



Δ.Ε.Β.Ε.

ΤΕΛΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ



14^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

23 - 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2000
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ • ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»

Μπροστά από τις σύγχρονες απαιτήσεις...

DIAMICRON®

gliclazide

Ομαλή ρύθμιση της
γλυκαιμίας στο 24ωρο



Επιβράδυνση της εξέλιξης
των αγγειακών επιπλοκών

ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΤΑΙ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΟΥΜΕΝΩΝ ΙΔΙΟΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ



Κ. ΦΑΙΣΤΑΣ

14^ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ



24 - 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2000
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ • ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ «ΗΛΕΚΤΡΑ ΠΑΛΛΑΣ»

Την Οργανωτική Επιτροπή αποτέλεσε
το Διοικητικό Συμβούλιο της Εταιρείας

Πρόεδρος : Χρ. Μανές
Αντιπρόεδρος : Γ. Τριανταφύλλου
Γεν. Γραμματέας : Μ. Πάγκαλος
Ταμίας : Κ. Σουλή
Μέλη : Τ. Διδάγγελος
Κ. Καζάκος
Μ. Μπουγουλιά

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

20.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

08.30-10.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

10.30-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00-12.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

12.00-13.00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ
13.00 ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ - ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ

15.45-17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

17.00-18.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

18.15-18.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18.45-19.15 ΕΙΣΗΓΗΣΗ

19.15-20.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

08.30-10.30 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

10.30-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00-12.15 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

12.30-13.15 ΔΙΑΛΕΞΗ

13.15 ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΔΕΒΕ

15.45-17.00 ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

17.00-18.15 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

18.15-18.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18.45-20.20 ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

20.20-20.30 ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΚΥΡΙΑΚΗ 26 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

09.00 ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

**ΑΝΑΛΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

ΠΕΜΠΤΗ 23 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

20.00

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ

(Αίθουσα Ιατρικού Συλλόγου)

Θέμα: Εθνικό Δίκτυο Διαβήτη - Ενιαία ηλεκτρονική κάρτα παρακολούθησης διαβητικού ασθενούς

Συντονιστής: Χρ. Μανές

Ομιλήτης: Δρ Παν. Χαλβατσιώτης

21.30

ΔΕΙΠΝΟ

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ 24 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

08.30-10.30 Προεδρείο: **Γ. Γκιρτζής, Ν. Ποντικίδης**

1. ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ II
Κ. Αποστολίδου, **Χ. Σεβαστόπουλος**, Μ. Μπαθιατζή, Β. Ιωαννίδου,
Δ. Σιμελίδης
Παθολογικός τομέας του Γ.Ν. Νοσοκομείου Κοζάνης
2. ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΣΕ ΑΚΡΙΤΙΚΟ ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ
Α. Βηλαχογιάννης, Χ. Σεμερτζίδης, Δ. Ματζινού, Ν. Καραμπέρης, Α. Πέ-
γος, **Α. Καλυβίνος**, Α. Τοπαλίδης
Διαβητολογικό Εξωτερ. Ιατρείο Γ.Ν.Ν. Δράμας, Β' Παθ/κή Κθ.
3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣ/ΜΕΙΟΥ
Χ. Λούπα, Γ. Γκρίνια, Δ. Βογιατζόγλου
Διαβητολογικό Ιατρείο Ν.Γ.Ν. «Α. ΦΛΕΜΙΓΚ», Αθήνα
4. ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥΣ
ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
Κ. Σουλής, Ε. Κόρκακα, Ζ. Σαχλιά, Μ. Γιακούμπκοβα, Σ. Σπυρόπουλος,
Σ. Κουκουρίκος
Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής ΓΠΝΘ «Γ. Παπανικολάου»
5. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
Ν. Δημητσίκογλου, Κ. Σαμαρτζίδης
Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών
6. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ
Χ. Μπακόπουλος, Δ. Γεωργιάδης, Ε. Λιβιεράτος, Σ. Καραβούλια, Γ. Σιέ-
μπος, Ε. Γιαννουλάκη
Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Π.Ν. Πατρών «Ο Άγιος Ανδρέας»
7. ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
Δ. Καραμήτσος, Τ. Διδάγγελος, Ε. Πασχαλίδου, Φ. Σουγιουητζόγλου,
Ε. Γκαλιαγκούση, Ι. Ζωγράφου, Ε. Πούρου, Μ. Παπαδημητρίου
*Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Κλινικής ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης*
8. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑ-
ΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Τ. Διδάγγελος, Φ. Σουγιουητζόγλου, Ε. Γκαλιαγκούση, Ι. Ζωγράφου,
Π. Βασιλειάδης, Δ. Καραμήτσος, Μ. Παπαδημητρίου
*Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Κλινικής ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο
Θεσσαλονίκης*

9. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΣΤΟΧΙΑ

Σπ. Μπακατσέλος, Στ. Ζάνος, Ε. Αθβανού, Μ. Σαμαρά, Γρ. Παπαδόπου-
λος

Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Δράμας

10. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΛΙΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙ-
ΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σπ. Μπακατσέλος, Στ. Ζάνος, Χ. Χατζηκωνσταντίνου*, Σπ. Τουρτού-
ρης, Δ. Καραμήτσος**

*Α' Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας *Βιοχημικό Εργαστήριο και ** Β' ΠΠ Κλινική
Ιπποκράτειου Θεσσαλονίκης*

11. Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)

Ε. Τσότσια, Θ. Καήτσας, Η. Ευθυμίου, Φ. Παπαδοπούλου, Γ.Ε. Κρασσάς
*Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Παναγία, Θεσσα-
λονίκη*

10.30-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00-12.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Συντονιστής: **Α. Δεληγιάννης**
**ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙ-
ΠΛΟΚΕΣ**

Εισηγητές: Ν. Σάιφερ
Άσκηση σε ασθενείς με νευροπάθεια
Σ. Μπακατσέλος
Άσκηση σε ασθενείς με νεφροπάθεια
Γ. Τριανταφύλλου
Άσκηση σε ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια

12.00-13.00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Συντονιστής: **Δ. Καραμήτσος**
ΥΠΕΡΩΣΜΩΤΙΚΟ ΚΩΜΑ

Εισηγητές: Τρ. Διδάγγελος
Παθогένεια
Ι. Ζωγράφου
Κλινική εικόνα
Ε. Γκαλιαγκούση
Θεραπεία

13.00 **ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ**

Υπουργός Μακεδονίας-Θράκης
Νομάρχης ν. Θεσσαλονίκης
Δήμαρχος Θεσσαλονίκης
Πρόεδρος Ιατρικής Εταιρείας Β. Ελλάδος
Πρόεδρος ΕΚΕΔΙ
Πρόεδρος ΕΔΕ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

15.45-17.00 Προεδρείο: **Αθ. Κυρκούδης, Γ. Ανθιμίδης**

12. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥ-
ΠΟΥ 2 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ
Χ. Λούπα, Ε. Βογιατζάκης, Δ. Βογιατζόγλου
Διαβητολογικό Ιατρείο Ν.Γ.Ν. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα
13. ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ: ΜΙΑ ΣΥ-
ΧΝΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΑΤΑΙ
Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου
Διαβητολογικό Ιατρείο Ν.Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα
14. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΚΗΣ LASER ΦΩΤΟΠΗΞΙΑΣ ΣΤΗ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΕΡΥΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΙΡΙΔΑΣ
Γ. Τριανταφύλλου, Ι. Κων/νου, Δ. Παπούλιας, Α. Μοιρασγεντή,
Π. Τραϊανίδης
Οφθαλμολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Γ.Ν.Θ.
15. ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 1-15 ΕΤΩΝ
Χ. Μπασιάκος*, **Ε. Γούλα***, Γ. Τριανταφύλλου*, Ο. Λεκίδου**, Μ. Παπα-
δοπούλου**
**Από την Οφθαλμολογική Κλινική του Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν.Θ.
**Από την Γ' Παιδιατρική Κλινική του Ιπποκράτειου Γ.Π.Ν.Θ.*

16. ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ EURODIAB COMPLICATIONS STUDY
Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Ε. Παπαδέλη, Γ. Σκαραγκάς, Δ. Σκούτας
Β' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
17. ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΤΑΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΔΥΝΑΜΙΚΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ
Κ. Καραμόσχος*, Κ. Χρήστου*, Α. Αλέπας*, Χ. Μανές**, Ν. Παπάζογλου**, Θ. Μεσημέρης***
Β' Χειρουργική κλινική, **Β' Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου, *Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής Νοσοκομείου «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκης*
18. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ A_{1c} (HBA_{1c}) ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II
Σπ. Μπακατσέλης, Στ. Ζάνος, Αικ. Σακαλήέρου
Α' Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας
19. ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΕΩΣ
Φ. Σουγιουητζόγλου*, Γ. Κάσση***, Α. Falorni***, Τ. Διδάγγελος*, Α. Βαμβακάς**, Δ. Καραμήτσος*
Β' Προπαιδ. Παθολογική Κλινική, **Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, *Dipartimento Di Medicina Interna, Universita Degli Studi Di Perugia*

17.00-18.15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

- Α) Συντονιστής: Κ. Σουλής
Τι νεότερο προσφέρει η UKPDS
- Π. Μάρας
1. Ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο
Μ. Αρχανιωτάκη
2. Ως προς τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης
Β. Λιμενόπουλος
3. Ως προς τη χορήγηση μετφορμίνης
Δ. Σιμελίδης
4. Αναπάντητα ερωτήματα

- Β) Συντονιστής: Κλ. Βοηλιώτης
Τι προσφέρουν άλλες μελέτες
- Ν. Δημητσαίκογλου
1. Αντιμετώπιση ασθενούς τύπου 2 με μικροδευκω-
ματινουργία
Δ. Καραγιάννη
2. Χορήγηση αναστολέων διαύλων Ca⁺⁺
Γ. Σκαραγκάς
3. Χορήγηση ασπιρίνης
- 18.15-18.45 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ
- 18.45-19.15 **ΕΙΣΗΓΗΣΗ**
Προεδρείο: Δ. Καραμήτσος
- Α. Αντωνιάδης
Μεταμοσχεύσεις παγκρέατος-νησιδίων
- 19.15-20.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**
- Συντονιστής: Μ. Πάγκαλος
ΕΚΚΡΙΣΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ - ΟΥΣΙΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΠΡΟΑΓΟΥΝ
- Τ. Μούσηχ
Μηχανισμός έκκρισης ινσουλίνης
Μ. Μπουγουλιά
Τρόπος δράσης φαρμάκων
Ν. Κεφαλογιάννης
Παλαιά - νεότερα φάρμακα
Γ. Μάλλιας
Αστοχία - Αντενδείξεις

ΣΑΒΒΑΤΟ 25 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

08.30-10.30 Προεδρείο: **Τ. Διδάγγελος, Κ. Καζάκος**

20. ΧΡΟΝΙΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 1. ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΛΟΙΠΗ ΕΥΡΩΠΗ
Ν. Παπάζογλου, Γ. Σκαραγκάς, Χ. Μανές, Σ. Γουτκίδου, Α. Νικολακόπουλος, Η. Ιωαννίδης
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
21. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ Ι ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΙΚΡΗ ΕΝΑΝΤΙ ΜΕΓΑΛΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΝΟΣΟΥ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ EURODIAB IDDM COMPLICATIONS STUDY)
Ν. Παπάζογλου, Δ. Καραγιάννη, Χ. Μανές, Γ. Τζατζάγου, Α. Νικολακόπουλος, Ε. Φραγκουλίδου, Α. Γκάντζαρου
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
22. 4/ΕΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑ)
Κ. Σουλής, Αιμ. Σάτσογλου*, Π. Σοφής*, Γ. Παυλίδης, Σ. Κουκουρίκος, Ν. Παπάζογλου**
** Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσ. Γουμένισσας
** Β' Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝΘ «Γ. Παπαγεωργίου»*
23. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΕ ΤΥΠΟΥ Ι ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
Ν. Παπάζογλου, Χ. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Γ. Σκαραγκάς, Δ. Σκούτας, Κ. Κούτσιου
Β' Παθολ. Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
24. ΛΙΠΙΔΙΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΔ: THE EURODIAB IDDM COMPLICATIONS STUDY. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΜΑΣ
Ν. Παπάζογλου, Κ. Σουλής, Ε. Παπαδέλη, Α. Κυρκούδης, Ι. Καζάρας, Ε., Χάρτιδης, Α. Τσιανάκα
Β' Παθολ. Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
25. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΣΤΟΧΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σπ. Μπακατσέλος, Μ. Ιορδανίδου*, **Στ. Ζάνος**, Ε. Αθβανού, Μ. Σαμαρά, Α. Θεοδωράκης*
*Α' Παθ/κή Κλινική, *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Δράμας*

26. ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕΤΑ 4ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ
Μ. Μπουγουλιά, Θ. Τζώτζας, Η. Ευθυμίου, Ε. Νικοπούλου, Γ.Ε. Κρασσάς
Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Β' Νοσ. ΙΚΑ Παναγία, Θεσσαλονίκη
27. ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΚΑΙ ΡΥΘΜΟΣ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΤΥΠΟΥ ΙΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
Χ. Μανές, Π. Μάρας, Α. Γκαγκάλης, Ε. Ιτακάρη, Κ. Λυμπέρη, Δ. Καβάκη
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Νάουσας
28. Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ
Ν. Δημητσίκογλου, Κ. Σαμαρτζίδης, Π. Ρόζη-Πάνου, Φ. Μάρκου
Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου Σερρών
29. ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΜΕ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΑΙΜΙΚΟ CLAMP ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ (PCOS)
Απ. Τσάπας¹, Γ. Κόιος², Εθ. Ιωαννίδου¹, Εθ. Μπεκιάρη¹, Μ. Παπαδόπουλος², Ι. Μπόντης²
*¹ Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
² Β' Μαιευτική και Γυναικολογική Κθ. ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*
30. ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ. ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ
Κ. Βοθιώτης¹, Η. Σταυρίδης¹, Ν. Σάιθερ¹, C. Drengeberg², R. Grönning², Μ. Γεωργαράκης³
*¹ Α' Παθολογική Κλινική Ιπποκράτειου Γ.Π. Νοσ. Θεσσαλονίκης
² Institut für Pharmaceutische Technologie, Münster, Germany
³ Εργαστήριο Φαρμακοτεχνικής και ελέγχου φαρμάκων, Τμήμα Φαρμακευτικής ΑΠΘ*

10.30-11.00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

11.00-12.15 **ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Γ. Κρασσάς**

Αν. Σπηλιόπουλος

Ποιότητα ζωής των ατόμων με Σακχ. Διαβήτη

Ν. Παπάζογλου
Περιεχειρηπτική διατροφή και Σακχ. Διαβήτης,
Ολική παρεντερική και εντερική διατροφή
Φ. Χαρσούλης
Ο ρόλος των ενεργοποιημένων υποδοχέων περοξυ-
σωματίων στην παθογένεια του Σακχ. Διαβήτη και
των επιπλοκών του

12.30-13.15

ΔΙΑΛΕΞΗ

H. Keen

Complications of type 2 Diabetes: The Counterattack.

13.15

ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΔΕΒΕ

ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

15.45-17.000 Προεδρείο: **Ν. Δημητσίκογλου, Μ. Μπουγουλιά**

31. ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ II
ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γ. Συμεωνίδης, **Ν. Παπάνας**, Ι. Γιαννάκης, Γ. Μαυρίδης, Γ. Λακασάς,
Ι. Αρτόπουλος

*Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθ/κής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»
Ακτινολογικό Εργαστήριο Ν.Γ.Ν.Θ. «Ο Άγιος Δημήτριος»*

32. ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Γιούσεφ*, **Δ. Σιμελίδης**, Χ. Σεβαστόπουλος, Μ. Μπαττατζή, Χ. Φω-
τιάδου, Π. Λεβαντάκης*

**Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, Παθολογική Κλινική και Εξωτερικό Διαβητολογικό
Ιατρείο (ΕΔΙ) του Γ.Ν. Νοσοκομείου Κοζάνης*

33. Η ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ

Φ. Καμάρια, Α. Κοκκινόμαγουλη, Π. Κουτσίδης, Λ. Σιδηρόπουλος,
Α. Παπαχρήστου

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

34. ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΣ. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Γ. Σκαραγκάς, Κ. Κούτσιου, Ε. Ρεπαντά, Ε. Φραγκουλίδου, Ν. Ιωσηφί-
δης, Ν. Παπάζογλου

*Β' Παθ/κή Κλ. Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης
Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. «Άγιος Δημήτριος» Θεσσαλονίκης*

35. ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΠΟΥ II ΣΑΚΧΑ-
ΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΣΕΡΙΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΕΜΦΙΜ-
ΠΡΟΖΙΛΗΣ

Μ. Γαβρά, Ι. Μάλλιας, Ι. Ξανθάκης, Ε. Πασχαλίδου, Εμ. Πάγκαλος
Α' Παθ/κή Κλινική Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

36. ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑΣ

Δ. Καραμήτσος, **Ε. Γκαλιαγκούση**, Π. Βασιλειάδης, Ζ. Κατσαρού*,
Α. Χριστοδουλόπουλος**, Μ. Παπαδημητρίου

*Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Κλινικής ΑΠΘ, *Νευρολογική κλινική και
** Ορθοπαιδική κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης*

37. ΙΝΤΕΡΦΕΡΟΝΗ (ΙΦ) ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ (ΣΔ)

Γ. Σκαραγκάς, Ε. Ρεπαντά, Α. Γκάντζαρου, Σ. Γκουτκίδου, Ε. Χαριτίδης,
Ν. Παπάζογλου

Β' Παθ/κή Κλινική Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης

17.00-18.15

ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ:

Χρ. Μπαρτσόκας

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΝΕΑΡΗ ΗΛΙΚΙΑ

Φ. Παπαδοπούλου

1. Τύπος 1 (Ιδιοπαθής - Αυτοάνοσος)

Γ. Καντζός

2. Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2

Κ. Παζαϊτού

3. Τύπος Mody

Ηθ. Ευθυμίου

4. Προδιαθέτει η παχυσαρκία σε εμφάνιση Σ.Δ.
σε νεαρή ηλικία;

18.15-18.45

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

18.45-19.20

ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Ν. Παπάζογλου**

Μ. Αθελβίζος

Ρόλος της φλεγμονής στις αγγειακές επιπλοκές
του Σακχ. Διαβήτη

Ι. Γιώβος
IRS πρωτεΐνες - Ινσουλινοαντίσταση

19.20-20.30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Συντονιστής: **Χρ. Μανές**
ΤΙ ΠΡΟΣΦΕΡΕΙ ΚΑΙ ΤΙ ΥΠΟΣΧΕΤΑΙ Η ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ

Γ. Κούρτογλου

1. Ανάηχα ινσουλίνης ταχείας δράσης

Γ. Παπαδόπουλος

2. Ανάηχα ινσουλίνης ενδιάμεσης δράσης

Κ. Καζάκος

3. Συνεχής προσδιορισμός γλυκόζης αίματος

Μ. Τιμοσίδης

**4. Προσδιορισμός γλυκόζης αίματος
(αιματηρή - αναίμακτη μέθοδος)**

SUNDAY 26th NOVEMBER

09.00 **SATELLITE SYMPOSIUM**
(General Hospital «PAPAGEORGIU»)

2nd Balkandiab Meeting: Chronic diabetic complications

Wellcome Address

9.15-10.15 **PART I** **Epidemiology**
Chairpersons: **Pr M. Alevizos**
Dr I. Kalo

38. SOME EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL DATA ON DIABETES MELLITUS AND ITS CHRONIC COMPLICATIONS IN TIRANA DISTRICT
Dr Fecor Agaci, MD (Tirana)

39. METABOLIC CONTROL AND CHRONIC COMPLICATIONS IN DIABETIC PATIENTS IN BULGARIA
Pr Dragomir Koev (Sofia)

40. PREVALENCE OF FOOT ULCERATION IN DIABETIC PATIENTS
Dr Christos Manes (Thessaloniki)

41. PREVALENCE OF CARDIOVASCULAR COMPLICATIONS IN DIABETIC PATIENTS
Dr Konstantinos Soulis (Thessaloniki)

42. DIABETES: RISK FACTOR AND COMPLICATIONS IN TURKEY
Pr Ilhan Satman, MD (Istanbul)

43. CHRONIC COMPLICATIONS OF DIABETES IN BUCHAREST REGION
Pr C. Ionescu-Tirgoviste MD, Ph. D (Bucharest)

10.15-10.45 COFFEE - BREAK

10.15-12.00 **PART II** **Organization of Care - Management**
Chairpersons: **Pr M. Koev**
 Pr C. Ionescu Tirgoviste

- 44. DIABETES CARE - DATA AND PROSPECTIVES
Pr Milco Bogoev, MD, Ph.D. (Skopje)
- 45. SPECIALIZED CARE IN DIABETIC FOOT CENTER
Pr Lidiya Koeva (Varna)
- 46. LONG TERM EFFECT OF ACE INHIBITORS ON CARDIOVASCULAR REFLEX TESTS IN PATIENTS WITH DIABETIC AUTONOMIC NEUROPATHY
Dr Triantaphyllos Didagelos (Thessaloniki)
- 47. SIDENAFIL CITRATE FOR TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION IN MEN WITH DIABETES MELLITUS
Dr Predrag Djordjevic (Belgrade)
- 48. PROGRESSION OF DIABETIC RETINOPATHY IN LASER TREATED PATIENTS
Dr George Triantaphyllou (Thessaloniki)
- 49. Decentralization of the St Vincent programme management at country or regional level in the frame of the new quality of health system development approach
Dr Isuf Kalo (WHO)

12.00-13.00 **Lunch**

13.00-15.00 **Meeting of the Balkandiab network members**

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ
ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ II

Κ. Αποστολίδου, Χ. Σεβαστόπουλος, Μ. Μπαλατζή,
Β. Ιωαννίδου, Δ. Σιμελίδης.

Παθολογικός τομέας του Γ.Ν. Νοσοκομείου Κοζάνης.

Σκοπός της εργασίας ήταν η ανεύρεση του ποσοστού των διαβητικών τύπου II επί των εισαγωγών στο Νοσοκομείο.

Ελέγχθηκαν οι εισαγωγές στο Νοσοκομείο καθ' όλο το 24ωρο από 1-12- 1999 έως 10-3- 2000 (100 ημέρες) σε όλες τις κλινικές, πλην της ψυχιατρικής και της μονάδας τεχνητού νεφρού. Επίσης εξαιρέθηκαν από τον έλεγχο οι ασθενείς της βραχείας νοσηλείας.

Επί συνόλου 2640 εισαγωγών, 188 (7,1%) ήσαν διαβητικοί, μέσης ηλικίας 71 ± 9 έτη, 99 άνδρες (53%) και 89 γυναίκες (47%). Από τις 188 εισαγωγές διαβητικών ασθενών, 103 (55%) έγιναν στην παθολογική κλινική, 42 (22,5%) στην καρδιολογική, 16 (8,5%) στη χειρουργική, 13 (7%) στην ουρολογική, 7 (3,8%) στην ορθοπεδική, 5 (2,7%) στην οφθαλμολογική και 1 (0,5%) στην ΩΡΛ κλινική. 10 ασθενείς (5,3%) 5 άνδρες και 5 γυναίκες, διαγνώστηκαν διαβητικοί κατά την εισαγωγή τους ή κατά την νοσηλεία τους. Ως προς τη θεραπευτική τους αγωγή 7 (4%) ήσαν σε δίαιτα, 129 (68,5%) σε υπογλυκαιμικούς per os παράγοντες και 52 (27,5%) σε ινσουλίνη. Ως προς την κυρίαρχη διάγνωση 35 (18,5%) έπασχαν από λοιμώξεις, 25 (13%) από στεφανιαία νόσο, 12 (6,5%) από αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, 6 (3,2%) από διαβητική νεφροπάθεια ή νευροπάθεια. Επίσης, 3 από βαρεία υπογλυκαιμία, 8 από σοβαρή υπεργλυκαιμία - αφυδάτωση και 1 από κετοξέωση.

Τα αποτελέσματά μας επιβεβαιώνουν την αυξημένη νοσηρότητα των διαβητικών ασθενών.

ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΣΕ ΑΚΡΙΤΙΚΟ

ΝΟΜΟ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ

Βλαχογιάννης Α., Σεμερτζίδης Χ., Ματζινού Δ.,

Καραμπέρης Ν., Πέγος Α., Καλυβίνος Α., Τοπαλίδης Α.

Διαβητολογικό Εξωτερ. Ιατρείο Γ.Ν.Ν; Δράμας, Β' Παθ/κή Κλ

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι ο έλεγχος του κόστους νοσηλείας, περίθαλψης και παρακολούθησης διαβητικών ασθενών Ν. Δράμας και όμορων Νομών υπό υγειονομική κάλυψη Ν. Δράμας.

Ο Ν. Δράμας έχει περίπου 100.000 κατοίκους, 8.000 είναι διαβητικοί και παρακολουθούνται από τα διαβητολογικά ιατρεία: α) Εξωτ. διαβ. ιατρείο Γ.Ν.Ν. Δράμας β) Εξωτ. διαβ. ιατρείο Ι.Κ.Α. και γ) Εξωτ. διαβ. ιατρείο Κ.Υ. Προσοτσάνης. Κόστος εξωνοσοκομειακών φαρμάκων (ινσουλίνη δισκίων και υλικού) σε δρχ. για το έτος 1999:
1) Ινσουλίνη 65.000.000 δρχ. 2) Υπογλυκαιμικά δισκία 60.000.000 δρχ. 3) Υλικό (ταινία STRIPS κ.λ.π.) 10.000.000 δρχ.
Συνολικό κόστος εξωνοσ. περίθαλψης 135.000.000 δρχ.
Νοσοκομειακή νοσηλεία: Από τους 8.000 ασθενείς οι 600 ασθενείς νοσηλεύτηκαν στις Παθ/κές Κλινικές το έτος 1999 για ρύθμιση σακχάρου ή επιπλοκές του Σ/Δ. Οι ημέρες νοσηλείας αυτών είναι περίπου 4.000 ημέρες, ήτοι 4.000X20.000δρχ.=80.000.000δρχ. Στην Καρδ/κή Κλινική νοσηλεύτηκαν περίπου 312 ασθενείς, ημέρες νοσηλείας 1872X30.000δρχ.=26.160.000δρχ. 5 ασθενείς είναι στην αιμοκάθαρση X 12 φορές τον μήνα με κόστος 50.000δρχ. για κάθε συνεδρία, ήτοι 12X5=60X12=720X50.000δρχ.=36.000.000δρχ. Επιδόματα που λαμβάνουν οι διαβητικοί ασθενείς:
1) Από την Πρόνοια 20 ασθενείς X 35.000=700.000X12 μήνες =8.400.000δρχ.
2) Περίπου 30 ασθενείς συνταξιοδοτήθηκαν από το Ι.Κ.Α., ήτοι 30X135δρχ.X12 μήνες = 48.600.000δρχ. Συνολικό κόστος για τους διαβητικούς σε επίπεδο Νομού είναι 334.160.000 δρχ. για το έτος 1999.

Συμπέρασμα της εργασίας είναι η καταγραφή του κόστους και ο έλεγχος αυξομειώσεως αυτού για τα προσεχή 5 έτη.

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΚΕΝΤΡΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Χ. Λούπα, Γ. Γκρίνια, Δ. Βογιατζόγλου

Διαβητολογικό Ιατρείο Ν.Γ.Ν. "Α.ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

Σκοπός : Η καταγραφή των διαιτητικών συνηθειών ενός μέσου αστικού πληθυσμού διαβητικών ατόμων με τη βοήθεια ερωτηματολογίων.

Ασθενείς - μέθοδος : 208 διαβητικοί ασθενείς (99 άνδρες & 109 γυναίκες, ηλικίας 24 - 92 ετών, με μέση τιμή 64.8 έτη), κλήθηκαν να συμπληρώσουν ερωτηματολόγια που αφορούσαν τις διατροφικές τους συνήθειες. 201 ασθενείς ήσαν τύπου 2. Οι περισσότεροι ήταν συνταξιούχοι (30.9%), οικοκυρές (40.4%), εργάτες, βιοτέχνες, αγρότες. Όσοι ασθενείς δεν ηδύνατο να συμπληρώσουν μόνοι το ερωτηματολόγιο εβοηθούντο από τον ιατρό ή την αδελφή.

Αποτελέσματα : 162/208 ασθενείς (77.9%) πιστεύουν ότι η δίαιτα βοηθάει σημαντικά στην αντιμετώπιση του διαβήτη. Όμως, μόνον σε 143 (68.8%) την δίαιτα την είχε συστήσει ιατρός, ενώ 27 (13,0%) ακολουθούσαν εμπειρική δίαιτα και 22 (10.6%) δεν ακολουθούσαν καθόλου δίαιτα. Μόνον 61/208 (29.3%) ελάμβαναν 4 ή περισσότερα γεύματα ημερησίως, ενώ η πλειοψηφία (100/208, 48.1%) ελάμβαναν 3 γεύματα και 40/208 ελάμβαναν 2. 73 άτομα (35.1%) θεωρούσαν ότι πρέπει να αποφεύγουν εντελώς τα ζυμαρικά (σύμπλοκους υδατάνθρακες), ενώ η πλειοψηφία (130/208) εγνώριζε ότι πρέπει απλώς να τα περιορίσουν. 37/208 (17.8%) είχαν χρησιμοποιήσει «ειδικά» εμπορικά σκευάσματα τροφίμων για διαβητικούς. 59/208 (28.4%) χρησιμοποιούσαν κάποιο υποκατάστατο σακχάρως : φρουκτόζη (22 ασθενείς), ασπαρτάμη (11 ασθενείς).

Συμπέρασμα : Η διαιτολογική ενημέρωση και συμπεριφορά των διαβητικών είναι ελλιπέστατη. Γνωρίζοντας σήμερα την συμβολή της σωστής διαίτας στην καλύτερη ρύθμιση του γλυκαιμικού και λιπιδαιμικού profile των διαβητικών ατόμων, θα πρέπει να μην παραλείπεται η επισήμανση των βασικών αρχών της σωστής διατροφής.-

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ

Κ. Σουλής, Ε. Κόρκακα, Ζ. Σαχλά, Μ. Γιακούμπκοβα, Σ. Σπυρόπουλος,
Σ. Κουκουρίκος
Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής ΓΠΝΘ «Γ.
Παπανικολάου»

Σκοπός: Διερεύνηση των διατροφικών συνηθειών των διαβητικών ασθενών του ιατρείου μας και ο έλεγχος του ποσοστού συμμόρφωσης με τις διεθνείς τρέχουσες κατευθυντήριες οδηγίες διατροφής.

Ασθενείς και μέθοδοι: Στην μελέτη μας συμμετείχαν 97 ασθενείς (53 άνδρες και 44 γυναίκες. Η εκτίμηση της καθημερινής πρόσληψης τροφών έγινε με την χρήση 3/μερου ημερολόγιου καταγραφής (2 εργάσιμες ημέρες και 1 αργία). Η καταχώρηση, επεξεργασία και στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με την χρήση Η/Υ και των πακέτων λογισμικού Foodtabs, Microsoft Office 2000 και Statistica 5. Για τα δεδομένα χωρίς ομαλή κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο γεωμετρικός μέσος όρος, το εύρος και οι συσχετίσεις κατά Spearman.

Αποτελέσματα: Η μέση θερμιδική πρόσληψη ήταν 1572 kcal (20,7kcal/kg). Η μέση ημερήσια πρόσληψη λευκώματος ήταν 1,88 γρ. Οι υδατάνθρακες αποτελούσαν το 39,8% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης και τα λίπη το 39,9%. Το 5% των ασθενών μας ελάμβανε λίπος $\leq 30\%$ και το 14% ελάμβανε υδατάνθρακες $\geq 50\%$ της ημερήσιας ενεργειακής πρόσληψης. Η ημερήσια λήψη φυτικών ινών ήταν 27,3 γρ και χοληστερόλης 81,3 mg. Το 37% ελάμβανε \geq των 30 γρ. ινών ημερησίως και το 93% ≤ 300 mg χοληστερόλης. Παρά την μεγάλη συμμετοχή των λιπών στην ημερήσια ενεργειακή πρόσληψη, το μεγαλύτερο ποσοστό τους προέρχονταν από το ακόρεστα λιπαρά (κυρίως το ελαιόλαδο) με το 93% των ασθενών μας να λαμβάνει $\leq 10\%$ κεκορεσμένα λιπαρά.

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα μας αυτά έρχονται να συμπληρώσουν τα ολίγα υπάρχοντα επιδημιολογικά στοιχεία αναφορικά με την σύνθεση της διατροφής των διαβητικών στην Ελλάδα. Διαπιστώνεται απόκλιση από την παραδοσιακή δίαιτα που είναι πλούσια σε φυτικές ίνες, όμως φαίνεται ότι διατηρείται ακόμη η υψηλή κατανάλωση ακόρεστων (μονοακόρεστων) λιπαρών από τους διαβητικούς του ιατρείου μας.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Δημητσίκογλου Ν., Σαμαρτζίδης Κ.

Διαβητολογικό Ιατρείο νοσοκομείου Σερρών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Οι μακρο- και μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη τύπου 2 δεν εμφανίζονται, ούτε τον ίδιο επιπολασμό, ούτε την ίδια επίπτωση στις διάφορες περιόδους της διάρκειάς του. Μελετήθηκε η επιδημιολογία τους σε 1000 διαβητικούς τύπου 2.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Ο συνολικός επιπολασμός βρέθηκε ίσος με 61,2% για την υπέρταση (ΥΠΕΡ), 50,6% για τη δυσλιπιδαιμία (ΔΥΣΛ), 27,1% για τη στεφανιαία νόσο (ΣΝ), 9,0% για το εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο (ΑΕΕ), 7,1% για την αποφρακτική αρτηριοπάθεια των κάτω άκρων (ΑΑΚΑ), 31,4% για τη διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ), 32,1% για την αμφιβληστροειδοπάθεια (ΑΜΦ) και 31,9% για την περιφερική νευροπάθεια (ΠΔΝ). Στο χρονικό διάστημα 5 έτη πριν μέχρι 10 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2 εμφανίστηκε το ~70%, 74% και 77% των περιπτώσεων ΥΠΕΡ, ΣΝ και ΔΥΣΛ, αντίστοιχα, αλλά μόνο το ~49%, 28% και 28% των περιπτώσεων ΔΝ, ΑΜΦ και ΠΔΝ, αντίστοιχα. Αντίθετα, στο χρονικό διάστημα 11-20 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2 εμφανίστηκε το ~40%, 55% και 72% των περιπτώσεων ΔΝ, ΑΜΦ και ΠΔΝ, αντίστοιχα, αλλά μόνο το 10,5%, 18,5% και 18,5% των περιπτώσεων ΥΠΕΡ, ΣΝ και ΔΥΣΛ, αντίστοιχα. Η επίπτωση του ΑΕΕ και της ΑΑΚΑ βρέθηκε ενδιάμεση. Ο επιπολασμός 50% της ΥΠΕΡ παρατηρήθηκε 1 έτος πριν από την κλινική εκδήλωση του διαβήτη, της ΣΝ και της ΔΥΣΛ 1 έτος μετά την κλινική εκδήλωση και του ΑΕΕ 6 έτη μετά, ενώ ο ίσος επιπολασμός των τριών μικροαγγειακών επιπλοκών (ΔΝ, ΑΜΦ, ΠΔΝ) παρατηρήθηκε 11 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2.

