

**ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ**  
**27<sup>ου</sup> ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**  
**ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ**  
**ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 14 - 16 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2013**



## **Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΛΥΤΕΡΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Α. Κουλουκούρα, Α. Καλαντζή, Μ. Σαραφάδη,  
Μ. Καλύβας, Κ. Λιασκώνη, Β. Τσιλιγκρού**

Γ.Ν. Λαμίας

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η καλή γλυκαιμική ρύθμιση και η ευελιξία στις θεραπευτικές αποφάσεις είναι οι στόχοι της σύγχρονης αντιμετώπισης του Σακχαρώδη Διαβήτη. Ακρογωνιαίος λίθος της καλής γλυκαιμικής ρύθμισης παραμένει ο αυτοέλεγχος του σακχάρου αίματος και η συνεχής εκπαίδευση, ώστε η πληροφορία που δίδεται από τη μέτρηση του σακχάρου αίματος να μετατρέπεται σε σωστή γνώση.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σε διαβητικούς ασθενείς με γλυκοζυλιωμένης Hb > 7% να αξιολογηθεί η αποτελεσματικότητα του αυτοελέγχου.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήσαμε από 1/2012 - 6/2013, 514 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, 326 (63,2%) άνδρες και 188 (36,5%) γυναίκες, ηλικίας 43-81 ετών, με διάρκεια νόσου 8±4 έτη. Οι 359 (69,8%) ελάμβαναν δισκία και κανείς δεν ελάμβανε σχήμα εντατικής ινσουλινοθεραπείας. Ενημερώθηκαν για τον χρόνο της συλλογής αλλά και την ερμηνεία των δεδομένων των μετρήσεων.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η συχνότητα και περιοδικότητα του αυτοελέγχου ήταν εξατομικευμένη (προγευματικά, μεταγευματικά, πριν από έντονη σωματική δραστηριότητα, επιπλέον σε εμπύρετες λοιμώξεις ή άλλες καταστάσεις stress, ή ακόμα και σε περιπτώσεις που θέλαμε να διαπιστώσουμε ότι το υποκείμενο αίσθημα υπογλυκαιμίας αντιστοιχούσε πραγματικά σε χαμηλή τιμή σακχάρου). Με την χρήση των δεδομένων των μετρητών αυτοελέγχου και την συνεργασία ιατρού-ασθενούς κατέστη δυνατή η έγκαιρη αναγνώριση υπογλυκαιμιών και η τροποποίηση ανάλογα της αγωγής και των διατροφικών συνηθειών.

408 διαβητικοί (79,8%) πέτυχαν άριστη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c ≤ 7%).

63 (12,3%) διαβητικοί, ηλικίας ≥ 65 με σοβαρά συνοδά νοσήματα (κυρίως καρδιαγγειακά) και με HbA1c > 9,8% στην αρχή της μελέτης, στο τέλος της μελέτης η HbA1c ήταν 8-8,5% και χωρίς επεισόδια υπογλυκαιμίας.

Η ρύθμιση επιτεύχθηκε μόνο δίαιτα και άσκηση στην αγωγή σε 81 (19,8%) ασθενείς, με προσθήκη δισκίων σε 198 (48,5%) ασθενείς, με μιμητικά των ινκρετινών σε 28 (6,8%) και με προσθήκη ινσουλίνης (όπως μακράς δράσης, γευματική στο μεγάλο γεύμα, 1 γευματική+μακράς δράσης, μίγματα, εντατικοποιημένο σχήμα) σε 101 (24,7%).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη μελέτη μας φαίνεται ότι όταν ο αυτοέλεγχος γίνεται οργανωμένα, υπάρχει συνεχής εκπαίδευση και τα αποτελέσματα χρησιμοποιούνται κατάλληλα βελτιώνεται σημαντικά τη γλυκαιμική ρύθμιση, ακόμα και σε ηλικιακές ομάδες με συνοδά νοσήματα.

**ΠΟΣΟ ΕΠΗΡΕΑΣΤΗΚΑΝ ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΕΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ;**

**Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Α. Κουλουκούρα, Ε. Καραμπουσλή, Ε. Παπαγγελή, Μ. Παπαγιαννοπούλου, Β. Τσιλιγκρού**

Γ.Ν.Λαμίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η σωστή διατροφή για τα άτομα με διαβήτη είναι ένα από τα πιο σημαντικά σημεία της θεραπείας τους.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η εκτίμηση διατροφικών συνηθειών ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2, που προσήλθαν για εξέταση το πρώτο 6μηνο 2013, καθώς επίσης κατά πόσο επηρεάστηκε η διατροφή από τα νέα οικονομικά δεδομένα στη χώρα μας.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήσαμε 372 διαβητικούς ασθενείς, ηλικίας 38-79 ετών, 228 (61,2%) άνδρες και 144 (38,7%) γυναίκες που προσήλθαν για εξέταση και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το ελαιόλαδο αποτελούσε βασικό στοιχείο διατροφής λόγω παραγωγής στην περιοχή. 45 (12,09%) διαβητικοί, κυρίως άνεργοι ή τρίτης ηλικίας, κατανάλωναν λευκό ψωμί. Το μεγαλύτερο ποσοστό των διαβητικών της μελέτης μας ελάμβανε πρωινό. Καθημερινά οι 64,1% των ερωτηθέντων κατανάλωναν γαλακτοκομικά και οι 71,4% φρούτα - λαχανικά. Αξιοσημείωτο είναι 92 διαβητικοί (24,7%) άρχισαν να καλλιεργούν προϊόντα ή να τα προμηθεύονται από συγγενείς και φίλους, ενώ 45,4% των διαβητικών προμηθεύονταν προϊόντα από τις λαϊκές αγορές, ψάχνοντας προσιτές τιμές. 41,2% κατανάλωναν τουλάχιστον 1 φορά την εβδομάδα κρέας κυρίως κοτόπουλο και οι 39,3% ψάρι. 1-2 φορές την εβδομάδα κατανάλωναν όσπρια το 34,7% των διαβητικών, ενώ οι 46,9% χρησιμοποιούσαν περισσότερο από 1 φορά την εβδομάδα ζυμαρικά - πατάτες στην διατροφή τους.

71 ασθενείς τρίτης ηλικίας (19,08%) λόγω κακής στοματικής υγιεινής, ή άλλων προβλημάτων με το πεπτικό, καθημερινά το διαιτολόγιο τους περιελάμβανε τοάι, γαλακτοκομικά προϊόντα, ψωμί και μαλακές τροφές. Τους τελευταίους μήνες, 76 διαβητικοί (20,4%), ηλικίας 38-47 ετών, συχνά εβδομαδιαία κατανάλωναν έτοιμα φαγητά, επειδή ήταν πιο οικονομικά σε σχέση με την παρασκευή σπιτικού φαγητού, κάτι που δεν έκαναν στο παρελθόν. 34 (9,4%) άνεργοι ή ηλικιωμένοι ελάμβαναν τακτικά φαγητό από συσσίτια, όπου συνήθως το μενού περιελάμβανε φαγητό με σάλτσα και λευκό ψωμί.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το μεγαλύτερο ποσοστό των διαβητικών της μελέτης μας ακόμα και σήμερα τρέφεται υγιεινά, ακολουθώντας τη μεσογειακή διατροφή. Η νέα όμως οικονομική πραγματικότητα στη χώρα μας έχει επηρεάσει το τελευταίο διάστημα τις ηλικιακές ομάδες 38-47 ετών και τη διατροφή των ατόμων της τρίτης ηλικίας.

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ Ω-3 ΛΙΠΑΡΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Α. Σιάννη<sup>1</sup>, Α. Γανωτοπούλου<sup>2</sup>, Ι. Ματσούκης<sup>1</sup>, Π. Παρασκευάς<sup>1</sup>,  
Ε. Γκόβα<sup>1</sup>, Ν. Τσιβιλής<sup>1</sup>, Ι. Λιούρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί η δράση των Ω-3 λιπαρών οξέων σε ασθενείς με καρδιαγγειακή νόσο -ΚΑΝ (χωρίς προηγούμενο ιστορικό ΟΕΜ) και σακχαρώδη διαβήτη - ΣΔ.

**ΥΛΙΚΟ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 92 ασθενείς, 54 άνδρες (58,7%) και 38 γυναίκες (41,3%) ηλικίας 70±12 έτη με γνωστή ΚΑΝ (χωρίς προηγούμενο ιστορικό ΟΕΜ) ή υγιή άτομα με πολλαπλούς παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Όλοι οι συμμετέχοντες έπασχαν από ΣΔ τύπου 2 και λάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία. Η μελέτη διήρκεσε 2 έτη και ελέγχθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ, η HbA1c, καθώς και η συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων στους 6, 12 και 24 μήνες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες. Στην ομάδα Α ανήκουν 30 ασθενείς (32,6%) που έλαβαν ελαιόλαδο ως εικονικό φάρμακο. Στην ομάδα Β ανήκουν 62 ασθενείς (67,4%) που έλαβαν 1 gr ω-3 λιπαρών οξέων καθημερινά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην Ομάδα Α δεν παρατηρήθηκε ουσιαστικά αλλαγή στο λιπιδαιμικό προφίλ ούτε στην HbA1c των ασθενών και παρατηρήθηκε εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε 4 ασθενείς (13,3%). Στην ομάδα Β μετά τη θεραπεία με 1 gr ω-3 λιπαρών οξέων καθημερινά, 3 ασθενείς (4,84%) εμφάνισαν γαστρεντερικές διαταραχές και διέκοψαν την αγωγή. Παρουσιάστηκε βελτίωση στο λιπιδαιμικό προφίλ και ειδικότερα μείωση τριγλυκεριδίων 350±110 mg/dl και αύξηση HDL-χοληστερόλη 40±3 mg/dl. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική αλλαγή στην HbA1c 7±0,2 (χωρίς καμία τροποποίηση της αντιδιαβητικής τους αγωγής που ήδη ελάμβαναν). Παρατηρήθηκε εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων σε 8 ασθενείς (13,56%, p=0,58).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η χορήγηση Ω-3 λιπαρών οξέων έχει φανεί χρήσιμη στο παρελθόν σε ασθενείς με ιστορικό ΟΕΜ και καρδιακή ανεπάρκεια. Παρόλα αυτά η χορήγηση Ω-3 λιπαρών οξέων φαίνεται ότι δεν ασκεί προστατευτική δράση στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα σε ασθενείς διαβητικούς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου χωρίς ιστορικό ΟΕΜ.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ**

**Β. Αντωνίου, Δ. Μπάκας, Δ. Καραμάνης, Ε. Παπαντωνίου, Κ. Παπαντωνίου, Κ. Παπαδοπούλου**

Οφθαλμολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας  
Α' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Καβάλας

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η εκτίμηση της σχέσης μεταξύ των τιμών της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και των διαφόρων σταδίων της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

100 διαβητικοί ασθενείς με τουλάχιστον 10 χρόνια διεγνωσμένη την πάθηση χρησιμοποιήθηκαν σε αυτήν την μελέτη. 52 άνδρες και 48 γυναίκες. Στους ασθενείς ελήφθησαν υπόψη και άλλοι παράγοντες κινδύνου (ηλικία, κάπνισμα, νεφρική λειτουργία, χορήγηση ή όχι ινσουλίνης, αιματολογικός έλεγχος). Οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε πλήρη οφθαλμολογικό έλεγχο και φωτογράφιση με τη χρήση της FUNDUS TOPCON TRC50DX.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με τις τιμές της HbA1c (5 έως 6%, 6 έως 8% και πάνω από 8%). Στην πρώτη ομάδα το 15% παρουσιάζει στην δεκαετία μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (NPDR) και 2% παραγωγική (PDR). Στην δεύτερη ομάδα τα ποσοστά αντίστοιχα είναι 36,6% και 3.3%. Στην τρίτη ομάδα είναι 46,9% και 16,6%.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σε μακροχρόνια διαβητικούς ασθενείς είναι σαφής η συσχέτιση μεταξύ των τιμών της HbA1c και της σταδιοποίησης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η πρώτη στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνάς μας δείχνει την τιμή 8% της HbA1c ως ιδιαίτερα σημαντική.

## Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑΣ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ν. Σαμπάνης<sup>1</sup>, Ε. Γαβριηλάκη<sup>2</sup>, Ε. Τσότσιου<sup>2</sup>, Α. Λυσίτσα<sup>1</sup>, Ε. Πάσχου<sup>2</sup>,  
Ο. Τσοτσόρου<sup>3</sup>, Σ. Δόλγυρας<sup>2</sup>, Σ. Βασιλείου<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Εξωτερικό Νεφρολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Έδεσσα

<sup>2</sup> Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Έδεσσας, Έδεσσα

<sup>3</sup> Εξωτερικό Νεφρολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Σερρών, Σέρρες

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) έχει αναγνωριστεί παγκοσμίως ως η συχνότερη αιτία Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ). Ωστόσο, σύμφωνα με διεθνείς καταγραφές σε ασθενείς όπου διενεργήθηκε βιοψία νεφρού, αξιοσημείωτο ποσοστό ασθενών με ΣΔ πάσχουν από μη διαβητική νεφροπάθεια. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ενδείξεων και των αποτελεσμάτων της βιοψίας νεφρού σε ασθενείς με ΣΔ.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε αναδρομική μελέτη των ασθενών με ΣΔ που παρακολουθούνται στο Νεφρολογικό και Διαβητολογικό Εξωτερικό Ιατρείο. Νεφρολογικού τμήματος και υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού την τελευταία δεκαετία. Έγινε πλήρης καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού και της πορείας νόσου των ασθενών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, 8 διαβητικοί ασθενείς (6 γυναίκες: 2 άνδρες, ηλικίας  $57.8 \pm 12.8$  ετών, μέση διάρκεια νόσου  $9.4 \pm 3.2$  έτη) είχαν ένδειξη και υποβλήθηκαν σε βιοψία νεφρού. Επτά ασθενείς έπασχαν από ΣΔ τύπου II, ενώ ένας ασθενής από ΣΔ τύπου I. Βιοψία νεφρού διενεργήθηκε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια: απουσία αμφιβληστροειδοπάθειας, παρουσία ενεργού ιζήματος, ταχεία επιδείνωση νεφρικής λειτουργίας, μη αναμενόμενη επιδείνωση λευκωματουρίας, παρουσία κλινικοεργαστηριακών ευρημάτων άλλης συστηματικής νόσου. Μη διαβητική νεφροπάθεια καταγράφηκε σε 6 ασθενείς (75%) και συγκεκριμένα, δύο ασθενείς έπασχαν από μεσαγγειουπερπλαστική σπειραματονεφρίτιδα, ένας από μεμβρανώδη σπειραματονεφρίτιδα, ένας από IgA νεφροπάθεια με στοιχεία διάμεσης νεφρίτιδας – οξείας σκληρωτικής νέκρωσης, ένας από υπερτασική νεφροσκλήρυνση και ένας από διαμεσοσκληρωτική κοκκιωματώδη νεφρίτιδα συμβατή με σαρκοειδωση. Συνύπαρξη ιστολογικών ευρημάτων διαβητικής νεφροπάθειας και οξείας διαμεσοσκληρωτικής νεφρίτιδας βρέθηκε σε μία ασθενή. Οι ασθενείς με μη διαβητική νεφροπάθεια αντιμετωπίστηκαν με βάση την ενδεδειγμένη θεραπεία για το αντίστοιχο υποκείμενο νόσημα με σημαντική βελτίωση ή διατήρηση της νεφρικής λειτουργίας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών που μελετήθηκαν παρουσίασε μη διαβητική νεφροπάθεια. Αξίζει να επισημανθεί πως η διάγνωση υποκείμενης μη διαβητικής νεφροπάθειας προσφέρει δυνατότητες θεραπευτικής παρέμβασης με πιθανά ευεργετικά αποτελέσματα, σε αντίθεση με τη μη αναστρέψιμη πορεία της διαβητικής νεφροπάθειας. Επομένως, τονίζεται η αναγκαιότητα της διενέργειας βιοψίας νεφρού σε επλεγμένους ασθενείς με ΣΔΙΙ με βάση τις διεθνώς αναγνωρισμένες ενδείξεις βιοψίας νεφρού σε ασθενείς με ΣΔ ΙΙ.

**Η ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΕΣ ΕΧΕΙ ΠΙΘΑΝΩΣ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ  
ΑΠΟ ΤΙΣ ΜΕΜΟΝΩΜΕΝΕΣ ΑΓΩΓΕΣ**

**Δ. Καγιάφα<sup>1</sup>, Α. Μπουρδάκης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Τμήμα Κλινικής Διατροφής ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ

<sup>2</sup> Β' Παθολογική Κλινική ΓΝ ΤΡΙΚΑΛΩΝ, Ιατρείο Λιπιδίων – Παχυσαρκίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ**

Αξιολογήθηκαν μεταβολές στα λιπίδια ορού και τον δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) ασθενών με δυσλιπιδαιμίες (ΔΛ) και υπέρβαρο (ΥΒ), μετά από αποκλειστικά φαρμακευτική (ΦΑ), αποκλειστικά διαιτητική (ΔΑ) ή συνδυαστική αγωγή (ΣΑ), με σκοπό τη σύγκρισή τους.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Κριτήριο διαλογής ήταν ένας ΔΜΣ>25 Kg/m<sup>2</sup>, τα όρια ATP III και η συνεχής παρακολούθηση επί τουλάχιστον 2 μήνες (N=181). Οι ασθενείς κατανεμήθηκαν σε τέσσερις ομάδες, ανάλογα την ύπαρξη και το βαθμό της ΔΛ και το είδος παρέμβασης. Κατά τις οδηγίες ATP III, η ΦΑ περιλάμβανε κυρίως στατίνες ή/και ω-3 λιπαρά οξέα και η ΔΑ ελαφρύ έως σοβαρό περιορισμό της ενεργειακής πρόσληψης (κατά 500-1000 θερμίδες) και του διατροφικού λίπους (στο 25-30% της ενεργειακής πρόσληψης).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Μεγαλύτερη μείωση της ολικής και LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων είχαν κατά φθίνουσα σειρά οι ομάδες Β, Α, και Γ, χωρίς όμως στατιστικά σημαντικές διαφορές. Αύξηση της HDL χοληστερόλης παρατηρήθηκε μόνο στην Γ ομάδα, επίσης όχι στατιστικά σημαντική. Ο ΔΜΣ μειώθηκε εξίσου στις ομάδες υπό ΔΑ κατά 2,1Kg/m<sup>2</sup> (95% Δ.Ε.: 1,84, 2,35) και παρέμεινε αμετάβλητος στην ομάδα Α.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ΣΑ πιθανώς είναι πιο αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της ΔΛ, σε σχέση με την αποκλειστική ΦΑ ή ΔΑ. Η ΔΑ φαίνεται να συμβάλλει τόσο στο βαθμό μείωσης των λιπιδίων όσο και στη ποιοτική μεταβολή τους. Ωστόσο απαιτούνται στοιχεία από μεγαλύτερο δείγμα ασθενών. Τέλος, η απώλεια βάρους μέσω ΔΑ είναι μια σημαντική βελτίωση για τους ασθενείς με ΔΛ.

