

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ)  
ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΑΝ  
ΣΤΟ 24ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 25 - 27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2010**

## ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΗΛΙΚΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΟΧΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ

Φ. Ναλμπάντη<sup>1</sup>, Ε. Τσίτρου<sup>2</sup>, Ε. Πατρωνάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κ.Υ. Ηράκλειας Σεργών, <sup>2</sup> University of Sheffield

<sup>3</sup> Π.Ι. Κριτσάς Λασιθίου Κρήτης, Κ.Υ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ ΣΕΡΡΩΝ

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης ανήκει στα νοσήματα τα οποία αποτελούν μια ομάδα χρόνιων νοσημάτων μείζονος σημασίας για τη Δημόσια υγεία και αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο μέρος της νοσηρότητας, της ανικανότητας και των πρώιμων θανάτων στην Ευρώπη. Ο Σ.Δ. αποτελεί κυρίαρχο παράγοντα κινδύνου μακροχρόνια για τα αγγεία.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της κατανομής του σακχαρώδη διαβήτη και της συχνότητας των μακροχρόνιων επιπλοκών του στην περιοχή ευθύνης του Κ.Υ. Ηράκλειας.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναφέρθηκαν και καταγράφηκαν οι διαβητικοί και οι επιπλοκές τους από τα αρχεία του Κ.Υ. Ηράκλειας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 220 διαβητικοί 95 (43,2%) γυναίκες και 125 (56,8%) άντρες, ισουλινοεξαρτώμενο διαβήτη είχαν 12 (5,4%) ασθενείς. ΣΔ τύπου 2 είχαν 208 (94,6%) ασθενείς. Από πλευράς ηλικιακής κατανομής διαπιστώθηκε προοδευτική αύξηση της συχνότητας του Σ.Δ. και για τα δύο φύλα καθώς μεταβαίναμε από τις μικρότερες προς μεγαλύτερες ηλικίες.

| Ηλικία διάγνωσης     | Αριθμός ασθενών |
|----------------------|-----------------|
| Ηλικία < των 20 ετών | 1 (0,23%)       |
| 19 < Ηλικία < 3      | 3 (0,7%)        |
| 29 < Ηλικία < 40     | 16 (3,7%)       |
| 39 < Ηλικία < 50     | 58 (13,7%)      |
| 49 < Ηλικία < 60     | 65 (15,5%)      |
| 59 < Ηλικία < 70     | 100 (23,7%)     |
| 69 < Ηλικία < 80     | 106 (25,2%)     |
| Ηλικία > των 80 ετών | 73 (17,3%)      |

Ως προς το χρόνο προϋπαρξης συμπτωμάτων πριν τη διάγνωση: α) Οι 158 (37,4%) ασθενείς δεν ανέφεραν κανένα σύμπτωμα και η διάγνωση έγινε τυχαία, είτε λόγω προληπτικού ελέγχου, είτε λόγω εξετάσεων για άλλα προβλήματα υγείας. β) Στους 70 (16,5%) προϋπήρχαν για διάστημα μικρότερου του τριμήνου. γ) Στους 30 (7,1%) προϋπήρχαν 3-6 μήνες. δ) Στους 48 (11,3%) για διάστημα 6-12 μηνών. ε) Στους 38 (9%) για διάστημα μεγαλύτερο του έτους. στ) Οι 84 (19,9%) δεν ενθυμούντο να μας πουν εάν προϋπήρχαν ή όχι συμπτώματα και για πόσο χρονικό διάστημα

### Χρόνιες Επιπλοκές Ασθενών

|                               |    |         |
|-------------------------------|----|---------|
| Στεφανιαία νόσος              | 28 | (13,4%) |
| Αγγειοπάθεια κάτω άκρων       | 3  | (1,4%)  |
| Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο | 3  | (1,4%)  |
| Αμφιβληστροπάθεια             | 8  | (3,8%)  |
| Νευροπάθεια                   | 8  | (3,8%)  |

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

37,4% των ασθενών δεν ανέφεραν συμπτώματα πριν τη διάγνωση, ενώ το 16,4% παρά την ύπαρξη συμπτωμάτων για διάστημα μεγαλύτερο των 6 μηνών δεν πήγαινε στο γιατρό για εξετάσεις. Απαιτείται η διενέργεια μελετών που θα είχαν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη της νόσου αλλά και των απώτερων επιπλοκών του διαβήτη. Ο γιατρός της Π.Φ.Υ. φέρει το βάρος της εφαρμογής Προγραμμάτων, προαγωγή υγιούς τρόπου ζωής, την έγκαιρη διάγνωση και πρόληψη της νόσου.

## ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΕ ΚΕΝΤΡΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Φ. Ναλμπάντη<sup>1</sup>, Ε. Τσίτρου<sup>2</sup>, Ε. Πατρωνάκης<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κ.Υ. ΗΡΑΚΛΕΙΑΣ ΣΕΡΡΩΝ, <sup>2</sup> University of Seffield

<sup>3</sup> Π.Ι. Κριτσάς Λασιθίου Κρήτης, Κ.Υ. Ηράκλειας Σερρών

### ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη αυτή είχε σκοπό την καταγραφή της συχνότητας με την οποία συνταγογραφούνται οι διάφοροι αντιδιαβητικοί παράγοντες στον τύπο 2 διαβητικών ασθενών στην περιοχή ευθύνης του Κ.Υ. Ηράκλειας Σερρών.

Η εμφάνιση νέων αντιδιαβητικών σκευασμάτων που δρουν σε διαφορετικά στάδια του μεταβολισμού της γλυκόζης περιέχει ελπιδοφόρα μηνύματα για την κάλυψη ρύθμισης και τον περιορισμό των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη στο μέλλον.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ελέγχθηκαν τα βιβλιάρια υγείας (κυρίως του Ο.Γ.Α.) των ασθενών που προσήλθαν σε ένα από τα ιατρεία γενικής ιατρικής του Κ.Υ. κατά το εξάμηνο 01-03-09 μέχρι και 31-08-09. Στο χρονικό διάστημα αυτό καταγράφηκαν οι ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή για σακχαρώδη διαβήτη τύπου α. Στις μελέτες συμπεριλήφθησαν 360 διαβητικοί ασθενείς ηλικίας 46-86 με Μ.Ο. = 66 ± ετών.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

| Φάρμακο          | Ασθενείς    |
|------------------|-------------|
| ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ        | 28 (7,7%)   |
| ΓΛΙΒΕΚΛΑΜΙΔΗ     | 14 (3,8%)   |
| ΓΛΙΜΕΠΕΡΙΔΗ      | 120 (33,3%) |
| ΓΛΙΚΛΑΒΙΔΗ       | 112 (31,1%) |
| ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ       | 142 (39,4%) |
| ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗ    | 62 (17,2%)  |
| ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗ     | 16 (4,4%)   |
| ΑΚΑΡΒΟΖΗ         | 1 (0,002%)  |
| Αριθμός Φαρμάκων | Ασθενείς    |
| 1                | 180 (50%)   |
| 2                | 160 (44,4%) |
| 3                | 20 (5,6%)   |
| Σύνολο           | 360 (100%)  |

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι σουλφονουλουρίες δεύτερης και τρίτης γενιάς και η μεφορμίνη παραμένουν φάρμακα πρώτης γραμμής για την θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη.

– Η ινσουλινοθεραπεία χρησιμοποιείται σε σχετικά περιορισμένο ποσοστό ασθενών.

– Οι περισσότεροι ασθενείς λαμβάνουν μία φαρμακευτική ουσία.

– Η δυναμική είσοδος στην θεραπευτική πρακτική των γλιταζονών οδηγεί σε αυξανόμενη χρήση τους και υπόσχεται ακόμη καλύτερα αποτελέσματα στην γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών ασθενών.

## ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ – ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ

Φ. Ναλμπάντη, Ε. Τσίτρου, Ε. Πατρωνάκης

Κ.Υ. Ηράκλειας Σερρών

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο έλεγχος επιπολασμού κλασικού κινδύνου στο διαβητικό πληθυσμό σε σχέση με το φύλο.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού σε σχέση με το φύλο ελέγχδισαν 400 ασθενείς που εξετάσθηκαν σε ένα από τα ιατρεία Γενικής Ιατρικής του Κ.Υ. Ηράκλειας του Νοσοκομείου Σερρών για ένα εξάμηνο από 1-1-09 έως και 30-6-2009. Εξ αυτών οι 250 (62,5%) ήταν άντρες και οι 150 (37,5%) γυναίκες.

Οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου που εξετάσθηκαν ήταν:

1. Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΠ > 140 – 90 MM Hg) Ιστορικό.
2. Δυσλιπιδαιμία (CMOL > 230, TG. 150, Ιστορικό νόσου).
3. Κάπνισμα α) > 15 τσιγάρα ημερησίως, < 5 τσιγάρα ημερησίως.
4. Β.Μ.Ι. Βάρος σώματος Kg / ύψος<sup>2</sup> (M). α) Β.Μ.Ι. > 25 β) < 25.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σχέση Παραγόντων Κινδύνου Φύλου

|          | Δυσλιπιδαιμία | ΑΠ        | Κάπνισμα<br>> 15 | Κάπνισμα<br>< 15 | Β.Μ.Ι.<br>> 25 |
|----------|---------------|-----------|------------------|------------------|----------------|
| Άντρες   | 80 (20%)      | 60 (15%)  | 40 (10%)         | 82 (20,5%)       | 116 (29%)      |
| Γυναίκες | 100 (25%)     | 44 (11%)  | 12 (10,2%)       | 32 (8%)          | 120 (30%)      |
| Σύνολο   | 180 (45%)     | 104 (26%) | 52 (13%)         | 114 (28,5%)      | 236 (59%)      |

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο πληθυσμιακό δείγμα που ελέγξαμε, οι διαβητικές γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο συχνά παχύσαρκες και υπερλιπιδιμικές των διαβητικών ανδρών, ενώ οι άνδρες είναι βαρείς καπνιστές σε σχέση με τις γυναίκες.

## **Η ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ & ΤΟ FIND RISK ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΣΤΑ ΛΟΥΤΡΑ Ν. ΕΒΡΟΥ**

**Σ. Βεντούρη**

ΕΣΔΥ, ΤΕΠ, ΠΓΝ Αλεξαντρούπολης

Η μελέτη αποτελεί διπλωματική εργασία στα πλαίσια Μεταπτυχιακού διπλώματος από την Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας για το έτος 2009, με αντικείμενο μελέτης το ΣΔ2, ένα από τα μείζονα αυξανόμενα προβλήματα της δημόσιας υγείας και μία από τις σύγχρονες επιδημίες παγκοσμίως (Π.Ο.Υ)

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης ήταν η μέτρηση του επιπολασμού της νόσου και η εκτίμηση κινδύνου εκδήλωσης ΣΔ2, σε γενικό μη αστικό πληθυσμό, στα Λουτρά Δήμου Τραϊανούπολης στο Νομό Έβρου.

### **ΥΛΙΚΟ**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε τυχαίο δείγμα 198 ατόμων (Α: 79+ Θ: 119), ποσοστό 27,4% του γενικού πληθυσμού, μετά από συστηματική τυχαία δειγματοληψία από το δημοτολόγιο.

### **ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η χρήση ερωτηματολογίου Find risk (της DE-Plan), όπου οι συμμετέχοντες κατατάσσονται σε επίπεδα επικινδυνότητας ανάλογα με τη συγκέντρωση πόντων (score) από την βαθμολόγηση των σχετιζόμενων παραγόντων με τον ΣΔ2.

Τα άτομα του επιπέδου υψηλής επικινδυνότητας υποβλήθηκαν σε εξειδικευμένο εργαστηριακό έλεγχο & δοκιμασία OGTT, για εντοπισμό του σταδίου προδιαβήτη (IGT-IFT), όπου η κλινική σταδιαποίηση έγινε σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του Π.Ο.Υ. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με SPSS 17.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η επιδημιολογική αποτύπωση για την περιοχή να έχει ως εξής:

Επιπολασμός ΣΔ2: 6,6%, (Γνωστός ΣΔ2: 4,28%+ Άγνωστος ΣΔ2: 2,35%) και με την εκτίμηση ανάπτυξης της νόσου: 19,2% για τα επόμενα 5 χρόνια

Με συνέπεια, πραγματικά δυσοίωνα μηνύματα για την ανάπτυξη του ΣΔ2 σε ποσοστά προδιαβήτη (IGT-IFT): 92,1% στα άτομα υψηλής επικινδυνότητας, με τις γυναίκες να κατέχουν πάντα την πρωτιά.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Επιπολασμός του ΣΔ2 παραμένει σταθερός προς το παρόν στις μη αστικές περιοχές, όμως τα υψηλά ποσοστά του Προδιαβήτη στον πληθυσμό, προμηνύουν την επικείμενη αύξηση του ΣΔ2 τα επόμενα χρόνια.

Γεγονός, που καθιστά πλέον αναγκαία την ανάπτυξη παρεμβάσεων πρόληψης της νόσου, τόσο σε πρωτογενή όσο και σε δευτερογενή επίπεδο της δημόσιας υγείας σήμερα και στις μη αστικές περιοχές, όπου μέχρι πρότινος θεωρούνταν ότι δε διέτρεχαν κίνδυνο.

Τέλος, η ύπαρξη σημαντικού ποσοστού άγνωστου ΣΔ2, θα πρέπει να προβληματίσει για την ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας στις απομακρυσμένες περιοχές της χώρας μας όπως είναι η Ανατολική Μακεδονία & Θράκη.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΝ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ (ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ)

Δ. Καραγιάννη<sup>1</sup>, Μ. Συγγελάκης<sup>2</sup>, Δ. Πασπάλη<sup>2</sup>, Ε. Κιντιράκη<sup>1</sup>,  
Α. Παυλίδου<sup>1</sup>, Λ-Α. Τζιάλλα<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Γ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΝΘ "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Μονάδα Ψυχοσωματικής Ιατρικής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική ΑΠΘ

<sup>3</sup> Μεταπτυχιακή φοιτήτρια συμβουλευτικής ψυχολογίας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II και η κατάθλιψη εμφανίζουν αμφίδρομη σχέση, καθώς η ύπαρξη της μιας κατάστασης αυξάνει την πιθανότητα εμφάνιση της άλλης (Mezuk et al 2008). Η κατάθλιψη σε διαβητικούς ασθενείς έχει συνδεθεί με μειωμένη συμμόρφωση (Russo et al. 2009), αύξηση των μακροχρόνιων αγγειακών επιπλοκών (Rutter et al 2010) και μεγάλη μείωση της ποιότητας ζωής (Moussavi et al. 2007).

Τα ευρήματα αναφορικά με το εάν η αρνητική επίδραση της κατάθλιψης διαμεσολαβείται μέσω του πτωχότερου γλυκαιμικού ελέγχου είναι αντιφατικά.

Παρουσιάζουμε τα δικά μας δεδομένα αναφορικά με τη σχέση της κατάθλιψης και του γλυκαιμικού ελέγχου.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Συγχρονική (cross-sectional) ανάλυση των δεδομένων της αρχικής μέτρησης [t(0)], των 100 πρώτων ασθενών που εισήλθαν σε μελέτη ομάδας κοόρτης, εξωνοσοκομειακά παρακολουθούμενων ασθενών διαβητικού ιατρείου.

Κριτήρια αποκλεισμού: ηλικία >65, μη-καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας.