ΣΥΜΠΕΡΑΙΝΟΥΜΕ μία διπολική κατανομή στην επίπτωση των μακρο- και μικροαγγειακών επιπλοκών του διαβήτη τύπου 2. Οι πρώτες πρωτοεμφανίζονται συχνότερα πριν και κατά τα πρώτα 10 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη, ενώ οι δεύτερες 11-20 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2. Η βασική (νηστείας) ενδογενής παραγωγή ινσουλίνης (C-πεπτιδίου) συνεχίζει να παραμένει ακόμη υψηλή μέχρι τα 10 έτη μετά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη, αλλά αργότερα μειώνεται βαθμιαία σε σημαντικό βαθμό, ώστε η μεγάλη επίπτωση των μακροαγγειακών επιπλοκών να συμπίπτει με τις υψηλές συγκεντρώσεις του C-πεπτιδίου, ενώ των μικροαγγειακών με τις χαμηλές.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Μπακόπουλος Χ., Γεωργιάδης Δ., Λιβιεράτος Ε.
Καραβούλια Σ., Σιέμπος Γ., Γιαννουλάκη Ε.
Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Π.Ν. Πατρών
«Ο Άγιος Ανδρέας»

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός της συχνότητας της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ) διαβητικών ασθενών, κατά την 1^η επίσκεψή τους στο Εξ. Διαβητολογικό Ιατρείο, ανεξαρτήτως αγωγής.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανατρέχοντας στα 2 τελευταία έτη (1998-1999), σημειώσαμε από την 1^η επίσκεψη των ασθενών τα: Φύλο, ηλικία, τύπο και διάρκεια ΣΔ, ΑΠ και φάρμακα ΑΥ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μελετήθηκαν 401 νέοι ασθενείς, Α 175 + Γ 226, ετών 15-83, διάρκειας ΣΔ 20 μέρες-45 έτη. Εξ αυτών ΣΔ1 είχαν 13,9% και ΣΔ2 86,01%. ΑΥ είχαν 192 (47,88%), (ΣΔ1 23,5% και ΣΔ2 76,5%), υπό αγωγή δε, ευρίσκονταν 73,43%. Η διάρκεια ΣΔ στους υπερτασικούς ήταν > 10 έτη σε 57% και < 10 σε 43%.

Από τους διαβητικούς με ΑΥ και φαρμακευτική αγωγή, ΑΥ είχαν 53,19%. Για την ΑΥ οι ασθενείς ελάμβαναν:

Ένα φάρμακο 66,6 %, εξ αυτών δε ΑΥ είχαν 58,5%.

Δύο φάρμακα 27,65%, εξ αυτών δε ΑΥ είχαν 46%.

Τρία φάρμακα 5,67%, εξ αυτών ΑΥ είχαν 25%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η ΑΥ στους διαβητικούς ρυθμίζεται δύσκολα με ένα φάρμακο, πιθανώς λόγω της πολύπλοκης αιτιολογίας της. Απαραίτητη είναι η χρησιμοποίηση περισσότερων των δύο φαρμάκων για να επιτευχθεί αποτέλεσμα θεωρούμενο ικανοποιητικό (ΑΠ<135/85 mm Hg) για τη μείωση των επιπλοκών της συνύπαρξης ΣΔ και ΑΥ.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Καραμήτσος Δ, Διδάγγελος Τ, Πασχαλίδου Ε, Σουγιουλτζόγλου Φ, Γκαλιαγκούση Ε, Ζωγράφου Ι, Πούρου Ε, Παπαδημητρίου Μ.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής κλινικής ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη επιδημιολογικών στοιχείων και σωματομετρικών χαρακτηριστικών των υπερτασικών (ΥΔ) και νορμοτασικών διαβητικών ασθενών (ΝΔ).

Ασθενείς και μέθοδος. Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ τύπου 2) που εξετάστηκαν στο Διαβητολογικό κέντρο το τρίμηνο Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 1999. Στατιστικές συγκρίσεις έγιναν με Unpaired t test (για συνεχείς μεταβλητές) και με χ^2 test για συγκρίσεις εκατοστιαίων αναλογιών.

Αποτελέσματα. Από 516 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που εξετάστηκαν επί ένα τρίμηνο στο Διαβητολογικό Κέντρο, 343 ήταν υπερτασικοί και 173 ήταν νορμοτασικοί. Η μέση ηλικία (\pm SE) των ΥΔ ήταν $66,65 \pm 0,45$ και των ΝΔ ήταν $61,52 \pm 0,79$ $p=0,0001$. Η μέση (\pm SE) ανώτερη αναφερόμενη συστολική αρτηριακή πίεση \pm SE (ΣΑΠ) ήταν $191,3 \pm 1,31$ (mmHG) στους ΥΔ και $142,14 \pm 2,24$ στους μη υπερτασικούς. Η παρούσα μέση ΣΑΠ των ΥΔ ήταν $147,43 \pm 1,18$ και η παρούσα ΔΑΠ $84,6 \pm 0,59$ ενώ στους ΝΔ ήταν ΣΑΠ $129,59 \pm 1,29$ και ΔΑΠ $79,71 \pm 0,66$. Η μέση ηλικία διάγνωσης του ΣΔ ήταν στους ΥΔ $50,64 \pm 1,86$ και στους ΝΔ $50,62 \pm 0,73$ $p=MΣ$. Η μέση ηλικία διάγνωσης υπέρτασης ήταν $55,63$ (εύρος 28-75) έτη. Η υπέρταση διαγνώστηκε πριν από το ΣΔ σε 108 και ταυτόχρονα σε 72 άτομα. Ο BMI των ΥΔ ήταν $29,78 \pm 0,26$ και των ΝΔ $28,02 \pm 0,42$ $p=0,0002$. Η σχέση περιμέτρου μέσης και ισχίων δεν διέφερε στις δύο ομάδες. $0,93 \pm 0,004$ έναντι $0,91 \pm 0,01$. Οι δόσεις ινσουλίνης δεν διέφεραν στις δύο ομάδες ασθενών $49,3 \pm 1,18$ έναντι $47,42 \pm 1,58$. Στεφανιαία νόσο (ΣΝ) είχαν 85 ΥΔ έναντι 14 ΝΔ, $p=0,002$. Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είχαν εμφανίσει 24 ΥΔ έναντι 3 ΝΔ, $p=0,01$. Διαβητική νεφροπάθεια είχαν 26 ΥΔ έναντι 2 ΝΔ, $p=0,002$.

Συμπεράσματα. Οι ΥΔ έχουν μεγαλύτερη ηλικία και μεγαλύτερη ηλικία διάγνωσης ΣΔ από τους ΝΔ. Το BMI είναι μεγαλύτερο στους ΥΔ. Πιθανότατα το αυξημένο βάρος σώματος και η ηλικία σχετίζονται αιτιολογικά με την υπέρταση των διαβητικών. Η χορήγηση ινσουλίνης δεν σχετίζεται με την εμφάνιση υπέρτασης. Η ΣΝ, τα ΑΕΕ και η νεφροπάθεια εμφανίζονται πολύ συχνότερα σε υπερτασικούς διαβητικούς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Διδάγγελος Τ, Σουγιουλτζόγλου Φ, Γκαλιαγκούση Ε, Ζωγράφου Ι, Βασιλειάδης Π, Καραμήτσος Δ, Παπαδημητρίου Μ.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής κλινικής ΑΠΘ
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της αποτελεσματικότητας της αντιυπερτασικής αγωγής ασθενών με ΣΔ τύπου 2.

Ασθενείς και μέθοδος. Μελετήθηκαν 343 υπερτασικά διαβητικά άτομα, μέσης ηλικίας 66,65±8,27 που εξετάστηκαν στο Διαβητολογικό κέντρο το τρίμηνο Οκτωβρίου-Δεκεμβρίου 1999. Στατιστικές συγκρίσεις έγιναν με Unpaired t test για συνεχείς μεταβλητές. Αναφέρονται μέσες τιμές ±SD.

Αποτελέσματα. Αγωγή με 1 φάρμακο έκαναν 124 άτομα, με 2 φάρμακα 139 άτομα, με 3 φάρμακα 62 άτομα, με 4 φάρμακα 10 άτομα. Επτά ασθενείς δεν έπαιρναν φάρμακα και ένας έπαιρνε 5 φάρμακα. Ποσοστό 61,5% των ασθενών έπαιρναν >1 φάρμακο.

	1 φάρμακο n=124	2 φάρμακα n=139	3 φάρμακα n=62	4 φάρμακα n=10
Ανώτερη αναφ.ΣΑΠ=	182,78 ± 22,05	191,06 ± 22,2	205,08 ±22,22	222,00 ±28,91
ΑΠ	=143,52/83,90 ±9,99/ ±19,67	149,60/85,27 ±24,0 /±11,43	149,58/85,47 ±21,71/10,87	151,0/82,5 ±13,75/8,14
BMI	=28,63±4,74	29,81*±6,44	30,45±4,78	29,3±3,53
WH ratio=	0.92±0,07	0.93±0,07	0,92±0,06	0,91±0,06
Ηλικία	=64,85±8,66	67,09±7,66	68,5±8,08	71,6±5,71
Διάρκ.ΣΔ=	13,32±7,69	12,56±7,51	13,44±8,42	20,30±8,96
Διάρκ.ΑΥ=	7,64±7,62	10,47±7,52		12,63±7,59

Παρατηρήθηκαν σε συγκρίσεις διαφορές στατιστικά σημαντικές που οδηγούν στα εξής συμπεράσματα.

Συμπεράσματα. Ασθενείς που παίρνουν ένα αντιυπερτασικό φάρμακο έχουν ηπιότερη υπέρταση, είναι μικρότερης ηλικίας και έχουν μικρότερο BMI σε σύγκριση με αυτούς που παίρνουν περισσότερα φάρμακα. Τα μεγαλύτερης ηλικίας άτομα έχουν μικρότερη ΔΑΠ και υψηλότερη ΣΑΠ. Όσο αυξάνει η διάρκεια της υπέρτασης τόσο περισσότερα φάρμακα παίρνουν οι ασθενείς. Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης των ασθενών με ΣΔ τύπου 2, κρίνεται ικανοποιητική, αν ληφθεί μάλιστα υπόψη και η ηλικία των ασθενών.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΣΤΟΧΙΑ

Σπ. Ο. Μπακατσέλος, Στ. Π. Ζάνος, Ε. Αλβανού, Μ. Σαμαρά,
Γρ. Παπαδόπουλος
Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Δράμας

Σκοπός: Η επίδραση της ινσουλινοθεραπείας στην ΑΠ ασθενών με ΣΔ τύπου II και δευτεροπαθή αστοχία.

Υλικό και Μέθοδος: Η ΑΠ μελετήθηκε προοπτικά σε 20 ασθενείς μέσης ηλικίας 64±10 ετών, μετά την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη. Η εκτίμηση των μεταβολών της ΑΠ και του γλυκαιμικού ελέγχου (ΓΕ) έγινε με τον υπολογισμό των μέσων τιμών τριών στιγμιότυπων πριν (1, 2 και 3 μήνες), και τριών στιγμιότυπων μετά την έναρξη ινσουλίνης (2, 4 και 6 μήνες). Ο ΓΕ εκτιμήθηκε με την HbA_{1c} και τη γλυκόζη νηστείας, μεταγευματικής και μεταπορροφητικής περιόδου, στο ίδιο 24ωρο. Μετρήθηκαν επίσης το βάρος σώματος (ΒΣ), ο BMI και ο WHR.

Αποτελέσματα: Η γλυκόζη μειώθηκε με την ινσουλινοθεραπεία σε όλες τις μετρήσεις (p<0,01), όπως και η HbA_{1c} (p<0,01). Ο BMI και το ΒΣ αυξήθηκαν (p<0,001), ενώ ο WHR δεν μεταβλήθηκε. Παρατηρήθηκε ελάττωση της συστολικής (143,4±19,6 vs 133,2±19, p=0,01) και της διαστολικής ΑΠ (85,8±11,4 vs 78±6, p=0,001). Δεν βρέθηκε συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβολές της ΑΠ και των άλλων παραμέτρων. Η μέση δόση ινσουλίνης δεν συσχετιζόταν με την ΑΠ.

Συμπέρασμα: Η έναρξη ινσουλινοθεραπείας φαίνεται ότι δε συνοδεύεται από αύξηση της ΑΠ, μολονότι παρατηρείται βελτίωση του ΓΕ και αύξηση του ΒΣ.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΚΑΛΙΟΥ ΟΡΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σπ. Ο. Μπακατσέλος, Στ. Π. Ζάνος, Χ. Χατζηκωνσταντίνου*, Σπ. Τουρτούρης, Δ. Καραμήτσος**
Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας *Βιοχημικό Εργαστήριο, και ** Β΄ ΠΠ Κλινική Ιπποκράτειου Θεσ/νίκης

Σκοπός: Η μελέτη των μεταβολών καλίου κατά τη διάρκεια υπογλυκαιμίας σε ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι, με και χωρίς έλλειψη προειδοποιητικών συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν συνολικά 32 ασθενείς με ΣΔ τύπου Ι, 9 με αντίληψη υπογλυκαιμίας (ομάδα Α), και 23 χωρίς αντίληψη (ομάδα Β). Σε όλους τους ασθενείς προκλήθηκε υπογλυκαιμία με ενδοφλέβια χορήγηση ινσουλίνης. Δείγματα αίματος για μέτρηση αδρεναλίνης και καλίου ελήφθησαν σε τιμές γλυκόζης >80mg/dl, 50±2mg/dl, 40±2mg/dl, <40mg/dl για τουλάχιστον 10 min, και μετά την ανάταξη της υπογλυκαιμίας (δείγμα 1, 2, 3, 4 και 5, αντίστοιχα).

Αποτελέσματα: Οι τιμές γλυκόζης των ασθενών της ομάδας Β ήταν μικρότερες σε όλα τα δείγματα, αλλά σημαντική διαφορά υπήρχε μόνο στο δείγμα 3 (p<0,05). Η αδρεναλίνη πλάσματος ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα Α στα δείγματα 2, 3 και 4. Οι μεταβολές καλίου φαίνονται στον πίνακα. Σε όλα τα δείγματα δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Η μέγιστη πτώση του καλίου, που παρατηρήθηκε στο δείγμα 4, ήταν καί στις δύο ομάδες σημαντική (p<0,001). Η πολλαπλή γραμμική παλινδρομη ανάλυση έδειξε ότι η πτώση του καλίου συσχετιζόταν με τις μεταβολές της γλυκόζης και όχι της αδρεναλίνης, και στις δύο ομάδες (p<0,05).

Δείγμα	1	2	3	4	5
Ομάδα Α	4,13±0,4	3,63±0,3	3,58±0,14	3,52±0,3	3,85±0,27
Ομάδα Β	3,95±0,47	3,67±0,4	3,60±0,44	3,50±0,46	3,72±0,36

Συμπεράσματα: Κατά τη διάρκεια της υπογλυκαιμίας παρατηρείται σημαντική πτώση του καλίου τόσο στους ασθενείς με αντίληψη, όσο και στους ασθενείς χωρίς αντίληψη υπογλυκαιμίας. Το ερέθισμα της πτώσης της γλυκόζης φαίνεται ότι είναι ισχυρότερο από αυτό της αδρεναλίνης για την πτώση του καλίου.

Η ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΛΟΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔ2)

Ε. Τσιότσια, Θ. Καλιτσάς, Η. Ευθυμίου, Φ. Παπαδοπούλου, Γ.Ε. Κρασσάς
Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Παναγία, Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό ότι η μικρολευκωματινουρία είναι ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας πρώιμης καρδιαγγειακής θνησιμότητας σε ασθενείς με ΣΔ2 και είναι ανεξάρτητος άλλων παραγόντων κινδύνου όπως είναι η υπέρταση, το κάπνισμα και η υπερλιπιδαιμία. Είναι λοιπόν επιτακτικός ο έγκαιρος εντοπισμός των ασθενών με μικρολευκωματινουρία καθώς επίσης και η αντιμετώπισή της.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν η μελέτη της δράσης ενός ανταγωνιστού των υποδοχέων της αγγειοτενσίνης ΙΙ στη μικρολευκωματινουρία ασθενών με ΣΔ2.

Μελετήθηκαν 14 ασθενείς με ΣΔ2 (8 άνδρες και 6 γυναίκες) ηλικίας 42-74 ετών (ΜΟ 62±2,3 SEM) με διάρκεια νόσου από 2-25 χρόνια (ΜΟ 11,3±2,5 SEM) εκ των οποίων 8 ήταν σε αγωγή με δισκία και 6 με ινσουλίνη και με μικρολευκωματινουρία που διαπιστώθηκε σε 3 μετρήσεις πρωινού δείγματος ούρων με τη μέθοδο DCA2000 (ΜΟ 71,9±9,4 SEM mg/l). Σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκε σειρά βιοχημικών παραμέτρων που αφορούσε τη ρύθμιση του σακχάρου, τον έλεγχο της νεφρικής λειτουργίας και της λιπιδαιμικής εικόνας των ασθενών και από τις οποίες βρέθηκε θετική συσχέτιση της μικρολευκωματινουρίας με τη διάρκεια της νόσου (r=0,62, p<0,05). Στους μισούς ασθενείς (4άνδρες και 3 γυναίκες) χορηγήθηκε λοσαρτάνη 50 mgr ημερησίως για 3 μήνες ενώ οι υπόλοιποι ασθενείς δεν έλαβαν αγωγή και απειλέεσαν την ομάδα ελέγχου. Όλοι οι ασθενείς ελέγχονταν ανά μήνα και ήταν σε σταθερή αγωγή και δίαιτα.

Στο τέλος της τριμήνου μελέτης διαπιστώθηκε σημαντική πτώση της μικρολευκωματινουρίας μόνο στους ασθενείς που πήραν λοσαρτάνη (38,8±12,3 vs 79,9±16,1 mg/l, p<0,05) καθώς επίσης και μείωση της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (82,8±2,8 vs 90±3 mm Hg, p<0,05). Οι υπόλοιποι παράμετροι δεν παρουσίασαν σημαντικές μεταβολές.

Συμπεραίνεται ότι η χορήγηση λοσαρτάνης μειώνει τη μικρολευκωματινουρία σε ασθενείς με ΣΔ2 και μπορεί να αποτελέσει εναλλακτική θεραπεία στην αντιμετώπισή της.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Χ. Λούππα, Ε. Βογιατζάκης, Δ. Βογιατζόγλου
Διαβητολογικό Ιατρείο Ν. Γ. Ν. "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

Σκοπός : Η μελέτη του επιπολασμού της αρτηριακής υπέρτασης (Α.Υ.) σε σχέση με το φύλο και την ηλικία σε διαβητικά άτομα τύπου 2 αστικού πληθυσμού.

Μέθοδος : Μελετήθηκαν 413 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.) τύπου 2 (190 άνδρες / 223 γυναίκες), με ηλικία 64.5 ± 10.6 έτη. Καταγράφηκε η ύπαρξη Α.Υ. (Α.Π.>140/90), ο χρόνος εμφάνισής της, ο δείκτης μάζας σώματος (ΒΜΙ), οι τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων & ουρικού οξέος.