ΟΜΑΔΑ	N	ΔΛ	ΦΑ	ΔΑ
A	28	Σοβαρή	Ναι	Όχι
B	15	Σοβαρή	Ναι	Όχι
Γ	18	Ελαφρά	Όχι	Ναι
Δ	119	Απουσία	Όχι	Ναι



## ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Α. Στυλιανού<sup>1</sup>, Μ. Παύλου<sup>1</sup>, Μ. Κουννούση<sup>2</sup>, Ν. Νικολάου<sup>2</sup>, Χ. Ματθαίου<sup>1</sup>,  
Γ. Ολύμπιος<sup>1</sup>, Π. Χατζηκώστας<sup>2</sup>, Μ. Κοντού<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί παγκόσμια το συχνότερο αίτιο μη τραυματικού ακρωτηριασμού των κάτω άκρων και των δακτύλων, μιας επιπλοκής με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

### ΣΚΟΠΟΣ

Μελέτη του επιπολασμού του ακρωτηριασμού των κάτω άκρων στη διάρκεια μιας τετραετίας και συσχέτισή του με την παρουσία ΣΔ και άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Απουσία δεδομένων για τη συχνότητα του διαβητικού ποδιού, αλλά και του επιπολασμού των ακρωτηριασμών τόσο στην επαρχία μας αλλά και Παγκύπρια.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Καταγραφή όλων των περιστατικών ακρωτηριασμού κάτω άκρων σε ένα επαρχιακό γενικό νοσοκομείο για την περίοδο 2008-2011 και αναδρομική μελέτη των μεταβολικών τους χαρακτηριστικών με βάση τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατεγράφησαν 46 ακρωτηριασμοί (20 άνδρες, 26 γυναίκες), από τους οποίους 27 ψηλοί (μηριαίοι), 1 υπό το γόνατο και 18 στο επίπεδο δακτύλων-άκρου ποδός. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 74.4 έτη (50-93, SD 11.01). Στο 37.5% των περιπτώσεων είχε προηγηθεί άλλος ακρωτηριασμός, ενώ οι λοιποί χειρουργήθηκαν για πρώτη φορά. Από πλευράς αιτιολογίας, συχνότερος παράγοντας κινδύνου ήταν ο ΣΔ τύπου 2 (84%), με μέση διάρκεια νόσου 15.3 έτη, αν και στο 10% των περιπτώσεων η διάγνωση ετέθη προεγχειρητικά. Οι μισοί ασθενείς με ΣΔ2 δεν λάμβαναν ινσουλινοθεραπεία, ενώ μόνο 38% ήταν σε εντατικοποιημένο σχήμα.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η καθυστερημένη διάγνωση του ΣΔ2 και η μακροχρόνια αποτυχία στην επίτευξη ευγλυκαιμίας αυξάνουν τον κίνδυνο για μείζονες επιπλοκές όπως ο ακρωτηριασμός.

## ΣΧΕΣΗ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΑΓΩΓΗΣ ΤΩΝ ΝΕΥΡΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΛΛΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2

Α. Μουσιώλης<sup>2</sup>, Β. Παπαλιάγκας<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>1</sup>, Ε. Πάγκαλος<sup>4</sup>,  
Κ. Κώτσα<sup>2</sup>, Ε. Φραντζέσκος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α' Παθολογικής Κλινικής, ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

<sup>3</sup> Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Κλινική Θέρμη Θεσσαλονίκη

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιφερική νευροπάθεια αποτελεί μια συχνή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Για την εκτίμηση της στην καθημερινή κλινική πράξη χρησιμοποιούνται εκτός από την κλινική εξέταση η δοκιμασία με το monofilament και η βιοδεσιομετρία.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η διαγνωστική αξία της μέτρησης της ταχύτητας αγωγής του γαστροκνήμιου νεύρου με τη συσκευή NC-stat και η σχέση της με παράγοντες όπως είναι η ηλικία, η διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη, το σωματικό βάρος, το ύψος, και η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, αλλά και την παλλαιοθησία, όπως εκτιμήθηκε με μέτρηση με βιοδεσιομετρία.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν 34 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ομάδα Α), με μέση ηλικία 67±6.8 έτη και 34 φυσιολογικά άτομα (ομάδα Β) με μέση ηλικία 60±5.7 έτη. Σε όλα τα άτομα έγινε βιοχημικός έλεγχος, μετρήθηκε το σάκχαρο αίματος, η HbA1c και έγινε νευρολογική εκτίμηση και εκτίμηση της παλλαιοθησίας με βιοδεσιομετρία. Η εξέταση της ταχύτητας αγωγής του γαστροκνήμιου νεύρου έγινε με τη συσκευή NC-stat/DPN check της εταιρείας Neuronetrix.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ταχύτητα αγωγής των νεύρων και τη διάρκεια του ΣΔ, τα επίπεδα της HbA1c και τα επίπεδα γλυκόζης. Αντίθετα σημαντική αρνητική συσχέτιση είχε η ταχύτητα αγωγής με ηλικία  $r:-0.719$  ( $p<0.05$ ), με το σωματικό βάρος  $r:-0.928$  ( $p<0.05$ ), με το ύψος  $r:-0.766$  ( $p<0.05$ ). Ιδιαίτερα σημαντική αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε ανάμεσα στην ταχύτητα αγωγής του γαστροκνήμιου νεύρου και στην παλλαιοθησία, όπως αυτή εκτιμήθηκε με τη βιοδεσιομετρία  $r:-0.915$  ( $p<0.05$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της μελέτης επιβεβαιώνουν τη διαγνωστική αξία της εκτίμησης της παλλαιοθησίας με βιοδεσιομετρία, η οποία θα πρέπει να αποτελεί απαραίτητη εξέταση στο πλαίσιο της νευρολογικής εκτίμησης των ατόμων με ΣΔ.

## **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΔΙΑΓΝΩΣΤΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟΥ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ**

**Κ. Τζιόμαλος, Σ. Μπουζιανά, Μ. Σπανού, Π. Καζαντζίδου, Φ. Ηλιάδης, Τ. Διδάγγελος, Χ. Σαββόπουλος, Α.Ι. Χατζητόλιος**

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Δεν είναι σαφές αν ο αδιάγνωστος σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ) έχει την ίδια προγνωστική σημασία με το διαγνωσμένο ΣΔ στους ασθενείς με οξύ ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ).

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της επίδρασης του αδιάγνωστου και του διαγνωσμένου ΣΔ στη βαρύτητα και έκβαση του ΑΕΕ.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν προοπτικά 342 ασθενείς (37,4% άνδρες, ηλικίας 78,8±6,4 ετών) που εισήχθησαν διαδοχικά με ΑΕΕ. Ως αδιάγνωστος ΣΔ ορίστηκε η παρουσία επιπέδων γλυκόζης νηστείας ≥126 mg/dl τη δεύτερη μέρα της νοσηλείας, σε ασθενείς χωρίς ιστορικό ΣΔ. Η βαρύτητα του ΑΕΕ εκτιμήθηκε στην εισαγωγή με την National Institute of Health stroke scale (NIHSS). Η έκβαση εκτιμήθηκε στην έξοδο από το νοσοκομείο με την modified Rankin scale (mRS).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Αδιάγνωστος και διαγνωσμένος ΣΔ διαπιστώθηκαν στο 7,4 και 35,1% των ασθενών αντίστοιχα. Στην εισαγωγή, το NIHSS ήταν 8,0±9,9, 16,0±11,8 και 9,6±9,4 στους μη διαβητικούς ασθενείς και στους ασθενείς με αδιάγνωστο και διαγνωσμένο ΣΔ αντίστοιχα (p=0,006). Σε post-hoc δοκιμασίες, το NIHSS ήταν υψηλότερο στους ασθενείς με αδιάγνωστο ΣΔ σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς και τους ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ (p=0,005 και p<0,05 αντίστοιχα) αλλά δε διέφερε μεταξύ μη διαβητικών ασθενών και ασθενών με διαγνωσμένο ΣΔ. Στην έξοδο από το νοσοκομείο, το mRS ήταν 2,2±2,1, 3,3±2,4 και 2,8±2,2 στους μη διαβητικούς ασθενείς και στους ασθενείς με αδιάγνωστο και με διαγνωσμένο ΣΔ αντίστοιχα (p<0,05). Σε post-hoc δοκιμασίες, η διαφορά στο mRS προσέγγισε την στατιστική σημαντικότητα μόνο στην σύγκριση μεταξύ μη διαβητικών ασθενών και ασθενών με αδιάγνωστο ΣΔ (p=0,089). Οι ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ είχαν χαμηλότερα επίπεδα LDL χοληστερόλης αλλά υψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων και χαμηλότερα επίπεδα HDL χοληστερόλης σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς ασθενείς. Οι άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου δε διέφεραν μεταξύ μη διαβητικών ασθενών, ασθενών με αδιάγνωστο ΣΔ και ασθενών με διαγνωσμένο ΣΔ.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στους ασθενείς με οξύ ΑΕΕ, ο αδιάγνωστος ΣΔ σχετίζεται με βαρύτερο ΑΕΕ και με δυσμενέστερη έκβαση σε σύγκριση με το διαγνωσμένο ΣΔ. Είναι πιθανό ότι η επιθετική αντιμετώπιση των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου πριν το ΑΕΕ στους ασθενείς με διαγνωσμένο ΣΔ ελαττώνει τον αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο ενώ οι ασθενείς με αδιάγνωστο ΣΔ εξακολουθούν να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο.

## ΠΙΘΑΝΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μ. Αγγελόπουλος<sup>1</sup>, Ζ. Αμοιρίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Π.Ι. Ασπροβάλλτας Κ.Υ.Ν. Μαδύτου

<sup>2</sup> Π.Ι. Ολυμπιάδας Κ.Υ.Ν. Μαδύτου

### ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γυναίκα ασθενής 64 ετών παρουσιάστηκε στον οικογενειακό της γιατρό αιτιώμενη έντονη εφίδρωση, πολυουρία, πολυδιψία και αύξηση του σωματικού της βάρους (περί τα 10 κιλά το τελευταίο εξάμηνο). Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν φλεβοκομβική ταχυκαρδία, ταχύπνοια, ελαφρύς τρόμος άνω άκρων με αρτηριακή πίεση 125/85 mmHg και επίπεδα γλυκόζης αίματος μετά από νηστεία έξι ωρών 240 mg/dl. Προγραμματίστηκε για εργαστηριακό έλεγχο και με την επάνοδό της δύο ημέρες μετά διαπιστώθηκε: GLU 230 mg/dl και HbA1c 7,6%.

Από το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει αρτηριακή υπέρταση από 15ετίας υπό αγωγή με αμλοδιπίνη 5 mg (S:1×1), καταθλιπτική συνδρομή με χορήγηση σιταλοπράμης 40mg S:1×1 (έναρξη χορήγησης το τελευταίο 8μηνο). Δεν αναφέρει αλλεργίες ούτε προηγούμενη νοσοκομειακή νοσηλεία. Ο λοιπός κλινικοεργαστηριακός έλεγχος: ECHO άνω και κάτω κοιλίας, ακτινογραφία θώρακος και εξέταση ούρων απέβη αρνητικός.

Λόγω της υπεργλυκαιμίας τέθηκε σε μετορμίνη 850mg S:1×1, καθημερινό έλεγχο της γλυκόζης κατ' οίκον, διαιτητική αγωγή και σωματική άσκηση. Στη συνέχεια υποβλήθηκε σε MRI επινεφριδίων η οποία ήταν χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εξαιτίας της σπανιότητας του πρωτοεμφανιζόμενου σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε άτομα στην 7<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής, έγινε βιβλιογραφική ανασκόπηση και διαπιστώθηκαν ανακοινωμένες παρατηρήσεις εμφάνισης διαβήτη σε ηλικιωμένα άτομα με την χορήγηση αντικαταθλιπτικών δισκίων. Διεκόπη η σιταλοπράμη και μετά από πάροδο 20 ημερών έγινε και διακοπή της μετορμίνης, με επάνοδο της γλυκόζης νηστείας και της HbA1c σε φυσιολογικά επίπεδα (GLU 82 mg/dl, HbA1c 5,4%).

Στην πιο πρόσφατη μετά ανάλυση 22 άλλων μελετών όπως αυτή δημοσιεύτηκε στο Diabetes Care από μια ομάδα ερευνητών στο πανεπιστήμιο του Southampton, διαπιστώνεται ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της λήψης αντικαταθλιπτικών δισκίων και κινδύνου εμφάνισης διαβήτη τύπου 2. Προτείνονται διάφορες αιτίες, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους, γνώρισμα της κατάθλιψης καθώς και οι διαιτητικές συνήθειες ατόμων διαγνωσμένων με κατάθλιπτική συνδρομή. Αναμένονται και άλλες μελέτες που ενδεχόμενα θα εδραιώσουν τις παραπάνω αιτιάσεις με σαφέστερο τρόπο. Καταλήγοντας όμως η παραπάνω ασθενής παραμένει ευγλυκαιμική και μετά από ένα μήνα έχει χάσει 3 κιλά απο το βάρος που είχε όταν λάμβανε αντικαταθλιπτική αγωγή.

## **ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΥΝΘΗΚΩΝ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ**

**Α. Κουτσοβασίλης, Σ. Μπούσμπουλας, Δ. Γουγουρέλας, Α. Σωτηρόπουλος, Μ. Μπαμπουρδά, Α. Γκρόζου, Α. Παπαζαφειροπούλου, Σ. Παππάς**

Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Με την εξέλιξη της τεχνολογίας η μέτρηση της γλυκόζης αποτελεί μια σχετικά απλή διαδικασία. Σκοπός της αυτομέτρησης είναι η εκτίμηση της συγκέντρωσης της γλυκόζης σε συγκεκριμένες χρονικές στιγμές με απώτερο σκοπό την λήψη αποφάσεων σχετικά με την δίαιτα, την άσκηση και τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η εκτίμηση της επίδρασης των συνθηκών μέτρησης στο αποτέλεσμα της γλυκόζης τριχοειδικού δείγματος.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

118 ασθενείς οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝΝΠ εντάχθηκαν στη μελέτη. Σε 78 ασθενείς έγινε λήψη τριχοειδικού αίματος δύο φορές με ένα σκαριφισμό (1<sup>η</sup> σταγόνα, στεγνός καθαρισμός και λήψη 2<sup>ης</sup> σταγόνας) χωρίς να έχει προηγηθεί καθαρισμός και σε 100 ασθενείς έγινε λήψη τριχοειδικού αίματος (1<sup>η</sup> σταγόνα, στεγνός καθαρισμός και λήψη 2<sup>ης</sup> σταγόνας) μετά από πλύσιμο και στέγνωμα του προς σκαριφισμού δακτύλου. Σε όλους τους ασθενείς είχε προηγηθεί λήψη φλεβικού δείγματος για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων. Έγινε καταγραφή της HbA1c, της αγωγής, σωματομετρικών χαρακτηριστικών καθώς και των συνοδών νοσημάτων.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 118 ασθενείς της μελέτης ηλικίας  $65.27 \pm 11.86$ , 58 (49.2%) ελάμβαναν ινσουλίνη, 57 (48.3%) ελάμβαναν μόνο δισκία, ενώ 28 (23.7%) ελάμβαναν ινσουλίνη και δισκία. Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη εντός στόχων είχαν 84 (71.2%) ασθενείς. Αρτηριακή υπέρταση παρουσίαζαν 90 (76.3%) ασθενείς, υπερλιπιδαιμία 101 (85.6%), στεφανιαία νόσο 31 (26.3%), αμφιβληστροειδοπάθεια 30 (25.4%), νεφροπάθεια 27 (22.9%), νευροπάθεια 17 (14.4%) και περιφερική αγγειακή νόσο 18 (15.3%). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ πρώτης και δεύτερης σταγόνας μόνο για την ομάδα των ασθενών χωρίς καθαρισμό ( $p=0.048$ ) και όχι για την ομάδα μετά από πλύσιμο των χεριών ( $p=0.238$ ). Η διαφορά μεταξύ του φλεβικού αίματος και του τριχοειδικού ήταν μεγαλύτερη στους ασθενείς χωρίς παρέμβαση σε σχέση με αυτούς μετά από πλύσιμο των χεριών τόσο για την πρώτη σταγόνα ( $29.69 \pm 21.18$  vs  $18.75 \pm 12.45$ ,  $p=0.039$ ) όσο και για την δεύτερη ( $24.78 \pm 17.26$  vs  $17.68 \pm 11.78$ ,  $p=0.044$ ).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι συνθήκες οι οποίες επικρατούν κατά τη διαδικασία της αυτομέτρησης μπορούν να επηρεάσουν το αποτέλεσμα και κατά συνέπεια τη θεραπευτική επιλογή. Το πλύσιμο και ακολουθώντας το στέγνωμα των χεριών οδηγεί σε ασφαλέστερα αποτελέσματα, ενώ εάν οι συνθήκες δεν το επιτρέπουν είναι προτιμότερο να καταγράφεται το αποτέλεσμα της δεύτερης σταγόνας.

**ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΑΝΤΙΓΡΙΠΠΙΚΟΥ ΚΑΙ  
ΑΝΤΙΠΝΕΥΜΟΝΙΟΚΟΚΚΙΚΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Α. Κουτσοβασίλης, Δ. Γουγουρέλας, Σ. Μπούσμπουλας, Π. Βεργίδου,  
Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Σωτηρόπουλος, Θ. Πέππας, Σ. Παππάς**

Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο συστηματικός εμβολιασμός των ενηλίκων είναι δυνατόν να μειώσει σημαντικά τη θνησιμότητα και τη νοσηρότητα από αρκετές νόσους, ενώ θεωρείται επιβεβλημένος σε άτομα με χρόνια υποκείμενα νοσήματα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ).

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η καταγραφή της συμμόρφωσης των ατόμων με ΣΔ ως προς τις οδηγίες εμβολιασμού, την ανάδειξη των χαρακτηριστικών των ατόμων αυτών καθώς και την επίδραση του εμβολιασμού στη νοσηρότητα των ατόμων με διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη εντάχθηκαν 254 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝΝΠ τον Οκτώβριο - Δεκέμβριο του 2012. Έγινε καταγραφή της συμμόρφωσης ως προς τις οδηγίες εμβολιασμού (αντιγριππικού και αντιπνευμονιοκοκκικού) πριν την επίσκεψη στο νοσοκομείο και δύο μήνες μετά τις απαραίτητες οδηγίες. Έγινε καταγραφή των λοιμώξεων αναπνευστικού καθώς και των νοσηλείων λόγω των λοιμώξεων αυτών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς της μελέτης ηλικίας  $65.13 \pm 12.61$  έτη και διάρκειας του ΣΔ  $13.07 \pm 7.55$  έτη είχαν λάβει το αντιγριππικό εμβόλιο 132 ασθενείς (52%) και το αντιπνευμονιοκοκκικό 100 ασθενείς (39.4%). Μετά τις απαραίτητες οδηγίες συμμορφώθηκαν 26 ασθενείς (10.2%) για τον αντιγριππικό εμβολιασμό και 14 (5.5%) για τον αντιπνευμονιοκοκκικό εμβολιασμό. Οι ασθενείς οι οποίοι πραγματοποίησαν το αντιγριππικό εμβόλιο ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ( $67.66 \pm 11.49$  vs  $61.09 \pm 13.27$ ,  $p=0.004$ ), με μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη ( $14.67 \pm 7.72$  vs  $10.92 \pm 6.78$ ,  $p=0.006$ ), με αρτηριακή υπέρταση ( $p=0.044$ ), περισσότερα από δύο συνοδά νοσήματα ( $p=0.036$ ), με στεφανιαία νόσο ( $p=0.030$ ) και με by-pass ( $p=0.033$ ). Οι ασθενείς οι οποίοι πραγματοποίησαν το αντιπνευμονιοκοκκικό εμβόλιο ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ( $68.22 \pm 11.40$  vs  $62.96 \pm 14.40$ ,  $p=0.021$ ) με μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη ( $15.83 \pm 8.21$  vs  $11.33 \pm 7.84$ ,  $p=0.012$ ), με στεφανιαία νόσο ( $p=0.022$ ) και με by-pass ( $p=0.026$ ). Οι πιθανότητες εμφάνισης λοίμωξης του αναπνευστικού ήταν ιδιαίτερα υψηλές τόσο κατά την απουσία αντιγριππικού (OR=4.112, 95% CI:1.931-8.037,  $p=0.001$ ) όσο και κατά την απουσία αντιπνευμονιοκοκκικού εμβολιασμού (OR=2.870, 95% CI:1.163-6.388,  $p=0.001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο αντιγριππικός και αντιπνευμονιοκοκκικός εμβολιασμός των ατόμων με ΣΔ είναι επιβεβλημένος. Χρειάζεται μεγαλύτερη επιμονή και έμφαση στην ενημέρωση των ατόμων με διαβήτη για τα οφέλη του εμβολιασμού αφού οδηγεί σε μικρότερη νοσηρότητα και λιγότερες νοσηλείες.

**ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ**

**Χ. Μανές<sup>1</sup>, Ι. Σαπάκος<sup>1</sup>, Ε. Μητσόπουλος<sup>2</sup>, Π. Κυρικλίδου<sup>2</sup>, Δ. Σκούτας<sup>1</sup>,  
Α. Νικολαΐδης<sup>1</sup>, Δ. Τσακίρης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

<sup>2</sup> Νεφρολογικό Τμήμα – Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Νευροπάθεια εμφανίζεται σε 65% των ασθενών που εντάσσονται σε αιμοκάθαρση. Εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή χρόνιας συμμετρικής πολυνευροπάθειας. Αντίστοιχα, οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν σε ποσοστό (30%) περιφερική νευροπάθεια που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση ελκών στα κάτω άκρα. Η εμφάνιση της περιφερικής Διαβητικής Νευροπάθειας είναι ως επί το πλείστον συμμετρική χρόνια πολυνευροπάθεια.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε η κλινική εκδήλωση νευροπάθειας σε ειδικό πληθυσμό ασθενών δηλαδή σε όσους βρίσκονται σε υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση – ομάδα Α και ασθενείς με οποιασδήποτε αιτιολογίας (πλήν του Σακχαρώδη Διαβήτη) νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση επίσης – ομάδα Β. Ερευνήθηκε η βαρύτητα των βλαβών (νευροπαθητικών) όσον αφορά 1) το σύνολο των νευρικών ινών, 2) τις μικρές νευρικές ίνες και 3) τις μεγάλες νευρικές ίνες. Για την ποσοτική έκφραση της δυσλειτουργίας του συνόλου των νευρικών ινών χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Νευρολογικής Δυσλειτουργίας (ΔΝΔ), για τις μικρές ίνες ο Δείκτης Νευρικής Δυσλειτουργίας (αντίληψη αφής, ψυχρού-θερμού) ΔΝΔ1 και για τις μεγάλες νευρικές ίνες η μέτρηση του ουδού αντίληψης των δονήσεων με το Βιοδεσιόμετρο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1) Στην ομάδα Α ήταν 30 ασθενείς. Άνδρες=21, μέση ηλικία: 65,97±13,6 έτη. Στην ομάδα Β περιλήφθηκαν 31 ασθενείς. Άνδρες=20, μέση ηλικία: 63,6±12,7 έτη. 2) Δεν υπάρχει διαφορά ως προς την ηλικία και το φύλο στις δύο ομάδες (p=NS). 3) Ο ΔΝΔ ήταν αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (5,4±3,6 vs. 0,6±1,26 p<0,05). 4) Ο ΔΝΔ1 ήταν αυξημένος στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (3,92±0,5 vs. 0,5±0,99 p<0,001) 5). Ουδός αντίληψης δονήσεων (ΟΑΔ) αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (36±13 vs. 19±8 p<0,05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Διαβητικοί αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς εμφανίζουν βαρύτερης μορφής νευροπάθεια σε σχέση με μη διαβητικούς αιμοκαθαρόμενους. Η ομάδα αυτή χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για την πρόληψη εξελκώσεων και ενδεχομένως ακρωτηριασμών των κάτω άκρων.

**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕΤΑ ΤΡΙΜΗΝΗ ΣΥΝΕΧΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΩΣ ΜΕ ΑΙΣΘΗΤΗΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ**

**Τ. Διδάγγελος, Φ. Ηλιάδης, Α. Ζαντίδης, Χ. Μαργαριτίδης,  
Η. Μεράκης, Α. Χατζητόλιος**

Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί η επίδραση της Συνεχούς Υποδόριας Καταγραφής των Επιπέδων Γλυκόζης με Αισθητήρα (ΣΥΚΕΓΑ) για χρονικό διάστημα τριών μηνών θεραπευτική αντιμετώπιση με Συνεχή Χορήγηση Ινσουλίνης Υποδορίως με Αντλία (ΣΧΙΥΑ) σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔΤ1).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 10 ασθενείς (4 γυναίκες), μέσης ηλικίας 28+7 έτη και μέση διάρκεια ΣΔΤ1 10,7+6,2 έτη. Όλοι οι ασθενείς ήταν σε ΣΧΙΥΑ (MiniMed Paradigm) τουλάχιστον ένα τρίμηνο και 12 μήνες το μέγιστο πριν από την ένταξή τους στη μελέτη. Στην συνέχεια σε όλους τους ασθενείς τοποθετήθηκε το MiniMed Paradigm REAL-Time System (Medtronic Inc.), το οποίο συνδυάζει την θεραπεία με αντλία ινσουλίνης και συνεχή καταγραφή γλυκόζης για ένα τρίμηνο ακόμη. Στο τέλος της μελέτης εκτιμήθηκαν οι ακόλουθοι παράμετροι: HbA1c, Υπογλυκαιμίες (Υ), Ολική δόση ινσουλίνης (ΟΔΙ), Ολική δόση ινσουλίνης για εφάπαξ χορήγηση (ΟΔΙΕΧ), αριθμός εφάπαξ χορηγήσεων ινσουλίνης (ΑΕΧΙ), δόση βασικής ινσουλίνης (ΔΒΙ) και το ο συνολικός χρόνος χρήσης του Αισθητήρα (ΣΧΧΑ). Ένας ασθενής δεν ολοκλήρωσε την μελέτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η μέση τιμή του ΣΧΧΑ ήταν 69+25,2%. Οι άλλες παράμετροι σε 9 ασθενείς πριν και μετά την χρήση του αισθητήρα ήταν: HbA1c 8,5±1,8% vs 6,7±0,6% (p=0,01), Υ 4,5±0,7 vs 1,5±0,7 (p<0,0001), ΟΔΙ 16,9±5,7 vs 24,1±8,0 (p= 0,012), ΟΔΙΕΧ 10,3±3,4 vs 19,5±6,5 (p= 0,015), ΑΕΧΙ 4,3±1,7 vs 7,0±3,1 (p=0,02) and ΔΒΙ 19,7±7,3 vs 20,7±7,5 (p= 0,016). Καμία κετοξέωση δεν παρατηρήθηκε κατά την διάρκεια της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην παρούσα μελέτη η χρήση του αισθητήρα βελτίωσε σημαντικά τον γλυκαιμικό έλεγχο και μείωσε τις υπογλυκαιμίες σε ασθενείς με ΣΔΤ1 αντλία ινσουλίνης. Πιθανόν ο καλύτερος αυτοέλεγχος με την αύξηση του αριθμού και των δόσεων των εφάπαξ χορηγήσεων ινσουλίνης να συνέβαλε σε αυτή την βελτίωση.



**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΧΩΡΙΣ ΓΝΩΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΑΝ  
ΣΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΑΡΔΕΥΣΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ  
ΚΑΙ ΤΟ ΤΥΠΟ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**N. Κακαλέτσης<sup>1</sup>, E. Μωραλίδης<sup>2</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Γ. Μπατάνης<sup>1</sup>, Β. Δούρλιου<sup>1</sup>,  
E. Θεοδοσίου<sup>1</sup>, Δ. Γρέκας<sup>1</sup>, Τ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ.

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη νόσου των στεφανιαίων αγγείων (ΝΣΑ). Σκοπός μας είναι η μελέτη των παραγόντων κινδύνου ΝΣΑ, όπως ανιχνεύεται με το σπινθηρογράφημα άρδευσης του μυοκαρδίου (ΣΑΜ) σε διαβητικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ σε σχέση με το φύλο και τον τύπο του ΣΔ.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήσαμε 90 διαδοχικούς ασθενείς με ΣΔ χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ (τυπική στηθάγχη ή ΗΚΓ/φικές διαταραχές) που είχαν υποβληθεί σε ΣΑΜ με SPECT τα τελευταία τέσσερα έτη (10/2007 – 9/2011), σύμφωνα με τις ενδείξεις της ADA και την SFC/ALFEDIAM. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Το πόρισμα του ΣΑΜ (ισχαιμία ή όχι) συσχετίσθηκε με τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά ξεχωριστά στους άνδρες (n=42) και τις γυναίκες (n=48) και ξεχωριστά στους ασθενείς με ΣΔτ1 (n=51) και με ΣΔτ2 (n=39). Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι άρρενες εμφάνιζαν μικρότερη διάρκεια (13±8,5 vs 20,5±9,7, p<0.001) και καλύτερη ρύθμιση του ΣΔ (HbA1c: 6,8±0,9 vs 7,4±0,8, p=0,004), αλλά μεγαλύτερο ποσοστό καπνίσματος (42,9% vs 16,7%, p=0,006) και μεγαλύτερο ποσοστό ισχαιμίας στο ΣΑΜ (42,9% vs 20,8%, p=0,024) σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπλέον στους άρρενες φάνηκε ότι η μεγαλύτερη ηλικία (55,9±13,8 vs 46,5±10, p=0,015) και ο ΣΔτ2 (88,9% vs 50%, p=0,008) σχετίζονται με την ανίχνευση ισχαιμίας στο ΣΑΜ.

Οι ασθενείς με ΣΔτ2 εμφάνιζαν μικρότερη διάρκεια ΣΔ (11,6±7,2 vs 24±8,4, p<0.001), αλλά μεγαλύτερη ηλικία (58,1±10,1 vs 45±9,8, p<0,001), ΔΜΣ (28,6±4 vs 26,4±3,9, p=0,012) και ποσοστό δυσλιπιδαιμίας (62,7% vs 23,1, p<0,001), υπέρτασης (60,8% vs 33,3%, p=0,010), περιφερικής αρτηριακής νόσου (19,6% vs 5,1%, p=0,045) μικροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ (17,6% vs 38,5%, p=0,027) και ισχαιμίας στο ΣΑΜ (41,2% vs 17,9%, p=0,018) σε σχέση με αυτούς με ΣΔτ1. Επιπλέον, στους ασθενείς με ΣΔτ1 φάνηκε ότι η αρτηριακή υπέρταση (71,4% vs 25%, p=0,030) σχετίζεται με την ανίχνευση ισχαιμίας στο ΣΑΜ, ενώ συγκρίνοντας τους ΣΔτ2 ασθενείς με ισχαιμία στο ΣΑΜ με αυτούς χωρίς ισχαιμία βρέθηκαν στατιστικώς σημαντικοί παράγοντες το άρρεν φύλο (76,2% vs 40%, p=0,045) και ο GFR<60 ml/min/1,73m<sup>2</sup> (0% vs 23,3%, p=0,033).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στους άρρενες διαβητικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ, η ηλικία και ο ΣΔτ2 φαίνεται ότι σχετίζεται με την ανίχνευση ισχαιμίας στο ΣΑΜ, όπως και η αρτηριακή υπέρταση στους ασθενείς με ΣΔτ1.

## Η ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2

Β. Παπαλιάγκας<sup>3</sup>, Α. Μουσιώλης<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>1</sup>, Ε. Πάγκαλος<sup>4</sup>,  
Κ. Κώτσα<sup>2</sup>, Ε. Φραντζέσκος<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α' Παθολογικής Κλινικής, ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

<sup>3</sup> Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Κλινική Θέρμη Θεσσαλονίκη

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η περιφερική νευροπάθεια αποτελεί μια συχνή επιπλοκή του ΣΔ. Η διάγνωση της συνήθως βασίζεται στο ιστορικό, στην κλινική εξέταση που πρέπει να περιλαμβάνει την εκτίμηση των Αχίλλειων αντανακλαστικών και την εξέταση με διαπασόν ή βιοθεσιομετρία. Ερωτηματολόγια όπως το Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI) αποτελούν χρήσιμα εργαλεία, που χρησιμοποιούνται κυρίως σε κλινικές μελέτες και δεν εφαρμόζονται στην καθημερινή κλινική πράξη. Η μελέτη ταχύτητας αγωγής των νεύρων θεωρείται η εξέταση εκλογής, αλλά απαιτείται ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, αρκετός χρόνος, ενώ το κόστος της εξέτασης είναι υψηλό. Η ADA συστήνει πρώτη εξέταση για περιφερική νευροπάθεια στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 κατά τη διάγνωση και στη συνέχεια μια φορά το χρόνο και στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, πέντε χρόνια μετά τη διάγνωση και στη συνέχεια μια φορά το χρόνο.

### ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθεί η χρησιμότητα και η αξιοπιστία της εξέτασης της ταχύτητας αγωγής του γαστροκνήμιου νεύρου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και σε φυσιολογικά άτομα με τη συσκευή NC-stat.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν 20 άτομα με ΣΔ τύπου 2 (μέση ηλικία 60,6±6,56 έτη) και 20 φυσιολογικά άτομα (μέση ηλικία 42±17,54 έτη). Τα άτομα των δυο ομάδων είχαν αντίστοιχο βάρος και ύψος ( $p>0.05$ ). Σε όλα τα άτομα έγινε εξέταση με μικροϊνίδια, βιοθεσιομετρία, εκτίμηση Αχίλλειων αντανακλαστικών και εξέταση του γαστροκνήμιου νεύρου με τη συσκευή NC-stat/DPN check της εταιρείας Neuronetrix. Έγινε βιοχημικός έλεγχος, μετρήθηκε το σάκχαρο αίματος και, η HbA1c.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ταχύτητα αγωγής του γαστροκνήμιου νεύρου στις δυο ομάδες, η οποία ήταν μεγαλύτερη στους υγιείς φυσιολογικούς (Student's t-test Αριστερό  $p=0,002$ , Δεξιό  $p=0,009$ ). Ειδικότερα, η τιμή της ταχύτητας αγωγής στον αριστερό γαστροκνήμιο <51m/sec μπορούσε να διαγνώσει τους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 με 100% ευαισθησία και ειδικότητα. Αντίστοιχα, για τον δεξιό γαστροκνήμιο AUC 0,800, ευαισθησία 80%, ειδικότητα 100%. Επίσης η τιμή της ταχύτητας αγωγής στον αριστερό γαστροκνήμιο <45m/sec μπορούσε να διαγνώσει περιφερική νευροπάθεια με 100% ευαισθησία και ειδικότητα. Το ύψος του γαστροκνήμιου νεύρου τόσο του αριστερού όσο και του δεξιού είναι στατιστικά σημαντικά χαμηλότερο στους ασθενείς με ΣΔ ( $p<0,05$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής εργασίας φαίνεται ότι η νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνήμιου νεύρου και ειδικότερα η ταχύτητα αγωγής του αριστερού γαστροκνήμιου μπορεί χρησιμοποιηθεί με μεγάλη ακρίβεια ως διαγνωστικός δείκτης για περιφερική νευροπάθεια σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Περιορισμοί της παρούσας έρευνας αποτελούν ο σχετικά μικρός αριθμός του δείγματος και ότι οι δυο ομάδες δεν είναι αντίστοιχης ηλικίας.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΡΟΚΟΥ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΕ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΟ ΖΩΙΚΟ ΠΡΟΤΥΠΟ

Ειρ. Χριστοδούλου<sup>1</sup>, Ν. Καδόγλου<sup>2,3</sup>, Ν. Κωστομητσόπουλος<sup>2</sup>, Π. Μουστάρδας<sup>2</sup>, Β. Μπαλάφας<sup>2</sup>, Α. Κωστάκης<sup>2</sup>, Γ. Βαλσαμή<sup>1</sup>, Χ. Λιάπης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Φαρμακευτικής, Εργαστήριο Βιοφαρμακευτικής-Φαρμακοκινητικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

<sup>2</sup> Κέντρο Πειραματικής Χειρουργικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών της Ακαδημίας Αθηνών

<sup>3</sup> Τμήμα Αγγειοχειρουργικής, Νοσοκομείο «Αττικόν», Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο κρόκος είναι φυτικό προϊόν με πιθανές αντιαθηρωματικές δράσεις. Στην παρούσα μελέτη έγινε εκτίμηση των επιδράσεων του εκχυλίσματος του κρόκου στην εξέλιξη και σταθεροποίηση των αθηρωματικών πλάκων σε μύες με γονιδιακή έλλειψη της απολιποπρωτεΐνης Ε (Apo-E-/-).

### ΜΕΘΟΔΟΙ

24 αρσενικοί μύες Apo-E-/- έλαβαν αθηρογόνο και διαβητογόνο τροφή δυτικού τύπου για 12 εβδομάδες και στη συνέχεια τυχαιοποιήθηκαν σε δύο ομάδες: στην πρώτη χορηγήθηκαν 60mg/kg εκχύλισμα του κρόκου (crocus group - CRG, N=12) και στη δεύτερη χορηγήθηκε ισοδύναμος όγκος φυσιολογικού ορού (control group - COG, N=12) για 4 εβδομάδες. Στο τέλος της πειραματικής διαδικασίας, οι μύες υπεβλήθησαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης και υπολογίστηκε η επιφάνεια κάτω από την καμπύλη (AUC). Επιπλέον πραγματοποιήθηκε αιμοληψία για τον προσδιορισμό του προφίλ λιπιδίων και γλυκόζης. Ακολούθησε ευθανασία των μυών και συνελέγησαν δείγματα μυοκαρδίου και αορτής για ιστολογική ανάλυση. Σε κάθε αορτική βαλβίδα υπολογίστηκε η μέση επιφάνεια αθηρωματικών αλλοιώσεων, η περιεκτικότητά τους σε ελαστίνη και κολλαγόνο, το πάχος της ινώδους κάψας και ο αριθμός των ρήξεων της έσω ελαστικής στιβάδας (IEL).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση επιφάνεια των αθηρωματικών αλλοιώσεων στην ομάδα που έλαβε εκχύλισμα κρόκου (CRG) έτεινε να είναι μικρότερη σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ( $559.81 \pm 112.01 \times 10^3 \mu\text{m}^2$  vs  $732.12 \pm 105.71 \times 10^3 \mu\text{m}^2$ ,  $p=0.066$ ). Η συγκέντρωση της γλυκόζης καθώς και η ανοχή σε αυτή υπήρξε σημαντικά βελτιωμένη στην ομάδα CRG σε σχέση με την COG ( $p=0.038$  και  $p=0.041$ , αντίστοιχα), ενώ παράλληλα το σωματικό βάρος και το λιπιδαιμικό προφίλ δεν παρουσίασαν ιδιαίτερη διαφοροποίηση ( $p>0.05$ ). Το πιο σημαντικό εύρημα ήταν η βελτίωση της σταθερότητας των αθηρωματικών πλάκων στην ομάδα που έλαβε το εκχύλισμα κρόκου. Συγκεκριμένα, οι αθηρωματικές πλάκες των μυών της ομάδας CRG χαρακτηρίζονταν από αυξημένη περιεκτικότητα σε κολλαγόνο ( $p<0.001$ ) και ελαστίνη ( $p<0.001$ ), παχύτερη ινώδη κάψα ( $p=0.023$ ) και μειωμένο αριθμό ρήξεων της IEL ανά mm της περιφέρειας της αορτικής βαλβίδας ( $p<0.001$ ) σε σχέση με την ομάδα COG.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το εκχύλισμα του κρόκου μειώνει οριακά, μη-σημαντικά το μέγεθος των αθηρωματικών πλάκων σε μύες Apo-E-/- . Μπορεί όμως να αυξήσει αξιοσημείωτα τη σταθερότητά τους και μάλιστα η δράση αυτή φαίνεται να είναι ανεξάρτητη από τη ρύθμιση των κλασσικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΔΥΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΠΕΡΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ**

Κ. Γιάγκου<sup>1</sup>, Χ. Αζίνα<sup>2</sup>, Α. Γιάγκου<sup>1</sup>, Σ. Χειμωνίδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup> The Cardio Clinic Heart Centre, Λευκωσία-Κύπρος

<sup>2</sup> Διαβητολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας-Κύπρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) καθορίζεται από την επίτευξη φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης και από την πρόληψη των μικρο/μάκρο αγγειακών επιπλοκών. Η διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας (ΔΔΑΚ) είναι σύνηθες εύρημα διαβητικής καρδιομυοπάθειας ακόμα και σε ασυμπτωματικούς ασθενείς. Υπάρχουν διάφοροι δείκτες αξιολόγησης της ΔΔΑΚ όπως η διαμυτροειδική ροή, η ιστική απεικόνιση και ο δείκτης όγκου του αριστερού κόλπου (LAVI). Αντίστοιχα, διάφοροι αντι-υπεργλυκαιμικοί παράγοντες χρησιμοποιούνται για να επιτευχθούν φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Συγκρίναμε την επίδραση της διπεπτιδύλ-πепτιδάσης 4 (DPP-4) σιταγλιπτίνης με την ινσουλίνη glargine στη ΔΔΑΚ ασθενών με ΣΔ τύπου 2, μη ικανοποιητικά ρυθμισμένων με μετφορμίνη και τη σουλφονυλουρία γλιμεπρίδη. Πενήντα τέσσερις ασθενείς παρόμοιας ηλικίας, διάρκειας διαβήτη, γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, χωρίς αρτηριακή υπέρταση, μη σημαντικής στεφανιαίας νόσου αποκλεισθείσας με δοκιμασία κοπώσεως, τυχαιοποιήθηκαν για να λαμβάνουν σιταγλιπτίνη (SITA group, n=28) ή ινσουλίνη glargine (INS group, n=26) σαν επιπρόσθετη θεραπεία για 36 εβδομάδες. Πλήρης υπερηχογραφική μελέτη διενεργήθηκε στην έναρξη και λήξη της παρακολούθησης, που συμπεριέλαβε μετρήσεις διαμυτροειδικής ροής, ιστικής απεικόνισης και LAVI, σαν δείκτες αξιολόγησης διαστολικής λειτουργίας. Όλοι οι ασθενείς είχαν φυσιολογικό κλάσμα εξώθησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο έλεγχος γλυκόζης έδειξε ότι ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες. (SITA HbA1c 8,1±0.7 έναντι 7,3±0,8% και INS HbA1c 8.0±0.6 έναντι 7,3±0,7). Η ομάδα της σιταγλιπτίνης κατέγραψε μεγαλύτερη βελτίωση στη διαστολική λειτουργία από την ομάδα της ινσουλίνης (39% έναντι 15%). 11 από τους 28 ασθενείς της ομάδας της σιταγλιπτίνης είχαν βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας ανεξαρτήτως του αρχικού βαθμού δυσλειτουργίας, ενώ σε 4 στους 26 αυτό συνέβηκε στην ομάδα της ινσουλίνης. Αυτή η βελτίωση έγινε διακριτή και όσον αφορά το LAVI αφού ο προ παρέμβασης δείκτης στην ομάδα της σιταγλιπτίνης ήταν 25,1±6, με το τέλος του πρωτοκόλλου μειώθηκε στα 23,0±5, και στην ομάδα της ινσουλίνης ήταν 25,0±6 προ έναντι 23,9±6 μετά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η σιταγλιπτίνη και η ινσουλίνη glargine ήταν ισοδύναμες στη μείωση της γλυκόζης. Παρόλα αυτά υπήρξε μια στατιστικά σημαντική βελτίωση της διαστολικής λειτουργίας στην ομάδα της σιταγλιπτίνης έναντι της ινσουλίνης, όπως μετρήθηκε με το E/E' και το LAVI. Η εξήγηση μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι η αύξηση των επιπέδων της GLP-1 μπορεί να οδηγήσει σε ευεργετική επίδραση στο καρδιαγγειακό σύστημα, εύρημα που φάνηκε από κάποιες μελέτες. Συνεπώς, η σιταγλιπτίνη μπορεί να είναι υποσχόμενος παράγοντας στη διαχείριση της διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας.

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΟΓΚΟΥ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΟΛΠΟΥ  
(LEFT ATRIAL VOLUME INDEX) ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ  
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**

**Κ. Γιάγκου<sup>1</sup>, Χ. Αζίνα<sup>2</sup>, Α. Γιάγκου<sup>1</sup>, Σ. Χειμωνίδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> The Cardio Clinic Heart Center – Λευκωσία-Κύπρος

<sup>2</sup> Διαβητολογικό ιατρείο – Παθολογική κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας, Λευκωσία-Κύπρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ 1) ως κλασικός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο βρέθηκε ότι συνδέεται με την ανάπτυξη διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς αλλά και της δεξιάς κοιλίας πριν από την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων καρδιακής νόσου. Η διαστολική δυσλειτουργία έχει αποδειχθεί ότι συμβαίνει πρώιμα σε ασθενείς με ΣΔ. Ο δείκτης όγκου του αριστερού κόλπου (LAVI) είναι ένας δείκτης που αντανάκλα στην επιβάρυνση του αριστερού κόλπου στα πλαίσια διαταραχών της διαστολικής λειτουργίας. Σκοπός μας, είναι η ανίχνευση πρώιμης διαστολικής δυσλειτουργίας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με ΣΔ 1 με τη βοήθεια του LAVI.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ομάδα ασθενών και ομάδα υγιών μαρτύρων υποβλήθηκαν σε πλήρη συμβατική ηχοκαρδιογραφική μελέτη συμπεριλαμβανομένης της καταγραφής με το παλμικό Doppler τόσο της διαμυτροειδικής όσο και της διατριγωνικής ροής, καθώς και σε εφαρμογή TDI δεικτών από την κορυφαία προβολή 4 κοιλοτήτων τόσο στο επίπεδο του μιτροειδικού δακτυλίου στο πλάγιο τοίχωμα όσο και στο επίπεδο του τριγωνικού δακτυλίου. Μετρήθηκε η προσθιόπια και εγκάρσια διάμετρος και υπολογίστηκε ο LAVI. Όλα τα άτομα δεν είχαν άλλους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

46 άτομα χωρίστηκαν σε 2 ομάδες από 23 άτομα (η μία ομάδα με ασυμπτωματικούς ασθενείς με ΣΔ1 (Α) και η άλλη ως ομάδα ελέγχου (Β)). Έγινε σύζευξη των ατόμων των 2 ομάδων με βάση την ηλικία και το φύλο και συγκρίθηκαν οι προαναφερθείσες μετρήσεις. Παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές στο LAVI στην υποομάδα των διαβητικών σε βαθμό στατιστικά σημαντικό ( $25,1 \pm 6$  έναντι  $22,2 \pm 5$ ) ( $p < 0.05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η πρώιμη διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς και της δεξιάς κοιλίας που παρουσιάζουν οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με ΣΔ 1 επιβεβαιώνεται και με τη χρήση του left atrial volume index. Στη βιβλιογραφία ο δείκτης αυτός θεωρείται η «γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη» της διαστολικής λειτουργίας. Η αξία των ευρημάτων έγκειται στην πρωιμότερη ανίχνευση των διαταραχών αυτών και κατ' επέκταση στην εγκαίρως παρεμβάση.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΔΟΑΥΛΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ  
ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ 175 ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ  
ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ**

**Κ. Παπάζογλου, Μ. Μήτκα, Κ. Κωνσταντινίδης**

Καρδιοχειρουργικό τμήμα EuroMedica Κυανούς Σταυρός, Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσίαση συγκριτικής μελέτης ασθενών, με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη και εμφάνιση χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάδειας των κάτω άκρων, μετά από ενδοαυλική αντιμετώπιση με αγγειοπλαστική και υπό προϋποθέσεις τοποθέτηση ενδοαυλικού νάρθηκα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Κατά την διάρκεια της περιόδου από 4/2009 έως 5/2013 πραγματοποιήθηκαν σε 175 ασθενείς 211 ενδοαυλικές αγγειακές επεμβάσεις, κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου (επιπολής μηριαίας, ιγνυακής και κνημιαίων αγγείων). Το σύνολο των ασθενών χωρίστηκε σε δύο ομάδες με βάση την παρουσία (ομάδα Α) ή μη (ομάδα Β) σακχαρώδους διαβήτη. Για το στάδιο της περιφερικής αρτηριακής νόσου κατηγοριοποιήθηκαν κλινικά προ- και μετεγχειρητικά βάση της κλίμακας Rutherford και του κνημοβραχιόνιου δείκτη. Μετά από αγγειογραφικό έλεγχο οι ασθενείς σταδιοποιήθηκαν με την κλίμακα TASC II. Ο χρόνος παρακολούθησης των ασθενών κυμάνθηκε από 3 μήνες έως 4,5 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από το σύνολο των 211 ενδοαυλικών επεμβάσεων πραγματοποιήθηκαν 196 με την χρήση μόνο μπαλονιού αγγειοπλαστικής και 15 με την επιπρόσθετη χρήση και ενδοαυλικού νάρθηκα. Όλες οι επεμβάσεις έγιναν υπό τοπική αναισθησία. Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών και στις δύο ομάδες ήταν 1 ημέρα. Δεν υπήρξε θνητότητα ή θνησιμότητα στις πρώτες 30 μετεγχειρητικές ημέρες. Υπήρξε άμεση βελτίωση των συμπτωμάτων στο 100% αυτών. Μείζων ή έλασσων ακρωτηριασμός στην ομάδα Α ήταν 5,6% και στην ομάδα Β 1,9%. Κατά την διάρκεια της παρακολούθησης πραγματοποιήθηκαν μόνο ενδοαυλικές επανεπεμβάσεις σε 16 ασθενείς (36%) της ομάδας Α και σε 15 ασθενείς (18,5%) της ομάδας Β όπου αυτό κρίθηκε απαραίτητο για την αντιμετώπιση επαναστενώσεων.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η χρήση απλού μπαλονιού αγγειοπλαστικής, για την αντιμετώπιση χρόνιας αποφρακτικής αρτηριοπάδειας των κάτω άκρων, είναι εφικτό να εκτελεσθεί στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, ως αποτελεσματική θεραπεία χωρίς τη χρήση ενδοαυλικού νάρθηκα και σε σακχαροδιαβητικούς ασθενείς, με σημαντικά ποσοστά κλινικής επιτυχίας, και μικρή επιβάρυνση του ασθενούς και του συστήματος υγείας.