Η κατάθλιψη ελέγχεται με τα ερωτηματολόγια Patient Health Questionnaire (PHQ-2/PHQ-9) και η ποιότητα ζωής με το Short Form 36 Health Survey Questionnaire (SF-36). Ο γλυκαιμικός έλεγχος αξιολογείται μέσω της HbA1c. Δημογραφικά και κλινικά δεδομένα συμπληρώνουν το φύλο δεδομένων.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κατάθλιψη (PHQ, binary or continuous measures) ή οι παράγοντες του SF-36 δεν συσχετίζονταν με τη HbA1c.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα, από την μέτρηση εισόδου, των 100 πρώτων ασθενών που εντάχθηκαν στη μελέτη, δεν δείχνουν συσχέτιση ανάμεσα σε κατάθλιψη /καταθλιπτική συμπτωματολογία /ψυχική επιβάρυνση και γλυκαιμικό έλεγχο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ  
ΒΙΛΔΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ (EUCREAS 50/1000) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 2,5 ΕΤΩΝ**

**Ν. Κατσίκη, Δ. Αλεξανδρίδης, Μ. Ρογκώτη, Ι. Πετρίδης, Π. Τσακμάκας**

Διαβητολογικό Ιατρείο, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας μακροχρόνιας (>2 έτη) χορήγησης του σταθερού συνδυασμού βιλδαγλιπτινής (αναστολέα DPP-IV) και μετφορμίνης (50/1000 mg) σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (ΣΔΤ2) που δεν ρυθμίζονταν επαρκώς με τη λήψη μόνο μετφορμίνης ή/και άλλων αντιδιαβητικών παραγόντων.

Πρώιμα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης στους 18 μήνες έδειξαν σημαντική ελάττωση της HbA1c κατά 1,8%, αλλά και της ολικής και της LDL χοληστερόλης.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 80 ασθενείς με ΣΔΤ2 (43,5% άνδρες, μέση ηλικία=67,7±7,6 έτη) στους οποίους τέθηκε η ένδειξη χορήγησης σταθερού συνδυασμού βιλδαγλιπτινής και μετφορμίνης (50/1000 mg, δυο φορές ημερησίως) λόγω φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου (HbA1c=8,7±2,4%) παρά τη λήψη άλλων αντιδιαβητικών δισκίων. Οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν ανά τρίμηνο για 30 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

|  | Έναρξη     | 30 μήνες   | p       |
|--|------------|------------|---------|
| HbA1c (%)                                  | 8,7±2,4    | 6,8±1,4    | <0,0001 |
| Σάκχαρο (mg/dl)                            | 185,4±62   | 156,9±47,8 | 0,008   |
| Ουρία (mg/dl)                              | 39,1±14,1  | 37,7±10,3  | ns      |
| Κρεατινίνη (mg/dl)                         | 0,95±0,23  | 0,99±0,2   | ns      |
| SGOT (mg/dl)                               | 22,6±9,13  | 22,3±11    | ns      |
| SGPT (mg/dl)                               | 28,4±15,3  | 31,1±17    | ns      |
| Ολική χοληστερόλη (mg/dl)                  | 204,7±42,3 | 174,5±42   | 0,001   |
| Τριγλυκερίδια (mg/dl)                      | 198±99,1   | 160,2±63,6 | ns      |
| LDL χοληστερόλη (mg/dl)                    | 115±37,1   | 94,5±34,3  | ns      |
| HDL χοληστερόλη (mg/dl)                    | 44,3±6,8   | 47,2±17,9  | ns      |
| Ουρικό οξύ                                 | 5,4±1,8    | 5,2±1,6    | ns      |
| Δείκτης μάζας σώματος (Kg/m <sup>2</sup> ) | 31,7±5,5   | 31,1±5,1   | ns      |

Συνολικά, μόνο 5 ασθενείς ανέφεραν γαστρεντερικές διαταραχές και 3 κεφαλαλγία, χωρίς όμως να καταστεί αναγκαία η διακοπή της αγωγής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην παρούσα μελέτη η μακροχρόνια χρήση (2,5 έτη) του σταθερού συνδυασμού βιλδαγλιπτινής και μετφορμίνης (50/1000 mg, δυο φορές ημερησίως) σε αρρύθμιστους ασθενείς με ΣΔΤ2 ήταν αποτελεσματική και ασφαλής, χωρίς την πρόκληση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών.



## **ΣΔ ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟΣ: ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ Η ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΧΕΣΗ;**

**Δ. Καραγιάννη, Β. Κουρκούμπας, Δ. Μπαλτζής, Γ. Κοτρώνης, Ε. Κιντιράκη,  
Χ. Τρακατέλλη, Α. Παυλίδου, Μ. Σιών**

Γ' Παθολογική κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

ΣΔ και καρκίνος είναι συχνές καταστάσεις και η συνύπαρξή τους στο ίδιο άτομο δεν είναι ασυνήθης. Η συσχέτισή τους έχει διαπιστωθεί από χρόνια, αλλά μόνο την τελευταία δεκαετία υπήρξαν επιδημιολογικά στοιχεία. Η υπερινσουλιναίμια, η μιτογόνος δράση της ινσουλίνης και αυξητικοί παράγοντες πιθανόν εμπλέκονται στην καρκινογένεση σε τ 2 διαβητικούς, ενώ τελευταία συζητείται και ο ρόλος της ινσουλινοθεραπείας.

### **ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Προκειμένου να διαπιστώσουμε συσχέτιση του ΣΔ με κακοήθεια σε ασθενείς μας, καταγράψαμε τα περιστατικά εμφάνισης κακοήθων όγκων σε 191 διαβητικούς, (94 άνδρες και 97 γυναίκες με ΜΗ  $63,2 \pm 13,8$  έτη), στους οποίους η διάγνωση του διαβήτη προηγήθηκε εκείνης του καρκίνου. Παράλληλα καταγράψαμε με τα ίδια κριτήρια τα περιστατικά εμφάνισης κακοήθειας σε 201 ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο, οι οποίοι δεν είναι διαβητικοί. (129 γυναίκες και 79 άνδρες με ΜΗ  $61,6 \pm 12$  έτη). Τέλος καταγράψαμε την συχνότητα συνύπαρξης σακχαρώδους διαβήτη σε 112 ασθενείς (ΜΗ  $71 \pm 12$  έτη) που νοσηλεύθηκαν στην κλινική μας με διάγνωση κακοήθους όγκου.

### **ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Για τους σκοπούς της μελέτης πραγματοποιήθηκε ανάλυση των δεδομένων με μεθόδους περιγραφικής στατιστικής. Για τις υπό μελέτη ποιοτικές μεταβλητές υπολογίστηκαν οι συχνότητες εκφρασμένες σε απόλυτη τιμή και ποσοστά. Ο έλεγχος ύπαρξης σημαντικής διαφοράς στη συχνότητα ανάπτυξης καρκίνου μεταξύ των δύο ομάδων, έγινε με τη στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$ . Στη συνέχεια υπολογίστηκε ο λόγος αναλογιών odds ratio στις δύο ομάδες ασθενών. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 17.0. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $p < 0.05$ .

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η στατιστική δοκιμασία  $\chi^2$  ανέδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p=0.032$ ) στα ποσοστά ανάπτυξης καρκίνου μεταξύ διαβητικών και μη-διαβητικών ασθενών. Το odds ratio (OR=3,302 με 95% CI= (1,046, 10,423)) υποδηλώνει περίπου τρεις φορές μεγαλύτερη πιθανότητα των διαβητικών για ανάπτυξη κακοήθειας σε σύγκριση με την ομάδα των μη διαβητικών. Στην ομάδα των ασθενών με κακοήγη όγκο, το ποσοστό ύπαρξης ΣΔ βρέθηκε 41%, πολύ μεγαλύτερο από το παρατηρούμενο σε άτομα αυτής της ηλικίας (μέση ηλικία  $71 \pm 12$ ).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας επιβεβαιώνουν την στενή σχέση του ΣΔ τ 2 με την καρκινογένεση.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ  
ΣΤΟ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ  
ΣΕ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Κ. Κίτσιος, Ε. Γεωρέλη, Ν. Καδόγλου<sup>1</sup>, Β. Στούπας, Ι. Αγγελόπουλος,  
Ν. Σάϊλερ<sup>2</sup>, Α. Δημητριάδης**

Παθολογικό Τμήμα, Γενικής Κλινικής Θεσσαλονίκης EUROMEDICA

<sup>1</sup> Β' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Νοσοκομείο "ΑΤΤΙΚΟΝ", Αθήνα

<sup>2</sup> Α' Παθολογικό Τμήμα, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Άτομα άνω των 80 ετών σπάνια περιλαμβάνονται σε κλινικές μελέτες και αποτελούν έναν αυξανόμενο πληθυσμό με θεραπευτικές ιδιαιτερότητες. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση συσχέτισης της γλυκόζης πλάσματος κατά την εισαγωγή στο παθολογικό τμήμα με την διάρκεια νοσηλείας σε ασθενείς που έχουν υπερβεί το προσδόκιμο επιβίωσης.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 92 διαδοχικοί ασθενείς (65 γυναίκες, 28 με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη) ηλικίας >80 ετών (μέσος όρος ηλικίας: 85.1±4.9 έτη) που εισήχθησαν στο Παθολογικό Τμήμα για οξεία παθολογική κατάσταση. Εξαιρέθηκαν ασθενείς με ιστορικό νεοπλασίας τα τελευταία 5 έτη και ασθενείς με οξεία διαβητική επιπλοκή. Κατά την εισαγωγή καταγράφηκαν τα ζωτικά σημεία, Αρτηριακή Πίεση, σφύξεις, θερμοκρασία, κορεσμός O<sub>2</sub>, και προσδιορίστηκαν η γλυκόζη πλάσματος, η HbA1c, καθώς και η υψηλής ευαισθησίας c-αντιδρώσα πρωτεΐνη (hsCRP), το ινωδογόνο και η φερριτίνη ορού ως δείκτες φλεγμονής. Για τη συγκριτική αξιολόγηση ομάδων χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Student's t-test. Η μονοπαραγοντική ανάλυση των συσχετίσεων της διάρκειας νοσηλείας με τις υπόλοιπες μεταβλητές έγινε με τη βοήθεια της μεθόδου spearman correlation, ενώ για την πολυπαραγοντική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (stepwise multiple regression analysis). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε p<0.05, διπλής κατεύθυνσης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η διάρκεια νοσηλείας στο σύνολο των ασθενών συσχετίστηκε θετικά με την γλυκόζη πλάσματος εισαγωγής (p=0.016), με την hsCRP (p=0.019), την φερριτίνη (p=0.014), και τις σφύξεις (p=0.039). Ασθενείς με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη παρουσίασαν σημαντικά μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς (p=0.023). Στους ασθενείς χωρίς ιστορικό Διαβήτη η διάρκεια νοσηλείας συσχετίστηκε θετικά με την φερριτίνη, την hsCRP και τις σφύξεις (p<0.04). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση η φερριτίνη αναδείχθηκε ως μόνος ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της διάρκειας νοσηλείας (p=0.028).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη, η υψηλή τιμή γλυκόζης πλάσματος εισαγωγής και οι αυξημένοι δείκτες φλεγμονής με προεξάρχουσα την φερριτίνη προδικάζουν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας σε υπερηλικές ασθενείς που εισάγονται λόγω οξείας παθολογικής κατάστασης.

## **ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**

Δ. Σκούτας, Δ. Καραγιάννη, Ζ. Σέκερη, Κ. Σιώμος, Μ. Κοντόπουλος, Μ. Λαζαρίδου, Χ. Μανωλάκη, Σ. Παπαντωνίου, Ι. Καζάρας, Χ. Μανές

Διαβητολογικό κέντρο Π.Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσ/νίκης

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι μακροαγγειακές επιπλοκές και παράγοντες κινδύνου όπως η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία εκτός φυσικά από την ΠΑΝ που αποτελεί κυρίαρχο εκλυτικό παράγοντα δημιουργίας διαβητικού ποδιού επιδρούν και αυτές στην δημιουργία του Διαβητικού Ποδιού (ΔΠ).

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η ανίχνευση της συνύπαρξης και της σχέσης μακροαγγειακών επιπλοκών και παραγόντων κινδύνου στην αιτιοπαθογένεια και στην βαρύτητα του ΔΠ.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Το υλικό μας 256 ασθενείς (171 άνδρες, 85 γυναίκες) με "διαβητικό πόδι" που προσέρχονται, που παρακολουθούνται και πιθανόν νοσηλεύονται για το λόγο αυτό. Στοιχεία πλήρη έχουμε για τους 250 από αυτούς με μέση ηλικία  $65,31 \pm 10,25$  έτη, μέση τιμή HbA1c:  $8,65 \pm 1,7\%$  και μέση διάρκεια ΣΔ  $15,84 \pm 9,2$  έτη και ενεργούς καπνιστές το 32%. Λαμβάνεται το ιστορικό για το αίτιο πρόκλησης της βλάβης και οι ασθενείς εξετάζονται για νευροπάθεια, και περιφερική αγγειακή νόσο (με τη μέτρηση NDS, VPT, ABI).

Δυσλιπιδαιμία παρατηρείται στο 29,3% (68/232) των ασθενών μας ενώ υπέρταση έχει το 79,4 % (185/233) των ασθενών μας.

Στο 40,2% (101 ασθενείς) υπάρχει γνωστή στεφανιαία νόσος, ενώ το 10,6% (27 ασθενείς) έχει υποστεί Α.Ε.Ε (Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς μας οι 87 (34 %) έχουν νευροπαθητικές βλάβες, οι 34 (13,3%) ισχαιμικές και οι 120(46,9%) νευροϊσχαιμικές.

Η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου (Σ/Ν) έχει στατιστική σημαντική συσχέτιση με την αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού  $p < 0,002$  βλέποντας το 60,4% των ασθενών με Σ/Ν να έχει νευροϊσχαιμικές βλάβες το 16,7% ισχαιμικές βλάβες και μόνο το 22,9% με νευροπαθητικές βλάβες και χωρίς συσχέτιση με τη βαρύτητα του διαβητικού ποδιού  $p = 0,086$ .

Η ύπαρξη υπέρτασης δεν φαίνεται να σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια και τη βαρύτητα της βλάβης  $p < 0,133$  και  $p < 0,577$  αντίστοιχα, όμως η σύγκριση ανάμεσα στους ασθενείς με υπέρταση που έχουν διαβητικό πόδι έχει στατιστικά σημαντική διαφορά με την υπέρταση να συνυπάρχει στο 84,5% των νευροϊσχαιμικών βλαβών έναντι στο 72,9% των νευροπαθητικών βλαβών.

Η ύπαρξη ή όχι δυσλιπιδαιμίας δεν φαίνεται να σχετίζεται στατιστικά ούτε με την αιτιοπαθογένεια ούτε με τη βαρύτητα της βλάβης  $p < 0,413$  και  $p < 0,218$  αντίστοιχα.

Παρόμοια αποτελέσματα και με την ύπαρξη της καρδιακής ανεπάρκειας να σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια  $p < 0,018$  και το 66% των ασθενών με ΚΑ να έχει νευροϊσχαιμικές βλάβες και το 13,2% αμιγώς ισχαιμικές όχι όμως και με τη βαρύτητα του διαβητικού ποδιού.

ού  $p < 0,751$ .