Αποτελέσματα : 38 ασθενείς εξαιρέθηκαν λόγω ελλιπών στοιχείων. Σε 206 άτομα (54.9%) υπήρχε ήδη γνωστή Α.Υ.. Επίσης, πρωτοδιαγνώσθηκε Α.Υ. σε 58 ασθενείς (15.4% του συνόλου), από τους οποίους το 94.7% παρουσίαζε ηπία υπέρταση. Ο συνολικός δηλαδή επιπολασμός της Α.Υ. ευρέθη 70.3%. 108/190 άνδρες (64.7%) και 156/223 γυναίκες (75.0%) ήταν υπερτασικοί ($\chi^2=4.74$, $p<0.05$). 89/108 ασθενείς ≥ 65 ετών ήταν υπερτασικοί (επιπολασμός 82.4%). Η ηλικία εμφάνισης της Α.Υ. ήταν 59.5 ± 11.5 έτη, ενώ στο 45% των ασθενών η Α.Υ. εμφανίσθηκε στην ίδια 5ετία με τον Σ.Δ. Η Α.Υ. συνυπήρχε με υπερβάλλον σωματικό βάρος (ΒΜΙ>25) σε ποσοστό 81.8%, ενώ το ποσοστό νορμοτασικών διαβητικών με υπερβάλλον βάρος ήταν 59.6%. Υπερχοληστερολαιμία (TC \geq 220 mg/100 ml), υπερτριγλυκεριδαιμία (TG \geq 150 mg/100 ml) και υπερουριχαιμία (≥ 7 mg/100 ml) συνυπήρχαν με την Α.Υ. σε ποσοστά 57.5%, 53.3% και 15.8%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα : 1) Ο επιπολασμός της υπέρτασης σε διαβητικά άτομα τύπου 2 ευρέθη γενικώς 70.3%, 2) η υπέρταση ήταν συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (75.0% και 64.7% αντίστοιχα), και 3) σε άτομα ≥ 65 ετών, ο επιπολασμός της υπέρτασης έφθανε το 82.4%.-

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ ΑΝΙΚΑΝΟΤΗΤΑ : ΜΙΑ ΣΥΧΝΗ ΕΠΙΠΛΟΚΗ ΠΟΥ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΔΙΕΡΕΥΝΑΤΑΙ

Χ. Λούππα, Δ. Βογιατζόγλου
Διαβητολογικό Ιατρείο Ν. Γ. Ν. Μ. "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

Σκοπός : Ο προσδιορισμός του επιπολασμού της μειωμένης σεξουαλικής ικανότητας σε διαβητικούς άνδρες τύπου 2 ηλικίας 40-60 ετών και η καταγραφή δυνητικά αιτιολογικών ή επιβαρυντικών παραγόντων.

Ασθενείς - μέθοδος : 132 διαβητικοί άνδρες τύπου 2, ηλικίας 30-73 ετών, ερωτήθηκαν με την κατάλληλη ψυχολογική προσέγγιση για την ύπαρξη ή μη σεξουαλικών προβλημάτων.

Αποτελέσματα : Οι 55 από τους 132 ερωτηθέντες (41.6%) παραδέχτηκαν την ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Οι 58/132 ασθενείς ήταν ηλικίας 40-60 ετών και από αυτούς οι 22 παρουσίαζαν μείωση της σεξουαλικής ικανότητας (ποσοστό 37.9%). Από τους 22 αυτούς ασθενείς, οι 7 ελάμβαναν δυνητικά ενοχοποιούμενες φαρμακευτικές ουσίες (β-blockers : 4 ασθενείς, διουρητικά : 3, αντικαταθλιπτικά : 3), οι 6 ανέφεραν αυξημένη κατανάλωση οινόπνευματος, 11 ήταν καπνιστές και 2 έπασχαν από αγγειίπδα Βuerger ή διατακτική μυοκαρδιοπάθεια. Σε 7 περιπτώσεις οι ανωτέρω παράγοντες συνυπήρχαν. Σε 4 ασθενείς (ποσοστό 18.1%) κανένα άλλο δυνητικά ενοχοποιούμενο αίτιο πλην του διαβήτου δεν βρέθηκε, και συνεπώς τα προβλήματα θα πρέπει να αποδοθούν σε ψυχολογικά ή αμιγώς οργανικά αίτια.

Συμπεράσματα: 1) Το ποσοστό των διαβητικών ασθενών ηλικίας 40-60 ετών που παρουσιάζουν σεξουαλικά προβλήματα είναι υψηλό (37.9%), και 2) στο 18.1% των ασθενών αυτών κανένα άλλο πλην του διαβήτου δυνητικό αίτιο δεν βρέθηκε.

Στα άτομα αυτά, ο ιατρός καλείται κατ' αρχήν να ανιχνεύσει το πρόβλημα με την κατάλληλη ψυχολογική προσέγγιση, να αντικαταστήσει τυχόν επιβαρυντικά φάρμακα και, αν χρειαστεί, να παραπέμψει τον ασθενή σε εξειδικευμένο κέντρο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΑΝΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΙΚΗΣ LASER ΦΩΤΟΠΗΞΙΑΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΕΡΥΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΙΡΙΔΑΣ .

Τριανταφύλλου Γ., Κων/νου Ι., Παπούλιας Δ., Μοιρασγεντή Α.,
Τραϊανίδης Π.
Οφθαλμολογική Κλινική του Ιπποκρατείου Γ.Ν.Θ.

Σκοπός : Η μελέτη της αποτελεσματικότητας της κλασσικής, διαμέσου της κόρης, παναμφιβληστροειδικής Argon Laser φωτοπηξίας :

- στην υποστρόφη της νεοαγγείωσης της ίριδας σε οφθαλμούς χωρίς και με νεοαγγειακό γλαύκωμα.
- στον έλεγχο της υπερτονίας σε συνδυασμό με αντιγλαυκωματική θεραπεία ή σε συνδυασμό με τοποθέτηση βαλβίδας Ahmet.

Υλικό-Μέθοδος: Εφαρμόσαμε παναμφιβληστροειδική Laser φωτοπηξία την τελευταία πενταετία σε:

- 38 ασθενείς με οιοδήποτε στάδιο ερυθρώσεως ίριδος χωρίς νεοαγγειακό γλαύκωμα
- 22 ασθενείς με νεοαγγειακό γλαύκωμα μεταξύ των οποίων και 6 στους οποίους τοποθετήθηκε βαλβίδα Ahmet.

Αποτελέσματα :

Μεταξύ των ασθενών χωρίς νεοαγγειακό γλαύκωμα:

- 15 παρουσίασαν υποστρόφη της νεοαγγείωσης
- 14 παρουσίασαν μερική υποστρόφη και παρέμειναν έτσι κατά τον χρόνο της παρακολούθησης
- 9 εξελίχθησαν προς νεοαγγειακό γλαύκωμα

Μεταξύ των ασθενών με ήδη ανεπτυγμένο νεοαγγειακό γλαύκωμα :

- 10 παρουσίασαν έλεγχο της υπερτονίας με ελαχιστοποίηση της αντιγλαυκωματικής αγωγής (ένα άτομο διέκοψε την αγωγή).
- 6 παρουσίασαν επιδείνωση.
- από τους 6 ασθενείς με τοποθέτηση βαλβίδας Ahmet
 - 1 παρουσίασε πλήρη υποστρόφη
 - 3 παρουσίασαν βελτίωση της εικόνας
 - 2 παρουσίασαν αποτυχία της αντιγλαυκωματικής επέμβασης.

Συμπεράσματα: Η παναμφιβληστροειδική Argon Laser φωτοπηξία δίνει ικανοποιητικά αποτελέσματα στο 70 % των περιστατικών με διαβητική ερυθρώση ίριδας και παραμένει μια αξιόπιστη και προσιτή μέθοδος στην αντιμετώπιση της πάθησης.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ 1-15 ΕΤΩΝ

Χ. Μπασιάκος*, Ε. Γούλα*, Γ. Τριανταφύλλου*,
Ο. Λεκίδου**, Μ. Παπαδοπούλου**.

Από την Οφθαλμολογική Κλινική του Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν.Θ.*
Από την Γ' Παιδιατρική Κλινική του Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν.Θ.**

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση των οφθαλμολογικών ευρημάτων σε παιδιά, που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό – Μέθοδος: 85 παιδιά ηλικίας 1-15 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι μελετήθηκαν στην διάρκεια της τελευταίας επταετίας στο Παιδοφθαλμολογικό Εξωτερικό Ιατρείο της Οφθαλμολογικής Κλινικής του Ιπποκρατείου Γ.Π.Ν.Θ.

Το πρωτόκολλο της μελέτης περιλάμβανε λήψη οπτικής οξύτητας, διάλωση, εξέταση στην σχισμοειδή λυχνία, ορθοπτική μελέτη, βυθοσκόπηση μετά μυδρίαση με άμεσο και έμμεσο οφθαλμοσκόπιο, δοκιμασία ωχρικής καταπόνησης, δοκιμασία χρωματικής αντίληψης με την μέθοδο του Ishihara και του Farnsworth-Munsell καθώς και φωτογράφιση βυθού και φλουροαγγειογραφία όταν η ηλικία και ο χαρακτήρας του παιδιού το επέτρεπαν.

Αποτελέσματα : Διαθλαστικές ανωμαλίες εμφανίστηκαν σε 34 από τα 85 παιδιά. Υποτροπιάζουσες κριθές παρατηρήθηκαν σε 2 παιδιά. Θολερότητες του φακού, που δεν επηρέαζαν την οπτική οξύτητα βρέθηκαν σε 2 παιδιά ενώ καταρράκτης, που επιδείνωσε την οξύτητα τόσο που να οδηγήσει σε χειρουργική αφαίρεση σε 1 παιδί. Βυθοσκοπικά δεν παρατηρήθηκαν στοιχεία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε κανένα παιδί. Ο χρόνος ανάνηψης στην δοκιμασία ωχρικής καταπόνησης κυμάνθηκε από 5-35 δευτερόλεπτα (Μ.Ο. 18,5 για τον δεξιό και 17,4 για τον αριστερό οφθαλμό). Στην δοκιμασία Ishihara και τα 85 παιδιά έδωσαν σωστές απαντήσεις ενώ στην δοκιμασία Farnsworth-Munsell 3 παιδιά έδειξαν παθολογική διακριτική ικανότητα (2 χωρίς διπολικότητα και 1 στον άξονα κίτρινου-κυανού).

Συμπεράσματα : Ο σακχαρώδης διαβήτης σπάνια προκαλεί οφθαλμικά προβλήματα στα παιδιά ακόμη και όταν εφαρμόζονται μέθοδοι πρόωρης ανίχνευσης. Παρά ταύτα, και ένα παιδί αν ανιχνευθεί να πάσχει και αντιμετωπισθεί έγκαιρα δικαιώνει την στενή παρακολούθησή τους.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.
ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ EURODIAB COMPLICATIONS STUDY

Παπαζογλου Ν, Μανές Χ, Καραγιάννη Δ, Παπαδέλη Ε, Σκαραγκάς Γ,
Σκούτας Δ.

Β' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν.
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η δυσλειτουργία του ΑΝΣ σε τύπου Ι Σακχαρώδη Διαβήτη και να προσδιορισθούν αν συνυπάρχουν παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Στα πλαίσια της EURODIAB Complications Study εξετάστηκαν 104 διαβητικοί ασθενείς τύπου Ι (άνδρες 47, γυναίκες 57) με μέση ηλικία (έτη) $32,25 \pm 10,88$, μέση διάρκεια νόσου (έτη) $13,17 \pm 7,9$. Στους ασθενείς υπολογίστηκε η πτώση της ΑΠ στην όρθια θέση και η μεταβλητότητα του καρδιακού ρυθμού κατά την έγερση (30:15). Ασθενείς που δεν είχαν διαταραχή στις παραπάνω δοκιμασίες αποτέλεσαν την ομάδα Α (n=79) ενώ ασθενείς που εμφάνιζαν διαταραχή σε μία (ή και στις δύο) από τις δοκιμασίες λειτουργίας του ΑΝΣ που εξετάστηκαν αποτέλεσαν την ομάδα Β (n=25) 26,8%. Στην ομάδα Β η ηλικία ήταν αυξημένη σημαντικά ($35,36 \pm 9,72$ p<0,05) ενώ μη σημαντικά αυξημένη ήταν η διάρκεια του Σακχ. Διαβήτη και η HbA_{1c} (p: NS). Η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση δεν εμφάνιζαν σημαντική αύξηση στην ομάδα Β όπως και οι τιμές χοληστερόλης, τριγλυκεριδίων και LDL χοληστερόλης (p: NS).

Στα ευρήματα της EURODIAB Complications Study διαπιστώθηκε σημαντικά αυξημένη διάρκεια του Διαβήτη (p<0,001), μέσης τιμής HbA_{1c} (p<0,001) και διαστολικής αρτηριακής πίεσης (p<0,001) στην ομάδα με δυσλειτουργία του ΑΝΣ. Στην ίδια ομάδα διαπιστώθηκαν χαμηλότερα επίπεδα HDL χοληστερόλης (p<0,01) και ψηλότερα επίπεδα τριγλυκεριδίων (p<0,001). Συχνότητα νευροπάθειας ΑΝΣ 36%.

Συμπέρασμα: Η δυσλειτουργία του ΑΝΣ απαντάται αρκετά συχνά στους τύπου Ι διαβητικούς ασθενείς και συνοδεύεται από παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΜΙΑ ΜΕΘΟΔΟΣ ΚΑΤΑΔΕΙΞΗΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΔΥΝΑΜΙΚΗΣ
ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Κ. Καρμώσχος *, Κ. Χρήστου *, Α. Αλέπας *,
Χ. Μανές •, Ν. Παπαζογλου •, Θ. Μεσημέρης α
* Β' Χειρουργική κλινική, • Β' Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου,
α Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής Νοσοκομείου
" Άγιος Παύλος " Θεσ/νίκης

Η αγγειακή νόσος είναι η συχνότερη αιτία νοσηρότητας και θνητότητας του σακχαρώδους διαβήτη. Η ιδιαιτερότητα της νόσου, σε συσχέτισμό με την αρτηριοσκλήρυνση, έγκειται στο ότι πρόκειται για μικροαγγειοπάθεια με δημιουργία αυξημένης ροής αίματος σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας συνεπεία αρτηριοφλεβικών επικοινωνιών. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η κατάδειξη της ύπαρξης ταχείας ροής αίματος στον άκρο πόδα. Επλέχθηκε ομάδα 33 ασθενών που έπασχαν από πολυετία από σακχαρώδη διαβήτη, ηλικίας 35-72 ετών και έφεραν τροφικές αλλοιώσεις διαφόρου βαθμού βαρύτητας στα άκρα. Βασική προϋπόθεση ήταν ο αποκλεισμός αποφρακτικής αγγειακής νόσου. Στους αρρώστους αυτούς έγινε αιμοληψία από την μηριαία αρτηρία του πάσχοντος σκέλους, από την σύστοιχο και έγιναν μετρήσεις του PO₂. Παράλληλα με την βοήθεια ηλεκτροδίου τύπου CLARK έγινε διαδερμική οξυμετρία σε συνθήκες ηρεμίας του πάσχοντος άκρου. Από τις μετρήσεις αυτές διαπιστώθηκαν, σε ορισμένους αρρώστους, τιμές PO₂ στο φλεβικό αίμα που λίγο υπολείπονταν της πλήρους αρτηριοποίησης. Επίσης από την διαγραμματική παράσταση των αποτελεσμάτων αυτών παρατηρήθηκε ότι αυξανόμενο του PO₂ στο φλεβικό αίμα εμφανίζεται μία πτώση της οξυγόνωσης του δέρματος στην οξυμετρία του άκρου ποδός. Συμπερασματικά, η απλή αυτή μέθοδος επιβεβαιώνει την μη απελευθέρωση οξυγόνου από το αίμα στο πάσχον σκέλος ως συνέπεια της βλάβης των αρτηριολίων.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ A_{1c} (HbA_{1c}) ΜΕ ΤΗΝ ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Σπ. Ο. Μπακατσέλος, Στ. Π. Ζάνος, Αικ. Σακαλλέρου
Α΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ Δράμας

Σκοπός: Η αξία της γλυκόζης αίματος σε διαφορετικά στιγμιότυπα του 24ώρου στην εκτίμηση του μακροχρόνιου γλυκαιμικού ελέγχου (ΓΕ).

Υλικό και Μέθοδος: Σε 20 ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ, με μέση ηλικία 64±10 έτη (9 άνδρες, 11 γυναίκες), μετρήθηκε η γλυκόζη αίματος την ίδια ημέρα, πριν το πρωινό γεύμα, 2 ώρες μετά, πριν το μεσημεριανό και 5 ώρες μετά. Οι μετρήσεις της γλυκόζης και της HbA_{1c} έγιναν στους 2, 4 και 6 μήνες μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας.

Αποτελέσματα: Η HbA_{1c} εμφάνιζε υψηλότερη απλή γραμμική συσχέτιση με τις βραδυνές τιμές γλυκόζης. Η πολλαπλή γραμμική παλινδρομη ανάλυση έδειξε ότι μόνο οι βραδυνές τιμές συσχετίζονται στατιστικώς σημαντικά και ανεξάρτητα με την HbA_{1c} (p<0.01). Οι βραδυνές τιμές ήταν μικρότερες από τις πρωινές (122±49 vs 141±55, p<0.01) στους ασθενείς με καλό ΓΕ (HbA_{1c}<7%), δεν είχαν διαφορά (182±46 vs 184±50, ΜΣ) στους ασθενείς με μέτριο ΓΕ (7%<HbA_{1c}<8,5%), ενώ ήταν μεγαλύτερες (216±62 vs 188±59, p<0.01) στους ασθενείς με φτωχό ΓΕ (HbA_{1c}>8,5). Επιπλέον, οι βραδυνές τιμές είχαν την καλύτερη ευαισθησία (77%), ειδικότητα (86%), αρνητική (92,7%) και θετική (62,5%) προγνωστική αξία, για καλό ΓΕ με βάση την HbA_{1c}.