## **ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Χ. Μανωλάκη**

Κέντρο Υγείας Ροδολίβους Σερρών

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η υπογλυκαιμία είναι η κύρια επιπλοκή της θεραπείας στους ασθενείς με διαβήτη. Συχνότερα παρατηρείται σε ασθενείς με Τύπου 1 παρά με τύπου 2 Διαβήτη. Ο κίνδυνος αυξάνει σε μη ακολουθούντες το διαιτολόγιο. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να τονίσει πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η συμμόρφωση του ασθενούς στο διαιτολόγιο.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 100 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, 65 γυναίκες και 35 άνδρες. Σε υπογλυκαιμικά δισκία ήταν 80 άτομα (50 γυναίκες και 30 άνδρες), ενώ σε ινσουλίνη 20 άτομα (15 γυναίκες και 5 άνδρες). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν  $68.7 \pm 9.86$  και η μέση διάρκεια διαβήτη  $10 \pm 4.56$  έτη. Ρωτήθηκε το διατροφικό ιστορικό, σημειώθηκαν οι παραλείψεις επιμέρους γευμάτων, εντοπίστηκαν επεισόδια υπογλυκαιμικά από τις αναγραφόμενες τιμές σακχάρου στις μετρήσεις του τελευταίου μήνα καθώς και από αναφερόμενη συμπτωματολογία του διαβητικού. Τιμή γλυκόζης  $60 \text{ mg/dl}$  ή λιγότερο θεωρήθηκε υπογλυκαιμία.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Όλοι οι ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς (20) και 40 από εκείνους που ήταν σε υπογλυκαιμικά δισκία (60%), είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπογλυκαιμίας τον τελευταίο μήνα. Καταγράφηκαν συνολικά 240 επεισόδια σε διάστημα 4 εβδομάδων, η ελάχιστη τιμή γλυκόζης ήταν  $48.5 \pm 6.5$ . Συνηθέστερες ώρες που παρατηρήθηκαν τα επεισόδια ήταν 19.00, 12 μεσάνυχτα και 06.00 πρωί. Ασυμπτωματικά επεισόδια ήταν το 25% αυτών, με τιμές κάτω των  $48 \text{ mg/dl}$  σε 5% από αυτά. Κύρια αιτία ήταν η απώλεια των ενδιάμεσων γευμάτων και λιγότερο η αυξημένη άσκηση, η δίαιτα κ.α.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Υπογλυκαιμικά επεισόδια είναι συχνά σε άτομα με Τύπου 2 Διαβήτη, συχνότερα σε ινσουλινοθεραπευόμενα, οφείλονται δε κυρίως σε παραλείψεις επιμέρους γευμάτων. Σημαντικό ρόλο κατέχει η παρέμβαση, στο διαιτολόγιο προκειμένου να εκλείψουν οι υπογλυκαιμίες.

## ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ, ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Χ. Μανωλάκη

Κέντρο Υγείας Ροδολίβους Σερρών

### ΣΚΟΠΟΣ

Η συνύπαρξη Σακχαρώδη Διαβήτη και υπέρτασης είναι, 3 τουλάχιστον φορές, μεγαλύτερη από το στατιστικά αναμενόμενο, αν επρόκειτο για απλή σύμπτωση.

Στους διαβητικούς τύπου 2, που συνήθως είναι παχύσαρκοι, η υπέρταση απαντά πιο συχνά. Ο αυτοέλεγχος επιτελεί σημαντικότερο ρόλο στην καλύτερη ρύθμιση αυτών.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 50 άτομα με διαβήτη και υπέρταση (20 άνδρες και 30 γυναίκες, με μέση ηλικία 64.4±9.5), όλοι υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία. Από τα υπάρχοντα στοιχεία των μετρήσεων της τελευταίας διατροφής μελετήθηκαν η μέση τιμή συστολικής και διαστολικής πίεσης, HbA1c, και των πρωινών και απογευματινών μετρήσεων των σακχάρων. Οι ασθενείς τέθηκαν σε συστηματική μέτρηση της πίεσης 3 φορές την εβδομάδα, πρωί-απόγευμα, καθώς και των σακχάρων επίσης 3 φορές εβδομαδιαίως, νηστείας και μεταγευματικά επί τρεις μήνες.

Ακολούθησε μέτρηση και της HbA1c.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα φαίνονται στον παρακάτω πίνακα

	Πρώτη επίσκεψη	3 μήνες μετά
ΣΠ/ΔΠ πρωινή	156.36/95.3±16.24/8.45	142.71/92.52±20.2
ΣΠ/ΔΠ απογευματινή	145.56/88.65±/12.39/7.23	139.24/81.43±11.52
HbA1C	8.71±1.31	7.45±0.65
Σάκχαρο πρωινό	180.45±30.65	150.75±10.56
Σάκχαρο απογευματινό	172.68±26.52	160.44±26.47

Όπως φαίνεται από τη μελέτη αυτή που πραγματοποιήθηκε στο παραπάνω κέντρο υγείας και ως επί τον πλείστον σε αγροτικό πληθυσμό, όπου και απαιτείται αμεσότερη επαφή με το διαβητολογικό ιατρείο, υπήρξε σημαντική βελτίωση σε όλες τις τιμές, τόσο στα σάκχαρα και τη HbA1c όσο και στις τιμές των πιέσεων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι σημαντική η εκπαίδευση των διαβητικών ατόμων όσον αφορά τον τακτικό αυτοέλεγχο της πίεσης και του σακχάρου, γεγονός που συμβάλει στην πιο συνεπή λήψη της φαρμακευτικής αγωγής και επομένως στην καλύτερη ρύθμισή τους.



## ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ<sup>1</sup>

Χ. Αναστασάκης<sup>1</sup>, Μ. Ανανιάδη<sup>1</sup>, Χ. Κουνατίδης<sup>1</sup>, Μ. Κarioφύλλα<sup>1</sup>,  
Α. Κνιδάκη<sup>1</sup>, Γ. Βασιλικός<sup>2</sup>, Α. Χριστοφέλη<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Μαρκοπούλου,

<sup>2</sup> Ιδιώτης Παθολόγος

### ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της αντιμετώπισης των διαβητικών τύπου II σε ένα Κέντρο Υγείας της Αττικής.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό αποτέλεσαν οι νεοεισερχόμενοι (την τελευταία διαετία) ασθενείς με ΣΔ 2 που παρακολουθούνται σε τακτική βάση (ανά τρίμηνο) στο μεταβολικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Μαρκοπούλου.

Καταγράφηκε το φύλο, ηλικία, το ύψος, ο χρόνος διάγνωσης του ΣΔ, η φαρμακευτική αγωγή, το βάρος και η HbA1C (στην πρώτη επίσκεψη και στο τέλος της μελέτης).

Τα στοιχεία επεξεργάστηκαν στο SPSS 18.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε σύνολο 98 ασθενών, 59 (60,2%) είναι άνδρες και 39 (39,8%) γυναίκες.

Μέσος όρος ηλικίας τα 59 έτη.

Μέση διάρκεια της νόσου: 6 έτη.

Μέσος όρος του BMI κατά την πρώτη εξέταση 35 kg/m<sup>2</sup> και στο τέλος της μελέτης 31,4 kg/m<sup>2</sup>.

Στην έναρξη της μελέτης 32 (32,65%) άτομα είχαν HbA1C ≤ 7%.

Σε όλους τους ασθενείς δόθηκαν οδηγίες διατροφής και άσκησης.

Στο τέλος της μελέτης, επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου καταγράφηκε σε 80 (81,63%) άτομα, εκ των οποίων οι 51 (63,75%) ήταν άνδρες και 29 (36,25%) γυναίκες.

Ως προς την θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών που πέτυχαν HbA1C ≤ 7%:

Οι 18 (22,5%) παρέμειναν μόνο σε δίαιτα και άσκηση,

Οι 35 (43,75%) σε μονοθεραπεία με αντιδιαβητικά δισκία,

Οι 2 (2,5%) σε μονοθεραπεία με ινσουλίνη,

Οι 4 (5%) σε διπλό σχήμα με ινσουλίνη και δισκία,

Οι 16 (20%) σε διπλό σχήμα με αντιδιαβητικά δισκία,

Οι 3 (3,75%) σε τριπλό σχήμα με δισκία,

Οι 2 (2,5%) σε τριπλό σχήμα με δισκία και ινσουλίνη.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η εκπαίδευση και η εξατομικευμένη προσέγγιση των διαβητικών ασθενών σε επίπεδο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, τόσο από τους ιατρούς, όσο και από τις επισκέπτριες υγείας, έχουν σαν αποτέλεσμα την υιοθέτηση υγιεινοδιαιτητικού τρόπου ζωής που αντικατοπτρίζεται τόσο στην απώλεια βάρους όσο και στην επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου.

## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΚΠΤΩΣΗ

Β. Παπαλιάγκας<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Μ. Αβραμικά<sup>2</sup>, Θ. Παπαμήτσου<sup>3</sup>,  
Μ. Τσολάκη<sup>1</sup>, Μ. Τσιγάρα, Γ. Ανωγειανάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup> Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔ2) έχει συνδεθεί με έκπτωση της νοητικής λειτουργίας και αυξημένο κίνδυνο άνοιας σε ηλικιωμένους ασθενείς. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ σακχαρώδη διαβήτη και ήπιας νοητικής διαταραχής (ΗΝΔ), η οποία σε σημαντικό βαθμό εξελίσσεται σε άνοια.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 32 ασθενείς μέσης ηλικίας 72,7±7,2 ετών (εύρος 56-87 έτη), από τους οποίους 17 έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη χωρίς ΗΝΔ και 15 από ΗΝΔ χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Οι δύο ομάδες είχαν την ίδια ηλικία ( $t=0,649$   $p=0,521$ ) και αναλογία ανδρών - γυναικών ( $\chi^2=0,622$   $p=0,430$ ). Για την αξιολόγηση της νοητικής κατάστασης όλων των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ακουστικά γνωσιακά προκλητά δυναμικά (ΑΓΠΔ) με καταγραφή των λανθανόντων χρόνων εμφάνισης και υψών των επαρμάτων N200, P300 καθώς και του λανθάνοντα χρόνου εμφάνισης του βραδέος κύματος (slow wave). Χρησιμοποιήθηκαν επίσης οι ψυχομετρικές κλίμακες MMSE, MOCA, IADL, CDR, HAMILTON και ADCS-ADL.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σε κανένα από τους λανθάνοντες χρόνους εμφάνισης ή τα ύψη επαρμάτων που εξετάστηκαν δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες ασθενών ( $p>0,05$ ). Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγούν και τα αποτελέσματα των ψυχομετρικών εξετάσεων εκτός από τη δοκιμασία με την κλίμακα CDR στην οποία οι διαβητικοί ασθενείς είχαν χειρότερη επίδοση σε σύγκριση με τους ασθενείς με ΗΝΔ ( $p<0,05$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με ΣΔ 2 έχουν την ίδια νοητική έκπτωση με ασθενείς με ΗΝΔ. Απομένει η επιβεβαίωση των ευρημάτων αυτών σε μεγαλύτερο μέγεθος δείγματος καθώς και η παρακολούθηση της εξέλιξης της νοητικής κατάστασης στις δυο ομάδες ασθενών.

*Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ ΙΙΙ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.*

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΝΟΧΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (OGTT) ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ**

**Γ. Χατζηκοσμά, Ν. Παπάνας, Μ. Δημητρίου, Κ. Παφίλη, Σ. Κύρογλου, Κ. Παπαθεοδώρου, Δ. Παπάζογλου, Ε. Μαλτέζος**

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Η καταγραφή των παρατηρήσεων από τη χρήση της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης (OGTT) στο διαβήτη της κύησης κατά τα τελευταία χρόνια, δοθέντος ότι έχει προταθεί η ευρεία χρήση της καμπύλης γλυκόζης 75 g κατά HAPO.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Καταγράφηκαν οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη της κύησης του ιατρείου μας με διάγνωση κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2011-Αύγουστος 2012 (ομάδα Α) και κατά το χρονικό διάστημα Ιανουάριος 2012-Αύγουστος 2013 (ομάδα Β).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ομάδα Α συμπεριέλαβε 17 γυναίκες ηλικίας  $30.4 \pm 4$  ετών και η ομάδα Β 25 γυναίκες ηλικίας  $28.8 \pm 3.7$  ετών ( $p=0.190$ ). Οι ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς το βάρος κατά την προσέλευση ( $82.2 \pm 8.2$  έναντι  $85.1 \pm 10.7$  kg,  $p=0.345$ ). Στην ομάδα Α έγινε καμπύλη με 100 g γλυκόζης σε 13 γυναίκες και με 75 g γλυκόζης σε 4 γυναίκες. Στην ομάδα Β έγινε καμπύλη με 100 g γλυκόζης σε 13 γυναίκες και με 75 g γλυκόζης σε 12 γυναίκες. Η εβδομάδα κύησης κατά την οποία πραγματοποιήθηκε η καμπύλη σακχάρου δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων ( $26.3 \pm 1.6$  έναντι  $25.5 \pm 1.9$ ,  $p=0.158$ ). Το ποσοστό προσέλευσης για επανεκτίμηση και καμπύλη γλυκόζης στο τρίμηνο μετά τον τοκετό ήταν πολύ μικρό και στις δύο ομάδες (2 γυναίκες στην ομάδα Α, 4 γυναίκες στην ομάδα Β).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Υπάρχει μια μικρή αργή αύξηση της χρήσης καμπύλης 75 g γλυκόζης, αλλά η χρησιμοποίησή της δεν έχει γενικευθεί. Ευτυχώς η δοκιμασία ανοχής γλυκόζης διενεργείται νωρίς. Δυστυχώς όμως το ποσοστό προσέλευσης για επανεκτίμηση μετά τον τοκετό παραμένει πολύ μικρό, υπογραμμίζοντας την ανάγκη περαιτέρω ενημέρωσης και από τις σχετιζόμενες ιατρικές ειδικότητες.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΑΞΙΑΣ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Ν. Παπάνας, Γ. Χατζηκοσμά, Μ. Δημητρίου, Κ. Παπαθεοδώρου,  
Δ. Παπάζογλου, Ε. Μαλτέζος**

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική,  
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση της διαγνωστικής αξίας της αυτοματοποιημένης νευροφυσιολογικής μελέτης του γαστροκνημιαίου νεύρου στην ανίχνευση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Συμπεριελήφθησαν 86 ασθενείς (45 άνδρες, 41 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $64.92 \pm 8.31$  ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ  $14.42 \pm 8.59$  ετών. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η έλλειψη  $B_{12}$ , η κατάχρηση αιθανόλης καθώς και άλλα αίτια περιφερικής νευροπάθειας. Τη μέθοδο αναφοράς για τη διάγνωση της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας αποτέλεσε ο δείκτης Neuropathy Disability Score (NDS) με ουδό  $NDS \geq 3$ . Η αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνημιαίου νεύρου έγινε με τη φορητή συσκευή NC-stat<sup>®</sup> DPNChe<sup>™</sup> (Neurometrix, Inc., Waltham, MA, USA). Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε πρηνή θέση και μετρήθηκαν το εύρος δυναμικού και η ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημιαίου νεύρου αμφοτερόπλευρα. Παθολογική θεωρήθηκε η αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη, όταν τουλάχιστον μια από τις μετρούμενες νευροφυσιολογικές παραμέτρους ήταν παθολογική σε τουλάχιστον ένα σκέλος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η εξέταση με τη συσκευή NC-stat<sup>®</sup> DPNChe<sup>™</sup> παρουσίαζε ευαισθησία 81.25% και ειδικότητα 90.74%. Η θετική προγνωστική αξία (PPV) και η αρνητική προγνωστική αξία (NPV) ήταν 83.87% και 89.09% αντίστοιχα. Ο λόγος +LR (positive Likelihood Ratio) ήταν 8.77 και ο λόγος -LR (negative Likelihood Ratio) ήταν 0.21. Ο δείκτης Youden's J ήταν 0.72.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα πιλοτικά αυτά ευρήματα μαρτυρούν ότι αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνημιαίου νεύρου με τη συσκευή NC-stat<sup>®</sup> DPNChe<sup>™</sup> παρουσιάζει υψηλή διαγνωστική αξία στην ανίχνευση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με Τ2ΣΔ.

**ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ,  
ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΧΡΕΙΑΖΟΝΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ:  
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

**Μ. Μυλωνά<sup>1</sup>, Β. Φραγκουλάκης<sup>2</sup>, Χ. Λιάσκος<sup>1</sup>, Σ. Καλοπήτα<sup>3</sup>,  
Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>4</sup>, Σ. Καραμαγγιώλης<sup>5</sup>, Β. Βαζυντάρη<sup>6</sup>, Στ. Λιάτης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο,  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ Λαϊκό, Αθήνα

<sup>2</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Τομέας Οργάνωσης και Διοίκησης, Αθήνα,

<sup>3</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας

<sup>4</sup> 3<sup>η</sup> Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο,  
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς

<sup>5</sup> Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας

<sup>6</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Τζάνειο, Πειραιάς

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να προσδιοριστεί το άμεσο ιατρικό κόστος αντιμετώπισης ενός υπογλυκαιμικού συμβάντος σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και 2 (ΔΤ1-ΔΤ2), που χρειάζονταν ιατρική περίθαλψη στο νοσοκομείο.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Τα δεδομένα της ανάλυσης συλλέχτηκαν από προοπτική μελέτη διάρκειας 22 μηνών, η οποία κατέγραψε δεδομένα 295 ασθενών με διαβήτη, που προσήλθαν στα τμήματα επείγοντων περιστατικών, σε 8 γενικά νοσοκομεία της χώρας, λόγω υπογλυκαιμίας. Τα κλινικά δεδομένα συνδυάστηκαν με τις τιμές αποζημίωσης των συντελεστών του κόστους -που είναι κοινές για όλα τα νοσοκομεία της χώρας- για να υπολογισθεί το μέσο κόστος ανά ασθενή. Για την αντιμετώπιση της αβεβαιότητας, διεξήχθη μη-παραμετρική, πιθανοθεωρητική ανάλυση ευαισθησίας με την πραγματοποίηση 5000 πειραμάτων προκειμένου να εξαχθούν τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης. Χρησιμοποιήθηκε επίσης ένα γενικευμένο γραμμικό υπόδειγμα παλινδρόμησης για τον προσδιορισμό των στατιστικά σημαντικών μεταβλητών που επιδρούν στο κόστος νοσηλείας. Στην ανάλυση δεν συμπεριλήφθηκε το έμμεσο κόστος της απολεσθείσας παραγωγικότητας των ασθενών ή/και των συγγενών τους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Συμμετείχαν 149 (50.51%) άνδρες και 146 γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν  $41.5 \pm 17.7$  και  $73,3 \pm 14.3$  έτη \*ΔΤ1 και ΔΤ2 αντίστοιχα), ενώ η μέση διάρκεια νοσηλείας (στο 67% των ασθενών που χρειάστηκαν εισαγωγή) ήταν  $2.6 \pm 0.9$  και  $5.7 \pm 4.1$  ημέρες, αντίστοιχα. Η κατανομή του κόστους ήταν δεξιά ασύμμετρη, υποδεικνύοντας ότι μια μικρή μειοψηφία ασθενών είχε υψηλό κόστος αντιμετώπισης, κυρίως λόγω μεγάλης διάρκειας νοσηλείας. Το μέσο κόστος ενός υπογλυκαιμικού συμβάντος ανά τύπο διαβήτη ανήλθε στα €280 (95%CI: €250-€300) και €566 (95%CI: €528-€610), για τα άτομα με ΔΤ1 και ΔΤ2 αντίστοιχα. Στους ασθενείς με ΔΤ2, (90% περίπου του δείγματος), η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια της νόσου και η χρήση ινσουλίνης δεν αποτέλεσαν στατιστικά σημαντικούς προσδιοριστικούς παράγοντες τους κόστους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το υπογλυκαιμικό σύμβαμα φαίνεται να αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα οικονομικής επιβάρυνσης για το σύστημα υγείας, αλλά απαιτούνται περαιτέρω αναλυτικές μελέτες για τον ακριβή προσδιορισμό του κόστους του.