Η ύπαρξη αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου δεν σχετίζεται ούτε με την αιτιολογία ούτε με την βαρύτητα του διαβητικού ποδιού  $p < 0,910$  και  $p < 0,434$  αντίστοιχα.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η συνύπαρξη μακροαγγειακών επιπλοκών, υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας στα άτομα με ΔΠ είναι εμφανής όπως και ο ρόλος τους στην αιτιοπαθγένεια του ΔΠ ιδίως στους έχοντες ισχαιμία ασθενείς.

## **Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΙ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**

Δ. Σκούτας, Δ. Καραγιάννη, Σ. Γεώργια, Γ. Τζατζάγου, Ε. Παππά, Μ. Ρογκότη, Κ. Μικούδη, Μ. Ψάλλας, Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές

Διαβητολογικό κέντρο Π.Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσ/νίκης

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι μικροαγγειακές επιπλοκές (διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και νεφροπάθεια) εκτός φυσικά από την νευροπάθεια που αποτελεί τον κυρίαρχο πυλώνα δημιουργίας διαβητικού ποδιού συνυπάρχουν και επιδρούν με εξέχουσα την μικρολευκωματινουρία στην δημιουργία του Διαβητικού Ποδιού (ΔΠ).

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η ανίχνευση της συνύπαρξης και της σχέσης αμφιβληστροειδοπάθειας και νεφροπάθειας στην αιτιοπαθογένεια και στην βαρύτητα του ΔΠ.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Το υλικό μας 256 ασθενείς (171 άνδρες, 85 γυναίκες) με «διαβητικό πόδι» που προσέρχονται, που παρακολουθούνται και πιθανόν νοσηλεύονται για το λόγο αυτό. Στοιχεία πλήρη έχουμε για τους 250 από αυτούς με μέση ηλικία  $65,31 \pm 10,25$  έτη, μέση τιμή HbA1c:  $8,65 \pm 1,7\%$  και μέση διάρκεια ΣΔ  $15,84 \pm 9,2$  έτη και ενεργούς καπνιστές το 32%. Λαμβάνεται το ιστορικό για το αίτιο πρόκλησης της βλάβης και οι ασθενείς εξετάζονται για νευροπάθεια, και περιφερική αγγειακή νόσο (με τη μέτρηση NDS, VPT, ABI).

Στο 11,2% των ασθενών μας δεν διαπιστώθηκε νεφρική βλάβη ενώ στο 37,3% έχουμε μικρολευκωματινουρία στο 39,8% μακρολευκωματινουρία και στο 11,6% νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Καταγράφηκε η ύπαρξη ή όχι διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και έχουμε 175/215 ασθενείς με ΔΑ (81%) που έχουν ελεγχθεί, από τους οποίους οι 93 /234 (40%) έχουν κάνει Laser (φωτοπηξία) ενώ 15 ασθενείς από αυτούς έχουν τύφλωση.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς μας οι 87 (34 %) έχουν νευροπαθητικές βλάβες ,οι 34(13,3%) ισχαιμικές και οι 120 (46,9%) νευροϊσχαιμικές. Η ύπαρξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (ΔΑ) φαίνεται να έχει δυνατή συσχέτιση με την αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού  $p < 0,021$  με το 52,1% των ασθενών με ΔΑ να έχει νευροϊσχαιμικές βλάβες και το 37,3% νευροπαθητικές βλάβες όχι όμως με τη βαρύτητα της βλάβης  $p < 0,121$ .

Παρατηρούμε την εμφάνιση της αμφιβληστροειδοπάθειας στα 11 έτη ΣΔ σε νευροπαθητικούς και νευροϊσχαιμικούς ασθενείς ενώ στους ισχαιμικούς στα 7,5 έτη χωρίς στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της διάρκειας της ΔΑ και της αιτιοπαθογένειας της βλάβης  $p = 0,269$ . Η διάρκεια της ΔΑ δεν φαίνεται να σχετίζεται ούτε με την βαρύτητα του έλκους  $p = 0,208$ .

Η συσχέτιση του είδους της νεφρικής βλάβης με την αιτιοπαθογένεια του ΔΠ  $p < 0,044$  εμφανής και δη με τη νευροπάθεια αφού το 48,3% των ατόμων με νεφρική βλάβη έχουν νευροϊσχαιμικές και το 38,0% νευροπαθητικές βλάβες ενώ δεν υπάρχει συσχέτιση με την βαρύτητα του ΔΠ  $p < 0,383$ .

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η συνύπαρξη μικροαγγειακών επιπλοκών στα άτομα με ΔΠ εμφανής με αυξημένη συχνότητα προφανώς λόγω πλημμελούς ρύθμισης και αυτοελέγχου όπως και ο ρόλος της αμφιβληστροειδοπάθειας και νεφροπάθειας στην αιτιοπαθογένεια του ΔΠ ιδίως στους έχοντες νευροπάθεια ασθενείς.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΠΕΙΡΟΝΟΛΑΚΤΟΝΗΣ ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Ε ΣΤΗΝ  
ΙΝΟΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΜΗ-ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΝΟΣΟ ΛΙΠΩΔΟΥΣ  
ΉΠΑΤΟΣ: ΠΡΟΔΡΟΜΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

**Σ.Α. Πολύζος<sup>1</sup>, Ι. Κουντουράς<sup>1</sup>, Ε. Ζαφειριάδου<sup>2</sup>, Κ. Πατσιαούρα<sup>3</sup>,  
Ε. Κατσίκη<sup>3</sup>, Χ. Ζαβός<sup>1</sup>, Π. Ρακιντζή<sup>4</sup>, Α. Σλαβάκης<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης εμπλέκεται στην παθογένεια της ινσουλινοαντίστασης και της μη-αλκοολικής νόσου λιπώδους ήπατος (nonalcoholic fatty liver disease, NAFLD), η δε ευεργετική επίδραση της αλδοστερόνης έχει πρόσφατα δειχθεί σε πειραματικό μοντέλο ποντικού με σακχαρώδη διαβήτη και NAFLD. Σκοπός της πρόδρομης αυτής μελέτης ήταν η έρευνα πιθανής επίδρασης της σπειρονολακτόνης και της βιταμίνης Ε σε μεταβολικές παραμέτρους και στην ινσουλινοαντίσταση ασθενών με ιστολογική παρουσία NAFLD.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στην τυχαιοποιημένη προοπτική αυτή μελέτη (ClinicalTrials.gov NCT01147523) της NAFLD, συγκρίθηκε η επίδραση της μονοθεραπείας με βιταμίνη Ε (Ομάδα Α, 10 ασθενείς) έναντι της συνδυασμένης θεραπείας με σπειρονολακτόνη και βιταμίνη Ε (Ομάδα Β, 10 ασθενείς). Με βάση το βαθμό ιστολογικής βλάβης (σύστημα NAFLD activity score), οι ομάδες χωρίστηκαν στις υποομάδες με απλή λιπώδη διήθηση (simple fatty liver, NAFL) και στεατοηπατίτιδα (nonalcoholic steatohepatitis, NASH). Ο ορολογικός έλεγχος τρανσαμινασών, λιπιδίων, ηλεκτρολυτών, γλυκόζης και ινσουλίνης εκτιμήθηκε πριν (χρόνος 0) και 8 εβδομάδες μετά θεραπεία. Η ινσουλινοαντίσταση υπολογίστηκε με τους δείκτες HOMA-IR και QUICKI.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην ομάδα Β: α) παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της ινσουλίνης ( $15.3 \pm 2.7$  σε χρόνο 0 έναντι  $10.3 \pm 5.0$  στις 8 εβδομάδες,  $p=0.013$ ), β) ο δείκτης HOMA-IR ελαττώθηκε σημαντικά ( $4.4 \pm 0.9$  έναντι  $2.8 \pm 0.5$  αντίστοιχα,  $p=0.047$ ), ενώ δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη γλυκόζη και γ) κατ' αντιστοιχία με την ελάττωση του δείκτη HOMA-IR, ο δείκτης QUICKI αυξήθηκε μη σημαντικά, ευρήματα που περιγράφονται για πρώτη φορά στη διεθνή βιβλιογραφία. Επιπλέον, δε βρέθηκαν σημαντικές διαφορές στα επίπεδα λιπιδίων του ορού, ενώ παρατηρήθηκε η αναμενόμενη αύξηση του καλίου ορού και ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης στην ομάδα Β. Τέλος, στην υποομάδα NASH της Ομάδας Β, παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση της SGPT ( $41 \pm 5$  σε χρόνο 0 έναντι  $29 \pm 2$  U/L στις 8 εβδομάδες,  $p=0.046$ ) και της ινσουλίνης ( $17.3 \pm 2.7$  έναντι  $10.9 \pm 1.7$  U/L αντίστοιχα,  $p=0.018$ ), καθώς και μη σημαντική μείωση της SGOT και γ-GT.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Ο συνδυασμός σπειρονολακτόνης και βιταμίνης Ε φαίνεται να επιδρά ευνοϊκά στην ινσουλινοαντίσταση ασθενών με NAFLD και πιθανόν να αποτελεί μια χαμηλή σε κόστος θεραπευτική προσέγγιση της νόσου.

## **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ: ΚΟΙΝΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΚΑΙ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ 300 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

**Ε. Κιντιράκη, Π. Πουλάκος, Γ. Μηντζιώρη, Ε. Τσίρου, Κ. Πανταζής,  
Ε. Ασημακόπουλος, Δ.Γ. Γουλής, Β.Κ. Ταρλατζής**

Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ,  
ΓΙΝΘ "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών, τόσο για τη μητέρα όσο και για το νεογνό. Οι επιπλοκές της μητέρας περιλαμβάνουν υπέρταση, προ-εκλαμψία και πρόωρο τοκετό, ενώ αυτές του νεογνού ενδομήτριο θάνατο, μακροσωμία, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης, υπογλυκαιμία και αναπνευστική δυσχέρεια. Σκοπός της μελέτης ήταν η δημιουργία ενός μοντέλου πρόβλεψης των επιπλοκών της μητέρας και του νεογνού σε κυήσεις που επιπλέκονται με σακχαρώδη διαβήτη.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Κατά το διάστημα 2007-2010 μελετήθηκαν 304 έγκυες γυναίκες, εκ των οποίων στις 175 διαγνώσθηκε σακχαρώδης διαβήτης της κύησης και στις 129 διαταραγμένη ανοχή της γλυκόζης. Οι κύριες μεταβολικές παράμετροι που καταγράφηκαν περιλάμβαναν την καμπύλη γλυκόζης από του στόματος, τη γλυκόζη νηστείας, τις μετρήσεις γλυκόζης στο σπίτι με σακχαρόμετρο (συγκεντρώσεις νηστείας και μια ώρα μετά το γεύμα) και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA<sub>1c</sub>). Οι κύριες μαιευτικές παράμετροι περιλάμβαναν το εκτιμώμενο βάρος, την περίμετρο του κρανίου και την περίμετρο της κοιλιάς του εμβρύου.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στις κυήσεις που μελετήθηκαν καταγράφηκαν μία παλινδρόμηση κατά το πρώτο τρίμηνο και δύο ενδομήτριοι θάνατοι κατά το τρίτο τρίμηνο. Από τα ζώντα νεογνά, τα 18 εμφάνισαν επιπλοκές για τις οποίες απαιτήθηκε εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Νοσηλείας Νεογνών (MENN). Ο συνδυασμός μεταβολικών και μαιευτικών παραμέτρων προέβλεψε καλύτερα την εμφάνιση νεογνικών επιπλοκών, σε σύγκριση με την εκτίμηση μόνο των μεταβολικών παραμέτρων.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η συνεκτίμηση μεταβολικών και μαιευτικών παραμέτρων συμβάλλει τόσο στην αρτιότερη κλινική παρακολούθηση όσο και στην πρόβλεψη της εμφάνισης επιπλοκών της μητέρας και του νεογνού, σε κυήσεις που επιπλέκονται με σακχαρώδη διαβήτη.



**ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΟΥ ΤΥΠΟΥ 2 (ΔΤ2) ΣΤΗΝ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ – ΤΑ ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ PANORAMA**

Η. Αβραμόπουλος<sup>1</sup>, Ν. Νίκας<sup>2</sup>, Ε. Τζουβελέκης<sup>2</sup>,  
εκ μέρους των Ελλήνων ερευνητών της μελέτης Panorama

<sup>1</sup> Νοσοκομείο «Υγεία», Αθήνα, Ελλάδα

<sup>2</sup> Ιατρικό Τμήμα AstraZeneca ΑΕ, Αθήνα, Ελλάδα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ**

Ο επιπολασμός του ΔΤ2 συνεχώς αυξάνεται. Παρά την ύπαρξη πολλών αντιδιαβητικών φαρμάκων, είναι φανερό ότι ο ΔΤ2 δεν ρυθμίζεται ικανοποιητικά. Η παρούσα ανάλυση της μελέτης Panorama αξιολόγησε το επίπεδο του γλυκαιμικού ελέγχου και της ικανοποίησης των ασθενών από τη θεραπεία, παράλληλα με άλλες μεταβλητές της νόσου και της θεραπείας της.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η Panorama (NCT00916513) ήταν μια Ευρωπαϊκή, συγχρονική μελέτη που διεξήχθη σε 9 χώρες. Οι ερευνητές ενέταξαν ασθενείς με ΔΤ2 που προϋπήρχε για  $\geq 1$  έτος πριν την ένταξη στη μελέτη, ηλικίας  $\geq 40$  ετών, υπό θεραπεία με δίαιτα/άσκηση, από του στόματος αντιδιαβητικά (OADs) ή/και ενέσιμα (ινσουλίνη ή GLP-1 ανάλογα), χωρίς καμία αλλαγή στον τύπο των OADs/ενέσιμων τους τελευταίους 3 μήνες και με διαθέσιμο ιατρικό φάκελο για  $\geq 1$  έτος. Κατά τη διάρκεια της μίας επίσκεψης της μελέτης οι ερευνητές συμπλήρωσαν το έντυπο καταγραφής περιστατικού από τα ιατρικά αρχεία και την κλινική εξέταση ρουτίνας, ενώ μέτρησαν την HbA1c με συσκευή παρακλίνιας διαγνωστικής. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια EQ5D (κατάσταση υγείας), DTSQ (ικανοποίηση από τη θεραπεία), ADDQoL (ποιότητα ζωής) και HFSII-WS (φόβος υπογλυκαιμίας). Παρατίθενται τα Ελληνικά αποτελέσματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Είκοσι πέντε ιδιώτες ιατροί (10 Διαβητολόγοι και 15 Παθολόγοι) ενέταξαν 374 ασθενείς (49% άνδρες / 51% γυναίκες, μέση ηλικία  $63,5 \pm 10$  έτη). Η μέση διάρκεια του ΔΤ2 ήταν  $9,7 \pm 8,8$  έτη, 22% των ασθενών ήταν καπνιστές. Μακροαγγειακές (ΣΝ, εγκεφαλική αγγειακή νόσος, ΠΑ, ακρωτηριασμός) και μικροαγγειακές (νευροπάθεια, νεφροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια) επιπλοκές αναφέρθηκαν στο 27,3% και 33,3% των ασθενών αντίστοιχα. Δίαιτα/άσκηση μόνον αναφέρθηκε στο 5,3% των ασθενών, ενώ 65,1% λάμβαναν OADs μόνον 2,7% GLP-1 ανάλογο και 24,5% ινσουλίνη (με ή χωρίς OADs). Τα ποσοστά των ασθενών με HbA1c  $\geq 7\%$  και  $\geq 6,5\%$  ήταν 32,9% και 52,1% αντίστοιχα. Το μέσο DTSQ σκορ ήταν  $29,1 \pm 5,6$  [0 (πολύ δυσαρεστημένος) – 36 (πολύ ικανοποιημένος)].