Συμπέρασμα: Στους ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με ΣΔ τύπου ΙΙ, οι βραδυνές τιμές γλυκόζης είναι καλύτερος προγνωστικός δείκτης καλού ΓΕ απ'ότι οι πρωινές, μεσημεριανές και μεταγευματικές τιμές.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΕΩΣ

Σουγιουλιτζόγλου Φ.*, Κάσση Γ.***, Falorni A.***, Διδάγγελος Τ.*, Βαμβακάς Α.***, Καραμήτσος Δ.*
*Β΄ Προπαιδ. Παθολογική Κλινική, **Β΄ Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης, ***Dipartimento Di Medicina Interna, Universita Degli Studi Di Perugia

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός μας ήταν η μελέτη ορισμένων κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών του σακχαρώδη διαβήτη κύησης (ΣΔΚ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εξετάστηκαν 42 έγκυες γυναίκες με ΣΔΚ μεταξύ της 24^{ης} και 30^{ης} εβδομάδας κύησης μέσης ηλικίας 31.73±5.91 ετών. Καταγράφηκαν το οικογενειακό και ατομικό ιστορικό, ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η έκβαση της κύησης και η επίπτωση των GAD 65 και IA-2 αντισωμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Θετικό οικογενειακό ιστορικό για διαβήτη τύπου 2 είχαν 14 ενώ για τύπου 1 είχαν 2. Άλλες νόσους είχαν 7 έγκυες. Αυτόματη έκτρωση ή εμβρυικό θάνατο ανέφεραν 16. Για 12 από αυτές ήταν η 3η κύηση και για 6 η 4η. Σε 3 περιπτώσεις επρόκειτο για διδυμη και σε μια τρίδυμη κύηση. Προηγούμενη γέννηση νεογνού > 4000 γρ. ανέφεραν οι 6.

Ο BMI ήταν 31,4±5,1. Από αυτές 22 αντιμετωπίστηκαν μόνο με δίαιτα και 20 χρειάστηκαν ινσουλίνη. Θετικά GAD 65 και IA-2 αυτοαντισώματα βρέθηκαν σε μια έγκυο, που άρχισε ινσουλινοθεραπεία. Στις μονήρεις κύσεις, το βάρος του νεογνού ήταν 3047,5±312,4 γρ., χωρίς κανένα να υπερβαίνει τα 4000 γρ. ή να χρειασθεί αναπνευστική υποστήριξη. Καισαρική τομή έγινε σε 19 από τις 42 (45%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ΣΔΚ εμφανίζεται συνθέστερα σε έγκυες μεγαλύτερης ηλικίας με ιστορικό αυτόματων εκτρώσεων ή εμβρυικού θανάτου καθώς και όσο αυξάνει ο αριθμός των κύσεων (σε ποσοστό 42,8%, επρόκειτο για την 3^η ή 4^η κύηση). Η γέννηση υπέρβαρων νεογνών μπορεί να αποφευχθεί. Διερεύνηση απαιτεί το ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό καισαρικών τομών (45%). Χρειάζονται μεγαλύτερες μελέτες για να καθοριστεί ο ρόλος των GAD 65 και IA-2 αυτοαντισωμάτων στη έγκαιρη διάγνωση του διαβήτη τύπου 1 που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια της κύησης.

Χρόνιες επιπλοκές ,μεταβολικός έλεγχος και διατροφικές συνήθειες σε διαβητικούς τύπου Ι. Σύγκριση με λοιπή Ευρώπη.

Ν. Παπάζογλου , Γ. Σκαραγκάς , Χ. Μανές , Σ. Γκουτκίδου,
Α. Νικολακόπουλος , Η. Ιωαννίδης
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης

Γίνεται συσχέτιση χρόνιων επιπλοκών, μεταβολικού ελέγχου και διατροφής σε 104 διαβητικούς τύπου Ι και σύγκριση με άλλες περιοχές της Ευρώπης σύμφωνα με την Eurodiab Complications Study.

Οι χρόνιες επιπλοκές ήταν πιο συχνές στα κέντρα της Ν. Ευρώπης (ΔΑ 45,1% ,ΔΝΦ 28,4% ,ΔΝ 27,1% ,ΚΑΝ 12,8%) έναντι 27,6% , 33,3% , 7,5% , 8,6% αντίστοιχα του δικού μας κέντρου . Η HbA1c ήταν χαμηλότερη στα κέντρα της Γερμανίας (5,9%) έναντι της ΒΔ. Ευρώπης (6,3%) και του δικού μας (9,7%) . Η χαμηλότερη πρόσληψη πρωτεϊνών , ήταν στα Γερμανικά κέντρα (15,8% επί του ενεργειακού συνόλου) έναντι 18,3% της Ν. Ευρώπης και 16,12% του δικού μας. Η πρόσληψη ολικού λίπους ήταν 36,5% στη Ν. Ευρώπη έναντι 46,24% του δικού μας , υδατανθράκων 43% της Ν. Ευρώπης έναντι 38,98 του δικού μας , κεκορεσμένων λιπαρών οξέων 12,5% έναντι 14,9% του δικού μας , χοληστερόλης 286 mg ημερ. έναντι 418,8 του δικού μας , φυτικών ινών 17gr ημερ. έναντι 17,4 του δικού μας , και αλκοόλης 0,8gr ημερ. έναντι 5,1gr του δικού μας . Βρέθηκε χαμηλότερη πρόσληψη κεκορεσμένου λίπους στη Ν. Ευρώπη και υψηλότερη ολικού λίπους , κεκορεσμένου και χοληστερόλης στην Α. Ευρώπη. Η συσχέτιση επιπέδων LDL χοληστερόλης και υπέρτασης ήταν σημαντική και απαιτείται προσοχή προς την κατεύθυνση της σωστής αντιμετώπισης των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ Ι ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΙΚΡΗ, ΕΝΑΝΤΙ ΜΕΓΑΛΗΣ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΟΥ (ΑΝΑΦΟΡΑ ΚΑΙ ΣΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ EURODIAB IDDM COMPLICATIONS STUDY) .
Ν. Παπάζογλου , Δ. Καραγιάννη , Χ. Μανές , Γ. Τζατζάγου ,
Α. Νικολακόπουλος , Ε. Φραγκουλίδου , Α. Γκάντζαρου .
Β' Παθολογική Κλινική Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης

Σκοπός : Προσδιορισμός παραγόντων που σχετίζονται με την πρόιμη ή την όιμη εμφάνιση επιπλοκών σε τύπου Ι ΣΔ .

Υλικό και μέθοδοι : Στα πλαίσια της Eurodiab Complication Study μελετήθηκαν 70 τύπου Ι διαβητικοί (32 άνδρες-38 γυναίκες) ηλικίας 14-66 ετών . Ασθενείς με διάρκεια νόσου <5 χρόνια αποτέλεσαν την ομάδα Α και με διάρκεια νόσου >14 χρόνια την ομάδα Β . Προσδιορίστηκαν : **α.** Η συχνότητα εμφάνισης μικροαγγειακών επιπλοκών και στις 2 ομάδες , **β.** Οι παράγοντες κινδύνου για την ομάδα Α , **γ.** Οι παράγοντες που προστατεύουν από την εμφάνιση επιπλοκών στην ομάδα Β .

Ευρήματα: Η συχνότητα των μικροαγγειακών επιπλοκών ήταν 30% στην ομάδα Α και 59% στην ομάδα Β , ενώ ο επιπολασμός στην Eurodiab Complications Study ήταν 25% και 72% αντίστοιχα . Οι παράγοντες κινδύνου για την ομάδα Α , ήταν το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης , ενώ η καλή γλυκαιμική ρύθμιση , η χαμηλή Α.Π. και τα χαμηλά λιπίδια φαίνεται ότι παίζουν προστατευτικό ρόλο στην όιμη εμφάνιση μικροαγγειακών επιπλοκών .

Συμπεράσματα : Το κάπνισμα και το οικογενειακό ιστορικό υπέρτασης αποτελούν παράγοντες κινδύνου για πρόιμη εμφάνιση μικροαγγειοπάθειας , ενώ ο έλεγχος της γλυκαιμίας , της υπέρτασης και των λιπιδίων , προστατεύει από την όιμη εμφάνισή της . Παρόμοια ευρήματα υπάρχουν στην Eurodiab Complications Study .

4/ΕΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ
ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ
ΒΟΡΕΙΟΥ ΕΛΛΑΔΟΣ (ΓΟΥΜΕΝΙΣΣΑ)

Κ. Σουλής, Αιμ. Σάτσογλου¹, Π. Σοφής¹, Γ. Παυλίδης, Σ. Κουκουρίκος,
Ν. Παπάζογλου²

Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΠΝΘ «Γ. Παπανικολαού»

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσ. Γουμένισσας

² Β' Παθ. Κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝΘ «Γ. Παπαγεωργίου»

Σκοπός: Καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης μακροαγγειοπάθειας στον σακχαρώδη διαβήτη και της μεταβολής διάφορων παραγόντων κινδύνου.

Ασθενείς και μέθοδοι: Διαβητικοί ασθενείς της ευρύτερης περιοχής Γουμένισσας που εξετάστηκαν το 1996 και το 2000. Η εξέταση περιελάμβανε την λήψη ιστορικού για Στεφανιαία Νόσο, ΑΕΕ και περιφερική αγγειοπάθεια, ΗΚΓ (ταξινόμηση κατά Minnesota), επισκόπηση κάτω άκρων, λήψη ΑΠ κ. άκρων με την χρήση υπερήχων, μέτρηση της ΑΠ, ύψους, βάρους και περιμέτρων μέσης και ισχίων. Ως ΣΝ ορίσθηκε θετικό ιστορικό ή ΗΚΓ/φρημα παθολογικό, ως ΑΕΕ θετικό ιστορικό και ως περιφερική αγγειοπάθεια θετικό ιστορικό ή επισκόπηση ή σφυροβραχιόνιος δείκτης <0,9.

Αποτελέσματα: Μέχρι τώρα μελετήθηκαν 71 ασθενείς από σύνολο 208. Κατά τον χρόνο της 1^{ης} εξέτασης η μέση ηλικία τους ήταν 65,1 (45-78) έτη, η μέση ηλικία έναρξης της νόσου 52,6 (31-74) έτη και η μέση διάρκεια της νόσου 5,8 (1-28) έτη. Το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ των 2 εξετάσεων ήταν 4,1 (3,6-4,6) έτη. Μεταξύ των 2 εξετάσεων διαπιστώθηκε διπλασιασμός των ΕΜ (7-14), οφειλόμενος αποκλειστικά στις γυναίκες, και 5/πλασιασμός των ΑΕΕ (2-10). Ο επιπλοκασμός της αρτηριακής υπέρτασης αυξήθηκε κατά 50% περίπου, ενώ σημαντική αύξηση παρατηρήθηκε και στην εμφάνιση της περιφερικής αγγειοπάθειας. Κατά την περίοδο αυτή δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή στους δείκτες του σωματικού βάρους ενώ παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή του είδους θεραπείας με σημαντική αύξηση της ομάδας ινσουλίνης έναντι της ομάδας της δίαιτας.

Συμπεράσματα: Η έρευνα μας, της οποίας αποτελεί πρόδρομη δημοσίευση η παρούσα ανακοίνωση, εντάσσεται στα πλαίσια επιδημιολογικών ερευνών στον Βορειοελλαδικό χώρο που σκοπεύουν να καλύψουν, κατά το δυνατόν, το υπάρχον κενό στον Ελλαδικό χώρο. Τα ευρήματά μας συμφωνούν με ανάλογα άλλων μελετών αναφορικά με την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης των καρδιαγγειακών επιπλοκών και της ισοδύναμης συμμετοχής των γυναικών. Επίσης καταδεικνύουν τον προοδευτικά επιδεινούμενο χαρακτήρα του διαβήτη.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΙΠΙΔΙΩΝ
ΣΕ ΤΥΠΟΥ Ι ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Παπάζογλου Ν, Μανές Χ, Καραγιάννη Δ, Σκαραγκάς Γ, Σκούτας Δ,
Κούτσιου Κ

Β' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν.
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να προσδιορισθούν παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένες τιμές λιπιδίων στους τύπου Ι διαβητικούς ασθενείς εκτός των συνήθως αναφερομένων (ρύθμιση, διαίτας και άσκησης). Η μελέτη έγινε στα πλαίσια της Eurodiab Complications Study.

Εξετάσθηκαν συνολικά 103 (47 άνδρες, 56 γυναίκες) ασθενείς τύπου Ι με μέση ηλικία (έτη) $32,25 \pm 10,83$, μέση διάρκεια νόσου (έτη) $13,2 \pm 7,86$ και HbA_{1c} $9,64 \pm 2,06$.

Στους ασθενείς έγιναν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (ύψος, βάρος, περίμετρος μέσης και ισχίων) και μετρήθηκαν τα λιπίδια του ορού και η HbA_{1c} (στα κεντρικά εργαστήρια).

Αποτελέσματα: α) ως προς το φύλο. Στις γυναίκες βρέθηκαν αυξημένες τιμές χοληστερόλης ($224,8 \pm 46,93$ προς $200,3 \pm 43,87$ $p < 0,05$) αλλά και αυξημένη HDL ($61,22 \pm 14,71$ προς $50,14 \pm 12,9$ $p < 0,05$). β) ως προς την ηλικία. Ασθενείς άνω των 30 ετών εμφανίζουν υψηλότερες τιμές χοληστερόλης ($237,4 \pm 46,13$ προς $190,3 \pm 35,2$ $p < 0,05$), τριγλυκεριδίων ($168,8 \pm 115,9$ προς $106,3 \pm 71,95$ $p < 0,05$) και LDL ($150,4 \pm 38,5$ προς $110,63 \pm 32,52$ $p < 0,05$). Σε σχέση με την παχυσαρκία: Ασθενείς με $BMI \geq 25$ εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές χοληστερόλης ($232,9 \pm 43,18$ προς $204,5 \pm 46,48$ και LDL ($142,97 \pm 40,27$ προς $121,53 \pm 38,78$ $p < 0,05$). Η κεντρική δε παχυσαρκία επηρέαζε κυρίως τις τιμές χοληστερόλης ($238,8 \pm 54,35$ προς $209,3 \pm 44,76$ $p < 0,05$). Οι καπνιστές εμφανίζουν μείωση της HDL ($51,86 \pm 12,74$ προς $58,91 \pm 15,75$) ενώ στο συνολικό πληθυσμό της Eurodiab διαπιστώθηκε επιπλέον και αύξηση των τριγλυκεριδίων στους καπνιστές.

Συμπέρασμα: τα επίπεδα λιπιδίων του ορού επηρεάζονται αξιοσημείωτα α) από ατομικούς παράγοντες και β) από παράγοντες στους οποίους μπορούμε να παρέμβουμε.

ΛΙΠΙΔΙΑ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑ ΣΕ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΔ.: The EURODIAB IDDM Complications Study. Συγκριτικά αποτελέσματα με το Κέντρο μας.

Παπαζογλου Ν., Σουλής Κ., Παπαδέλη Ε., Κυρκουδης Α., Καζάρας Ι., Χαριτίδης Ε., Τσιανάκα Α.
Β' Παθολ. Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν.
"ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ" Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Διερεύνηση σχέσης μεταξύ της λευκωματουρίας και των λιπιδίων νηστείας στους συμμετέχοντες στην EURODIAB IDDM Complications Study και σύγκριση των αποτελεσμάτων με τα ευρήματα των δικών μας ασθενών.
Μέθοδοι: Η EURODIAB Study είναι πολυκεντρική μελέτη και περιλαμβάνει 3250 ΔΑ από 31 Κέντρα 16 Ευρωπαϊκών χωρών. Τα λιπίδια ορού και η λευκωματίνη ούρων μετρήθηκαν κεντρικά. Η μελέτη αναφέρεται σε 2205 ασθενείς, εκ των οποίων 106 από το Κέντρο μας, που εξετάστηκαν μετά από ολονύκτια νηστεία 10-12 ωρών. Η μέση ηλικία ΔΑ του Κέντρου μας ήταν 33+10 και 31,3+10,5 για άνδρες γυναίκες αντίστοιχα και η μέση διάρκεια ΣΔ 15+9 και 12,7+8,8 έτη.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός της μικρολευκωματουρίας (MI) ήταν 21,7% (EURODIAB) και 37% (Θεσ/νίκη) και της μακρολευκωματουρίας (MA) 7,8% και 6,0% αντίστοιχα. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε συσχέτιση της MA με τα λιπίδια και τις σχέσεις τους. Η MI στην EURODIAB συσχετίσθηκε μόνο με αυξημένα τριγλυκερίδια ενώ στην δική μας ομάδα όχι.

Συμπεράσματα: Επιβεβαιώνεται η ύπαρξη σχέσης μεταξύ των λιπιδίων νηστείας και την απέκκριση λευκώματος από τα ούρα, τόσο στο σύνολο των ΔΑ της EURODIAB όσο και του Κέντρου μας σε τύπου 1 ΔΑ. Στους MI ΔΑ, όμως, η συσχέτιση είναι πολύ ασθενέστερη, γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στην παρουσία και άλλων παραγόντων που ενοχοποιούνται για την εμάνιση υψής δυσλιπιδαιμίας.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ II ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΠΑΘΗ ΑΣΤΟΧΙΑ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Σπ. Ο. Μπακατσέλος, Μ. Ιορδανίδου*, Στ. Π. Ζάνος, Ε. Αλβανού, Μ. Σαμαρά, Α. Θεοδωράκης*
Α' Παθολογική Κλινική, και *Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ Δράμας

Σκοπός: Η επίδραση της ινσουλινοθεραπείας στα επίπεδα των λιπιδίων πλάσματος ασθενών με ΣΔ τύπου II και δευτεροπαθή αστοχία.

Υλικό και Μέθοδος: Τα επίπεδα ολικής χοληστερόλης (OX), τριγλυκεριδίων, LDL και HDL χοληστερόλης, ApoB και ApoA1 μελετήθηκαν προοπτικά σε 20 ασθενείς μέσης ηλικίας 64±10 ετών, μετά την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη. Οι μεταβολές των λιπιδίων εκτιμήθηκαν με τον υπολογισμό των μέσων τιμών τριών στιγμιοτύπων πριν (1, 2 και 3 μήνες), και τριών στιγμιοτύπων μετά την έναρξη ινσουλίνης (2, 4 και 6 μήνες). Ο γλυκαιμικός έλεγχος εκτιμήθηκε με την HbA_{1c} και τη γλυκόζη νηστείας, μεταγενεματικής και μεταπορροφητικής περιόδου, στο ίδιο 24ωρο.