**ΝΕΟΤΕΡΟΙ ΓΟΝΙΔΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ  
ΚΑΙ ΠΡΩΙΜΗ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)**

Α. Στυλιανού<sup>1</sup>, Κ. Ποφαΐδης<sup>1</sup>, Γ. Λαβράνος<sup>1</sup>, Γ. Ολύμπιος<sup>1</sup>, Χ. Σκορδή<sup>1</sup>,  
Α. Κίζη<sup>1</sup>, Α. Μηκαϊλίδης<sup>2</sup>, Μ. Κοντού<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Λάρνακας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι ασθενείς με ΣΔ2 παρουσιάζουν συγκριτικά με μη διαβητικά άτομα 2-4 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης για καρδιαγγειακά νοσήματα. Στην αιτιοπαθογένεια της αθηρωμάτωσης στα άτομα αυτά εμπλέκονται εκτός από τους κλασσικούς και τους νεώτερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και διάφορες γονιδιακές μεταλλάξεις και πολυμορφισμοί.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εκτιμηθεί η συμμετοχή των γενετικών παραμέτρων στην εκδήλωση και εμφάνιση της αθηρωμάτωσης σε διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Το υλικό της μελέτης αποτελούσαν 61 ασθενείς που προέρχονται από τα εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία της κλινικής μας. Σε όλους τους συμμετέχοντες πραγματοποιήθηκε μετά από γραπτή συγκατάθεση με τη μέθοδο της αλυσιδωτής αντίδρασης της πολυμεράσης (PCR) έλεγχος για μεταλλάξεις ή πολυμορφισμούς για γόνους που ευθύνονται για αυξημένο κίνδυνο θρομβοφιλίας. Συγκεκριμένα μελετήθηκαν τόποι που αφορούσαν μεταλλάξεις ή πολυμορφισμούς για τα ακόλουθα: ACE I/D, Apo E2/E3/E4, beta-fibrinogen -455G>A, Factor XIII V34L, HPA-1 a/b, MTHFR A1298C, MTHFR C677T και για PAI-1 4G/5G. Επίσης σε όλους τους ασθενείς έγινε υπερηχοτομογραφικός έλεγχος με triplex και μετρήθηκε το πάχος του εσω-μέσου χιτώνα (IMT) των καρωτίδων. Αναζητήθηκε επίσης η ύπαρξη αθηρωματικών πλάκων και η ύπαρξη στένωσης στις καρωτίδες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 61 ασθενείς οι 32 παρουσίασαν αυξημένες τιμές IMT (>0.8 mm). Από αυτούς το 31.2% έπασχε ήδη από γνωστή στεφανιαία νόσο, ενώ 50% ανέφερε θετικό οικογενειακό ιστορικό για καρδιαγγειακή νόσο. Σε 20 από τα άτομα αυτά, δηλ 65%, συνυπήρχε μετάλλαξη ή κάποιος πολυμορφισμός για τουλάχιστον 1 από τους μελετηθείς τόπους με συχνότερη αυτή της ομοκυστεΐνης (MTHFR A1298C και MTHFR C677T) ακολουθούμενη από πολυμορφισμούς της Apo E.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρουσία αθηρωμάτωσης σε ΣΔ2 ασθενείς όπως αυτή εκφράζεται με το δείκτη IMT συνδιάζεται με διάφορες γονιδιακές μεταλλάξεις που ενοχοποιούνται για αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Ως εκτούτου δικαιολογείται ο γονιδιακός έλεγχος σε διαβητικά άτομα υψηλού κινδύνου. Απαιτείται όμως η διενέργεια περαιτέρω ερευνών με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΜΕ ΤΙΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ. ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΞΗ**

**Σ. Μπούσμπουλας, Α. Κουτσοβασίλης, Δ. Γουγουρέλας, Α. Παπαζαφειροπούλου, Ο. Αποστόλου, Ι. Μπινίκος, Η. Ταμβάκος, Σ. Παππάς**

Γ' Παθολογική Κλινική-Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση και εξέλιξη των επιπλοκών του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ).

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η αξιολόγηση της ρύθμισης της ΑΠ των ατόμων με ΣΔτ2 καθώς και ο καθορισμός της κατάλληλης χρονικής στιγμής για τη μέτρηση της ΑΠ στο ιατρείο.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

132 ασθενείς με ΣΔτ2 και ΑΥ οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝΝΠ κατά τον Μάιο - Ιούλιο του 2013 εντάχθηκαν στη μελέτη. Γινόταν μέτρηση (2 φορές με διαφορά 1 λεπτού) της συστολικής (ΣΑΠ) και της διαστολικής (ΔΑΠ) αρτηριακής πίεσης μετά από 10 λεπτά ξεκούρασης στην αρχή και εκ νέου μέτρηση (2 φορές) στο τέλος της επίσκεψης. Οι ασθενείς προσκόμιζαν κατ' οίκον μετρήσεις επτά ημέρες μετά την επίσκεψη στο Διαβητολογικό Κέντρο. Έγινε καταγραφή της αγωγής, των συνοδών νοσημάτων καθώς και του βαθμού ρύθμισης της ΑΠ.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 132 ασθενείς της μελέτης ηλικίας  $65.86 \pm 7.97$  έτη, οι 90 (68.2%) ήταν άνδρες. Υπολιπιδαιμική αγωγή ελάμβαναν 109 ασθενείς (82.6%), στεφανιαία νόσο παρουσίαζαν 24 (18.2%), αμφιβληστροειδοπάθεια 30 (27.8%), νεφροπάθεια 18 (13.6%) και 12 (9.1%) περιφερική αγγειακή νόσο. Καπνιστές ήταν 78 (65%) εκ των οποίων ενεργοί ήταν 36 (46.2%). Από τους 132 ασθενείς α-MEA ελάμβαναν 42 (31.8%), β-αναστολείς 29 (22%), ανταγωνιστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II 60 (45.4%), αναστολείς των διαύλων ασβεστίου 42 (31.8%), θειαζιδικό διουρητικό 43 (32.6%), διουρητικό της αγκύλης 12 (9.1%) και 6 (4.5%) κεντρικώς δρώντα αντιυπερτασικά. Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0.0001$ ) μεταξύ των τιμών της συστολικής αρτηριακής πίεσης κατά την προσέλευση στο ιατρείο ( $153.50 \pm 16.57$ ), κατά το τέλος της επίσκεψης ( $138.18 \pm 12.52$ ) και των κατ' οίκον μετρήσεων ( $133.04 \pm 14.72$ ). Ανάλογα σημαντική και η διαφορά για την διαστολική πίεση ( $p < 0.0001$ ) μεταξύ των υπό εξέταση μετρήσεων ( $77.81 \pm 10.08$  vs  $73.37 \pm 10.26$  vs  $71.09 \pm 8.09$ ,  $p < 0.0001$ ) με την διαφορά μεταξύ της μέτρησης κατά το τέλος της επίσκεψης και της κατ' οίκον μέτρησης να μην διαφέρουν στατιστικά ( $p = 0.068$ ).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι συνθήκες μέτρησης της αρτηριακής πίεσης διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο για την εξαγωγή συμπερασμάτων, τα οποία οδηγούν στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Η μέτρηση της αρτηριακής πίεσης κατά το τέλος της επίσκεψης οδηγεί σε ασφαλέστερα συμπεράσματα σχετικά με το βαθμό ρύθμισης και είναι ανάλογη της κατ' οίκον μέτρησης.

**ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΜΙΜΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ ΝΕΟΣΥΝΤΙΘΕΜΕΝΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΨΕΥΔΑΡΓΥΡΟΥ.  
IN VITRO ΜΕΛΕΤΕΣ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΙΕΣ ΛΙΠΟΚΥΤΤΑΡΩΝ**

**Μ.Π. Γιαβροπούλου<sup>1</sup>, Κ. Τοπουρίδου<sup>1</sup>, Ο. Τσαβέ<sup>2</sup>, Α. Σαλίφογλου<sup>2</sup>,  
Κ. Κώτσα<sup>1</sup>, Ι.Γ. Γιώβος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Εργαστήριο Κλινικής και Μοριακής Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ

<sup>2</sup> Τμήμα Χημικών Μηχανικών, Πολυτεχνικής Σχολής, Α.Π.Θ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο ψευδάργυρος είναι ένα ικνοστοιχείο κριτικής σημασίας για τη ρύθμιση πολλαπλών ενδοκυττάρων διεργασιών που αφορούν τη σύνθεση και έκκριση της ινσουλίνης και την επαγωγή της πρόσληψής της γλυκόζης από τους ινσουλινοευαίσθητους ιστούς.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της ινσουλινομιμητικής δράσης νεοσυντιθέμενων συμπλόκων ψευδαργύρου που αναπτύχθηκαν σε υδατικά διαλύματα με γνώμονα την απομόνωση καθαρών, ατοξικών και βιολογικά δραστικών μορφών με συγκεκριμένους μοριακούς στόχους που ενεργοποιούν τον μεταβολισμό της γλυκόζης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Για το σκοπό αυτό σχεδιάστηκαν, συντέθηκαν και χαρακτηρίστηκαν φυσικοχημικά ειδικά δομημένες βάσεις του Schiff ως οργανικοί υποκαταστάτες με μεταβλητό αριθμό αλκοολών στα άκρα τους, ενώ συντέθηκε παράλληλα μια οικογένεια από καλώς καθορισμένες δυαδικές σύμπλοκες ενώσεις ψευδαργύρου. Η δράση των νεοσυντιθέμενων μορίων ερευνηθηκε σε κυτταρικές καλλιέργειες προ-λιποκυττάρων (3T3-L1). Ο έλεγχος της κυτταροτοξικότητας έγινε με τη μέθοδο της φωταύγειας (Cell titer Glo, Promega). Η εκτίμηση της διαφοροποίησης των προ-λιποκυττάρων σε ώριμα λιποκύτταρα πραγματοποιήθηκε με την ειδική χρώση Oil Red O και ο προσδιορισμός της ενδοκυττάριας πρόσληψης γλυκόζης έγινε με φθορισμομετρική μέθοδο (Cayman Chemical, Mitchigan, Usa), χρησιμοποιώντας ως δετικό μάρτυρα την ινσουλίνη. Η διερεύνηση της έκφρασης των γονιδίων των γλυκοζομεταφορών (GLUT 1, 3 και 4) μελετήθηκε σε επίπεδο mRNA (RT-PCR).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Δύο σαφώς ταυτοποιημένες σύμπλοκες ενώσεις ψευδαργύρου, που διαφέρουν μεταξύ τους στον αριθμό των αλκοολών επιλέχθηκαν με βάση τα φυσικοχημικά χαρακτηριστικά τους. Τα μόρια δεν εμφάνισαν σημαντική κυτταροτοξικότητα σε συγκεντρώσεις 1 nM ως 50 μM. Σε συγκεντρώσεις 25 μM αύξησαν σημαντικά τη διαφοροποίηση των προ-λιποκυττάρων σε ώριμα λιποκύτταρα σε βαθμό παρόμοιο με την ινσουλίνη και διπλασίασαν την πρόσληψη της γλυκόζης από τα ώριμα διαφοροποιημένα λιποκύτταρα. Η έκφραση του γλυκοζομεταφορέα 4 (αλλά όχι των γλυκοζομεταφορέων 1 και 3) αυξήθηκε επίσης σημαντικά μετά την επίδραση των συμπλόκων ψευδαργύρου στα προ-λιποκύτταρα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ινσουλινομιμητική δράση του ψευδαργύρου αποτελεί πεδίο εντατικής έρευνας τα τελευταία χρόνια στην προσπάθεια διερεύνησης νέων θεραπευτικών δυνατοτήτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Τα αποτελέσματά μας αποτελούν τη βάση για περαιτέρω ανάπτυξη νεοσυντιθέμενων ινσουλινομιμητικών μορίων με βάση τον ψευδάργυρο και έχουν απώτερο στόχο την προαγωγή της δημιουργίας από του στόματος χορήγησης σκευασμάτων που θα αντικαταστήσουν την υποδόρια ένεση ινσουλίνης σε διαβητικούς ασθενείς.



**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ  
ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΕΣ**

Δ. Βενιζέλου, Γ. Παπουρής, Ε. Κουσιαππή, Π. Κουτσίδης, Ε. Βουνού

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λεμεσού, Κύπρος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το ινσουλίνωμα είναι ένας σπάνιος νευροενδοκρινικός όγκος του παγκρέατος. Εμφανίζεται σε συχνότητα 1:250000 ανά έτος. Προσβάλλει τα 2 φύλα με την ίδια συχνότητα και εμφανίζεται συνήθως της 5<sup>η</sup>-6<sup>η</sup> δεκαετία της ζωής. Ένα ποσοστό 10% των όγκων είναι πολλαπλοί και συνήθως συνδέονται με MEN-1, ενώ ένα άλλο 10-15% των όγκων είναι κακοήθης.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Παρουσίαση περιστατικού ινσουλινώματος σε 20χρονο ασθενή που εκδηλώθηκε με σπασμούς.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

Άνδρας 20 ετών, με ελεύθερο ατομικό ιστορικό, προσήλθε στο ΤΕΠΑ λόγω επεισοδίου γενικευμένων τονικοκλονικών σπασμών. Παρόμοιο επεισόδιο είχε ξανασυμβεί πριν από 2 μήνες και νοσηλεύτηκε σε άλλο νοσοκομείο. Από τον τότε παρακλινικό έλεγχο το μόνο παθολογικό εύρημα ήταν υπογλυκαιμία που αποδόθηκε σε λήψη αλκοόλ το προηγούμενο βράδυ. Στο παρόν επεισόδιο διαπιστώθηκε ξανά υπογλυκαιμία και ο ασθενής εισήχθη για περαιτέρω διερεύνηση. Κατά την νοσηλεία του διαπιστώθηκαν επανειλημμένα επεισόδια υπογλυκαιμιών και στα πλαίσια διερεύνησης τέθηκε η υποψία ινσουλινώματος. Ο εργαστηριακός έλεγχος σε φάση υπογλυκαιμίας ανέδειξε αυξημένες τιμές ινσουλίνης, C-πεπτιδίου, χαμηλή γλυκόζη και φυσιολογική κορτιζόλη. Ο λοιπός εργαστηριακός έλεγχος ήταν φυσιολογικός. Ο απεικονιστικός έλεγχος με C/T και MRI κοιλίας ανέδειξε μάζα 2,7 cm στο σώμα του παγκρέατος, εικόνα περισσότερο συμβατή με ινσουλίνωμα. Έγινε σπινθηρογράφημα με οκτρεοτίδη και δεν ανέδειξε εστία παθολογικής πρόσληψης. Από τον περαιτέρω έλεγχο που έγινε το ινσουλίνωμα δεν είναι στα πλαίσια MEN-1. Ο ασθενής προγραμματίστηκε για χειρουργική αφαίρεση του όγκου και μέχρι τότε τέθηκε σε αγωγή με διαζοξίδη. Η βιοψία του όγκου επιβεβαίωσε την παρουσία ινσουλινώματος χωρίς χαρακτήρα κακοήθειας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Παρόλο που το ινσουλίνωμα είναι ένας σπάνιος όγκος εντούτοις πρέπει πάντοτε να αναζητείται σε περιπτώσεις επανειλημμένων – ανεξήγητων υπογλυκαιμιών.

## ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)

Μ. Κοτσάνη<sup>1</sup>, Θ. Χατζηδαμίδου<sup>2</sup>, Μ. Γαβανά<sup>3</sup>, Α. Πήττας<sup>4</sup>, Χ. Μπίρτσιου<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Κέντρο Υγείας Διαβατών

<sup>3</sup> Κέντρο Υγείας Μηχανιώνας

<sup>4</sup> Κέντρο Υγείας Θέρμης

### ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή χαρακτηριστικών της μακροχρόνιας παρακολούθησης ηλικιωμένων ασθενών με ΣΔ2.

### ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπλήρωση δομημένου ερωτηματολογίου με ατομική συνέντευξη σε 134 ασθενείς με ΣΔ2 65 ετών και άνω σε δομές της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η πλειοψηφία (47,7%) των ηλικιωμένων ασθενών ανέφερε διάρκεια ΣΔ2 άνω των 10 ετών, 15,9% τα 5-10 έτη, 20,5% λιγότερο από 5 έτη, ενώ στο 15,9% πρωτοδιαγνώστηκε ΣΔ2 με αφορμή την μελέτη. Ο μέσος όρος της HbA1c ήταν 6,97 (SD 1,3), υποδηλώνοντας ικανοποιητική ρύθμιση. Οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίζονταν με δισκία±ινσουλίνη (54,5%), ενώ τα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα μόνα ή σε συνδυασμό με φαρμακοθεραπεία αναφέρονταν στο 38,1% των περιπτώσεων. Οι μακροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ2 αναφέρονταν στο 38,8% των περιπτώσεων, με συχνότερα αναφερόμενη την στεφανιαία νόσο. Το 51,2% των ερωτηθέντων δήλωσαν ότι αυτοεξετάζουν τακτικά τα πόδια τους, ενώ μόλις το 19,2% ανέφερε εξέταση των ποδιών του από τον θεράποντα για τον ΣΔ2 ιατρό. Όσον αφορά την παρακολούθηση της ευγλυκαιμίας, το 82,6% των ασθενών ανέφερε ότι μετράει συστηματικά την γλυκόζη τριχοειδικού αίματος και το 43,9% από αυτούς τροποποιούν την αγωγή ή/και την διατροφή τους αναλόγως των ανευρισκόμενων τιμών. Ωστόσο, μόλις το 8,5% μετράει την HbA1c περισσότερες από 3 φορές ανά έτος, το 28% την μετράει 2-3 φορές/έτος, το 45,8% μία φορά/έτος και το 17,8% σπανιότερα ή ποτέ. Βιοχημικές υπογλυκαιμίες αναφέρουν το 32,8% των ηλικιωμένων, με το 70,4% να είναι μη αντιληπτές, αλλά με ποσοστό σοβαρών υπογλυκαιμιών μόλις στο 12,8%. Χαρακτηριστικά το 18,4% των ασθενών αναφέρουν τουλάχιστον ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο τον τελευταίο μήνα. Όσον αφορά την παρακολούθηση ανά συστήματα μόλις το 34,4% και το 36,8% των ηλικιωμένων αναφέρει ετήσια ή συχνότερη οφθαλμολογική και καρδιολογική εξέταση αντίστοιχα. Η πλειοψηφία των ασθενών ελέγχει τακτικά ή/και είναι σε αγωγή για τον έλεγχο της δυσλιπιδαιμίας (79%) και της αρτηριακής υπέρτασης (93,6), ενώ το 80,8% δηλώνει ότι παρακολουθείται τακτικά και για την νεφρική λειτουργία. Τέλος η πλειοψηφία των ηλικιωμένων ασθενών με ΣΔ2 δηλώνουν ότι γνωρίζουν σε ικανοποιητικό βαθμό τόσο τις δυνητικές συνέπειες του ΣΔ2 στην υγεία (72,8%), όσο και τον τρόπο μακροχρόνιας αντιμετώπισης της νόσου (70,4%).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Παρά την φαινομενικά ικανοποιητική ρύθμιση του ΣΔ2 στους ηλικιωμένους ασθενείς της μελέτης μας, απαραίτητη κρίνεται η εξατομίκευση των θεραπευτικών στόχων και της αντιδιαβητικής φροντίδας.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΕΤΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΩΧΡΑΣ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΦΑΚΟΘΡΥΨΙΑ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΡΗΞΗ ΟΠΙΣΘΙΟΥ ΠΕΡΙΦΑΚΙΟΥ**

**Θ. Μιραχτοής<sup>1</sup>, Ε. Γεωργιάδου<sup>1</sup>, Χρ. Σιούλης<sup>1</sup>, Κ. Μάρκου<sup>3</sup>, Σ. Λάκε<sup>4</sup>,  
Β. Μόσχου<sup>2</sup>, Ν. Γεωργιάδης<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Οφθαλμολογική Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Α' Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Ω.Ρ.Λ. Πανεπιστημιακή Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Καθηγητής Α.Π.Θ

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η συγκριτική μελέτη μετεγχειρητικού οιδήματος ωχράς σε υγιείς και διαβητικούς ασθενείς μετά από εγχείρηση αφαίρεσης καταρράκτη με φακοθρυψία και ένδεση ενδοφακού οπτιδίου θαλάμου με ή χωρίς ρήξη του οπισθίου περιφακίου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η παρακολούθηση για χρονικό διάστημα 18 μηνών 140 ασθενών (97 υγιείς και 43 διαβητικοί) οι οποίοι υποβλήθηκαν σε χειρουργική αφαίρεση καταρράκτη με φακοθρυψία και ένδεση ενδοφακού. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή κλινικά, φλουροαγγειογραφικά και με οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) της ύπαρξης κυστικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Προεγχειρητικά έγινε μέτρηση της οπτικής οξύτητας, της σκλήρυνσης του φακού, τονομέτρηση, έλεγχος του βυδού και φωτογράφιση (σε όσους ήταν δυνατόν) για τυχόν ύπαρξη ωχρικής βλάβης. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο (μέτρηση σακχάρου και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). Διεγχειρητικά έγινε καταγραφή των μετρήσεων της φακοθρυψίας (ενέργεια «torsional» και κανονικής φακοθρυψίας, χρόνος «torsional» και κανονικής φακοθρυψίας, CDE). Μετεγχειρητικά χορηγήθηκε σε όλους φαρμακευτική αγωγή (μεικτό κολλύριο) και έγινε μέτρηση της οπτικής οξύτητας, τονομέτρηση, έλεγχος προσθίων μορίων και πραγματοποιήθηκε φλουροαγγειογραφία μεταξύ 3<sup>ο</sup> και 6<sup>ο</sup> μήνα. Στους ασθενείς που υπήρχαν ενδείξεις κυστικού οιδήματος πραγματοποιήθηκε OCT. Αποκλείστηκαν από την μελέτη ασθενείς με ιστορικό λήψης φαρμάκων για γλαύκωμα, προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων, τραυμάτων, ενδοφθάλμιων ενέσεων ή θεραπειών με Laser και κερατοπαθειών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

α. Κυστικό οίδημα ωχράς καταγράφηκε κλινικά και φλουροαγγειογραφικά σε 4 ασθενείς από τους 43 διαβητικούς (σε ποσοστό 9,3%) και σε 7 από τους 97 υγιείς (σε ποσοστό 7,2%). Αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική με το  $\chi^2$  test. ( $p=0,672>0,05$ ).

β. Η εμφάνιση κυστικού οιδήματος της ωχράς δεν συσχετίζεται με το αξονικό μήκος του οφθαλμού ( $p=0,888>0,05$ ) και με την σκληρότητα του καταρράκτη ( $p=0,358>0,05$ ).

γ. Συσχετίζεται άμεσα με το επίπεδο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ( $p=0,007<0,05$ ) και με τον δείκτη CDE ο οποίος χαρακτηρίζει το «εργώδες» της επέμβασης ( $p=0,001<0,05$ ).

δ. Η ρήξη του οπισθίου περιφακίου συσχετίζεται άμεσα με την δυσκολία της επέμβασης και με την εμφάνιση κυστικού οιδήματος της ωχράς ( $p=0,001<0,05$ )

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

α. Η μικροχειρουργική του καταρράκτη καθώς και τα σύγχρονα μηχανήματα φακοδρυψίας μειώνουν την μετεγχειρητική εμφάνιση οιδήματος της ωχράς στους διαβητικούς ασθενείς σε ποσοστά συγκρίσιμα με τον υγιή πληθυσμό.

β. Η μη πρόκληση κυστικού οιδήματος της ωχράς προϋποθέτει καλή ρύθμιση του σακχάρου του αίματος.

**ΓΕΝΕΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ Cdx2 ΤΟΥ ΥΠΟΔΟΧΕΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D (VDR) ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΜΕΙΩΜΕΝΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΤΟΝ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Γ. Βασιλόπουλος<sup>1</sup>, Θ. Σαραφίδου<sup>1</sup>, Ξ. Τσεκμεκίδου<sup>2</sup>, Ο. Καραβία<sup>1</sup>, Γ. Γκουτζέλας<sup>1</sup>, Ζ. Μαμούρης<sup>1</sup>, Ι. Γιώβος<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Εργαστήριο Γενετικής, Συγκριτικής και Εξελικτικής Βιολογίας, Τμήμα Βιοχημείας & Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

<sup>2</sup> Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Α' Παθολογική Κλινική, ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η Παχυσαρκία είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Η αναγνώριση γονιδιακών τόπων που συσχετίζονται με την παθογένεια της νόσου αναμένεται να συμβάλλει καθοριστικά στην προσπάθεια αντιμετώπισής της. Η σχέση των επιπέδων της βιταμίνης D με την παχυσαρκία είναι γνωστή αλλά δεν έχουν ταυτοποιηθεί οι γενετικοί παράγοντες που εμπλέκονται σε αυτή τη σχέση. Σκοπός της εργασίας είναι ο έλεγχος συσχέτισης του πολυμορφισμού Cdx2 στο γονίδιο VDR (rs11568820; G/A) με την παχυσαρκία και με τα επίπεδα βιταμίνης D.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 82 παχύσαρκα άτομα (Δείκτης Μάζας Σώματος-ΔΜΣ $\geq$ 30) από την Βόρεια και Κεντρική Ελλάδα και 102 μη-παχύσαρκοι, οι οποίοι προσήλθαν στο Κέντρο Αναφοράς ΣΔΤ2 και Παχυσαρκίας του ΑΧΕΠΑ. Η γονοτύπηση πραγματοποιήθηκε με PCR-RFLP. Τα επίπεδα Βιταμίνης D (25(OH)D) στον ορό μετρήθηκαν με τη ραδιοανοσολογική μέθοδο RIA. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα SPSS 14 ( $p\leq 0.05$ ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα αποτελέσματα δείχνουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση του αλληλομόρφου Cdx-2 'Α' με την παχυσαρκία (OR: 1.89, 1.078-3.946,  $P=0.04$ ). Η κατηγοριοποίηση των παχύσαρκων ατόμων βάσει γονοτύπου έδειξε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων της 25(OH)D στα άτομα με το αλληλόμορφο 'Α' σε σχέση με αυτά με το αλληλόμορφο 'Γ' ( $11.43\pm 8.36$  και  $19.86\pm 10.48$ , αντίστοιχα,  $P<0.05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η παρούσα μελέτη δείχνει σημαντική συσχέτιση του αλληλομόρφου 'Α' του πολυμορφισμού Cdx-2 του VDR με την παχυσαρκία και με μειωμένα επίπεδα Βιταμίνης D στον υπο μελέτη πληθυσμό. Ωστόσο, ο μικρός αριθμός ατόμων που μελετήθηκαν εμποδίζει την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων για την παθοφυσιολογική σημασία στην εξέλιξη της νόσου.

## ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΙΣΧΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΧΩΡΙΣ ΓΝΩΣΤΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Ν. Κακαλέτσης<sup>1</sup>, Ε. Μωραλίδης<sup>2</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Β. Μπουγάτσα<sup>1</sup>, Α. Μποζίκας<sup>1</sup>,  
Ε. Δουμαράκης<sup>1</sup>, Δ. Γρέκας<sup>1</sup>, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου<sup>2</sup>, Τ. Διδάγγελος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ.

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη νόσου των στεφανιαίων αγγείων (ΝΣΑ). Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση των βασικών κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων ως προγνωστικών παραγόντων ΝΣΑ και του βαθμού της (μικρή – εκτεταμένη), όπως ανιχνεύεται με το σπινθηρογράφημα άρδευσης του μυοκαρδίου (ΣΑΜ) σε διαβητικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήσαμε 90 διαδοχικούς ασθενείς με ΣΔ χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ (τυπική στηθάγχη ή ΗΚΓ/φικές διαταραχές) που είχαν υποβληθεί σε ΣΑΜ με SPECT τα τελευταία τέσσερα έτη (10/2007 – 9/2011), σύμφωνα με τις ενδείξεις της ADA και την SFC/ALFEDIAM. Όλοι οι ασθενείς είχαν υποβληθεί σε πλήρη κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο. Το πόρισμα του ΣΑΜ (ισχαιμία ή όχι) συσχετίσθηκε με τα κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά και στη συνέχεια επαναλάβουμε τη συσχέτιση στους 28 ασθενείς με ισχαιμία, λαμβάνοντας ως εξαρτημένη μεταβλητή το βαθμό ισχαιμίας (μικρή – εκτεταμένη). Η στατιστική επεξεργασία πραγματοποιήθηκε με SPSS 21.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο πληθυσμός είχε τα ακόλουθα χαρακτηριστικά: 46,7% άρρεν φύλλο, 56,7% ΣΔτ2, 17(±9,9) έτη διάρκεια ΣΔ, 7,1(±0,9)% HbA1c, 18,9% οικογενειακό ιστορικό ΝΣΑ, 45,6% δυσλιπιδαιμία, 48,9% υπέρταση, 13,3% περιφερική αρτηριακή νόσο, 26,7% μικροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ, 28,9% κάπνισμα, 27,7(±4,1)Kg/m<sup>2</sup> ΔΜΣ και 11,1% GFR<60ml/min/1,73m<sup>2</sup>. Συγκρίνοντας τους ασθενείς με ισχαιμία στο ΣΑΜ σε σχέση με αυτούς με φυσιολογικό ΣΑΜ, διαπιστώσαμε ότι σε μεγαλύτερο ποσοστό ήταν άρρενες (64,3% vs 38,7%, p=0,024) και είχαν ΣΔτ2 (75% vs 48,4%, p=0,018). Επιπλέον, από την πολυπαραγοντική ανάλυση προέκυψε ότι στους άρρενες ασθενείς, υπήρχε 3,76 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα (OR:3,755, CI:1,129-12,494, p=0,031) να ανιχνευθεί ισχαιμία με το ΣΑΜ σε σχέση με τις γυναίκες. Όλοι οι ασθενείς με εκτεταμένη ισχαιμία (N=4) ήταν άρρενες και είχαν ΣΔτ2. Από την πολυπαραγοντική ανάλυση δεν προέκυψε κάποιος στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας του βαθμού ισχαιμίας, όπως αυτή ανιχνεύεται με το ΣΑΜ.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ανίχνευση ισχαιμίας με το ΣΑΜ σε διαβητικούς ασθενείς χωρίς γνωστή ή με εκδηλώσεις ΝΣΑ φαίνεται να σχετίζεται με το άρρεν φύλο και το ΣΔτ2. Μάλιστα, το άρρεν φύλο φαίνεται ότι αποτελεί και ισχυρό προγνωστικό παράγοντα ανίχνευσης ισχαιμίας του μυοκαρδίου στο ΣΑΜ.

**ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ  
ΧΩΡΙΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΤΟΥ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ ΟΣΤΟΥ:  
ΜΙΑ ΝΕΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΥΠΟ ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ**

**Χ. Λούπα<sup>1</sup>, Ε. Κουτσαντωνίου<sup>2</sup>, Ε. Βογιατζόγλου<sup>1</sup>, Α. Δώνου<sup>1</sup>, Γ. Λεβαντής<sup>2</sup>,  
Ε. Κυρίου<sup>2</sup>, Ε. Μειμέτη<sup>1</sup>, Σ. Λαφογιάννη<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»,

<sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η συντηρητική θεραπεία της ΟΜ διαβητικού ποδιού απαιτεί επίμονη και μακροχρόνια αντιμετώπιση, αλλά τα αποτελέσματά της, παρά την αντίθετη πεποίθηση αρκετών ιατρών χειρουργικών κυρίως ειδικοτήτων, δεν είναι απογοητευτικά.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Παρουσιάζονται 4 περιστατικά με ΟΜ (βάσει κλινικής εικόνας και απεικονιστικού ελέγχου), που αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά (καθημερινή περιποίηση του έλκους, αλγινικά επιδέματα, κατάλληλα αντιβιοτικά, ΗΧΜΒ, βουφλομεδίλη/πεντοξυφυλλίνη, αποφόρτιση, καλή γλυκαιμική ρύθμιση). Η επιτυχία της αγωγής επιβεβαιώθηκε κλινικά, εργαστηριακά και ακτινολογικά.

Α) Κ.Β., άνδρας 36 ετών με ΣΔ1, νευροπάθεια, Triplex αρτηριών φυσιολογικό, HbA1c=11,8%, με πολλαπλά επικοινωνούντα έλκη Δ πέλματος εξ αιτίας πλαστικού υποδήματος στις καλοκαιρινές διακοπές (λοίμωξη PEDIS 3). Α/Α και MRI: ΟΜ 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου. Κ/α πολυμικροβιακή, συμπεριλαμβανομένου MSSA. Στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή για συνολικά 3,5 μήνες (35 ημέρες iv). Καλή κατάσταση 1 έτος μετά.

Β) Ζ.Κ., γυναίκα 72 ετών με ινσουλινοθεραπευόμενο ΣΔ2, HbA1c=9,0%, αρτηριοπάθεια, νευροπάθεια. Με απότομη κίνηση επιδείνωση προϋπάρχοντος έλκους 2<sup>ου</sup> δακτύλου – «sausage toe». Α/Α: ΟΜ 1<sup>ης</sup> φάλαγγας. Εμπειρική αντιβιοτική αγωγή για συνολικά 6 μήνες (14 ημέρες iv). Καλή κατάσταση 1 έτος μετά.

Γ) Φ.Κ., άνδρας 50 ετών, δικηγόρος, με ΣΔ2 υπό δισκία, HbA1c=12,7%, Triplex αρτηριών φυσιολογικό, εξέλκωση πελματιαίας επιφανείας 1<sup>ου</sup> δακτύλου Δ μετά από κάκωση σε θαλάσσιο μπάνιο, φλεγμονή μέχρι τη μεσότητα μεταταρσίου (λοίμωξη PEDIS 3). Α/Α χωρίς ευρήματα. Κ/Α: MRSA, εντερόκοκκος. Στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή, half shoe. Μετά 1 εβδομάδα πυρετός (38.5°C) με ρίγος (PEDIS 4). Ο ασθενής αρνήθηκε εισαγωγή. Η νοσηλεύτρια σύζυγος ανέλαβε κατ' οίκον iv αγωγή. Ο πυρετός υφέθηκε μετά 1 εβδομάδα, αλλά νέα Α/Α έδειξε ΟΜ. Όλο αυτό το διάστημα ο δικηγόρος εργαζόταν κανονικά. Τα αντιβιοτικά διακόπηκαν στις 14 εβδομάδες. Καλή κατάσταση 1,5 έτος μετά.