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Σημαντικό ποσοστό ασθενών στην Ελληνική πρωτοβάθμια περίθαλψη δεν επιτυγχάνει το γλυκαιμικό στόχο παρά την αναφερόμενη από τους ασθενείς ικανοποίηση από τη θεραπεία.

ΠΑ = περιφερική αρτηριοπάθεια, ΣΝ = στεφανιαία νόσος

Χορηγοί της μελέτης ήταν η AstraZeneca και η Bristol-Myers Squibb.

**Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (ΔΜΣ) ΜΕ ΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ  
ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΝΝ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)**

**Α. Βλαχοπάνου<sup>1</sup>, Ε. Γείτονα<sup>2</sup>, Χ. Γιαννάκη, Χ. Γκούβα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, <sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η παχυσαρκία είναι το φαινοτυπικό χαρακτηριστικό του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ), το οποίο συμβάλλει στην ανάπτυξη του ΣΔ τύπου ΙΙ, της υπέρτασης (ΑΥ), της καρδιαγγειακής νόσου (ΚΑ) και της ΧΝΝ. Πληθώρα μηχανισμών συνδέουν την κεντρική διαταραχή του ΜΣ, την αντίσταση στην ινσουλίνη (ΑΙ), και την αντιρροπιστική υπερινσουλιναμία με την ΧΝΝ, ανεξάρτητα από τις παραμέτρους του συνδρόμου που είναι καθιερωμένοι (ΣΔ τύπου ΙΙ, ΑΥ) ως παράγοντες κινδύνου για τελικού σταδίου ΧΝΝ (ΧΝΝ-ΤΣ). Οι νεφροί αποτελούν όργανα-στόχο των βλαπτικών επιδράσεων της παχυσαρκίας. Η βλαπτική επίδραση ασκείται με ποικίλους μηχανισμούς όπως αιμοδυναμικές μεταβολές, αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, υπερλιπιδαιμία. Η σχετιζόμενη με την παχυσαρκία σπειραματοπάθεια είναι ο τύπος της νεφρικής νόσου που έχει αναγνωρισθεί με αυξανόμενη επίπτωση στην τελευταία δεκαετία στις νεφρικές βλάβες των παχύσαρκων ασθενών με πρωτεϊνουρία.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Μελετήθηκαν 50 ασθενείς, 30 με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) > 30 kg/m<sup>2</sup> (ομάδα 1) και 20 με ΔΜΣ <30 kg/m<sup>2</sup> (ομάδα 2) με ΧΝΝ σταδίου 2,3 και ΣΔ.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Οι ασθενείς εκτιμήθηκαν για την εξέλιξη της νεφρικής λειτουργίας με την μέτρηση του GFR, της μικρολευκωματινουρίας (ρυθμός απέκκρισης λευκωματίνης στα ούρα 29 μg/min ή λόγος λευκωματίνης/κρεατινίνη ούρων 30 mg/g), των τριγλυκεριδίων (>150 mg/dl), την HDL-χοληστερόλη (<40 mg/dl), την αυξημένη αρτηριακή πίεση (>130/85 mmHg), αυξημένη γλυκόζη νηστείας (>110 mg/dl).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η παρουσία του ΜΣ στους ασθενείς της ομάδας 1 συνδεόταν με διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης μικρολευκωματινουρίας και υψηλότερη αποβολή λευκωματίνης στα ούρα σε σχέση με τους ασθενείς της ομάδας 2. Οι ασθενείς της ομάδας 1 είχαν επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας με την μέτρηση της GFR, σε σχέση με την ομάδα 2.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η μείωση του σωματικού βάρους οδηγεί σε μείωση της GFR και της λευκωματουρίας, ενώ η υποθερμιδική διαίτα μπορεί να καθυστερήσει την εμφάνιση νεφροπάθειας σε παχύσαρκους διαβητικούς ασθενείς. Η παρουσία του ΜΣ συνδέεται ανεξάρτητα με την εμφάνιση ΧΝΝ και ότι ο σχετικός κίνδυνος για ΧΝΝ αυξάνει προοδευτικά με τον αριθμό των παραμέτρων του ΜΣ που είναι παρούσες σε έναν ασθενή.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΧΝΝ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ)**Α. Βλαχοπάνου<sup>1</sup>, Ε. Γείτονα<sup>1</sup>, Χ. ΓκούβαΜονάδα Τεχνητού Νεφρού, <sup>1</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Άρτας

Οι ασθενείς με ΧΝΝ πολύ συχνά εμφανίζουν δυσλιπιδαιμία. Η δυσλιπιδαιμία της χαρακτηρίζεται από αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων (TG) και μειωμένα επίπεδα χοληστερόλης των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL-C), ενώ η συγκέντρωση της χοληστερόλης των LDL (LDL-C) είναι συνήθως φυσιολογική. Η δυσλιπιδαιμία στη ΧΝΝ δεν είναι παράγοντας κινδύνου μόνο για εμφάνιση καρδιαγγειακής (ΚΑ) νόσου, αλλά και για την επιδείνωση της. Η επιδείνωση της έχει επίσης συσχετιστεί με την αύξηση των επιπέδων των TG και της ολικής χοληστερόλης (TCHOL), καθώς και με μείωση της συγκέντρωσης της HDL-C.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η επίδραση της χορήγησης στατινών στην εξέλιξη της νεφρικής νόσου (ENN) σε ασθενείς με δυσλιπιδαιμία και ΣΔ.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Σε ασθενείς με ΧΝΝ και δυσλιπιδαιμία χορηγήθηκε ατορβαστατίνη 280 mg /εβδομάδα, για διάστημα 2 ετών. Η παρακολούθηση ήταν 6μηνιαία, με πλήρη βιοχημικό έλεγχο, λεύκωμα ούρων 24ώρου (UPr) και μικροαλβουμινουρία. Η εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας έγινε με προσδιορισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR), με το τύπο MDRD. Καταγράφηκε ο ρυθμός μείωσης του GFR (ml/min/μήνα), τα λιπίδια ορού καθώς και η νοσηρότητα και θνητότητα από καρδιαγγειακά αίτια και από οποιαδήποτε αιτία. Τα αποτελέσματα αναφέρονται ως μέσος όρος ± τυπική απόκλιση, η στατιστική σημαντικότητα ορίστηκε στο  $p < 0.05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Εντάχθηκαν 41 ασθενείς. Δεκαπέντε (n = 15) δεν χρειάσθηκαν αντιλιπιδαιμική αγωγή (ομάδα 1) και 26 έλαβαν ατορβαστατίνη (ομάδα 2). Είκοσι (n = 20), ασθενείς της ομάδας 2 ολοκλήρωσαν την μελέτη και 6 όχι, λόγω μείωσης ή διακοπής της ατορβαστατίνης, από εμφάνουσα υπερτρανσαμιναιμία ή/και ραβδομυόλυση. Στην έναρξη της μελέτης οι δυο ομάδες ήταν ομοιογενείς, με εξαίρεση τα επίπεδα ορού της TCHOL, LDL, HDL χοληστερόλης, TG, που είναι στατιστικά σημαντικά αυξημένα στην ομάδα 2. Στο τέλος της μελέτης παρατηρήθηκε βελτίωση των λιπιδαιμικών παραμέτρων στην ομάδα 2. Στις υπόλοιπες παραμέτρους η ομάδα 1 vs ομάδα 2 παρουσιάζουν UPr:  $3396.2 \pm 1007.8$  vs  $2998 \pm 1954.2$  (p=ns), ρυθμός μείωσης GFR:  $0.81 \pm 0.11$  ml/min/μήνα vs  $0.36 \pm 0.12$  ml/min/μήνα (p<0.05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η χορήγηση στατινών στους ασθενείς με ΧΝΝ, φαίνεται να επιβραδύνει την εξέλιξη της ΧΝΝ σε ασθενείς με ΣΔ.

## Η ΠΡΩΙΜΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΧΝΝ) ΣΤΑΔΙΟΥ II, III ΚΑΙ IV

Α. Βλαχοπάνου, Ε. Γείτονα, Χ. Γιαννάκη, Χ. Γκούβα

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Άρτας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ασθενείς με ΣΔ εμφανίζουν τις συνέπειες της διαταραχής της νεφρικής λειτουργίας σε πρώιμα στάδια εξέλιξης της νόσου, σε σχέση με ασθενείς χωρίς ΣΔ. Η αναιμία είναι χαρακτηριστικό εύρημα της ΧΝΝ, και είναι ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική. Το σημαντικότερο παθολογικό αίτιο αποτελεί η ανεπαρκής έκκριση ερυθροποιητίνης (ΕΡΟ) από τον πάσχοντα νεφρό. Ο θεραπευτικός στόχος έχει καθοριστεί σε επίπεδα αιματοκρίτη (Ht) 36%. Αύξηση πέραν των επιπέδων αυτών, ενώ δεν βελτιώνει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής, αυξάνει το κόστος της θεραπείας και τις ανεπιθύμητες ενέργειές της.

### ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή της επίτευξης ή όχι του θεραπευτικού στόχου, στην αντιμετώπιση της αναιμίας, μεταξύ ασθενών με ΧΝΝ σταδίου 2,3,4 και ΣΔ vs νεφροπαθών ασθενών χωρίς ΣΔ και η συσχέτιση του με την νοσηρότητα και θνητότητα.

### ΜΕΘΟΔΟΣ – ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Συμμετείχαν 138 ασθενείς, 71 με ΣΔ (ομάδα 1) και 67 μη διαβητικοί (ομάδα 2), με ΧΝΝ σταδίου 2, 3 και 4 και αναιμία. Χορηγήθηκε ΕΡΟ σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες. Η παρακολούθηση ήταν 2 έτη. Η επίπτωση της νοσηρότητας και θνητότητας μελετήθηκε μετά την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου. Καταγράφηκαν η νοσηλεία από καρδιαγγειακά συμβάματα, λοιμώξεις από οποιαδήποτε αιτία και ο θάνατος από καρδιαγγειακό σύμβαμα.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η κατανομή των σταδίων της ΧΝΝ στις δύο ομάδες και τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, κατά την έναρξη, παρουσιάζονται στο πίνακα:

|                                       | ομάδα 1    | ομάδα 2    | p  |
|---------------------------------------|------------|------------|----|
| ΧΝΝ σταδίου 2                         | 13         | 15         | ns |
| ΧΝΝ σταδίου 3                         | 31         | 27         | ns |
| ΧΝΝ σταδίου 4                         | 27         | 24         | ns |
| Ηλικία (μέσος όρος ± τυπική απόκλιση) | 58.1 ± 7.8 | 57.9 ± 6.1 | ns |
| Φύλο (άνδρες/ γυναίκες)               | 52/19      | 46/21      | ns |

Οι στόχοι στους ασθενείς της ομάδας 1 επιτεύχθηκαν κατά 6 μήνες αργότερα και χρειάστηκαν μεγαλύτερες δόσεις ΕΡΟ, από ότι στους ασθενείς της ομάδας 2, από την έναρξη της μελέτης. Η θνητότητα δεν παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά, μετά την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασθενείς με ΣΔ και ΧΝΝ σταδίου 2,3,4 και αναιμία χρήζουν ενωρίς θεραπεία με ΕΡΟ, για την επίτευξη του στόχου Ht 36%.

## Η ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΑΜΕΑ ΚΑΙ ΑRBs ΣΤΗ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΧNN) ΣΤΑΔΙΟΥ IV ΚΑΙ V ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Α. Βλαχοπάνου, Χ. Γιαννάκη, Χ. Γκούβα

Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. Άρτας

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μεμονωμένα ή σε συνδυασμό οι ανταγωνιστές του μετατρεπτικού ενζύμου (ΑΜΕΑ) και οι αναστολείς των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II (ΑRBs), έδειξαν βελτίωση ή και υποτροφή της μικρο και μακρολευκωματινουρίας, μείωση της ΑΠ, μείωση της συνολικής θνητότητας και επιβράδυνση της εξέλιξης της νεφρικής νόσου (ΕNN), στους ασθενείς με ΧNN σταδίου II-III και ΣΔ.

### ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθεί η ευεργετική δράση των ΑΜΕΑ και ΑRBs σε ασθενείς με ΧNN σταδίου IV και V και ΣΔ στην ΕNN.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 40 ασθενείς με ΧNN σταδίου IV-V και ΣΔ. Είκοσι ασθενείς (ομάδα 1) έλαβαν ΑΜΕΑ και ΑRBs και 20 ασθενείς (ομάδα 2) έλαβαν άλλου είδους αντιυπερτασική αγωγή. Κατά την έναρξη της μελέτης, οι δυο ομάδες ήταν ομοιογενείς ως προς την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας, που προσδιορίστηκε με το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) σύμφωνα με τον τύπο MDRD. Καταγράφηκε ο ρυθμός μείωσης του GFR (ml/min/μήνα) και η ΑΠ.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ρύθμιση της ΑΠ ήταν στα ίδια επίπεδα και στις δύο ομάδες. Ο ρυθμός μείωσης του GFR (ml/min/μήνα), δεν διέφερε στην ομάδα 1 vs ομάδα 2,  $0.33 \pm 0.13$  ml/min/μήνα vs  $0.32 \pm 0.12$  ml/min/μήνα ( $p = ns$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Από τις κατηγορίες των αντιυπερτασικών φαρμάκων, φαίνεται πως αυτά που απενεργοποιούν το σύστημα ρενίνης-αγγειοτενσίνης (ΣΡΑ), όπως οι ΑΜΕΑ και οι ΑRBs, είναι περισσότερο νεφροπροστατευτικά για τον ίδιο βαθμό μείωσης της συστηματικής ΑΠ, σε ασθενείς με ΣΔ.

Στους ασθενείς με ΧNN σταδίου IV και V και ΣΔ, που χορηγήθηκαν ΑΜΕΑ και ΑRBs δεν παρατηρήθηκε περαιτέρω βελτίωση στην ΕNN (ομάδα 1) σε σύγκριση με τους ασθενείς της ομάδας 2. Οι ΑΜΕΑ και ΑRBs, φαίνεται ότι επιβραδύνουν την εξέλιξη της ΧNN στα αρχικά στάδια II-III, ενώ σε πλέον προχωρημένα στάδια η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια από την χορήγηση τους είναι ανεπαρκής.

## ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΑ CKD-ΕΡΠ ΕΞΙΣΩΣΗ, ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Τ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Α. Ντέμκα<sup>1</sup>, Α. Μακέδου<sup>2</sup>, Χ. Μαργαριτίδης<sup>1</sup>,  
Ε. Μωραλίδης<sup>3</sup>, Κ. Μακέδου<sup>2</sup>, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαράκου<sup>3</sup>, Δ. Γρέκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup> Εργαστήριο Λιπιδίων Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, ΠΓΝΘ «ΑΧΕΠΑ», ΑΠΘ

### ΣΚΟΠΟΣ

Για τη βελτίωση του υπολογισμού του GFR, η Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration έχει προτείνει μία νέα εξίσωση (CKD-EPI). Η CKD-EPI εξίσωση φαίνεται ότι βελτιώνει τον υπολογισμό του GFR σε σχέση με την MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) εξίσωση. Ωστόσο η εγκυρότητα της νέας εξίσωσης δεν έχει τεκμηριωθεί σε διαφορετικές ομάδες ασθενών. Έτσι, συγκρίναμε την MDRD με την CKD-EPI εξίσωση σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 368 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, 168 (45.7%) άνδρες, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, μέση τιμή (SD): ηλικία 65 (10) έτη, BMI 30.7(5.1) Kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 7.0 (1.5)%. Ο GFR μετρήθηκε με την πλασματική κάθαρση του 51Cr-EDTA (mGFR). Παράλληλα ο GFR εκτιμήθηκε τόσο με την MDRD εξίσωση [MDRDGFR: 175 × standardized Scr<sup>-1.154</sup> × ηλικία<sup>-0.203</sup> × 0.742 (αν θήλυ)] όσο και με την CKD-EPI εξίσωση [αν θήλυ και Scr < 0.7 mg/dl, CKD-EPIGFR = 144 × (Scr/0.7)<sup>-0.329</sup> × (0.993)<sup>ηλικία</sup> – αν θήλυ και Scr > 0.7 mg/dl, CKD-EPIGFR = 144 × (Scr/0.7)<sup>-1.209</sup> × (0.993)<sup>ηλικία</sup> – αν άρρεν και Scr < 0.9 mg/dl, CKD-EPIGFR = 141 × (Scr/0.9)<sup>-0.411</sup> × (0.993)<sup>ηλικία</sup> – αν άρρεν και Scr > 0.9 mg/dl, CKD-EPIGFR = 141 × (Scr/0.9)<sup>-1.209</sup> × (0.993)<sup>ηλικία</sup>]. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη βοήθεια SPSS 17.00.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο mGFR ήταν 72.0 (22.3) ml/min per 1.73 m<sup>2</sup>, ο MDRDGFR ήταν 84.6 (25.0) ml/min per 1.73 m<sup>2</sup> και ο CKD-EPIGFR ήταν 83.0 (20.3) ml/min per 1.73 m<sup>2</sup> (p<0.05 για διαφορά από mGFR). Τα γραφήματα Bland-Altman έδειξαν ότι το 95.1% και το 95.1% των υπολογισθέντων τιμών για MDRDGFR και CKD-EPIGFR αντίστοιχα, βρίσκονται μέσα στο ± 1.96SD της μέσης διαφοράς. Το σφάλμα (bias - μέση διαφορά μεταξύ υπολογιζόμενου GFR και mGFR) ήταν 12.1 και 10.5 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup> για MDRDGFR και CKD-EPIGFR αντίστοιχα (p<0.05 για διαφορά στο σφάλμα μεταξύ MDRDGFR και CKD-EPIGFR). Η πιστότητα (Precision - SD του σφάλματος) ήταν 16.5 και 13.8 ml/min per 1.73 m<sup>2</sup> για MDRDGFR και CKD-EPIGFR αντίστοιχα (p<0.05 για διαφορά στην πιστότητα μεταξύ MDRDGFR και CKD-EPIGFR). Η ακρίβεια (Accuracy) 10% (ποσοστό των υπολογιζόμενων τιμών του GFR που διαφέρουν λιγότερο από ± 10% από το mGFR) ήταν 28.5% και 34.8% για MDRDGFR και CKD-EPIGFR αντίστοιχα (p>0.05). Η ακρίβεια 30% (ποσοστό των υπολογιζόμενων τιμών του GFR που διαφέρουν λιγότερο από ± 30% από το mGFR) ήταν 69.1% και 72.4% για MDRDGFR και CKD-EPIGFR αντίστοιχα (p>0.05).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νέα CKD-EPI εξίσωση παρουσιάζει μικρότερο σφάλμα, μεγαλύτερη πιστότητα αλλά την ίδια ακρίβεια 10% και 30% σε σχέση με την MDRD εξίσωση. Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζει τη χρησιμοποίηση της νέας εξίσωσης για τον υπολογισμό του GFR σε ασθενείς με ΣΔΤ 2.

**ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ  
ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΓΚΡΙΣΗ MDRD ΚΑΙ  
ΕΞΙΣΩΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΗΝ ΚΥΣΤΑΤΙΝΗ C**

Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Α. Ντέμκα<sup>1</sup>, Τ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Μακέδου<sup>2</sup>, Ε. Μωραλίδης<sup>3</sup>,  
Κ. Μακέδου<sup>2</sup>, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαράκου<sup>3</sup>, Δ. Γρέκας<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup> Εργαστήριο Λιπιδίων Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής,  
<sup>3</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της MDRD εξίσωσης, με επιλεγμένες εξισώσεις που βασίζονται στις τιμές της κυστατίνης C του ορού (Scyst) για τον υπολογισμό του του ρυθμού της σπειραματικής διήθησης (GFR) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήσαμε 270 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, από τους οποίους 113 (42%) ήταν άνδρες, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, μέση τιμή (SD): ηλικία 65 (10) έτη, BMI 30.8(5) Kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 6.8 (1.4)%. Ο GFR (mGFR) μετρήθηκε μέσω της κάθαρσης του 51Cr-EDTA. Παράλληλα, ο GFR υπολογίσθηκε τρεις φορές, τόσο μέσω της MDRD εξίσωσης (MDRDGFR) όσο και μέσω των εξισώσεων Rule (RuleGFR = 66,8/ κυστατίνη C<sup>-1,30</sup>) και Stevens (age) [StevensGFR = 127,7 / (κυστατίνη C<sup>1,17</sup>) × ηλικία (έτη)<sup>-0,13</sup> × 0,91 (αν θήλυ)]. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 17.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο MGFR ήταν 70.2 (19,9) ml.min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup>. Ο MDRDGFR ήταν 89,0 (24,9) ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup>. For Rule's and Steven's (age) formulae cystatin-C ο GFR ήταν 67,6 (29,0) και 70,7 (27,7) ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup>, αντίστοιχα (p=NS διαφορά από mGFR). Το σφάλμα (bias – μέση διαφορά μεταξύ υπολογιζόμενου και mGFR) ήταν 18.6, 1,5 και -1,4 ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup> για MDRDGFR, RuleGFR και StevensGFR αντίστοιχα (p<0.05 μεταξύ MDRDGFR και RuleGFR ή StevensGFR). Ωστόσο τα Bland-Altman plots έδειξαν ότι ενώ το 95.2% των μετρήσεων για τον MDRDGFR βρίσκονταν στο ±1.96SD της μέσης διαφοράς, μόνο το 93,7% και το 93,3% των μετρήσεων για τον RuleGFR και τον StevensGFR αντίστοιχα βρίσκονταν στο ±1.96SD της μέσης διαφοράς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο υπολογισμός του GFR σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 με τη χρησιμοποίηση μόνο της κυστατίνης C δεν φαίνεται να υπερτερεί από τον MDRD.

**ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΚΥΣΤΑΤΙΝΗΣ C ΚΑΙ ΚΡΕΑΤΙΝΙΝΗΣ ΟΡΟΥ, ΣΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Α. Ντέμκα<sup>1</sup>, Τ. Διδάγγελος<sup>1</sup>, Α. Μακέδου<sup>2</sup>, Ε. Παπαναστασίου<sup>3</sup>, Κ. Μακέδου<sup>2</sup>, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαράκου<sup>3</sup>, Δ. Γρέκας<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup> Εργαστήριο Λιπιδίων Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής, <sup>3</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της MDRD εξίσωσης, με εξίσωση η οποία βασίζεται στη συνδυασμένη χρησιμοποίηση των τιμών της κυστατίνης C (Scyst) και της κρεατινίνης του ορού (Scr), για τον υπολογισμό του ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήσαμε 270 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, από τους οποίους 113 (42%) ήταν άνδρες, με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, μέση τιμή (SD): ηλικία 65 (10) έτη, BMI 30.8(5) Kg/m<sup>2</sup>, HbA1c 6.8 (1.4)%. Ο GFR (mGFR) μετρήθηκε μέσω της κάθαρσης του 51Cr-EDTA. Παράλληλα, ο GFR υπολογίσθηκε δύο φορές, τόσο μέσω της MDRD εξίσωσης (MDRDGFR) όσο και μέσω της εξίσωσης του Stevens [cyst/crGFR: 177.6\* SCr-0.65\* CysC-0.57\* ηλικία -0.20\* (0.82 αν δήλυ)]. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με SPSS 17.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο mGFR ήταν 70.2 (19.9) ml.min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup>. Ο MDRDGFR ήταν 89.0 (24.9) ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup> και ο cyst/crGFR ήταν 80.2 (25.1) ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup> (p<0.05 από mGFR). Τα Bland-Altman plots έδειξαν ότι το 95.2% και το 96.1% των μετρήσεων για τον MDRDGFR και τον cyst/crGFR αντίστοιχα, βρίσκονταν στο ± 1.96SD της μέσης διαφοράς. Το σφάλμα (bias - μέση διαφορά μεταξύ υπολογιζόμενου και mGFR) ήταν 18.6 και 10.0 ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup> για MDRDGFR και cyst/crGFR αντίστοιχα (p<0.05). Η πιστότητα (Precision - SD του bias) ήταν 17.6 και 16.5 ml min<sup>-1</sup> 1.73 m<sup>-2</sup> για MDRDGFR και cyst/crGFR αντίστοιχα (NS). Η ακρίβεια (accuracy) 10% (ποσοστό των υπολογιζόμενων τιμών του GFR που διαφέρουν λιγότερο από ± 10% από το mGFR) ήταν 29.6% και 44,6% για MDRDGFR και cyst/crGFR αντίστοιχα (p<0.05). Η accuracy 30% (ποσοστό των υπολογιζόμενων τιμών του GFR που διαφέρουν λιγότερο από ± 30% από το mGFR) ήταν 75.9% και 88.9% για MDRDGFR και cyst/crGFR αντίστοιχα (p<0.05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το αποτέλεσμα αυτό υποστηρίζει την συνδυασμένη χρησιμοποίηση της κυστατίνης C και της κρεατινίνης ορού για τον υπολογισμό του GFR σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.



**ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ  
ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΧΟΥ**

**Μ. Παπέ**

Μικροβιολογικό Ιατρείο Κέντρου Υγείας Σοχού, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η δυσλιπιδαιμία μαζί με το σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες αθηροσκλήρωσης και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σκοπός της εργασίας ήταν να μελετηθεί το λιπιδαιμικό προφίλ σε διαβητικούς ασθενείς (οδτ2) που προσήλθαν στο Μικροβιολογικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Σοχού από τον Αύγουστο του 2009 ως τον Ιούνιο του 2010.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν συνολικά 84 άτομα με οδτ2 (43 άνδρες / 41 γυναίκες) με μέση ηλικία  $\pm$  SD:  $56,7 \pm 9,8$  έτη και μέση διάρκεια οδτ2  $\pm$  SD:  $6,8 \pm 8,1$  έτη). Σε όλα τα άτομα πραγματοποιήθηκε βιοχημικός έλεγχος κατόπιν 12ωρης νηστείας και μετρήθηκαν οι συγκεντρώσεις της ολικής χοληστερόλης (Chol), της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων (TG). Συγκεντρώσεις Chol>200 mg/dl, LDL>100 mg/dl και TG>150 mg/dl θεωρήθηκαν παθολογικές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

49/84 άτομα (ποσοστό 58,3%), άντρες 27/43 (62,7%) και γυναίκες 22/41 (53,6%), ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή σε συνδυασμό με υπολιπιδαιμική δίαιτα. Chol<200 mg/dl, LDL<100 mg/dl και TG<150 mg/dl διαπιστώθηκε στο 66,6% (56/84), 45,2% (38/84) και 63,1% (53/84) του συνόλου των ασθενών, αντιστοίχως. Chol<200 mg/dl, LDL<100 mg/dl και TG<150 mg/dl διαπιστώθηκε στο 81,6% (40/49), 63,2% (31/49) και 79,5% (39/49) των ασθενών που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, αντιστοίχως. Chol<200 mg/dl, LDL<100 mg/dl και TG<150 mg/dl διαπιστώθηκε στο 58,1% (25/43), 46,5% (20/43) και 51,1% (22/43) των αντρών και στο 36,5% (15/41), 26,8% (11/41) και 41,4% (17/41) των γυναικών που ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, αντιστοίχως. Chol<200 mg/dl, LDL<100 mg/dl και TG<150 mg/dl διαπιστώθηκε στο 45,7% (16/35), 20% (7/35) και 40% (14/35) των ασθενών που δεν ελάμβαναν υπολιπιδαιμική αγωγή, αντιστοίχως.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σημαντικό ποσοστό ασθενών με οδτ2 που παρακολουθούνται στο Μικροβιολογικό Ιατρείο του Κέντρου Υγείας Σοχού πετυχαίνει τους στόχους του λιπιδαιμικού ελέγχου. Καλύτερη ρύθμιση εμφανίζουν οι άντρες σε σχέση με τις γυναίκες καθώς και οι ασθενείς που λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή.

Τύπος ανακοίνωσης: Poster

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΙΜΩΝ Lp(a) ΜΕ ΜΗ ΡΥΘΜΙΖΟΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΣΟΧΟΥ**

**Μ. Παπέ**

Μικροβιολογικό Ιατρείο Κέντρου Υγείας Σοχού, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η δυσλιπιδαιμία μαζί με τον σακχαρώδη διαβήτη αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για την πρόκληση ισχαιμικών αγγειακών επεισοδίων και θρομβωτικών συμβαμάτων. Σκοπός της μελέτης είναι να μελετηθούν οι τιμές Lp(a) σε μη καλά ρυθμιζόμενους διαβητικούς ασθενείς (οδτ2) που προσήλθαν στο Μικροβιολογικό ιατρείο του Κέντρου Υγείας Σοχού.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 48 ασθενείς με μη ρυθμιζόμενο οδτ2 (33 άνδρες/15 γυναίκες) με μέση ηλικία  $\pm$  SD:  $66,7 \pm 9,8$  έτη και μέση διάρκεια οδτ2  $\pm$  SD:  $8,8 \pm 5,1$  έτη). Σε όλα τα άτομα πραγματοποιήθηκε βιοχημικός έλεγχος κατόπιν 12ωρης νηστείας και μετρήθηκαν οι συγκεντρώσεις της LP(a). Συγκεντρώσεις της LP(a)  $>30$  mg/dl θεωρήθηκαν παθολογικές. Τα άτομα της μελέτης με βάση την τιμή της γλυκοζυωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) χωρίστηκαν σε 3 ομάδες: ομάδα I HbA1c 6%-6,5% (n=11), ομάδα II HbA1c 6,5%-7% (n=13), ομάδα III HbA1c  $>7\%$  (n=24).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι τιμές της Lp(a) ήταν αυξημένες σε 18/48 ασθενείς (37,5%). Ανά ομάδα παθολογικές τιμές Lp(a) παρατηρήθηκαν ως εξής: ομάδα I 36,3% (4/11), ομάδα II 38,4% (5/13), ομάδα III 37,5(9/24). Η μέση τιμή της Lp(a) ανά ομάδα ήταν: ομάδα I 39,5 mg/dl, ομάδα II 36,7 mg/dl και ομάδα III 35,9 mg/dl.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι τιμές της Lp(a) ήταν αρκετά αυξημένες σε ασθενείς με μη ρυθμιζόμενο οδτ2. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ του ποσοστού των ατόμων με παθολογικές τιμές Lp(a) και επιπέδου μη ρύθμισης σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης, δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στη τιμή της Lp(a) μεταξύ των ατόμων με μη ρυθμιζόμενο σακχαρώδη διαβήτη.