Αποτελέσματα: Η γλυκόζη μειώθηκε με την ινσουλινοθεραπεία σε όλες τις μετρήσεις ($p < 0,01$), όπως και η HbA_{1c} ($p < 0,01$). Παρατηρήθηκε ελάττωση των τριγλυκεριδίων ($205,8 \pm 118$ vs $169 \pm 105,7$, $p < 0,01$) και αύξηση των επιπέδων HDL ($34,3 \pm 9,2$ vs $44,14 \pm 10,1$, $p < 0,001$). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή των επιπέδων της OX, της LDL, της ApoB, της ApoA1 και του λόγου ApoB/ApoA1. Οι μεταβολές των λιπιδίων δεν συσχετίστηκαν με τις μεταβολές της HbA_{1c}.

Συμπεράσματα: Η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου δεν συνοδεύτηκε από αντίστοιχη μεταβολή των ισχυρότερων παραγόντων κινδύνου για αθηρωμάτωση (OX, LDL, ApoB), ενώ παρατηρήθηκε βελτίωση των λιπιδίων με πιθανώς μικρότερη σημασία στην αθηρωμάτωση (τριγλυκερίδια, HDL).

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΤΟΥ ΟΡΟΥ ΜΕΤΑ 4ΜΗΝΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Μ. Μπουγουλιά, Θ. Τζώτζας, Η. Ευθυμίου, Ε. Νικοπούλου, Γ.Ε. Κρασσάς
Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού,
Β' Νοσοκομείο ΙΚΑ Παναγία, Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να εκτιμήσουμε τις μεταβολές των επιπέδων των λιποπρωτεϊνών (ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, LDL, HDL) σε ομάδα υγιών παχύσαρκων γυναικών μετά από χορήγηση ορλιστάτης για διάστημα 4 μηνών

Υλικό-Μέθοδοι

24 παχύσαρκες γυναίκες μέσης ηλικίας 39.1±6.5 χρ (BMI 35.9±3.6 kg/m²) ακολούθησαν πρόγραμμα ήπιας ολιγοθερμιδικής διαίτας σε συνδυασμό με ορλιστάτη για διάστημα 4 μηνών (ομάδα Α). 14 παχύσαρκες γυναίκες παρόμοιας ηλικίας και BMI χρησιμοποιήθηκαν σαν μάρτυρες και ακολούθησαν μόνο το πρόγραμμα της ολιγοθερμιδικής διαίτας (ομάδα Β). Και στις 2 ομάδες έγινε βιοχημικός έλεγχος πριν και 4 μήνες μετά το πρόγραμμα απώλειας βάρους και εκτιμήθηκαν: Ολική χοληστερόλη (ΧΟΛ), τριγλυκερίδια (ΤΡΛ), LDL (υπολογισμός κατά Friedewald), HDL χοληστερόλη και σάκχαρο ορού (ΣΑΧ).

Αποτελέσματα

	ΟΜΑΔΑ Α		ΟΜΑΔΑ Β	
	Πρό	Μετά ΟΡΛ	Πρό	Μετά Δ
Βάρος (Kg)	91.5±14.1	83.4±10.1**	97.6±12.1	93.0±8.7**
BMI Kg/m ²	35.9±3.6	32.2±4.5***	36.6±3.5	34.9±3.8***
WHR	0.89±0.07	0.88±0.08	0.88±0.06	0.86±0.05
ΧΟΛ mg%	197.8±27.9	169.1±23.8***	220.4±39.8	205.1±36.5**
ΤΡΛ mg%	106.8±42.6	111.2±49.0	134.7±35.8	129.1±30.3
LDL mg%	125.2±22.9	105.8±19***	142.8±33.8	129.3±22.2
HDL mg%	43.3±7.2	42.4±8.8	41.7±6.7	38.7±5.2**
ΣΑΧ mg%	95.5±9.1	89.7±8.8**	95.1±6.8	89±7.1***

** p<0.01, ***P<0.005

Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικότερη μείωση της ΧΟΛ και LDL στην ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β.

Συμπέρασμα

Η χορήγηση ορλιστάτης σε συνδυασμό με ήπια ολιγοθερμιδική διαίτα για 4 μήνες σε υγιείς παχύσαρκες γυναίκες προκαλεί σημαντική μείωση των επιπέδων ολικής και LDL χοληστερόλης. Η μείωση αυτή είναι μεγαλύτερη σε σχέση με αυτή που παρατηρήθηκε στην ομάδα που ακολούθησε μόνο ολιγοθερμιδική διαίτα. Η χορήγηση της ορλιστάτης για το διάστημα της μελέτης αποδείχθηκε ασφαλής.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΚΑΙ ΡΥΘΜΟΣ ΑΠΕΚΚΡΙΣΗΣ ΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΗΣ ΣΤΑ ΟΥΡΑ ΤΥΠΟΥ 2 ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μανές Χρ., Μάρας Π., Γκαγκάλης Α., Ιτσκάρα Ε., Λυμπέρη Κ., Καβάκη Δ.
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκης,
Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Νάουσας.

Παλαιότερες μελέτες έχουν δείξει πως το ινωδογόνο είναι παράγων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο και ότι ασθενείς με τύπου 1 Σακχαρώδη Διαβήτη και πρωτεϊνουρία έχουν αυξημένα επίπεδα ινωδογόνου.

Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκαν τα επίπεδα ινωδογόνου σε σχέση με την απέκκριση λευκωματίνης στα ούρα διαβητικών ασθενών τύπου 2. Εξετάστηκαν συνολικά 92 ασθενείς (άνδρες=40, γυναίκες=52) με μέση ηλικία (έτη) 64,2±9,8, μέση διάρκεια Σακχαρώδη Διαβήτη (έτη) 5,97±3,51 και μέση τιμή HbA_{1c} 8,14±2,05. Ασθενείς με τιμή Αλβουμίνης/Κρεατινίνης (Α/Κ) μικρότερη του 30 mg/g αποτέλεσαν την ομάδα Α (n=51) και ασθενείς με Α/Κ μεγαλύτερη ή ίση του 30 αποτέλεσαν την ομάδα Β (n=41). Στις δύο ομάδες δεν διαπιστώθηκαν διαφορές στις συγκεντρώσεις ινωδογόνου ορού (g/L) (4,16±0,82 προς 4,37±1,04 p=NS, αντίστοιχα).

Στη συνέχεια οι ασθενείς διακρίθηκαν σε δύο άλλες ομάδες Α₁ (n=74) με Α/Κ<100 και Β₁ (N=18) με Α/Κ≥100. Οι τιμές του ινωδογόνου ήταν σημαντικά αυξημένες στην ομάδα Β₁ (4,16±0,81 προς 4,615±1,05, p<0,05).

Συμπέρασμα: Αυξημένα επίπεδα ινωδογόνου ανευρίσκονται σε τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς με αρκετά αυξημένο ρυθμό απέκκρισης λευκωματίνης στα ούρα.

Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2.

Δημητρίογλου Ν., Σαμαρτζίδης Κ., Ρόζη-Πάνου Παρασκ., Μάρκου Φανή.

Διαβητολογικό Ιατρείο νοσοκομείου Σερρών

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ: Η αντίσταση στην ινσουλίνη (ANT) αποτελεί πρωταρχικό αιτιοπαθογενετικό παράγοντα του διαβήτη τύπου 2, αλλά ο προσδιορισμός της στην καθημέρα πράξη προσκρούει στην πολυπλοκότητα των αναγνωρισμένων μεθόδων. Μελετάται το γινόμενο [C-πεπτιδίο Χ γλυκαιμία νηστείας] ως μέτρο της ANT. Λογικά, υψηλή συγκέντρωση C-πεπτιδίου (ή ινσουλίνης), παρουσία υψηλής ή φυσιολογικής στάθμης γλυκόζης, υποδηλώνει την ύπαρξη ANT, και μάλιστα, τόσο πιο υψηλής, όσο πιο μεγάλο είναι το γινόμενό τους.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ: Σε σύγκριση με μία ομάδα ελέγχου με παρόμοιο BMI, η έτσι εκτιμηθείσα σε 1000 διαβητικούς τύπου 2 ANT βρέθηκε (X±SD) πολύ μεγαλύτερη (721,8±454 έναντι 226,9±70,5), με εύρος 120-3640 (έναντι 78-360). Λίγοι μόνο από τους διαβητικούς (12,6%) είχαν ANT < X+2 SD της ομάδας ελέγχου (αλλά και σ' αυτούς η μέση τιμή ήταν μεγαλύτερη - 293 ± 60, έναντι 226,9 ± 70,5), ενώ οι υπόλοιποι πολύ μεγαλύτερη. Οι διαβητικοί με μεγαλύτερη ANT, συγκρινόμενοι προς αυτούς με μικρότερη, είχαν υψηλότερη στάθμη C-πεπτιδίου (5,06 ± 2,22, έναντι 2,06 ± 0,50 ng/ml) και γλυκαιμίας νηστείας (198 ± 48, έναντι 148 ± 36 mg/dl), υψηλότερο BMI (29,4 ± 3,9, έναντι 28,0 ± 3,4 Kg/m²), και μεγαλύτερο επιπολασμό δυσλιπιδαιμίας (59,1%, έναντι 22,0%) και υπέρτασης (65,3%, έναντι 37,2%). Το στικτόγραμμα συσχέτισης γλυκαιμίας (=y) και C-πεπτιδαίμιας νηστείας (=x) έχει μορφολογία "U" και μπορεί να διαχωρίζει τους διαβητικούς σ' αυτούς με έλλειμμα ινσουλίνης κυρίως (στο ένα σκέλος του U) και σ' αυτούς με ANT κυρίως (στο άλλο σκέλος). Σε μία παράλληλη μελέτη 20 πρωτοδιαγνωσθέντων υπέρβαρων / παχύσαρκων διαβητικών τύπου 2, οι οποίοι εφάρμοσαν ως μόνη θεραπεία την απώλεια βάρους και το βάδισμα (8 Km/H), η αρχική ANT μειώθηκε από 1249 ± 414 σε 352 ± 49, επειδή μειώθηκαν, τόσο η γλυκαιμία (από 230 ± 37,8 σε 94 ± 10 mg /dl), όσο και το C-πεπτιδίο νηστείας (από 4,4 ± 1,3 σε 3,7 ± 0,4 ng/ml).

ΣΥΜΠΕΡΑΙΝΟΥΜΕ ότι το γινόμενο [C-πεπτιδίο Χ γλυκαιμία νηστείας] αποτελεί ικανοποιητικό για κλινικούς σκοπούς αδρό δείκτη της ANT και, προκειμένου να γίνεται μία ορθολογική αιτιοπαθογενετική επιλογή της θεραπείας (κυρίως ANT ή κυρίως έλλειμμα ινσουλίνης), θα πρέπει να εκτιμάται σε κάθε διαβητικό, μαζί με τη βασική τουλάχιστον έκκριση της ινσουλίνης. Ακόμη, ότι η απώλεια βάρους και το βάδισμα μειώνουν ικανοποιητικά την ANT, τουλάχιστον στην αρχική φάση του κλινικού διαβήτη τύπου 2, με BMI ≥ 27 Kg/m².

ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΜΕ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΥΠΕΡΙΝΣΟΥΛΙΝΑΙΜΙΚΟ CLAMP ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΘΗΚΩΝ (PCOS)

Αν. Τσάπας¹, Γ. Κόιος², Ελ. Ιωαννίδου¹, Ελ. Μπεκιάρη¹, Μ. Παπαδόπουλος², Ι. Μπόντης².

¹Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Β' Μαιευτική & Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκης

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωθηκών (PCOS) είναι μια από τις συχνότερες διαταραχές των γυναικών της αναπαραγωγικής ηλικίας που χαρακτηρίζεται από υπερανδρογοναιμία και χρόνια ανωοθυλακιορρηξία. Η αιτιολογία του παραμένει άγνωστη. Το 1921 οι Achard και Thiers περιέγραψαν για πρώτη φορά τη συσχέτιση μεταξύ υπερανδρογοναιμίας και διαταραχής στον μεταβολισμό των υδατανθράκων με τον όρο "diabete des femmes a barbe". Σήμερα πλέον γνωρίζουμε ότι η υπερινσουλιναιμία αποτελεί χαρακτηριστικό εύρημα του συνδρόμου που πιθανόν να συμμετέχει στην υπερανδρογοναιμία. Η ινσουλिनoαντοχή πιθανόν να αποτελεί τον παθογενετικό κρίκο μεταξύ τους.

Σκοπός της εργασίας ήταν η μέτρηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη με υπερινσουλιναιμικό ευγλυκαιμικό clamp σε γυναίκες με PCOS.

Υλικό - Μέθοδοι: Μελετήθηκαν συνολικά 11 ασθενείς με PCOS, ηλικίας 29,2±7 και BMI 28,8±8,5, οι οποίες προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία για διαταραχές της εμμήνου ρύσεως, υπερτρίχωση ή υπογονιμότητα. Η διάγνωση βασίστηκε στην παρουσία υπερανδρογοναιμίας (ακμή, υπερτρίχωση, λιπαρότητα δέρματος), χρόνιας ανωοθυλακιορρηξίας και υπερηχογραφικών και εργαστηριακών ευρημάτων, και ετέθη βάσει των κριτηρίων του NIH. Με βάση το BMI χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α BMI>25 και ομάδα Β BMI<25. Στη συνέχεια υποβλήθηκαν σε ευγλυκαιμικό υπερινσουλιναιμικό clamp.

Ευρήματα:

	Ομάδα Α (n=6)	Ομάδα Β (n=5)
Ηλικία	29,5±6,8	29±8
BMI	35,8±3,9	20,4±1,4
Ινσουλίνη νηστείας	18,1±8,4	7,1±4,3
M (ρυθμός καταν. γλυκόζης)	3,8±0,9	7,6±2,3

Συμπεράσματα : Η έλλειψη ξεκάθαρου αιτιολογικού μηχανισμού για το PCOS, οδήγησε στην εφαρμογή συμπτωματικών θεραπειών, με ελάχιστες αυτών να βελτιώνουν όλες τις πλευρές του συνδρόμου. Φάρμακα που βελτιώνουν την ευαισθησία στην ινσουλίνη και μειώνουν τα επίπεδα της κυκλοφορούσης ινσουλίνης θα μπορούσαν να αποτελέσουν μία νέα θεραπευτική προσέγγιση του PCOS. Η αναγνώριση της υποομάδας των γυναικών που είναι πιο ινσουλινoάντοχες, θα βοηθούσε στην επιλογή των γυναικών που θα απαντούσαν σε αυτή τη θεραπεία.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΑΝΤΑΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Κ. Βολιώτης¹, Η. Σταυρίδης¹, Ν. Σάιλερ¹, C. Drengenberg², R. Gröning²,
Μ. Γεωργαράκης³

1. Α' Παθολογική Κλινική Ιπποκράτειου Γ.Π. Νοσ. Θεσ/νίκης
2. Institut Für Pharmaceutische Technologie, Münster, Germany
3. Εργαστήριο Φαρμακοτεχνική και ελέγχου φαρμάκων
Τμήμα Φαρμακευτικής Α.Π.Θ

Σκοπός: Να δοκιμασθεί για πρώτη φορά σε άνθρωπο παγκοσμίως μια πειραματική βιολογικά ελεγχόμενη αντλία ινσουλίνης.

Υλικό και μέθοδοι: Η αντλία αυτή αυτορυθμίζεται από την συγκέντρωση της γλυκόζης ενός δείγματος αίματος του ασθενούς που επωάζεται με μύκητα σε βιοαντιδραστήρα. Το CO₂, που παράγεται από τη ζύμωση της γλυκόζης, ελέγχει τον ρυθμό και την ποσότητα της I.V. απελευθέρωσης της ινσουλίνης (H-Tropin; Hoechst AG). Ο βιοαντιδραστήρας αλλάζεται κάθε 45 min. και χρησιμοποιείται νέο δείγμα αίματος. Για λόγους ασφαλείας ελέγχεται συγχρόνως η τιμή του σακχάρου του αίματος του ασθενούς.

Την πρώτη ημέρα τέσσερις τύπου I διαβητικοί σε σχήμα εντατικής ινσουλινοθεραπείας, με μέση δόση ινσουλίνης 64 i.u. μέση ηλικία 22 έτη, μέσο BMI 26,1kg/m² και μέση διάρκεια διαβήτη 9 έτη, υπεβλήθησαν σε ανά 45 min. ελέγχους σακχάρου αίματος τουλάχιστον για 4 ώρες, μετά τη λήψη προγεύματος. Την επομένη ακολουθήθηκε η ίδια διαδικασία με το ίδιο πρόγευμα και χρησιμοποιήθηκε η ανωτέρω περιγραφείσα βιολογικά ελεγχόμενη αντλία ινσουλίνης.

Αποτελέσματα: Οι συγκεντρώσεις του σακχάρου αίματος των ασθενών ήταν ικανοποιητικές με την χρήση της αντλίας σε σχέση με τη συνήθη θεραπεία τους και δεν παρουσιάστηκε καμία επιπλοκή πλην ελαφρών υπογλυκαιμιών. Η μέση δόση ινσουλίνης ήταν 13.25 i.u. με την αντλία και 11.25 i.u. με τις ενέσεις.

Συμπέρασμα: Η βιολογικά ελεγχόμενη αντλία που δοκιμάστηκε φαίνεται να είναι ασφαλής και λειτουργεί ικανοποιητικά, αφού δε δοκιμασθεί σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών θα μπορούσε στο μέλλον να χρησιμοποιηθεί π.χ σε διαβητικούς στη διάρκεια χειρουργικών επεμβάσεων.

ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΕΠΑΣΒΕΣΤΩΣΗΣ ΑΟΡΤΙΚΟΥ ΤΟΞΟΥ ΣΕ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ II ΕΝΑΝΤΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γ. Συμεωνίδης, Ν. Παπάνας, Ι. Γιαννάκης, Γ. Μαυρίδης, Γ. Λακασάς,
Ι. Αρτόπουλος

Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής Ν.Γ.Ν.Θ. "Ο Άγιος Δημήτριος"
Ακτινολογικό Εργαστήριο Ν.Γ.Ν.Θ. "Ο Άγιος Δημήτριος"

Σκοπός της εργασίας είναι η μελέτη της βαρύτητας επασβέστωσης του αορτικού τόξου σε διαβητικούς τύπου II έναντι μη διαβητικών ασθενών. Συμπεριελήφθησαν 432 ασθενείς, που χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: στην ομάδα Α εντάχθηκαν 209 διαβητικοί με μέση ηλικία 59,32 έτη, ενώ στην ομάδα Β 223 μη διαβητικοί ασθενείς με μέση ηλικία 60,27 έτη. Η μέση ηλικία στις δύο ομάδες δεν διέφερε σημαντικά. Η επασβέστωση του αορτικού τόξου βαθμολογήθηκε με ακτινογραφία θώρακος ως εξής: βαθμού 0 (απουσία επασβέστωσης), βαθμού 1 (σπικτές επασβετώσεις ή μονήρης λεπτή επασβέστωση αορτικού κομβίου), βαθμού 2 (μία ή περισσότερες πεπαχυμένες επασβετώσεις), βαθμού 3 (δακτυλιοειδής επασβέστωση αορτικού κομβίου). Εκτιμώμενη χωριστά σε κάθε ομάδα, η βαρύτητα της επασβέστωσης συσχέτισθηκε, τόσο στην ομάδα Α όσο και στην ομάδα Β, με την ηλικία, την αρτηριακή υπέρταση, τη στεφανιαία νόσο και τη δυσλιπιδαιμία, αλλά όχι με το φύλο ή το κάπνισμα (για όλες τις συσχετίσεις $p < 0,05$). Τέλος η βαρύτητα της επασβέστωσης ήταν σημαντικά μεγαλύτερη στην ομάδα Α ($p = 0,03$). Συμπερασματικά, τόσο σε διαβητικούς τύπου II όσο και σε μη διαβητικούς ασθενείς η βαρύτητα επασβέστωσης του αορτικού τόξου συσχετίζεται θετικά με την ηλικία, την αρτηριακή υπέρταση, τη στεφανιαία νόσο και τη δυσλιπιδαιμία, ενώ είναι σημαντικά μεγαλύτερη σε διαβητικούς τύπου II έναντι μη διαβητικών ίδιας ηλικίας.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Χ. Γιούσεφ*, Δ. Σιμελίδης, Χ. Σεβαστόπουλος
Μ. Μπαλτατζή, Χ. Φωτιάδου, Π. Λεβαντάκης*.
Μονάδα Τεχνητού Νεφρού*, Παθολογική κλινική
και Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο (ΕΔΙ)
του Γ.Ν.Νοσοκομείου Κοζάνης

Σκοπός της εργασίας ήταν ο έλεγχος της νεφρικής λειτουργίας (ΝΛ) σε ασθενείς μετά από 10 χρόνια γνωστού σακχαρώδη διαβήτη τύπου ΙΙ.

Ελέγχθηκαν 427 διαβητικοί του ΕΔΙ ως προς την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια του διαβήτη, τη θεραπευτική αγωγή, την αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, τα λιπίδια του ορού, το βυθό των οφθαλμών και τη νεφρική λειτουργία. Αποκλείστηκαν οι διαβητικοί με έναρξη της νόσου μετά την ηλικία των 65 ετών.

Ελέγχθηκαν 427 διαβητικοί, οι 400, 152 άνδρες (Α) και 248 γυναίκες (Γ), μέσης ηλικίας 66,5±7 έτη και μέσης διάρκειας διαβήτη 16±5 έτη είχαν φυσιολογική κρεατινίνη ορού και σε 27, 15Α και 12 Γ, μέσης ηλικίας 68,5 ± 6.έτη, με μέση διάρκεια διαβήτη 18,5 ± 6 έτη βρέθηκε μειωμένη ΝΛ (κρεατινίνη ορού >1,5 mg% σε δύο διαδοχικές μετρήσεις). Από τους διαβητικούς με φυσιολογική ΝΛ, 4 (1%) ρυθμίζονταν με δίαιτα, 243 (61%) με υπογλυκαιμικά δισκία και 153 (38%) με ινσουλίνη έναντι 0%, 33% (9/27) και 67% (18/27) αυτών με μειωμένη ΝΛ αντίστοιχα (p <0.01). 210 (52,5%) από τους διαβητικούς με φυσιολογική ΝΛ είχαν υπέρταση, 88 (22%) δυσλιπιδαιμία, 36 (9%) ήσαν καπνιστές και σε 98 / 321 (30,5%) βρέθηκε διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Στους πάσχοντες από μειωμένη ΝΛ τα αντίστοιχα ποσοστά ήσαν 59% (16/27), 56% (15/27) (p < 0.001), 8% (2/27) και 68% (15/22) (p < 0.001).

Συμπεράσματα: 6,3% των διαβητικών του ΕΔΙ του Νοσοκομείου μας, με διάρκεια διαβήτη πάνω από 10 χρόνια, παρουσιάζει μείωση της νεφρικής λειτουργίας. 67% από αυτούς ήταν σε αγωγή με ινσουλίνη όταν διαπιστώθηκε η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας και στο 68% βρέθηκε αμφιβληστροειδοπάθεια..

Η ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΑΠΟ ΤΟ ΕΡΥΣΙΠΕΛΑΣ

Φωτεινή Καμάρια, Αμαλία Κοκκινομάγουλου, Π. Κουτσιδής, Λ. Σιδηρόπουλος,
Α. Παπαχρήστου

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Ειδικών Παθήσεων Θεσσαλονίκης

Σε παλιότερη εργασία της Κλινικής φάνηκε ότι το ερυσίπελας (Ε) διαδράμει βαρύτερα στους διαβητικούς. Η παρούσα έγινε με σκοπό τη μελέτη της απορρυθμίσεως του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) από το Ε. **Υλικό & μέθοδοι.** Μελετήθηκαν 42 άτομα με Ε μέσης ηλικίας (Χ±SE) 63,9±1,7 ετών, ♂=16, ♀=26 & με ΣΔ τύπου ΙΙ, μέσης διάρκειας 8,1±1,0 ετών που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική τα έτη 1995-1999. Οι ασθενείς χωρίστηκαν με βάση: α) την ηλικία, σε μεσήλικες (40-65) & υπερήλικες (>65 ετών), β) τη διάρκεια του ΣΔ, σε παλαιούς (>5 έτη) & νέους διαβητικούς (σε 11 ο ΣΔ πρωτοδιαγνώστηκε στην εισαγωγή τους), γ) τον αριθμό των προσβολών από το Ε σε άτομα με 1 προσβολή και σε αυτά με 2 ή περισσότερες, δ) τη διενέργεια ή μη ινσουλινοθεραπείας (ΙΝΘ) πριν, κατά & μετά τη νοσηλεία για το Ε. Ακόμη αξιολογήθηκαν η διάρκεια νοσηλείας, οι τιμές της γλυκόζης εισόδου και οι μέγιστες τιμές της, ο αριθμός των λευκοκυττάρων και η ΤΚΕ. **Αποτελέσματα.** 1. Οι παλαιοί διαβητικοί, σε σχέση με τους νέους, έκαναν ΙΝΘ κατά τη νοσηλεία τους σε σημαντικά μεγαλύτερη αναλογία (68,75% και 26,7% αντίστοιχα, p<0,05). 2. Τα άτομα με 1 μόνο προσβολή Ε, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα, είχαν μέγιστη τιμή γλυκόζης κατά τη νοσηλεία τους σημαντικά υψηλότερη (286,5±14,5 και 239,3±16,0 mg/dl αντίστοιχα, p<0,05). 3. Οι διαβητικοί με υψηλή τιμή γλυκόζης (>250 mg/dl) στην εισαγωγή τους, σε σχέση με τους λοιπούς: α) είχαν σχετικά μεγαλύτερο αριθμό λευκοκυττάρων κ.κ.χ. (11.452±843 και 9.400±695 αντίστοιχα, p<0,1), β) έκαναν ΙΝΘ κατά τη νοσηλεία τους σε πολύ μεγαλύτερη αναλογία (73,9% και 15,8% αντίστοιχα, p<0,001), γ) συνέχισαν την ΙΝΘ μετά την αποθεραπεία του Ε σε σχετικά μεγαλύτερη αναλογία (34,8% και 5,26% αντίστοιχα, p<0,1). 4. Τα άτομα που έκαναν ΙΝΘ πριν από τη νοσηλεία, ως προς τα υπόλοιπα είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές ΤΚΕ (80,7±11,9 και 54,9±4,7 χιλ/1^η ώρα αντίστοιχα, p<0,05). 5. Αυτοί με ΙΝΘ κατά τη νοσηλεία (άσχετα με την προηγούμενη θεραπεία) είχαν, σε σχέση με τους υπόλοιπους: α) σημαντικά μεγαλύτερο αριθμό λευκοκυττάρων κ.κ.χ. (11.810±938 και 9464±645 αντίστοιχα, p<0,05), β) πολύ μεγαλύτερη διάρκεια ΣΔ (10,7±1,5 και 5,5±0,9 έτη αντίστοιχα, p<0,01), γ) πολύ σημαντικά μεγαλύτερη τιμή γλυκόζης εισόδου (302,8±11,3 και 208,7±14,6 mg/dl αντίστοιχα, p<0,0001). 6. Η αύξηση του ποσοστού της ΙΝΘ στη νοσηλεία, σε σχέση με πριν ήταν: α) στους μεσήλικες σημαντική (από 10,5% σε 47,4%, p<0,05), ενώ στους υπερήλικες λιγότερο σαφής (από 17,4% σε 47,8%, p<0,1), β) στα άτομα με 1 μόνο προσβολή Ε, σημαντική (από 18,5% σε 51,8%, p<0,05), ενώ στα άτομα με >1 προσβολή, λιγότερο σαφής (από 6,7% σε 40,0%, p<0,1), γ) στα άτομα με μεγάλη διάρκεια ΣΔ, σημαντική (από 31,2% σε 68,7%, p<0,05), αλλά μη σημαντική στα άτομα με μικρή διάρκεια ΣΔ. 7. Σε κανέναν δεν εμφανίστηκε διαβητική κετοξέωση, ενώ 5 άτομα εμφάνισαν οξυνοουρία. **Συμπερασματικά,** ο ΣΔ απορρυθμίζεται σημαντικά από την συνύπαρξη του Ε, όπως φαίνεται από τη μεγαλύτερη ανάγκη για ΙΝΘ, περισσότερο εμφανή στους μεσήλικες και στους παλαιούς διαβητικούς, παρά στους υπερήλικες και τους νέους διαβητικούς, καθώς και κατά την 1^η προσβολή του Ε. Η απορρυθμίση αυτή είναι παράλληλη με τη βαρύτητα του Ε, όπως φαίνεται από τον επηρεασμό των λευκοκυττάρων και της ΤΚΕ.

Εμφυσηματική Πυελονεφρίτις. Παρουσίαση δύο περιπτώσεων.

Γ. Σκαραγκάς, Κ. Κούτσιου, Ε. Ρεπαντά
Ε. Φραγκουλίδου, Ν. Ιωσηφίδης, Ν. Παπάζογλου

Β' Παθ. Κλινική Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης
Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. "Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκης

Σκοπός : Η νοσηλεία 2 περιπτώσεων εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδας (Ε.Π.) σε διαβητικούς ασθενείς μας δίνει την ευκαιρία να ανασκοπήσουμε τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.

Υλικό-Μέθοδοι : 1^η περίπτωση: διαβητική ασθενής (Γ.Χ.) ετών 73 εισάγεται στην κλινική μας σε κώμα, με υψηλό πυρετό (θ: 38,5° C), Σ: 5,6 gr% χωρίς οξόνη, βαρεία υπονατριαιμία, ήπια νεφρική ανεπάρκεια, ουρολοίμωξη (E. Coli) και αναιμία. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των νεφρών: αριστερονεφρός δυσδιάκριτος λόγω αεροκολίας, ενώ από την CT κοιλιάς: παρουσία αέρος στον αριστερονεφρό και στον πέριξ χώρο, λόγω εμφάνισης εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδος.

2^η περίπτωση: Διαβητική ασθενής (Κ.Σ.) ετών 67 προσκομίζεται σε ημέρα γενικής εφημερίας σε κωματώδη κατάσταση με υψηλό πυρετό (θ: 39° C), Σ: 7,25 gr% χωρίς οξόνη. Από τον έλεγχο με CT κοιλιάς διαπιστώνεται δεξιά εμφυσηματική πυελονεφρίτις. Κρίνεται απαραίτητη η διακομιδή της σε ουρολογική κλινική, όπου την επόμενη ημέρα υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση.

Αποτέλεσμα: Η έκβαση και των δύο περιπτώσεων, υπήρξε πολύ καλή, της πρώτης με συντηρητική αγωγή και της δεύτερης με χειρουργική αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα: Η πρόωγη διάγνωση της εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδος, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην έκβαση της νόσου, καθόσον ο κίνδυνος θανάτου είναι υψηλός, η δε άριστη θεραπευτική αντιμετώπιση, παραμένει αντιφατική ως προς την επιλογή της (συντηρητική-χειρουργική).

ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΣΕΡΙΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΕΜΦΙΜΠΡΟΖΙΛΗΣ.

Γαβρά Μαρία, Μάλλιας Ιωάννης, Ξανθάκης Ιωάννης,
Πασχαλίδου Ευαγγελία, Πάγκαλος Εμμανουήλ.
Α Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

Ο συνδυασμός γεμφιβροζιλής – στατινών είναι γνωστό ότι είναι παράγων κινδύνου για την εμφάνιση μυοπάθειας και ραβδομυόλυσης.

Η σεριβαστατίνη είναι μια καινούργια στατίνη με διπλό τρόπο μεταβολισμού μέσω των CYP3A4 και CYP2C8 ηπατικών ισοενζύμων και ως εκ τούτου αναμένονταν το φάρμακο να ήταν ασφαλέστερο από τις άλλες στατίνες σε συνδυασμό με γεμφιβροζίλη.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη που εμφάνισε ραβδομυόλυση και νεφρική ανεπάρκεια ένα μήνα από την συγχορήγηση σεριβαστατίνης 0,6 mg και γεμφιβροζιλής 600 mg.

Στην διεθνή βιβλιογραφία μέχρι σήμερα αναφέρονται τρεις περιπτώσεις παρόμοιων συμβαμάτων.

Θα πρέπει ο συνδυασμός στατινών- γεμφιβροζιλής να αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό.

Εμφυσηματική Πυελονεφρίτις. Παρουσίαση δύο περιπτώσεων.

Γ. Σκαραγκάς, Κ. Κούτσιου, Ε. Ρεπαντά
Ε. Φραγκουλίδου, Ν. Ιωσηφίδης, Ν. Παπάζογλου

Β' Παθ. Κλινική Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκης
Ουρολογική Κλινική Γ.Ν. "Άγιος Δημήτριος" Θεσσαλονίκης

Σκοπός : Η νοσηλεία 2 περιπτώσεων εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδας (Ε.Π.) σε διαβητικούς ασθενείς μας δίνει την ευκαιρία να ανασκοπήσουμε τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.

Υλικό-Μέθοδοι : 1^η περίπτωση: διαβητική ασθενής (Γ.Χ.) ετών 73 εισάγεται στην κλινική μας σε κόμα, με υψηλό πυρετό (θ: 38,5° C), Σ: 5,6 gr% χωρίς οξόνη, βαρεία υπονατριάμια, ήπια νεφρική ανεπάρκεια, ουρολοίμωξη (E. Coli) και αναιμία. Από τον υπερηχογραφικό έλεγχο των νεφρών: αριστ. νεφρός δυσδιάκριτος λόγω αεροκολίας, ενώ από την CT κοιλιάς: παρουσία αέρος στον αριστ. νεφρό και στον πέριξ χώρο, λόγω εμφάνισης εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδος.

2^η περίπτωση: Διαβητική ασθενής (Κ.Σ.) ετών 67 προσκομίζεται σε ημέρα γενικής εφημερίας σε κωματώδη κατάσταση με υψηλό πυρετό (θ: 39° C), Σ: 7,25 gr% χωρίς οξόνη. Από τον έλεγχο με CT κοιλιάς διαπιστούται δεξιά εμφυσηματική πυελονεφρίτις. Κρίνεται απαραίτητη η διακομίδη της σε ουρολογική κλινική, όπου την επόμενη ημέρα υποβάλλεται σε χειρουργική επέμβαση.

Αποτελέσματα : Η έκβαση και των δύο περιπτώσεων, υπήρξε πολύ καλή, της πρώτης με συντηρητική αγωγή και της δεύτερης με χειρουργική αντιμετώπιση.

Συμπέρασμα : Η πρόωπη διάγνωση της εμφυσηματικής πυελονεφρίτιδος, αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην έκβαση της νόσου, καθόσον ο κίνδυνος θανάτου είναι υψηλός, η δε άριστη θεραπευτική αντιμετώπιση, παραμένει αντιφατική ως προς την επιλογή της (συντηρητική-χειρουργική).

ΡΑΒΔΟΜΥΟΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΜΒΑΝΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΣΕΡΙΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΕΜΦΙΜΠΡΟΖΙΛΗΣ.

Γαβρά Μαρία, Μάλλιας Ιωάννης, Ξανθάκης Ιωάννης,
Πασχαλίδου Ευαγγελία, Πάγκαλος Εμμανουήλ.
Α Παθολογική κλινική Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκη

Ο συνδυασμός γεμφιβροζιλής - στατινών είναι γνωστό ότι είναι παράγων κινδύνου για την εμφάνιση μυοπάθειας και ραβδομυόλυσης.

Η σεριβαστατίνη είναι μια καινούργια στατίνη με διπλό τρόπο μεταβολισμού μέσω των CYP3A4 και CYP2C8 ηπατικών ισοενζύμων και ως εκ τούτου αναμένονταν το φάρμακο να ήταν ασφαλέστερο από τις άλλες στατίνες σε συνδυασμό με γεμφιβροζίλη.

Παρουσιάζουμε την περίπτωση ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη που εμφάνισε ραβδομυόλυση και νεφρική ανεπάρκεια ένα μήνα από την συγχορήγηση σεριβαστατίνης 0,6 mg και γεμφιβροζιλής 600 mg.

Στην διεθνή βιβλιογραφία μέχρι σήμερα αναφέρονται τρεις περιπτώσεις παρόμοιων συμβαμάτων.

Θα πρέπει ο συνδυασμός στατινών- γεμφιβροζιλής να αντιμετωπίζεται με σκεπτικισμό.

ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΣΠΟΝΔΥΛΟΔΙΣΚΙΤΙΔΑΣ.

Καραμήτσος Δ , Γκαλιαγκούση Ε, Βασιλειάδης Π, Κατσαρού Ζ*, Χριστοδούλου Α**, Παπαδημητρίου Μ.

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής κλινικής ΑΠΘ, Νευρολογική κλινική* και Ορθοπεδική κλινική**, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης.