Δ) Γ.Σ., άνδρας 57 ετών με ινσουλινοθεραπευόμενο ΣΔ2, αρτηριοπάθεια, έλκος και υγρά γάγγραινα 1<sup>ου</sup> δακτύλου Δ μετά από κάκωση στη θάλασσα, φλεγμονή μέχρι το μετατάρσιο (λοίμωξη PEDIS 3). Α/Α: αρνητική. Κ/Α: MSSA, Gram (-) βακτηρίδιο. Στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή, ακρωτηριασμός δακτύλου. Διακοπή αντιβιοτικών μετά 5<sup>η</sup> ημέρο ως «μη αναγκαία». Μετά 1 μήνα φλεγμονή κολοβώματος μέχρι τη μεσότητα μεταταρσίου. Νέα Α/Α: ΟΜ 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου. Ο ασθενής δεν δέχτηκε ακρωτηριασμό. Θεραπεία με iv αντιβιοτικά για 16 εβδομάδες (1 εβδομάδα iv). Άριστη κατάσταση μετά 1,5 έτος.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο ρόλος της χειρουργικής αντιμετώπισης της ΟΜ (ακρωτηριασμός) έχει μειωθεί. Συντηρητική θεραπεία επιχειρείται όταν μπορεί να εφαρμοσθεί στοχευμένη (κυρίως), μακροχρόνια αγωγή με αντιβιοτικά με βολικό δοσολογικό σχήμα και per os φαρμακοτεχνικές μορφές. Απαιτείται μακροχρόνια παρακολούθηση για περίπτωση υποτροπής.



**ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ  
ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**Μ. Μήτκα, Σ. Αλ Μογραμπί, Γ. Χορόζογλου, Χ. Κόλβατζης, Ι. Φαρδέλλας**

Χειρουργική Κλινική Υ.Μ. Νάουσας Γ.Ν. Ημαθίας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η διαχείριση και αντιμετώπιση λοίμωξης μαλακών μορίων κάτω άκρων - γάγγραινας σε έδαφος διαβητικής αγγειοπάθειας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Κατά την περίοδο Ιανουαρίου 2009 και Ιουνίου 2013 εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία 95 ασθενείς με λοίμωξη μαλακών μορίων κάτω άκρων σε έδαφος σακχαρώδους διαβήτη. Από αυτούς οι 42 ήταν γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 67 έτη και 53 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 65 έτη. Για την ταξινόμηση των αλλοιώσεων χρησιμοποιήθηκε το σύστημα Wagner του Πανεπιστημίου Texas.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 95 ασθενείς οι 72 (76%) άνηκαν στο στάδιο 0 και I οι οποίοι αντιμετωπίστηκαν με φαρμακευτική αγωγή κατ' οίκον και οδηγίες. Οι 13 (13,7%) στο στάδιο II και III νοσηλεύτηκαν και έλαβαν ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή ύστερα από λήψη καλλιτεργιών και υποβλήθηκαν σε χειρουργικό καθαρισμό. Ενώ οι 10 (10,3%) στο στάδιο IV και V υποβλήθηκαν σε μείζον και έλασσον ακρωτηριασμό λόγω βαριάς σήψης από τους οποίους οι 2 κατέληξαν 2 μήνες μετά το χειρουργείο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η καθυστέρηση στην διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών με λοίμωξη μαλακών μορίων αποτελεί μια από τις πιο συχνές αιτίες νοσηλείας και ακρωτηριασμού στους διαβητικούς ασθενείς. Γι' αυτό είναι πολύ σημαντική η ενημέρωση των ασθενών αυτών σχετικά με την έγκυρη αναγνώριση των αλλοιώσεων των κάτω άκρων.

**ΣΧΕΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ HbA1c  
ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΟΞΕΙΑ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ**

**Α. Σιάννη<sup>1</sup>, Α. Γανωτοπούλου<sup>2</sup>, Π. Παρασκευάς<sup>1</sup>, Α. Ασίμης<sup>1</sup>, Ε. Ντόφη<sup>1</sup>,  
Ι. Ματσούκης<sup>1</sup>, Ε. Γκόβα<sup>1</sup>, Ι. Λιούρης<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική Κωνσταντοπούλειο Γενικό Νοσοκομείο Νέας Ιωνίας,

<sup>2</sup> Παθολογική Κλινική Τζάνειο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθούν οι τιμές γλυκόζης αίματος και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης - HbA1c ασθενών με οξεία καρδιακή ανεπάρκεια (ΟΚΑ) ως προγνωστικός δείκτης θνησιμότητας ανεξαρτήτως με την παρουσία ή όχι του σακχαρώδη διαβήτη ή της στεφανιαίας νόσου.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 178 ασθενείς, 98 άνδρες (55%) και 80 γυναίκες (45%) που νοσηλεύθηκαν τα δύο τελευταία έτη με συμπτωματολογία ΟΚΑ με μέσο όρο ηλικίας 80±12 έτη. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους καθώς και μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο για 1 μήνα, δηλαδή στις 1, 3, 5, 10, 30 ημέρες μετρήθηκαν κατά περίπτωση τα επίπεδα γλυκόζης - Glu νηστείας και κατά την εισαγωγή τους άπαξ η HbA1c. Η μέση τιμή Glu αίματος νηστείας ήταν 130±7mg/dl και της HbA1c 6.5±0.8%. Ως υψηλά επίπεδα Glu νηστείας θεωρήθηκαν >125mg/dl για τα μη διαβητικά άτομα και >180mg/dl για τα άτομα με ΣΔ. Ως υψηλά επίπεδα HbA1c θεωρήθηκαν > 6.5% για μη διαβητικά άτομα και >7% για διαβητικά.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η συνολική θνησιμότητα των ασθενών με συμπτωματολογία ΟΚΑ κατά τον 1 μήνα ήταν 23 άτομα (13%), εκ των οποίων 15 άνδρες και 8 γυναίκες. Από τα άνωθεν 23 άτομα, 12 άτομα δεν έπασχαν από ΣΔ και 11 άτομα είχαν γνωστό διαγνωσμένο ΣΔ. Ευρέθηκαν υψηλά επίπεδα Glu νηστείας σε 5(42%) άτομα, και HbA1c σε 5(42%) των μη διαβητικών ατόμων και γλυκόζη νηστείας αίματος 5(45%) και 6 άτομα είχαν υψηλά επίπεδα HbA1c (55%) των ατόμων με ΣΔ αντίστοιχα. Τα 23 άτομα που απεβίωσαν είχαν μέση συγκέντρωση γλυκόζης νηστείας 162 mg/dl και HbA1c 7,1%, έναντι 128 mg/dl γλυκόζη νηστείας και HbA1c 6,2% των υπολοίπων ατόμων που επέζησαν τις πρώτες 30 ημέρες (p<0,001).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα υψηλά επίπεδα Glu νηστείας και HbA1c πιθανόν να αποτελούν ένα προγνωστικό δείκτη θνησιμότητας ασθενών με ΟΚΑ. Είναι γνωστό ότι το stress λόγω ΟΚΑ προκαλεί αύξηση γλυκόζης σε άτομα με διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, δεν γνωρίζουμε όμως αν οι διαταραχές στο μεταβολισμό της γλυκόζης είναι η αιτία ή το αποτέλεσμα της οξείας καρδιακής ανεπάρκειας.

## ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΝΟΗΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2

Κ. Καζάκος<sup>1</sup>, Α. Μαλαδάκη<sup>2</sup>, Μ. Αβραμίκα<sup>1</sup>, Κ. Κώτσα<sup>2</sup>, Π. Σκεπασιανός<sup>4</sup>,  
Θ. Παπαμήτσου<sup>5</sup>, Β. Παπαλιάγκας<sup>3</sup>, Μ. Τσολάκη<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Α' Παθολογικής Κλινικής, ΑΧΕΠΑ, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

<sup>3</sup> Γ' Νευρολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο «Γ. Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>5</sup> Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι αρκετές οι ενδείξεις που υποστηρίζουν τη σχέση ανάμεσα στο ΣΔ και την έκπτωση των νοητικών λειτουργιών. Η υπεργλυκαιμία και οι δυσμεταβολικές διαταραχές που τη συνοδεύουν έχουν συσχετισθεί με αυξημένη συσσώρευση πλάκων αμιλοειδούς και τολυπίων νευροινιδίων της πρωτεΐνης ταυ στον εγκέφαλο, αλλοιώσεις που χαρακτηρίζουν τη νόσο Αλτσχάιμερ.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εκτιμηθεί η νοητική λειτουργία με ψυχομετρικές δοκιμασίες σε άτομα με ΣΔ και η σχέση της με μεταβολικές παραμέτρους σε άτομα με ΣΔ.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 140 άτομα μέσης ηλικίας  $70,6 \pm 7,7$  ετών, από τους οποίους 70 έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ομάδα Α) και 70 άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη (ομάδα Β). Για την αξιολόγηση της νοητικής κατάστασης όλων των ασθενών χρησιμοποιήθηκε η ψυχομετρική κλίμακα MMSE. Μετρήθηκε το σωματικό βάρος, το ύψος, ο ΔΜΣ, η περίμετρος μέσης, τα επίπεδα γλυκόζης και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και τα επίπεδα 8-isoPGF 2a στα ούρα 24ώρου, που αποτελούν αξιόπιστο δείκτη οξειδωτικού στρες.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη νοητική λειτουργία και την ηλικία, τη διάρκεια του ΣΔ, τη συστολική αρτηριακή πίεση και το ΔΜΣ. Επίσης δεν διαπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα του 8-isoPGF 2a στα ούρα 24ώρου και στα επίπεδα της γλυκόζης και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και στη διάρκεια του ΣΔ. Ασθενώς αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε ανάμεσα στο σκόρ MMSE και στα επίπεδα του 8-isoPGF 2a,  $r: -0.03$ . Η υποομάδα των ατόμων με ΣΔ και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη  $>7\%$  δεν διέφερε σημαντικά από την ομάδα των ατόμων με ΣΔ και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη  $<7\%$ , όσον αφορά το σκορ MMSE ( $p=0.19$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα, ότι στους ασθενείς με ΣΔ 2 το επίπεδο της ρύθμισης, όπως αυτό εκτιμάται με τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης δεν φαίνεται να επηρεάζει σημαντικά τις νοητικές λειτουργίες. Ενδεχομένως να υπάρχει μια σχέση ανάμεσα στις νοητικές λειτουργίες και το οξειδωτικό στρες, αλλά απαιτούνται περισσότερες μελέτες για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

*Η παρούσα έρευνα έχει συγχρηματοδοτηθεί από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ευρωπαϊκό Κοινωνικό Ταμείο - ΕΚΤ) και από εθνικούς πόρους μέσω του Επιχειρησιακού Προγράμματος «Εκπαίδευση και Δια Βίου Μάθηση» του Εθνικού Στρατηγικού Πλαισίου Αναφοράς (ΕΣΠΑ) - Ερευνητικό Χρηματοδοτούμενο Έργο: ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ ΙΙΙ. Επένδυση στην κοινωνία της γνώσης μέσω του Ευρωπαϊκού Κοινωνικού Ταμείου.*

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Β. Νικολαΐδου, Ε. Γαβριηλάκη, Α. Τριανταφύλλου, Π. Ανυφαντή, Ι. Ζωγράφου,  
Δ. Παπαδοπούλου, Μ. Δούμας, Σ. Δούμα, Χ. Σαμπάνης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) ως χρόνια νόσος επηρεάζει όχι μόνο τη σωματική λειτουργία συμπεριλαμβανομένης της σεξουαλικής αλλά και την ψυχική υγεία του ανθρώπου. Ωστόσο, η συσχέτιση της ψυχικής υγείας με τη σεξουαλική δυσλειτουργία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη δεν έχει εκτενώς ερευνηθεί.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν η μελέτη της επίδρασης του άγχους και της κατάθλιψης στη σεξουαλική λειτουργία ασθενών με ΣΔ τύπου 2.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στην έρευνα συμπεριλήφθηκαν διαδοχικοί ασθενείς που πάσχουν από ΣΔ τύπου 2 και οι οποίοι παρακολουθούνται στο διαβητολογικό ιατρείο της κλινικής μας. Λεπτομερές ιατρικό ιστορικό λήφθηκε από όσους συμμετείχαν και καταγράφηκε η ηλικία, η διάρκεια του ΣΔ, η συστολική αρτηριακή πίεση, η πίεση παλμού, η υπέρταση, η περιφέρεια μέσης, το κάπνισμα, ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης και η HbA1c. Η εκτίμηση της σεξουαλικής λειτουργίας, του άγχους και της κατάθλιψης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Η διαπίστωση της ανδρικής και γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας βασίστηκε στον Διεθνή Δείκτη Στυτικής Λειτουργίας (International Index of Erectile Function, IIEF), και στον Γυναικείο Δείκτη Σεξουαλικής Λειτουργίας (Female Sexual Functioning Index, FSFI), αντίστοιχα. Το ερωτηματολόγιο κατά Hamilton χρησιμοποιήθηκε για τη διαπίστωση της σοβαρότητας του άγχους, ενώ τα συμπτώματα κατάθλιψης εκτιμήθηκαν με την κλίμακα κατά Zung.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην έρευνα μελετήθηκαν 360 ασθενείς που έπασχαν από ΣΔ τύπου 2, 220 γυναίκες και 140 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας  $71 \pm 9,6$  έτη. Το 85% του δείγματος έπασχε από σεξουαλική δυσλειτουργία, ενώ άγχος και κατάθλιψη διαπιστώθηκε στο 35,8% και 11,4% αντίστοιχα. Στο μοντέλο πολλαπλής λογαριθμιστικής παλινδρόμησης διαπιστώθηκε πως η ηλικία (adjusted OR: 1,1 [CI: 1,065-1,143],  $p < 0,001$ ) και η κατάθλιψη (adjusted OR: 1,1 [CI: 1,028-1,178,  $p = 0,006$ ]) ήταν οι μόνοι παράγοντες οι οποίοι συσχετιζόνταν με την εμφάνιση σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρουσία κατάθλιψης σε ασθενείς με ΣΔ μπορεί να ασκεί βαρύτερες επιδράσεις στη σεξουαλική λειτουργία. Η έγκαιρη διαπίστωση συμπτωμάτων κατάθλιψης σε αυτούς τους ασθενείς είναι μείζονος σημασίας για την ανίχνευση υποκείμενης σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ. ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟΣ ΕΠΙΒΙΩΣΗΣ ΣΕ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΔΗΜΟ ΤΟΥ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ**

**Ν. Παπάζογλου, Μ. Ψάλλας, Αργυρώ Αετού, Γ. Τσιάντας, Α. Παπαδοπούλου, Χ. Μανές**

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκη

Σε πληθυσμιακή έρευνά μας καταγράψαμε από τα ληξιαρχικά βιβλία Καποδιστριακού Δήμου (Αιγινίου) όλους τους θανόντες της εικοσαετίας 1991-2010 (φύλο, έτος γέννησης, έτος θανάτου και την αιτία θανάτου).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 1386 πιστοποιητικά θανάτου. 267 αφορούσαν άτομα με Διαβήτη (ομάδα 1), δηλ. 106 άνδρες (40%) και 161 γυναίκες (60%). 1119 αφορούσαν μη διαβητικά άτομα (ομάδα 2), εκ των οποίων 632 άνδρες (56%) και 487 γυναίκες (43%).

Οι αιτίες θανάτου των δύο ομάδων ομαδοποιήθηκαν σε δύο μεγάλες κατηγορίες. 1. Ομάδα καρδιαγγειακών αιτιών (π.χ. αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου κλπ) και 2. Ομάδα των θανάτων από καρκίνο (συμπαγούς οργάνου ή αιματολογικών κακοηθειών).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1. Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη - ομάδα 1 παρουσίασαν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής συγκριτικά με την ομάδα 2, τόσο στο σύνολο, ηλικία (έτη)  $80,68 \pm 8,05$  έναντι  $74,67 \pm 14,69$  ( $p < 0,0001$ ), όσο και ειδικότερα, στους άνδρες (έτη  $79,15 \pm 8,26$  έναντι  $71,99 \pm 15,09$  -  $p < 0,0001$ ) και στις γυναίκες (έτη  $81,63 \pm 7,78$  έναντι  $78,13 \pm 13,24$  -  $p < 0,0001$ ). 2. Και στις δύο κατηγορίες οι γυναίκες εμφάνισαν μεγαλύτερο μέσο όρο ζωής: α)  $81,63 \pm 7,78$  έναντι  $79,15 \pm 8,26$  ( $p = 0,01$ ) στην ομάδα 1 και  $78,13 \pm 13,24$  έναντι  $71,99 \pm 15,09$  ( $p < 0,0001$ ) στην ομάδα 2. 3. Η συχνότητα στα άτομα με ΣΔ των αιτιών θανάτου καρδιαγγειακής αιτιολογίας ήταν 65,9% και των θανάτων από κακοήθειες 34,1%, ενώ στα άτομα χωρίς ΣΔ ήταν αντίστοιχα 53,5% και 43,5% -  $p < 0,001$  και στις 2 (δύο) περιπτώσεις.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Στο πληθυσμό που μελετήθηκε με βάση τα πιστοποιητικά θανάτου τα άτομα με Διαβήτη ιδίως οι γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερη επιβίωση. Τα άτομα με διαβήτη πεθαίνουν συχνότερα από καρδιαγγειακά αίτια. Αντίθετα οι θάνατοι από νεοπλασίες είναι συγκριτικά λιγότεροι στο διαβητικό πληθυσμό.