Τύπος ανακοίνωσης: Poster

**ΠΟΣΟ ΔΥΣΚΟΛΟ ΕΙΝΑΙ ΝΑ ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΟΥΝ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ  
ΓΙΑ ΚΑΛΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΟΙ ΥΠΕΡΗΛΙΚΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ;**

Μ. Μπρισιτιάνου<sup>1</sup>, Χ. Πάνου<sup>1</sup>, Ε. Κατωπόδη<sup>3</sup>, Α.Γ. Σοφός<sup>2</sup>, Σ. Καλοπήτα<sup>1</sup>,  
Ε. Μπουντή<sup>1</sup>, Κ. Λιασκώνη<sup>1</sup>, Λ. Καλοβούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Γ.Ν. Λαμίας, <sup>2</sup> Γ.Ν. Καρπενησίου, <sup>3</sup> Γ.Ν. Άμφισσας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η πολυφαρμακία, η έκπτωση των νοητικών λειτουργιών στους ασθενείς τρίτης ηλικίας, καθώς και η δυσκολία πολλές φορές πρόσβασης στις ιατρικές υπηρεσίες, κάνουν ιδιαίτερα δύσκολη τη ρύθμιση του διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήσαμε 120 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που νοσηλεύτηκαν τα 2 τελευταία έτη, ηλικίας 65-88 έτη. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, η παρουσία επιπλοκών από το διαβήτη, η φαρμακευτική αγωγή που ελάμβαναν και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

13 ασθενείς (10,8%) δεν ελάμβαναν φαρμακευτική αγωγή (μόνο δίαιτα), 50 ασθενείς (41,6%) ελάμβαναν δισκία, 32 ασθενείς (26,6%) συνδυασμό δισκίων – ινσουλίνης και 25 ασθενείς (20,8%) ήταν ινσουλινοθεραπευόμενοι. Ο μέσος όρος HbA1c ήταν  $8,9\% \pm 1,5$ . Το 31,6% του συνόλου των ασθενών (38 ασθενείς) είχε στο ιστορικό τους διάφορα καρδιαγγειακά συμβάματα, 20 ασθενείς (16,6%) είχε έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, 9 (7,5%) βρισκόταν σε αιμοκάθαρση, 23 ασθενείς (19,1%) έπασχαν από διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, ενώ 5 ασθενείς (4,1%) είχαν υποστεί ακρωτηριασμούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι υπερήλικοι ασθενείς δεν πετυχαίνουν καλή ρύθμιση του διαβήτη τους, με όλες τις συνέπειες, τόσο στην εμφάνιση επιπλοκών, όσο και στην ποιότητα της ζωής τους. Θα πρέπει να παρακολουθούνται, να εκπαιδεύονται συστηματικά από τους ειδικούς και να ελέγχουν με τακτικές μετρήσεις τις τιμές γλυκόζης αίματος, με στόχο καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ  
ΤΑΔΑΛΑΦΙΛΗΣ 5ΜG ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ,  
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ**

**Χ. Πάνου<sup>1</sup>, Μ. Μπρισιτιάνου<sup>1</sup>, Ε. Κατωπόδη<sup>3</sup>, Λ. Καλοβούλου<sup>2</sup>, Σ. Καλοπήτα<sup>1</sup>,  
Ε. Μπουντή<sup>1</sup>, Κ. Λιασκώνη<sup>1</sup>, Α.Γ. Σοφός<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Γ.Ν. Λαμίας, <sup>2</sup> Γ.Ν. Καρπενησίου, <sup>3</sup> Γ.Ν. Αμφισσας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Μελετάται η αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και οι πιθανές παρενέργειες από τη χορήγηση σε ημερήσια δόση ταδαλαφίλης 5 mg (Cialis®) σε ασθενείς, διαβητικούς και μη, με στυτική δυσλειτουργία.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η μελέτη αφορά 62 άνδρες ηλικίας 36-75 ετών με στυτική δυσλειτουργία που προσδιορίστηκε με ειδικό ερωτηματολόγιο (Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργίας – ΠΙΕF-5). Όλοι είχαν ελεγχθεί προηγούμενα, ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, νεφρικής και ηπατικής ανεπάρκειας. Από τους 62, οι 30 (48,3%) έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 για περισσότερα από 8 χρόνια. 17 (56,6%) ελάμβαναν αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, 8 (26,6%) ελάμβαναν συνδυασμό δισκίων και ινσουλίνης και 5 (16,6%) ήσαν σε αγωγή με ινσουλίνη. Ο μέσος όρος HBA1c ήταν 8,6%±1,7%. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 5 mg ταδαλαφίλης σε ημερήσια δόση. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 6-12 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 32 (51,6%) μη διαβητικούς, όπως δήλωσαν αλλά και όπως φάνηκε από την εκ νέου συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ΠΙΕF-5, 17 (53,1%) είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 9 (28,1%) ικανοποιητική, ενώ 6 (18,7%) δεν εμφάνισαν βελτίωση. Από τους διαβητικούς 9 (45%) είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 6 (30%) ικανοποιητική και 5 (25%) δεν ανταποκρίθηκαν. Οι διαφορές μεταξύ ασθενών με και χωρίς ΣΔ δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οι παρενέργειες ήταν κεφαλαλγία (8 περιπτώσεις), δυσπεψία (2) και εξάψεις (1). Κανείς δεν διέκοψε τη θεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ταδαλαφίλης σε ημερήσια δόση 5 mg ήταν ικανοποιητική σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Οι παρενέργειες ήταν ελαφρές και καλώς ανεκτές.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ APOE ΜΕ  
ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Χ. Μοναστηριώτης<sup>1</sup>, Κ. Καρανικόλα<sup>2</sup>, Ν. Παπάνας<sup>1</sup>, Σ. Βελετζά<sup>2</sup>,  
Γ. Τρυσιάνης<sup>3</sup>, Ε. Μαλτέζος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Παχυσαρκίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup> Εργαστήριο Ιατρικής Βιολογίας

<sup>3</sup> Εργαστήριο Στατιστικής Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Τα αποτελέσματα των μελετών συσχέτισης πολυμορφισμών του γονιδίου APOE (apolipoprotein E) με τη βαρύτητα της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας είναι λίγα και δεν επιτρέπουν τη συναγωγή συμπερασμάτων.

**ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

Να διερευνηθεί η πιθανή το ενδεχόμενο συσχέτισης ανάμεσα στους πολυμορφισμούς του γονιδίου APOE και με τη βαρύτητα της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 164 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 [87 άνδρες, μέσης ηλικίας ( $\bar{X} \pm 1$  SD) 64,54±8,34 ετών, μέσης διάρκειας διαβήτη ( $\bar{X} \pm 1$  SD) 11,46±7,77 ετών]. Οι ασθενείς αυτοί οποιοί εξετάστηκαν κλινικά για τη διάγνωση διαβητικής νευροπάθειας και ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την κλίμακα Neuropathy Disability Score (NDS) ως πάσχοντες από ήπια (NDS<6) ή βαριά (NDS≥6) περιφερική διαβητική νευροπάθεια. Στη συνέχεια προσδιορίστηκε ο γονότυπος των ασθενών αυτών ως προς το γονίδιο APOE και ακολούθησε πολυπαραγοντική ανάλυση με διόρθωση ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη και το επίπεδο της HbA1c, ώστε να εκτιμηθεί ο κίνδυνος βαριάς διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας σε σχέση με τον γονότυπο APOE και την φορεία συγκεκριμένων αλληλομόρφων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο γονότυπος ε3/ε4 και η φορεία του αλληλομόρφου ε4, συσχετίζεται με τετραπλάσιο κίνδυνο βαριάς περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας (OR = 4.03, 95% CI = 1.22-13.34, p = 0.022 και OR = 3.83, 95% CI = 1.18-12.42, p = 0.025 αντίστοιχα) σε σχέση με τον γονότυπο ε3/ε3. Επιπλέον, ο κίνδυνος βαριάς περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας ήταν μειωμένος κατά >60% σε ασθενείς με γονότυπο ε2/ε3 (OR = 0.39, 95% CI = 0.05-3.25, p = 0.383) και φορείς του αλληλομόρφου ε2 (OR = 0.35, 95% CI = 0.04-2.92, p = 0.331) σε σύγκριση με τους ασθενείς γονοτύπου ε3/ε3, αλλά αυτή η μείωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σε διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς, η παρουσία του αλληλομόρφου ε4 συσχετίζεται με βαρύτερη περιφερική διαβητική νευροπάθεια. Αντίθετα, η παρουσία του αλληλομόρφου ε2 φαίνεται να είναι προστατευτική, αλλά το αποτέλεσμα συμπέρασμα αυτό δεν είναι στατιστικά σημαντικό.

**ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΕΚΜΗΡΙΩΜΕΝΗ ΥΠΑΡΞΗ  
ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
(ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ)**

**Χ. Μανές, Μ. Ψάλλας, Στ. Γεώργα, Γ. Τζατζάγου, Π. Γρίντζου,  
Ν. Σαμουηλίδου, Ν. Καρατζάς**

Διαβητολογικό Κέντρο, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου,  
Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Οι κύριοι παράγοντες για την εμφάνιση διαβητικού έλκους είναι η περιφερική νευροπάθεια και η αποφρακτική αγγειακή νόσος. Η εμφάνιση οστεομυελίτιδος αποτελεί παράγοντα που συντελεί σε αποτυχία της συντηρητικής θεραπευτικής αγωγής και επακόλουθο ακρωτηριασμό. Η περιφερική αγγειοπάθεια αποτελεί επίσης παράγοντα κινδύνου για ακρωτηριασμό.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η συμβολή της περιφερικής ισχαιμίας στην τεκμηριωμένη ύπαρξη οστεομυελίτιδος.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν με τυχαία επιλογή 28 ασθενείς με διαβητικά έλκη, με κλινική υπόνοια οστεομυελίτιδος (21 τύπου 2). Μέση ηλικία (έτη):  $67,75 \pm 9,38$ , Μέση διάρκεια νόσου (έτη)  $21,75 \pm 10,06$ . Η επιβεβαίωση της οστεομυελίτιδος έγινε με τη χρήση σπινθηρογραφήματος με επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια. Η εκτίμηση της περιφερικής αγγειοπάθειας έγινε κλινικά και με τη χρήση του Σφυροβραχιόνιου Δείκτη ( $ABI < 0,9$ ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1) Βρέθηκαν 17 ασθενείς με οστεομυελίτιδα (ομάδα Α) και σε 11 (έντεκα) ασθενείς δεν επιβεβαιώθηκε η ύπαρξή της (ομάδα Β). 2) Στην ομάδα Α βρέθηκαν 8 (οκτώ) ασθενείς με περιφερική αγγειακή νόσο ενώ στην ομάδα Β διαπιστώθηκε η ύπαρξη περιφερικής αρτηριακής νόσου σε 9 άτομα. 3) Δεν υπάρχει διαφορά στην ύπαρξη αρτηριοπάθειας στις 2 (δύο) ομάδες  $p=NS$ .

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Στην παρούσα μελέτη δεν διαπιστώθηκε συμβολή της περιφερικής αγγειακής νόσου στην εμφάνιση οστεομυελίτιδος. Ωστόσο χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες για να αξιολογηθεί το εύρημα αυτό.

**ΒΑΡΟΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΟΛΟΥ  
ΤΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΤΩΝ ΛΕΠΤΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ  
ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Χ. Μανές, Τ. Εξιάρια, Μ. Ψάλλας, Γ. Τσιάντας, Γ. Τζατζάγου, Π. Γρίντζου,  
Ε. Παππά, Ν. Σαμουηλίδου**

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Σε πρόσφατες μελέτες διαπιστώθηκε η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ του βάρους σώματος και της δυσλειτουργίας των περιφερικών νευρικών ινών σε διαβητικούς ασθενείς (τύπου 1). Η δυσλειτουργία των λεπτών ινών θεωρείται πρόωμη επιπλοκή. Έγκαιρη παρέμβαση σε τροποποιήσιμους παράγοντες κινδύνου για εμφάνιση διαβητικής νευροπάθειας είναι σημαντική για την αποτροπή περαιτέρω εξέλιξης της νευροπάθειας και εμφάνισης έλκους σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2.

Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε ύπαρξη συσχέτισης του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) με την λειτουργία των νευρικών ινών και ιδιαίτερα των λεπτών ινών.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 278 τύπου 2 διαβητικοί ασθενείς (147 άρρενες) με μέση ηλικία (έτη)  $63 \pm 3$  και γνωστή διάρκεια Διαβήτη  $12,8 \pm 8,56$  έτη. Ο δείκτης νευρικής δυσλειτουργίας (αισθητικά σημεία) χρησιμοποιήθηκε για τη διαπίστωση δυσλειτουργίας μεγάλων και μικρών ινών (ΔΝΔ<sub>3</sub>, παθολογικό σκορ). Η διαταραχή στην αίσθηση του πόνου και του ψυχρού χρησιμοποιήθηκε για τον εντοπισμό δυσλειτουργίας μικρών ινών (ΔΝΔ<sub>1</sub>>2, παθολογικό σκορ). Ο ΔΜΣ: υπολογίσθηκε ως  $\text{kg}/\text{m}^2$ .

Στατιστική ανάλυση: Μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1) Ασθενείς με  $\Delta\text{Μ}\Sigma < 25$  εμφάνιζαν  $\Delta\text{Ν}\Delta_1$   $0,4 \pm 0,3$ , με  $25 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 29$   $\Delta\text{Ν}\Delta_1$   $0,53 \pm 1,05$ , και με  $\Delta\text{Μ}\Sigma > 30$   $\Delta\text{Ν}\Delta_1$   $1,04 \pm 1,01$ . Η τιμή του  $p$  ήταν  $< 0,05$  για κάθε σύγκριση ανά ζεύγη των 2 ομάδων. Συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ ΔΜΣ και ΔΝΔ<sub>1</sub> που ήταν σημαντική ( $p < 0,05$ ,  $r^2$  0,026)  
2) Ασθενείς με  $\Delta\text{Μ}\Sigma < 25$  ΔΝΔ  $0,7 \pm 0,8$ , με  $25 < \Delta\text{Μ}\Sigma < 29$  ΔΝΔ  $1,1 \pm 0,9$  και με  $\Delta\text{Μ}\Sigma > 30$  ΔΝΔ  $2,01 \pm 2,0$ ,  $p < 0,05$  για κάθε σύγκριση ανά ζεύγη. 3) Υπήρξε σημαντική συσχέτιση του ΔΜΣ και ΔΝΔ ( $p < 0,05$ ,  $r^2$  0,026). 4) Στην πολυπαραγοντική ανάλυση ο ΔΜΣ και η διάρκεια του Σακχαρώδη Διαβήτη ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τη δυσλειτουργία του συνόλου των νευρικών ινών (ΔΝΔ)  $p < 0,05$ .

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε συσχέτιση της δυσλειτουργίας των νευρικών ινών με το βάρος σώματος (αυξημένος ΔΜΣ). Το εύρημα αυτό υποστηρίζει την ανάγκη διαπίστωσης και άλλων τροποποιήσιμων παραγόντων που συμβάλλουν στην εμφάνιση νευροπάθειας και ελκών.