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να παρουσιαστεί περίπτωση σπονδυλοδισκίτιδας σε διαβητική ασθενή και να συζητηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίσαμε.

Περιγραφή περίπτωσης. Ασθενής ηλικίας 66 ετών, διαβητική από 10ετίας, σε αγωγή με μέγιστη δόση σουλφονουλουρίας αλλά πτωχή ρύθμιση, νοσηλεύθηκε για συμπτωματολογία αφόρητων πόνων ζωστηροειδούς κατανομής, στο κατώτερο μέρος του θώρακα άμφω και μείωση της μυϊκής ισχύος στα κάτω άκρα. Προ 6μήνου είχε νοσηλευθεί σε άλλο νοσοκομείο για πυρετό και θωρακικά άλγη, όπου τέθηκε διάγνωση ρευματικής πολυμυαλγίας και δόθηκε αγωγή με κορτιζόνη. Η ασθενής είχε διακόψει αυτοβούλως την κορτιζόνη προ 15νθημέρου. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε μείωση μυϊκής ισχύος και κατάργηση τενοντίων αντανάκλασεων κάτω άκρων, πυρετός 38,5. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε: Σάκχαρο αίματος 340mg/dl, ΤΚΕ 105mm, Ηct 34%, Λευκά 14.000(πολυμ. 78%), πυουρία (άφθονα πυοσφαίρια). Ακτινολογικώς και με μαγνητική τομογραφία διαπιστώθηκε δισκίτιδα Θ9-Θ10 και σπονδυλίτιδα των εν λόγω σπονδύλων με σχηματισμό μάζας (απόστημα;) που πίεζε τον σπονδυλικό σωλήνα. Παρακέντηση της μάζας με σύγχρονη CT δεν απέδωσε υγρό. Η ασθενής χειροτέρευσε και παρουσίασε παραπάρεση. Χορηγήθηκε αντιβίωση με κλινταμυκίνη, νετρομυκίνη και σιπροφλοξασίνη παράλληλα με δεξαμεθαζόνη ως αποιδηματικό. Η ινσουλίνη χορηγήθηκε σε συνεχή στάγδην έγχυση 4-8 u/h παράλληλα με δόσεις 20-35 u. στο κάθε κύριο γεύμα. Η αγωγή αυτή συνεχίστηκε επί 25 ημέρες και παρουσιάστηκε κλινική βελτίωση με ύφεση των πόνων και μερική επάνοδο της κινητικότητας των κάτω άκρων. Τελικά χειρουργήθηκε επιτυχώς με τοποθέτηση μοσχεύματος από το λαγόνιο οστό. Πλήρης κινητικότητα επιτεύχθηκε τρεις μήνες μετά την επέμβαση.

Συζητούνται τα διαγνωστικά και θεραπευτικά προβλήματα.

Ιντερφερόνη (IF) και σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ)

Γ.Σκαραγκάς , Ε.Ρεπαντά , Α.Γκάντζαρου, Σ.Γκουτκίδου , Ε.Χαριτίδης , Ν.Παπάζογλου

Β' Παθ.Κλινική Γ.Π.Ν. 'Παπαγεωργίου' Θεσσαλονίκης

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση τριών περιστατικών ασθενών που έλαβαν θεραπευτικά IF και εμφάνισαν ΣΔ . Επειδή το γνωστικό αντικείμενο δεν είναι ευρέως γνωστό θεωρήθηκε σκόπιμη η ανακοίνωσή της .

Υλικό-Μέθοδοι : 1^η περίπτωση : Άνδρας ασθενής ηλικίας 73 ετών χωρίς ιστορικό ΣΔ νοσηλεύεται στην κλινική μας για Σπογγοειδή Μυκητίαση .

2^η περίπτωση : Άνδρας ασθενής ηλικίας 55 ετών χωρίς ιστορικό ΣΔ νοσηλεύεται στην κλινική για χρόνια ενεργό ηπατίτιδα C .

3^η περίπτωση : Γυναίκα ασθενής ηλικίας 58 ετών χωρίς ιστορικό ΣΔ νοσηλεύεται στην κλινική μας για Μυελουπερπλαστικό Σύνδρομο .

Και στις τρεις περιπτώσεις προηγείται διενέργεια per os δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης η οποία αποβαίνει φυσιολογική .

Αποτελέσματα : Με την θεραπευτική εφαρμογή της IF εμφανίζονται και στους τρεις υψηλές τιμές σακχάρου αίματος που αντιμετωπίζονται με δίαιτα και χορήγηση μικρών δόσεων gliclazide .

Συμπέρασμα : Με την ευρεία θεραπευτική χρήση της IF αναδείχθηκαν σε μεγαλύτερο βαθμό τα προβλήματα παρενεργειών όπως ο ΣΔ . Είναι επιτακτική η ενημέρωση για τις διαταραχές αυτές που έχουν μεγάλη πρακτική σημασία στην καθημερινή ιατρική πράξη , ειδικά σε ασθενείς με γνωστή διαταραχή ανοχής γλυκόζης .

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΕΙΣΗΓΗΤΕΣ

Pr Keen H. CBE, MD, FRCP, King's College, London School of Medicine, Guy's Hospital Campus, London

ΑΛΕΒΙΖΟΣ ΜΙΛΤΙΑΔΗΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΑΝΤΩΝΙΑΔΗΣ ΑΝΤΩΝΙΟΣ Χειρουργός, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ

ΑΡΧΑΝΙΩΤΑΚΗ ΜΑΡΙΑ Παθολόγος-Διαβητολόγος, Ιατρ. Διαβαλκανικό Κέντρο

ΒΟΛΙΩΤΗΣ ΚΛΕΩΝ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Ιπποκράτειο Νοσοκ. Θεσσαλονίκης

ΓΙΩΒΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Ενδοκρινολόγος, Αναπλ. Καθηγητής, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΓΚΑΛΙΑΓΚΟΥΣΗ Ε. Συνεργάτης διαβητολογικού, κέντρου Ιπποκρατείου Νοσοκομείου

ΔΗΜΗΤΣΙΚΟΓΛΟΥ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΝ Σερρών

ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής ΕΣΥ, Β΄ Προπ. Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκ. Θεσσαλονίκης

ΕΥΘΥΜΙΟΥ ΗΛΙΑΣ Ενδοκρινολόγος, Αν. Διευθυντής ΙΚΑ, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

ΖΩΓΡΑΦΟΥ Ι. Συνεργάτης διαβητολογικού κέντρου Ιπποκρατείου Νοσοκομείου

ΚΑΖΑΚΟΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

ΚΑΝΤΖΟΣ Γ. Παιδίατρος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΠΘ

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΔΕΣΠΟΙΝΑ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»

ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Β΄ Προπ. Παθολ. Κλιν. ΑΠΘ

ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ ΝΙΚ. Παθολόγος - Διαβητολόγος Διευθυντής ΕΣΥ, Βενιζέλειο Νοσ/μείο Ηρακλείου

ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος

ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ Γεν. Νοσ. «Γ. Γεννηματάς»

ΜΑΛΛΙΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ Παθολογικής

Κλινικής, ΓΠΝΘ «Παπαγεωργίου»

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο ΓΠΝ «Παπαγεωργίου»

ΜΑΡΑΣ ΠΕΡΙΚΛΗΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, ΓΝΝ Νάουσας

ΜΟΥΣΛΕΧ ΤΣΑΝΤ Ενδοκρινολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης, Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ ΣΠΥΡΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ ΓΝΝ Δράμας

ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ ΧΡΗΣΤΟΣ Καθηγητής Παιδιατρικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΜΠΟΥΓΟΥΛΙΑ ΜΑΡΙΑ Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκη

ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Γεν. Περιφ. Νοσ. «Παπαγεωργίου»

ΠΑΖΑΪΤΟΥ ΚΑΛΛΙΟΠΗ Ενδοκρινολόγος, Θεαγένειο Νοσοκομείο Θεσ/νίκη

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΦΩΤΕΙΝΗ Ενδοκρινολόγος, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αν. Διευθυντής, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης

ΣΚΑΡΑΓΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Παθολόγος - Αιματολόγος - Διαβητολόγος, Αναπηρωτής Διευθυντής ΕΣΥ, Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ «Παπαγεωργίου»

ΣΟΥΛΗΣ ΚΩΣΤΑΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική, ΓΠΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπηρωτής Καθηγητής, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΣΙΜΕΛΙΔΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΝ Κοζάνης

ΤΙΜΟΣΙΔΗΣ ΜΙΧΑΗΛΗΣ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΝ Καβάλας

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Οφθαλμίατρος, Αναπηρωτής Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΧΑΡΣΟΥΛΗΣ ΦΑΙΔΩΝ Ενδοκρινολόγος, Αναπηρωτής Καθηγητής, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε τις παρακάτω φαρμακευτικές εταιρείες που συμμετέχουν στο συνέδριο με stand ή με διαφημίσεις στο πρόγραμμα

- Abbott - Medisense
- B - D
- Bayer - Pharma Ελλάς ABEE
- Farmaserb - Lilly
- Fournier
- Gap - Βιομηχανία Φαρμάκων
- AVENTIS
- Johnson and Johnson Hellas
- Menarini Diagnostics
- Merck
- Novo-Nordisk
- Parke Davis - Warner Lambert
- Πετσιάβας
- Roche - Roche Diagnostics
- Servier Hellas - Φαρμακευτική ΕΠΕ
- Elpen
- PFIZER



Στοιχειοθεσία - Εκτύπωση

UNIVERSITY STUDIO PRESS

Αρμενοπούλου 32 - 546 35 Θεσσαλονίκη

Τηλ. 208731, 209837 - Fax 216647

NEA
ΠΕΝΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ
ΠΟΜΠΙΛΙΩΝ ΧΡΗΣΕΩΝ

B·D

1,5 ml

Pen Ultra

Πένα Ινσουλίνης Υψηλής Τεχνολογίας

- Δυνατότητα εφάπαξ χορήγησης έως 59 μονάδες
- Εύκολη διόρθωση της δόσης
- Μοναδική ευκολία στην αλλαγή φυσιγγίου (cartridge)
- Οθόνη με μεγάλους, ευανάγνωστους αριθμούς

✓ **Εγκεκριμένη από την **ELI LILLY** σε 140 χώρες
για χορήγηση HUMULIN και HUMALOG σε μορφή φυσιγγίων**



Humalog Humulin Humulin Humulin Humulin Humulin
Reg. NPH M1 M2 M3

Παρέχεται δωρεάν εκπαίδευση για τα συστήματα χορήγησης ινσουλίνης από εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό μόνο μετά από σύσταση ιατρού.

Πληροφορίες: ΑΘΗΝΑ: Τηλ.: 6294 600 & 0932 699 733

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Τηλ.: 480 160 & 097 829 463

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Humalog* Ινσουλίνη lispro: **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Υπογλυκαιμία - Υπερευαίσθηση στη ινσουλίνη lispro ή σε κάποιο από τα εκδόχα της. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Η υπογλυκαιμία είναι η συχνότερη ανεπιθύμητη ενέργεια κατά την ινσουλινοθεραπεία διαβητικού ασθενούς. Έχουν αναφερθεί τοπικές αλλεργικές αντιδράσεις στο σημείο της ένεσης της ινσουλίνης, με τη μορφή ερυθρότητας, οίδηματος και κνησμού. Λιποδυστροφία μπορεί να εμφανισθεί στο σημείο της ένεσης.

Humulin* Ανθρώπινη βιοσυμβατική ινσουλίνη: **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Υπογλυκαιμία. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Τοπικές αντιδράσεις και λιποδυστροφία, ενδοχόμενες, στα σημεία των ενέσεων, υπογλυκαιμία και, σπανίως, αλλεργικές αντιδράσεις. **ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ:** Τα κορτικοειδή, κορτικοτροπίνη, διαζοξίδιο, θυροξίνη, διουρητικά (βουμετανιδόλη, φουροσεμίδη, θιαζιδικά) και τα αντισυλλιπτικά ανταγωνίζονται τη δράση της και αυξάνουν τις ανάγκες σε ινσουλίνη. Το οντόνευμα, η φανυλ-βουταζόνη, οι αναστολείς της MAO, οι β-αδρενεργικοί αναστολείς μπορεί, επιπλέον, να συγκαλύψουν τις εκδηλώσεις της υπογλυκαιμίας και να επιβραδύνουν την ανάνηψη.



Φ Α Ρ Μ Α Σ Ε Ρ Β - Λ Ι Λ Λ Υ Α Ε Β Ε Ε
15^ο χλμ. ΕΘΝ. ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ-ΛΑΜΙΑΣ 145 64 ΚΗΦΙΣΙΑ ΤΗΛ: 6294600 FAX: 6294610 Τ.Θ. 51 288
ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: ΑΔΡΙΑΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 22 - TAX. ΚΩΔ. 551 33 ΤΗΛ: 480160 FAX: 480161

ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΑ

Η μόνη
εφ' όπαιξ

Solosa®

δραστική ουσία: γλιμεπιριδίη



Η Ιδανική
Αντιδιαβητική
Αγωγή

Solosa® Άριστη συμμόρφωση - λιγότερες υπογλυκαιμίες

Συννοσητή οδηγία χρήσεως: Δραστικό συστατικό: Γλιμεπιριδίη. Αντιδιαβητική ουσία της κατηγορίας των σουλφονυλουριών, χορηγούμενη από το στόμα. Δισκία των 1mg, 2mg, 3mg και 4mg.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, όταν δεν ελεγχεται ικανοποιητικά μόνο με διαίτα, σωματική άσκηση και απώλεια σωματικού βάρους. ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ: Συνήθης δόση άμεσης 1mg ημερησίως, αυξητής δόση συντήρησης από 1mg μέχρι 4mg ημερησίως. Η δόση λαμβάνεται αμέσως πριν από το πρωινό ή κατά τη διάρκεια αυτού - ή αν δεν λαμβάνεται πρωινό - αμέσως πριν από το πρώτο κύριο γεύμα ή κατά τη διάρκεια αυτού. **ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Ινσουλινοεξαρτημένος σακχαρώδης διαβήτης (τύπος I), διαβητικό κώμα, διαβητική κετοξέωση, βαριά μορφή διαταραχής της νεφρικής ή ηπατικής λειτουργίας, ασθενείς σε αιμοκάθαρση, υπερευαίσθητα στη γλιμεπιριδίη, σε άλλες σουλφονυλουριές ή σουλφοναμίδες ή σε κάποιο από τα έκδοχα του δισκίου. **ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΞΕΙΣ:** Τακτικές μετρήσεις των επιπέδων σακχάρου στο αίμα και στα ούρα. Ηθιας μορφή ή απουσία συμπτωμάτων υπογλυκαιμίας π.χ. σε ασθενείς με αυτονόμη νευροπάθεια ή ασθενείς που λαμβάνουν β- αποκλειστές, κλονιδίνη, ρεζερπίνη, γουανεθιδίνη ή συμπαθηχολυτικά φάρμακα. Προσοχή μετάδοξη στην ινσουλίνη σε εξαιρετικές καταστάσεις stress (π.χ. ατυχήματα, χειρουργικές επεμβάσεις, εμπύρετες λοιμώξεις). **ΚΥΗΣΗ ΚΑΙ ΓΑΛΟΥΧΙΑ:** Αντενδείκνυται. **ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:** Υπογλυκαιμία (αποτέλεσμα της υπογλυκαιμικής δράσης της γλιμεπιριδής) και επιπρόσθετα συμπτώματα αδρενεργικής απορύθμισης, όπως: παροδικές διαταραχές της όρασης, γαστρεντερικά συμπτώματα (π.χ. ναυτία, έμετος, κοιλιακό άλγος, διάρροια), αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων, διαταραχή ηπατικής λειτουργίας (π.χ. με χολόσταση, ίκτερο), ηπατίτιδα, θρομβοπενία, αναιμία, αιμολυτική αναιμία, αιμοκυτταραιμία, λευκοπενία, αιμοκυτταροπενία, παγκυττοπενία, αλλεργικές ή ψευδοαλλεργικές αντιδράσεις (π.χ. κνίση, ερυθρότητα, κνίδωση) υπερπλαζμονομένου του shock, αλλεργική αγγειίτιδα, φωτοευαίσθητα, μειωμένα επίπεδα νατρίου στον ορό. **ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ:** Ενίσχυση του υπογλυκαιμικού αποτελέσματος της γλιμεπιριδής π.χ. από την ινσουλίνη και άλλα από του στόματος αντιδιαβητικά, μετροπρόλη, αναστολείς του MEA, αλκοολούχων, συμπαθηχολυτικά, ανβολικά στεροειδή και άλλες ανδρικές ορμόνες, αζπροφαζόλη, γλιμεπιριδική, τριτοκουαλίνη, τρομοπροφαζόλη. Εξαρθέση του υπογλυκαιμικού αποτελέσματος της γλιμεπιριδής π.χ. ακεταζολαμίδη, βαρβιτουρικά, καρβοκστεροειδή, διαζοξείδη, διουρητικά, επινεφρίνη (αδρεναλίνη) και άλλα συμπαθηχολυτικά, γλυκαγόνη, καθαρτικά (μετά από παρατεταμένη χρήση), νιτρογλυκερίνη (σε υψηλές δόσεις), σπασμολυτικά και προχολινογόνα, φρονοδοζίνες, φουσιτινίλη, παραμολίνη, ορμόνες θυροειδούς. Ενίσχυση ή εξάρθεση του υπογλυκαιμικού αποτελέσματος : ανταγωνιστές των H₂- υποδοχών, κλονιδίνη, ρεζερπίνη, οξεία και χρόνια λήψη οπιωδών φαρμάκων. Μείωση ή έλλειψη συμπτωμάτων αδρενεργικής αντιστοπιστικής ρύθμισης : συμπαθηχολυτικά φάρμακα (όπως β- αποκλειστές, κλονιδίνη, γουανεθιδίνη, ρεζερπίνη). Μειωμένη ανοχή γλυκόζης, επείσχυση του μεταβολικού ελέγχου : β- αποκλειστές. Η γλιμεπιριδίη μπορεί είτε να ενισχύσει είτε να εξαρθενήσει τη δράση των κομορικών παραγόντων. Αναθεώρηση φύλλου οδηγιών 18.10.96α. Χορηγείται με ιατρική συνταγή. Περισσότερες πληροφορίες στη διεύθυνση: