβιακών, τά οποία
ήταν πλούσια σε σύσταση σε μαγνήσιο και φτωχά
σε ασβέστιο έναντι τών μή αλλουβιακών.

Συμπερασματικά φαίνεται να υπάρχει σαφώς
σημαντική στατιστική σχέση μεταξύ διαβητικών
και τής γεωχημικής σύστασης τού εδάφους.

Η σχέση αυτή είναι ανεξάρτητη από τήν
πυκνότητα τού πληθυσμού στίς περιοχές πού
έγινε η έρευνα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΥΠΕΡΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ (Υ.Δ.Α)

Η. ΦΕΡΕΤΗΣ-Ε. ΧΑΤΖΗΣΠΑΣΟΥ-Θ. ΠΟΥΛΑΚΗ-Γ. ΨΥΧΟΓΥΙΟΠΟΥΛΟΥ-Α. ΜΑΡΤΙΝΗΣ

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Ν.Ε.Ε.Σ ΑΜΠΕΛΟΚΗΠΟΙ ΑΘΗΝΑ

Η ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς αποτελεί μία από τις σοβαρότερες επιπλοκές της Υπερπλαστικής Διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η μέθοδος εκλογής για την αντιμετώπιση παρομοίων περιστατικών είναι η μικροχειρουργική της υαλοειδεκτομής και η αφαίρεση των υνοαγγειακών μεμβρανών του αμφιβληστροειδούς.

Εφαρμόσαμε την ως άνω μέθοδο σε 50 περιστατικά Υπερπλαστικής Διαβητικής Αμφιβληστροειδοπάθειας που παρουσίαζαν την προαναφερθείσα επιπλοκή. Η κυριώτερη εγχειρητική επιπλοκή και ταυτόχρονα παράγων αποτυχίας της εγχείρησης ήταν οι ιατρογενείς ρωγμές του αμφιβληστροειδούς που επεσυνέβησαν κατά το χρόνο αφαίρεσης υνοαγγειακών μεμβρανών από το επίπεδο του αμφιβληστροειδούς. Τα μετεγχειρητικά άμεσα και όψιμα ανατομικά και λειτουργικά αποτελέσματα κρίνονται ικανοποιητικά και δικαιολογούν την εφαρμογή της βαρείας χειρουργικής επέμβασης της υαλοειδεκτομής σε περιστατικά ως τα προαναφερθέντα.

ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΘΟΔΟΥ ΜΕΤΡΗΣΕΩΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ Ηb (HbA1) ΜΕ ΜΕΘΟΔΟ ΙΟΝΤΟΑΝΤΑΛΛΑΚΤΙΚΩΝ ΡΗΤΙΝΩΝ.

Α. Πελετίδου, Ε. Μαυρυγιαννάκη, Μ. Αντωνιάδου, Σ. Μπακατσέλος, Δ. Καραμήτσος.

Αιματολογικό Εργαστήριο Ιπποκρατείου Νοσοκομείου Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Προπ. Παθ. Κλινικής ΑΠΘ

Σκοπός της εργασίας ήταν α) ο έλεγχος της αξιοπιστίας και επαναληψιμότητας της μέτρησης της HbA1 με τη μέθοδο ιοντοανταλλακτικής ρητίνης (kit Boehringer Mannheim) και β) αν κατά πόσον παραμονή του αίματος για 12 μέρες επηρεάζει το αποτέλεσμα. Οι μετρήσεις έγιναν σε σταθερή θερμοκρασία 23°C. Η μέση επί τοις εκατό μεταβλητότητα της μεθόδου βρέθηκε να είναι 3,19%. Σε χαμηλές τιμές (HbA1 ≈ 6,5%) ήταν 2,12%, σε τιμές HbA1 ≈ 9,5% ήταν 5,16% και σε υψηλές τιμές (HbA1 ≈ 12%) ήταν 3,2%. Η παραμονή του αίματος για 12 μέρες δεν έδειξε να επηρεάζει το αποτέλεσμα. Έτσι η μέση τιμή των προσδιορισμών σε τρία διαδοχικά χρονικά διαστήματα (1η μέρα, 7η μέρα, 12η μέρα) ήταν:

	Μέσες τιμές δειγμάτων HbA1		
Τιμή	1η μέρα	7η μέρα	12η μέρα
Φυσιολογική	6,27	6,5	6,48
Μέτρια αυξημ.	9,45	9,78	9,37
Πολύ αυξημ.	11,42	11,65	11,74

Συμπεραίνεται ότι η χρησιμοποιηθείσα μέθοδος έχει λογική επαναληψιμότητα, τα δείγματα μπορεί να διατηρηθούν μέχρι 12 μέρες. Ωστόσο επειδή το εύρος διασποράς των τιμών στους περισσότερους ασθενείς είναι μικρό με την εξαίρεση των εντελώς αρρύθμιστων ασθενών-χρειάζεται προσοχή στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων.

ΒΡΑΧΥ- ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ HbA1
ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ

Ν. Δημητσίκογλου, Λ. Κωνσταντινίδου-Δημησι-
κογλου, Π. Ρόζη-Πάνου, Γ. Μωραϊτης

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Σερρών.

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του με-
γέθους και του χρόνου δημιουργίας των με-
ταβολών της HbA1, μετά μεγάλη και απότομη
μεταβολή, με τη θεραπεία, της γλυκαιμίας.
Σε 25 αρρύθμιστους διαβητικούς, σε πρώτη α-
ποκάλυψη, προσδιορίσθηκαν η μέση γλυκαιμία
νηστείας 24ώρου (fbg), η γλυκοζυλιωμένη αι-
μοσφαιρίνη (A1), καθώς και η σχέση των με-
ταβολών τους, την 1η, 2η, 3η, 4η, 8η, 16η,
και 30η μέρα από την έναρξη της θεραπείας.
Παρά την παρόμοια για τις δύο παράμετρους
συνολική (30η μέρα) επελθούσα μεταβολή (90,3%
και 92,4%), εντούτοις, το μέγεθος και ο χρο-
νισμός των μεταβολών της HbA1, επιβεβαίωσαν,
γενικά, τον "βραδυπλεχτή" χαρακτήρα και την
αξία της ως "αποθηκευμένης μνήμης" των μέσων
επίπεδων της γλυκόζης αίματος κατά τις προη-
χούμενες εβδομάδες. Από την άλλη μεριά, πα-
ρατηρήθηκαν και σημαντικές ταχείες μεταβολές
της HbA1, παράλληλες προς βραχύβιες αυξομει-
ώσεις της fbg, αλλά το μέγεθός τους δεν κρί-
θηκε, γενικά, ικανό για σημαντική μείωση της
πρακτικής αξίας της HbA1 (π.χ. η πτώση της
fbg από 21,5 σε 12,6 mmol/l στο πρώτο 24ωρο,
ακολουθήθηκε από παράλληλη μείωση της HbA1
από 13,51% σε 12,61%, μόνο).

Συμπεραίνουμε ότι οι ταχείες μεταβολές της
HbA1, παρ' ότι μη αμελητέες, δεν είναι, συ-
νήθως, τόσο μεγέθους, ώστε να μειώσουν την
αξία της στην καθ' ημέρα κλινική πράξη.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΓΟΥΑΝΙΔΩΝ ΕΠΙ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΤΟΥ
ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΡΡΩΣΤΟΥΣ

Ν. Παπάζογλου, Γ. Σιαραγιός, Ε. Σιαραγιά, Χ. Μανές,
Γ. Κοντογιάννης, Α. Αλιούτας, Ε. Γεωργακόπουλου

Παθολογική Κλινική και Αιματολογικό Εργαστήριο
του Α' Γεν. Νοσ. Αγίου Παύλου Θεσσαλονίκης

Εκτιμήσαμε την ινωδολυτική δράση των διγου-
ανιδών σε διαβητικούς μετρώντας τα επίπεδα του
ινωδογόνου πλάσματος προ, 30 και 60 ημέρες μετά
τη χορήγησή τους. Σε 40 διαβητικούς (21 γυναίκες
και 19 άνδρες) με υπερβάλλον βάρος από 20-76%,
χορηγήσαμε 100mg phenformin ημερησίως. Τα επί-
πεδα του ινωδογόνου κυμάνθηκαν από 366.4±10.84
315.5±9.82 και 385.62±7.65mg% προ, 30 και 60 η-
μέρες θεραπείας αντίστοιχα.

Μετά την σημαντική μείωση των επιπέδων του
ινωδογόνου στον πρώτο μήνα θεραπείας (P<0.001),
τα επίπεδα αυτά επανήλθαν στα φυσιολογικά στην
συνέχεια (P>0.05), χωρίς να παρατηρηθεί διαφορά
μεταξύ γυναικών και ανδρών (P>0.05). Πιθανή ερμη-
νεία του φαινομένου είναι ότι οι διγουανίδες
προάγουν την σύνθεση ή την απελευθέρωση του ε-
νεργοποιητού του πλασμινογόνου.

Συμπέρασμα: Το ινωδολυτικό αποτέλεσμα των δι-
γουανιδών δεν διαρκεί, μένει όμως να διευκρινι-
σθεί αν είναι δυνατή η ενίσχυση ή η παράταση
του με συνδυασμένη χορήγηση και άλλων φαρμάκων
όπως αναφέρεται στη βιβλιογραφία.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΠΟΥΧΙΑ
ΤΩΝ ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΩΝ.

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

Β' Προπ.Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

Σκοπός της εργασίας ήταν η αναδρομική μελέτη των κλινικών παραμέτρων που ενδέχεται να σχετίζονται αιτιολογικά με την εμφάνιση δευτεροπαθούς αποτυχίας των σουλφονυλουριών (ΔΑΣ) στο σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ).

Μελετήθηκαν βάσει ερωτηματολογίου και των στοιχείων του φακέλλου τους 94 ασθενείς, 22 άνδρες και 72 γυναίκες μέσης ηλικίας $65,28 \pm 8,76$ ετών. Η ηλικία διαγνώσεως του ΣΔ ήταν $48,18 \pm 9,53$ έτη. Εξ αυτών 42 άτομα είχαν θετικό κληρονομικό αναμνηστικό ΣΔ. Η χρονική διάρκεια του ΣΔ κατά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας ήταν $12,9 \pm 5,41$ χρόνια, έπρεπε όμως να αρχίσουν θεραπεία κυρίτερα οι περισσότεροι ($10,76 \pm 5,4$). Ο δείκτης μάζας σώματος στο ανώτερο βάρος που είχαν στο παρελθόν ήταν $29,52 \pm 4,96$ (Α) και $32,75 \pm 4,5$ (Γ), στο κατώτερο σημείο πριν από την έναρξη ινσουλινοθεραπείας ήταν $24,1 \pm 1,84$ (Α), $26,38 \pm 4,65$ (Γ), $P < 0,001$ και αυξήθηκε αισθητά μετά τη θεραπεία $25,9 \pm 2,69$ (Α), $28,65 \pm 4$ (Γ) $P < 0,01$. Οι πιθανοί παράγοντες που επιδεικνύουν το διαβήτη όπως νοσήματα (40 ασθ), εγχειρήσεις (32 ασθ) stress-πέννη-μελαγχολία (30 ασθ), διουρητικά (37 ασθ) b-blockers (21 ασθ), κορτιζόνη (2 ασθ) και η τήρηση ή μή του διαιτολογίου δεν φαίνεται να επηρεάζει τη χρονική επέλευση της ΔΑΣ.

Συμπεραίνεται ότι η ΔΑΣ στις σουλφονυλουρίες είναι φαινόμενο που σχετίζεται με τη βαρύτητα του διαβήτη και είναι συνυφασμένο με τη φυσική του εξέλιξη.

Η ΣΚΟΠΙΜΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΩΦΕΛΙΜΟΤΗΤΑ ΕΙΔΙΚΩΝ "ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΩΝ"
"ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ" ΚΑΙ "ΥΓΙΕΙΝΩΝ" ΤΡΟΦΩΝ

Α.Ε.Γ.Αλαβέρας, Γ.Α.Χαλιώτης, Ε.Πρίφτης,
Π.Δ.Χριστακόπουλος

Α' Παθολογικό Τμήμα Νοσ. Έλλη. Έρυθρού Σταυρού, Αθήνα.

Η εργασία διερευνά την σκοπιμότητα και την ωφελιμότητα των: "διαιτητικών" "για διαβητικούς" και "υγιεινών" τροφών που διατίθενται στην αγορά εν αθονία.

Από έρευνα στην αγορά τροφίμων διαπιστώθηκε ότι οι ειδικές αυτές τροφές διακρίνονται σε δύο κύριες κατηγορίες. Α. "Διαιτητικές" ή "για διαβητικούς". Β. "Υγιεινές". Η ομάδα Α περιλαμβάνει κυρίως: Α₁ Τροφές με μειωμένη περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες (όπως ψωμί) με αντικατάσταση των ελλειπόντων υδατανθράκων από λευκώματα. Α₂ Από τρόφιμα-γλυκά που η σάκχαρη έχει αντικατασταθεί με φρουκτόζη ή με σορβιτόλη. Α₃ Από τρόφιμα-γλυκά με τεχνητά γλυκαντικά (όπως ασπαρτάμη). Η ομάδα Β απαρτίζεται κυρίως από: Β₁ Τροφές εμπλουτισμένες με λεκιθίνη. Β₂ Τροφές χωρίς συντηρητικά ή άλλες χημικές προσθήκες.

Στη κατηγορία Α που απευθύνεται κυρίως στους διαβητικούς η ομάδα Α₁ και Α₂ δεν διαθέτουν τρόφιμα με μειωμένες θερμίδες όπως ώφειλαν αλλά η Α₁ μειωμένους υδατάνθρακες και η Α₂ μειωμένη σάκχαρη, εξυπηρετώντας έτσι και αναχρονιστικές αντιλήψεις στη διαιτητική του διαβήτου και οδηγώντας σε επικίνδυνη υπερκατανάλωση θερμίδων. Στην κατηγορία Β η ομάδα Β₁ περιέχει το σύνθετο φωσφολιπίδιο λεκιθίνη που χαρακτηρίζεται ως υποχοληστεριναιμικό, χωρίς τα βιβλιογραφικά δεδομένα να τεκμηριώνουν επαρκώς μια τέτοια δράση.

Συμπέρασμα: Η χρήση ειδικών διαιτητικών τροφών είναι άσκοπη, ενδεχομένως επικίνδυνη, και στην καλύτερη περίπτωση οικονομικής επιβαρυντική.

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
- ACTA Comp.
- Bayer - Ames
- Beecham
- Boehringer - Φαρμαλέξ
- CANON
- GAP
- Farmitalia
- Hoechst
- Lilly - Φαρμασέρβ
- Μαρινόπουλος
- Novo
- Πετσιάβας
- Searle
- Servier

Daonil®

γλιβενκλαμίδη

προσφέρει στο διαβητικό άρρωστο



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

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

Hoechst Έλλάς ΑΒΕΕ

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