## **ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**

**Ε. Μειμέτη, Α. Δώνου, Ε. Βογιατζόγλου, Δ. Βογιατζόγλου†, Χ. Λούπα**

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το σύστημα αρνητικής πίεσης (VAC, Vacuum-Assisted Closure) ασκεί κεντρομόλο μηχανική έλξη στους ιστούς επιταχύνοντας τη σύγκλειση του ελλείμματος. Πρόκειται για μια σύγχρονη μέθοδο επιτάχυνσης της επουλωτικής διεργασίας. Με τη νέα αυτή μέθοδο (από μέσα δεκαετίας '90) δίνεται η δυνατότητα για καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση, ενώ παράλληλα περιορίζεται ο συνολικός χρόνος νοσηλείας των ασθενών με διαβητικό πόδι.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη των διαβητικών ασθενών με έλκη των κάτω άκρων στους οποίους τέθηκε VAC, η σωστή και αποτελεσματική εφαρμογή του αλλά και το κόστος του VAC αποτελεί το σκοπό της εργασίας αυτής.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη η οποία περιλαμβάνει συνολικά 13 διαβητικούς ασθενείς με έλκη των κάτω άκρων, στους οποίους χρησιμοποιήθηκε VAC. Οι ασθενείς αυτοί προσήλθαν στο Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού του Γενικού Νοσοκομείου «Αμαλία Φλέμιγκ» από τον Ιανουάριο έως το Δεκέμβριο του 2009. Οι ασθενείς ήταν 5 γυναίκες και 8 άνδρες, ηλικίας από 44 έως 76 ετών.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα ήταν θετικά σε όλους τους ασθενείς και παρακολουθούνται στο Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, για την πρόοδο της επούλωσης του διαβητικού έλκους. Όμως, 3/13 ασθενείς υποτροπίασαν, στο ίδιο ή σε άλλο σημείο, λόγω μη χρήσης ειδικών υποδημάτων και κακού γλυκαιμικού ελέγχου.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το VAC έχει θετικά αποτελέσματα σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και έλκη κάτω άκρων. Βοηθάει στην αναρρόφηση του οιδήματος από το διάμεσο χώρο, προάγει καλύτερη αιμάτωση στους ιστούς, αυξάνει την εμφάνιση καλής ποιότητας κοκκιώδους ιστού, ενώ τέλος μειώνει το συνολικό χρόνο αποκατάστασης και το χρόνο νοσηλείας των ασθενών. Επειδή όμως το κόστος του είναι υψηλό (νοσοκομειακό κόστος 450 EUR για κάθε σέτ υλικών – επιδέματα / δοχείο / σωλήνες – και συνήθως χρησιμοποιούνται 2-3 σέτ ανά ασθενή), πρέπει να εφαρμόζεται αυστηρά μόνον όταν έχουν αποτύχει τα καθιερωμένα θεραπευτικά μέτρα, σε βαδέα, επιπεπλεγμένα και δυσχερή στην επούλωση έλκη, σε νεαροτέρους ασθενείς, με καλό προσδόκιμο επιβίωσης, καλό performance status και κυρίως καλή συνεργασιμότητα όσον αφορά στο γλυκαιμικό έλεγχο, την αποφόρτιση και τα ειδικά υποδήματα.



**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ  
ΕΠΕΙΣΟΔΙΟΥ (ΟΣΕ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΧΝΝ)  
ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)**

**Α. Βλαχοπάνου<sup>1</sup>, Ε. Γείτονα<sup>2</sup>, Χ. Γιαννάκη<sup>1</sup>, Χ. Γκούβα<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Μονάδα Τεχνητού νεφρού, <sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Άρτας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Το προσδόκιμο επιβίωσης ασθενών με ΧΝΝ είναι μικρό, παρά την εφαρμογή μεθόδων υποκατάστασης της νεφρικής λειτουργίας. Το σημαντικότερο αίτιο-θανάτου των ασθενών είναι η καρδιαγγειακή (ΚΑ) νόσος και το 25% των θανάτων οφείλεται σε οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ). Σε ασθενείς με ΧΝΝ, ΣΔ και ΟΣΕ ιδανικός οροδιαγνωστικός δείκτης είναι η τροπονίνη (Τn), κυρίως τα ισομερή της: η καρδιακή τροπονίνη T(canT), η τροπονίνη I(cTnI). Σε μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΧΝΝ παρατηρείται αυξημένη τιμή Τn (17% για την cTnI και 35% για την cTnT) χωρίς να ανιχνεύεται ισχαιμία του μυοκαρδίου.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της εργασίας ήταν η μέτρηση και αξιολόγηση της cTnT ως διαγνωστικού και προγνωστικού δείκτη ΟΣΕ σε ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ.

**ΥΛΙΚΟ**

Μελετήθηκαν 49 ασθενείς (30 άνδρες) και (19 γυναίκες) μέσης ηλικίας 59 ετών, με κάθαρση κρεατινίνης (Cler) 17-33,1 ml/min. Οι 11 ασθενείς είχαν γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου (ΣΝ).

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η μέτρηση της Τn και των ισομερών έγινε κάθε 2 μήνες. Η παρακολούθηση ήταν 12μηνη. Έγινε υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιακής λειτουργίας κατά την έναρξη της μελέτης, στους 6 και 12 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Όλοι οι ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ είχαν αυξημένα επίπεδα Τn, σε σύγκριση με την τιμή αναφοράς του γενικού πληθυσμού χωρίς να ανιχνεύεται οξεία ισχαιμία του μυοκαρδίου. Η αύξηση ήταν διπλάσια σε ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Τα επίπεδα Τn, σε ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ μπορεί να είναι αυξημένα χωρίς την ύπαρξη κλινικά έκδηλης ισχαιμίας μυοκαρδίου. Αύξηση της Τn και των ισομερών της, σε συνδυασμό με την κλινική εικόνα, τις ΗΚΓφικές αλλαγές και το συσχετισμό με τα άλλα καρδιακά ένζυμα είναι διαγνωστική ΟΣΕ σε ασθενείς με ΧΝΝ και ΣΔ. Η διάμεση ίνωση και υποξία των μυοκαρδιακών κυττάρων διευκολύνει τη διαφυγή της Τn στη συστηματική κυκλοφορία σε ασθενείς με ΧΝΝ. Υπάρχουν αρκετές θεωρίες για το μηχανισμό αύξησης της Τn στη ΧΝΝ και ανεξάρτητα από την εγκυρότητα των θεωριών αυτών υπάρχει ισχυρή ένδειξη ότι τα αυξημένα επίπεδα Τn αποτελούν ισχυρό προγνωστικό δείκτη θνητότητας και ΚΑ συμβαμάτων.

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΟΧΗ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΝΙΚΟΤΙΝΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ/ΛΑΡΟΠΙΠΡΑΝΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔΤ2 ΚΑΙ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ

Θ. Τζώτζας, Σ. Καρράς, Θ. Καλιτσάς, Ζ. Κελεπούρης, Κ. Τζιόμαλος, Φ. Παπαδοπούλου, Ε. Μεμή, Μ. Λιάπη, Η. Ευθυμίου

Κλινική Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Νοσοκομείο Παναγία, Θεσσαλονίκη

Η χορήγηση του νικοτινικού οξέος (NI) επιδρά ευνοϊκά στις λιπιδαιμικές παραμέτρους και μειώνει τον κίνδυνο αθηρωμάτωσης, συνοδεύεται όμως από σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η προσθήκη λαροπιπράντης (LAP) στο NI ελαττώνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες αυτού και συμβάλλει στη συμμόρφωση του ασθενούς. Ο συνδυασμός NI/LAP δεν έχει μελετηθεί επαρκώς σε διαβητικούς ασθενείς.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αποτελεσματικότητα και ανοχή του συνδυασμού NI/LAP σε ασθενείς με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία.

### ΜΕΘΟΔΟΙ

Τυχαιοποιήθηκαν 55 ασθενείς (37Γ, 18Α) με ΣΔτ2 (10 σε ινσουλίνη, 45 σε αντιδιαβ/κά δισκία) και δυσλιπιδαιμία (ΤΓΛ>200 mg/dl και/ή HDL <50 mg/dl (Γ), HDL<40 (Α), οι οποίοι ελάμβαναν ήδη στατίνη. Αποκλείσθηκαν άτομα με νεφρική, ηπατική ανεπάρκεια και ηλικίας >80 χρ. 28 ασθενείς (ηλ. 62±9,0 χρ.) έλαβαν NI/LAP 2 γρ/24ωρο και 27 (64±11,1 χρ.) βιταμίνη Β6 250 mg/24ωρο για 3 μήνες. Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους πριν την παρέμβαση. Μετρήθηκαν: Βάρος, BMI, περίμετρος μέσης (ΠΜ), αρτηρ. πίεση, βασιικά λιπίδια ορού, LP(a), γλυκόζη νηστείας, HbA1c και δείκτης HOMA.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

|               | Ομάδα NI/LAP (n=25) |            |        | Ομάδα Β6 (n = 25) |           |       |
|---------------|---------------------|------------|--------|-------------------|-----------|-------|
|               | Πριν                | Μετά       | p      | Πριν              | Μετά      | p     |
| BMI           | 31,0±4,2            | 30,6±4,6   | NS     | 31,4±4,7          | 31,6±4,6  | NS    |
| ΠΜ            | 101,2±11,3          | 100,1±11,2 | 0,04   | 100,5±9,9         | 99,4±9,8  | 0,008 |
| HbA1c         | 8,1±1,8             | 7,6±1,4    | NS     | 7,9±2,2           | 8,2±3,1   | NS    |
| HOMA          | 7,2±3,4             | 6,3±5,2    | NS     | 4,9±1,7           | 4,7±1,9   | NS    |
| ΓΛΥΚ(ν)       | 156±42              | 145±67     | NS     | 151±54            | 144±40    | NS    |
| Χολησερόλη    | 199±51              | 165±32     | 0,01   | 187±30            | 191±63    | NS    |
| Τριγλυκερίδια | 224±76              | 130±53     | <0,001 | 211±62            | 184±61    | 0,009 |
| HDL           | 38,5±5,9            | 44±10,7    | 0,002  | 42,2±8,6          | 44,4±9,1  | NS    |
| LDL           | 118±43              | 96±24      | 0,03   | 109±25            | 114±33    | NS    |
| LP(a)         | 17,1±21,6           | 12,4±13,9  | 0,03   | 19,2±34,2         | 22,2±43,4 | NS    |
| Ουρικό οξύ    | 4,9±1,1             | 5,5±1,3    | 0,014  | 4,9±1,4           | 5,3±1,4   | NS    |

### ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ

3/28 ασθενείς (NI/LAP) διέκοψαν τη θεραπεία (2 λόγω έκδηλης υπεργλυκαιμίας, 1 λόγω εξάψεων). Από τους υπόλοιπους της ομάδας NI/LAP, 3 εμφάνισαν κνησμό, 3 εξάψεις, 2 μέτρια αύξηση γλυκόζης και 4 άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο συνδυασμός νικοτινικού/λαροπιπράντης βελτίωσε σημαντικά όλα τα βασικά λιπίδια και την λιποπρωτεΐνη (α) όμως, σε σημαντικό αριθμό διαβητικών ασθενών προκάλεσε ποι- κίλες παρενέργειες.

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΠΟΥ ΑΡΧΙΖΟΥΝ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΕΞΕΝΑΤΙΔΗ Ή ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ  
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ CHOICE**

**Μ. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, Κ. Αλουμανής<sup>2</sup>, Ε. Δροσινός<sup>2</sup>, Σ. Σουρμελή<sup>2</sup>, Ε. Πάγκαλος<sup>3</sup>  
Ν. Βλαχογιάννης<sup>4</sup>, Σ. Παππάς<sup>5</sup>, Σ. Κωφόπουλος<sup>6</sup>, και  
η Ελληνική Ομάδα της Μελέτης CHOICE**

<sup>1</sup> Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα,

<sup>2</sup> Ιατρικό Τμήμα, ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε., Αθήνα,

<sup>3</sup> Ιατρός Παθολόγος, Θεσσαλονίκη, <sup>4</sup> Ιατρός Παθολόγος, Κέντρο Υγείας Λαυρίου, Λαύριο,

<sup>5</sup> Γ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια,

<sup>6</sup> Ιατρός Ενδοκρινολόγος, Μυτιλήνη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η μελέτη CHOICE είναι μία πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης με σκοπό την περιγραφή των χαρακτηριστικών ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που ξεκινούν για πρώτη φορά ενέσιμη θεραπεία, τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με τη επιλογή της θεραπείας, την εκτίμηση του χρόνου για σημαντική αλλαγή στη συνολική αντιδιαβητική αγωγή μετά την έναρξη του ενέσιμου παράγοντα και την περιγραφή των κλινικών εκβάσεων. Παρουσιάζουμε αρχικά κλινικά και δημογραφικά δεδομένα Ελλήνων ασθενών, τα οποία αξιολογούνται στο πλαίσιο διεξαγωγής των μη-παραεμβατικών μελετών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη CHOICE εισήχθησαν ασθενείς, οι οποίοι ξεκινούν για πρώτη φορά είτε εξενατίδη είτε ινσουλίνη στο πλαίσιο συνήθους υγειονομικής φροντίδας. Οι ασθενείς παρακολουθούνται για 2 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην Ελλάδα εισήχθησαν (μεταξύ Ιανουαρίου 2008 - Ιουνίου 2009) 807 ασθενείς (52,5%) άνδρες, ηλικία (SD) 62,7±10,8 έτη), 318 (39,4%) έλαβαν εξενατίδη και 489 (60,6%) έλαβαν ινσουλίνη. Οι ασθενείς που έλαβαν εξενατίδη ήταν μικρότερης ηλικίας (59±10 έναντι 65±11 έτη, p<0,001), με υψηλότερο δείκτη μάζας σώματος (BMI: 34,4±7 έναντι 28,7±5 kg/m<sup>2</sup>) και περίμετρο μέσης (112±14 έναντι 99±13 cm). Η αναλογία γυναικών ήταν μεγαλύτερη (54,4% έναντι 42,9%, p<0,01). Στο τρίμηνο πριν την έναρξη είχαν χαμηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) (8,4±1,5% έναντι 9,3±1,9%, p<0,001), αλλά και χαμηλότερα μέσα επίπεδα χοληστερίνης, HDL, LDL, κρεατινίνης, παρουσίας μικροαλβουμιουρίας σακάρου νηστείας και τυχαίου σακάρου. Ασθενείς σε εξενατίδη είχαν μικρότερη μέση περίοδο νόσου (9±6 έναντι 12±8 έτη, p<0,001) και ανέφεραν λιγότερες μακρο- (21,4% έναντι 28,2%, p<0,05) και μικροαγγειακές (10,4% έναντι 17,2%, p<0,01) επιπλοκές. Σαράνταπέντε συμμετέχοντες (5,6%) ανέφεραν ≥1 επεισόδιο υπογλυκαιμίας στο προηγούμενο τρίμηνο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς που επιλέχθηκαν για έναρξη εξενατίδης φαίνεται να διαφοροποιούνται από όσους επιλέχθηκαν για ινσουλίνη, καθώς ήταν μικρότερης ηλικίας, πιο παχύσαρκοι, με χαμηλότερα επίπεδα HbA1c, μικρότερη διάρκεια ΣΔ2 και λιγότερες αγγειακές επιπλοκές. Το προφίλ του ασθενούς με ΣΔ2 πιθανώς επηρεάζει το δερμάποντα ιατρό ως προς την επιλογή ενέσιμης αγωγής.

**ΑΠΟ ΤΟΥ ΣΤΟΜΑΤΟΣ ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ  
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΞΕΚΙΝΟΥΝ ΕΝΕΣΙΜΟ ΣΧΗΜΑ (ΕΞΕΝΑΤΙΔΗ Ή ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ)  
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ CHOICE**

**Μ. Θεοδωράκης<sup>1</sup>, Κ. Αλουμανής<sup>2</sup>, Ε. Δροσινός<sup>2</sup>, Σ. Σουρμελή<sup>2</sup>,  
Ε. Πάγκαλος<sup>3</sup>, Α. Μπονιάκος<sup>4</sup>, Χ. Μηλόπουλος<sup>5</sup>, Π. Μάρας<sup>6</sup>, και  
η Ελληνική Ομάδα της Μελέτης CHOICE**

<sup>1</sup> Θεραπευτική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Αθήνα,

<sup>2</sup> Ιατρικό Τμήμα, ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε., Αθήνα,

<sup>3</sup> Ιατρός Παθολόγος, Θεσσαλονίκη, <sup>4</sup> Ιατρός Ενδοκρινολόγος, Αθήνα,

<sup>5</sup> Ιατρός Παθολόγος, Θεσσαλονίκη, <sup>6</sup> Ιατρός Παθολόγος, Βέροια

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η μελέτη CHOICE είναι μία πολυκεντρική μελέτη παρατήρησης με σκοπό την περιγραφή των χαρακτηριστικών ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που ξεκινούν για πρώτη φορά ενέσιμη θεραπεία, τον προσδιορισμό των παραγόντων που σχετίζονται με την επιλογή της θεραπείας, την εκτίμηση το χρόνου για σημαντική αλλαγή στη συνολική αντιδιαβητική αγωγή μετά την έναρξη του ενέσιμου παράγοντα και την περιγραφή των κλινικών εκβάσεων. Παραθέτουμε δεδομένα σχετικά με την από του στόματος αντιδιαβητική αγωγή των Ελλήνων ασθενών κατά το χρονικό διάστημα πριν την έναρξη της ενέσιμης θεραπείας και κατά την έναρξή της.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη CHOICE εισήχθησαν ασθενείς, οι οποίοι ξεκινούν για πρώτη φορά είτε εξενατίδη είτε ινσουλίνη στο πλαίσιο συνήθους υγειονομικής φροντίδας. Οι ασθενείς παρακολουθούνται για 2 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην Ελλάδα εισήχθησαν 807 ασθενείς (52,5% άνδρες, ηλικία (SD) 62,7±10,8 έτη), 318 έλαβαν εξενατίδη (59,4%, ομάδα Α) και 489 έλαβαν ινσουλίνη (60,6%, ομάδα Β). Οι πρώτοι ήταν μικρότερης ηλικίας, πιο παχύσαρκοι, με χαμηλότερη μέση AbA1c, μικρότερη διάρκεια διαβήτη και λιγότερες αγγειακές βλάβες.

Το τελευταίο έτος πριν την έναρξη ενέσιμης αγωγής, οι ασθενείς ελάμβαναν: μετφορμίνη (MET: 72%), σουλφονυλουρία (SU: 66%), θειαζολιδινεδιόνες (TZDs: 16%), αναστολείς DPP-4 (11%), TZD+MET (5%), γλινίδες (3%), MET+SU (3%) και ακαρβόζη (<1%). 214 (27%) ασθενείς ελάμβαναν ένα, 343 (43%) δύο, 164 (20%) τρία και 8 (1%) τέσσερα δισκία, ενώ 78 (10%) ασθενείς δεν είχαν λάβει κανένα δισκίο (30 στην ομάδα εξενατίδης και 48 στην ομάδα ινσουλίνης).

Ένα μήνα πριν την έναρξη ενέσιμης αγωγής πολλοί ασθενείς διέκοψαν αντιδιαβητικά δισκία ( $N_A=45:14\%$  και  $N_B=115:24\%$ ), ενώ ελάχιστοι (2% και 1% αντίστοιχα) πρόσθεσαν. 62% σταμάτησαν SU (44%-69%), 35% MET (31%-37%), 20% TZDs (18%-21%) και 17% DPP-4 (22%-15%).

Κατά την διάρκεια ενέσιμου σκευάσματος 186 (23%) ασθενείς δεν ελάμβαναν τίποτα ( $N_A=31:10\%$ ,  $N_B=155:32\%$ ), 321 (40%) ή ελάμβαναν ένα (45%, 36%), 283 (35%) δύο (42%, 31%) και 17 (2%) τρία αντιδιαβητικά (3%, 2%).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην Ελλάδα η ενέσιμη αντιδιαβητική αγωγή προστίθεται σε μια πληθώρα συνδυασμών δισκίων. Το ποσοστό ασθενών που δεν ελάμβαναν από του στόματος αγωγή είναι υψηλότερο στην ομάδα ινσουλίνης συγκριτικά με την ομάδα εξενατίδης. Επίσης, το ποσοστό των ασθενών που διακόπτει όλα τα δισκία είναι μεγαλύτερο στην ομάδα ινσουλίνης συγκριτικά με την ομάδα εξενατίδης.

**Η ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΤΕΙ-INDEX ΣΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ  
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΞΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ  
ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ 1**

**Κ. Γιάγκου<sup>1</sup>, Χ. Αζίνα<sup>2</sup>, Μ. Πίκολος<sup>3</sup>, Θ. Χριστοδουλίδης<sup>4</sup>,  
Μ. Ιωαννίδης<sup>4</sup>, Ι. Μάρκου<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Cardiocure Medical Centre, Λευκωσία,

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας

<sup>3</sup> Ενδοκρινολόγος, Λευκωσία, <sup>4</sup> Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας

**BACKGROUND/AIM**

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. Ο Tei Index είναι ένας δείκτης που συνδυάζει συστολικά και διαστολικά χρονικά διαστήματα για να εκφράσει συνολική κοιλιακή απόδοση. Σκοπός μας, είναι η ανίχνευση πρώιμης διαστολικής δυσλειτουργίας αμφοτέρων των κοιλιών σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με ΣΔ 1 με τη βοήθεια του Tei Index.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ομάδα ασθενών και ομάδα υγιών μαρτύρων υποβλήθηκαν σε πλήρη συμβατική ηχοκαρδιογραφική μελέτη συμπεριλαμβανομένης της καταγραφής με το παλμικό Doppler τόσο της διαμυρσειδικής όσο και της διατριγωνικής ροής, καθώς και σε εφαρμογή TDI δεικτών από την κορυφαία προβολή 4 κοιλοτήτων τόσο στο επίπεδο του μυρσειδικού δακτυλίου στο πλάγιο τοίχωμα όσο και στο επίπεδο του τριγωνικού δακτυλίου. Μετρήθηκε ο χρόνος ισοογκωτικής συστολής και ο χρόνος ισοογκωτικής χάλασης ως επίσης και ο χρόνος εξώθησης, και υπολογίστηκε ο Tei Index και με τις δύο μεθόδους (συμβατική και TDI). 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 Tei Index στην υποομάδα των διαβητικών σε βαθμό στατιστικά σημαντικό και όσον αφορά την αριστερά και τη δεξιά κοιλία ( $p < 0.05$ ).

**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 Tei Index. Παρατηρείται επιμήκυνση της περιόδου της χάλασης και αντίστοιχα βράχυνση του χρόνου εξώθησης. Η αξία των ευρημάτων έγκειται στην πρωιμότερη ανίχνευση των διαταραχών αυτών και κατ' επέκταση στην εγκαίρως παρεμβάση.

## **Η ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΕΙΝΑΙ ΣΥΧΝΗ ΣΤΟΥΣ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΛΛΑ ΔΕ ΦΑΙΝΕΤΑΙ ΝΑ ΑΥΞΑΝΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ**

**Κ. Τζιόμαλος, Μ. Μπαλτατζή, Χ. Σαββόπουλος, Η. Ευθυμίου,  
Κ. Ψιάνου, Φ. Ηλιάδης, Τ. Διδάγγελος, Α. Χατζητόλιος**

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ**

Οι υπερτασικοί ασθενείς εμφανίζουν συχνά σακχαρώδη διαβήτη ή προδιαβητικές καταστάσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπολασμού της διαταραχής της γλυκόζης νηστείας σε υπερτασικούς ασθενείς που παρακολουθούνται σε τακτικά εξωτερικά ιατρεία.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Αναλύθηκε η πιο πρόσφατη επίσκεψη στο υπερτασιολογικό ιατρείο της κλινικής μας 1810 υπερτασικών ασθενών (40,4% άνδρες, μέση ηλικία 56,5±13,5 έτη).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το 37,1% των ασθενών είχαν διαταραχή της γλυκόζης νηστείας. Οι ασθενείς με διαταραχή της γλυκόζης νηστείας ήταν πιο ηλικιωμένοι από τους ασθενείς με φυσιολογικές τιμές γλυκόζης νηστείας (57,8±12,9 έναντι 55,0±14,1 έτη αντίστοιχα,  $p<0,05$ ) και υψηλότερα επίπεδα LDL χοληστερόλης (160±65 έναντι 142±52 mg/dl αντίστοιχα,  $p<0,005$ ). Αντίθετα, δε διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στο βάρος, το δείκτη μάζας σώματος και την περίμετρο μέσης μεταξύ των 2 ομάδων. Ο επιπολασμός της στεφανιαίας νόσου και του αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου ήταν παρόμοιος στους ασθενείς με διαταραχή της γλυκόζης νηστείας και στους ασθενείς με φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης νηστείας (στεφανιαία νόσος: 7,2 και 7,2% αντίστοιχα,  $p=1,00$  και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο: 4,3 και 5,1% αντίστοιχα,  $p=0,86$ ). Το 57,4% των ασθενών με διαταραχή της γλυκόζης νηστείας λάμβαναν διουρητικά ή β-αποκλειστές, μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλα αντιυπερτασικά.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διαταραχή της γλυκόζης νηστείας είναι πολύ συχνή στους υπερτασικούς ασθενείς. Ωστόσο, η παρούσα μελέτη δε δείχνει αυξημένο επιπολασμό καρδιαγγειακών νοσημάτων σε ασθενείς με διαταραχή της γλυκόζης νηστείας, πιθανώς διότι πρόκειται για μελέτη χρονικής στιγμής. Επιπλέον, με δεδομένο ότι οι ασθενείς με διαταραχή της γλυκόζης νηστείας δεν ήταν πιο παχύσαρκοι και λάμβαναν στην πλειοψηφία τους αντιυπερτασικά φάρμακα με διαβητογόνο δράση, είναι πιθανό ότι η διαταραχή της γλυκόζης νηστείας σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών οφειλόταν στην αντιυπερτασική αγωγή. Επομένως, η διαταραχή της γλυκόζης νηστείας που σχετίζεται με τη λήψη β-αποκλειστών ή διουρητικών δε φαίνεται να αυξάνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο όσο η διαταραχή της γλυκόζης νηστείας λόγω παχυσαρκίας.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΕΡΟΒΙΑΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΑΠΕΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΚΡΕΛΙΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ν. Καδόγλου<sup>1-3</sup>, Ι.Σ. Βράμπας<sup>1</sup>, Α. Καπελούδου<sup>4</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>2</sup>,  
Α. Κωστάκης<sup>4</sup>, Ν. Αγγελοπούλου<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Σέρρες, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>3</sup> Υπότροφος του Κοινωφελούς Ιδρύματος Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης

<sup>4</sup> Κέντρο Πειραματικής Χειρουργικής, Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

<sup>5</sup> Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Η απελίνη και η γκρελίνη αποτελούν τα νεότερα μέλη της οικογένειας των λιποκυτοκινών, συμμετέχοντας στους μηχανισμούς ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και αθηροσκλήρωσης. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η εκτίμηση της επίδρασης ενός προγράμματος αερόβιας άσκησης στα επίπεδα των παραπάνω λιποκυτοκινών σε ασθενείς με ΣΔ2.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Συνολικά συμμετείχαν 54 ασθενείς με ΣΔ2 (16 άνδρες, 38 γυναίκες), ηλικίας 50-70 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι (BMI >25 kg/m<sup>2</sup>) και ελάμβαναν μόνο αντι-διαβητικά δισκία, αλλά χωρίς ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c >6,5%). Κανένας από τους ασθενείς δεν έπασχε από διαβητική μικρο-/μακρο-αγγειοπάθεια και οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στις παρακάτω ομάδες: Α) Αερόβια άσκηση: 4 φορές/εβδομάδα, 45-60 min/συνεδρία, 60-75% μέγιστης καρδιακής συχνότητας. Β) Ελέγχου: Δόθηκαν μόνο προφορικές οδηγίες για αύξηση της σωματικής τους δραστηριότητας. Τόσο στην έναρξη όσο και στο τέλος της μελέτης προσδιορίστηκαν τα παρακάτω: Κλινικές παράμετροι, αερόβια ικανότητα (VO<sub>2</sub>peak), ινσουλινο-αντίσταση (ινσουλίνη νηστείας, HOMA-IR), γλυκαιμικό και λιπιδαιμικό profile, απελίνη και γκρελίνη στον ορό του αίματος. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 12 εβδομάδες, οπότε και επαναλήφθηκε ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος, χωρίς καμία αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής ενδιάμεσα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε Student's t-test και paired-samples t-test (p<0.05).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την έναρξη, οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους (p>0,05). Καμία, επίσης, από τις δύο ομάδες δεν παρουσίασε σημαντική αλλαγή ως προς το δείκτη μάζας σώματος (BMI) και το WHR (waist-hip ratio) στη διάρκεια της μελέτης (p>0,05). Αντίθετα το πρόγραμμα ασκησιογενούς παρέμβασης βελτίωσε στατιστικά σημαντικά όλες τις γλυκαιμικές και λιπιδαιμικές παραμέτρους (p<0,05) συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Επιπρόσθετα η εφαρμογή της άσκησης επέφερε σημαντική μείωση της ινσουλινο-αντίστασης (ινσουλίνη νηστείας: p=0,039, HOMA-IR: p=0,009) και αντίστοιχα αύξηση στα επίπεδα VO<sub>2</sub>peak (p<0,001), απελίνης (p<0,037) και γκρελίνης (μόνο στην υπο-ομάδα των γυναικών, p=0,041) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι για την ασκησιο-εξαρτώμενη αύξηση της απελίνης η μείωση της LDL και του HOMA-IR αποτελούσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες (R<sup>2</sup>=0,391, p=0,011).



### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η μακροχρόνια, συστηματική άσκηση σε ασθενείς με ΣΔ2 παρουσιάζει πλειοτροπικές δράσεις καθώς καταστέλλει «κλασσικούς» προ-αθηρογόνους παράγοντες και επιπλέον ενισχύει τη δράση νεότερων αντι-αθηρογόνων λιποκυτοκινών, όπως η απελίνη και η γκρελίνη (μόνο στις γυναίκες), ακόμα και όταν δεν συνοδεύεται από σημαντική μείωση του σωματικού βάρους.