

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ)
ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΑΝ
ΣΤΟ 23ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 12 – 14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2009

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΕΣ

**Κ. Θυσιάδου¹, Σ. Αραμπατζή¹, Μ. Ραπτάκη¹, Α. Νικολαΐδου²,
Δ. Μιχαηλίδου¹, Μ. Καραμούζης¹**

¹Εργαστήριο Κλινικής Βιοχημείας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

²Αιματολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι περισσότερες επιπλοκές των αιμοσφαιρινοπαθειών οφείλονται στην αύξηση των ολικών αποδεμάτων σιδήρου του οργανισμού. Η αύξηση αυτή προέρχεται από την αυξημένη αιμόλυση, την αυξημένη απορρόφηση του σιδήρου από το έντερο και κυρίως από τη θεραπευτική αντιμετώπιση με μεταγγίσεις αίματος. Η εμφάνιση Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) εξαρτάται από τη βαρύτητα αλλά και τη διάρκεια της αιμοσιδήρωσης που έχει άμεση επίπτωση στην εκκριτική λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος.

ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετήσουμε τα επίπεδα της γλυκόζης και της φερριτίνης, αλλά και να εκτιμήσουμε την ύπαρξη ΣΔ σε άτομα με θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική αναιμία που νοσηλεύονται ή παρακολουθούνται κατά τακτά διαστήματα στο νοσοκομείο μας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό μας αποτέλεσαν 31 ασθενείς με ομόζυγη θαλασσαιμία (ΟΜ.ΘΑ), με ενδιάμεση θαλασσαιμία (ΕΝΔ.ΘΑ) και με δρεπανοκυτταρική αναιμία (ΔΡΕΠ.ΑΝ), ηλικίας 22 έως 75 χρόνων, που χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες. Την τέταρτη ομάδα αποτέλεσαν 26 φυσιολογικά άτομα (Φ.Α), 11 άνδρες και 15 γυναίκες.

Στα παραπάνω άτομα προσδιορίσθηκαν τα επίπεδα της γλυκόζης (Glu) με φασματοφωτομετρική μέθοδο στον βιοχημικό αναλυτή Modular P 800 της Roche, ενώ η φερριτίνη (Fer) προσδιορίσθηκε με τη μέθοδο της ηλεκτοχημειοφωταύγειας στον ανοσολογικό αναλυτή Elecsys E 170 της Roche.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Μέσες τιμές (\pm SD) της Glu και της Fer στον ορό αίματος φυσιολογικών ατόμων και ασθενών με ΟΜ.ΘΑ, με ΕΝΔ.ΘΑ, με ΔΡΕΠ.ΑΝ

Ομάδα	Αριθμός ατόμων	Glu mg/dl	Fer ng/mL
Φ.Α	26	89,00 \pm 10,55	108,00 \pm 81,09
ΟΜ.ΘΑ	17	175,88 \pm 84,50	1106,48 \pm 1106,38
ΕΝΔ.ΘΑ	4	143,25 \pm 42,38	739,77 \pm 611,92
ΔΡΕΠ.ΑΝ	10	129,90 \pm 55,51	429,12 \pm 424,11

Συγκεκριμένα στους ασθενείς με ομόζυγη β-θαλασσαιμία παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά τόσο στη Glu όσο και στη Fer ($p < 0,05$) σε σύγκριση με τις τιμές των φυσιολογικών ατόμων. Ενώ στους ασθενείς με ενδιάμεση θαλασσαιμία και δρεπανοκυτταρική αναιμία βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά σε σχέση με τους υγιείς μόνο όσον αφορά

τα επίπεδα της φερριτίνης, ($p < 0,05$).

Πέραν αυτών βρέθηκε θετική συσχέτιση της τιμής της Glu με την τιμή της Fer στους ασθενείς με ομόζυγη β-θαλασσαιμία ($r = 0,882, p < 0,01$). Επίσης στους ασθενείς με δρεπανοκυτταρική αναιμία η τιμή της Glu βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με τη τιμή της Φερριτίνης ($r = 0,709, p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρά τη θεραπευτική χρήση των χηλικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της αιμοσιδήρωσης, ο κίνδυνος της εμφάνισης δευτεροπαθών ενδοκρινικών δυσλειτουργιών παραμένει υψηλός, όπως επιβεβαιώνεται και από τη παρούσα μελέτη.

**ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ sTNF-A RII ΣΕ ΜΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ:
Α) ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 Β) ΑΠΟΓΟΝΟΥΣ 1^{ΟΥ} ΒΑΘΜΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ Γ) ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΤΟΜΑ**

Ι.Φ. Στεργίου¹, Α. Αδαμίδου¹, Τ. Βυζαντιάδης², Α. Παπαδόπουλος¹

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Α' Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ύπαρξη της αποκαλούμενης υποκλινικής «χαμηλού βαθμού» φλεγμονής σε ασθενείς με ΣΔ τ2 αποτελεί γενεσιουργό αίτιο πολλών επιπλοκών της νόσου, αλλά και παράγοντα σταδιακής επιδείνωσης της ινσουλινοαντίστασης και ινσουλινοπενίας των ασθενών. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν την έναρξή της πριν την κλινική εμφάνιση του διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ

Η μέτρηση των επιπέδων του διαλυτού υποδοχέα του παράγοντα νέκρωσης του όγκου τύπου α (sTNF-α RII) σε άτομα με γνωστή κληρονομική προδιάθεση εμφάνισης ΣΔτ2, όπως οι απόγονοι 1^{ου} βαθμού διαβητικών και η σύγκριση τους με φυσιολογικά άτομα και διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 3 υποομάδες των 25 μη παχύσαρκων ατόμων: ηλικίας 30-65 ετών (58% άνδρες): i) μη ινσουλινοθεραπευόμενοι διαβητικοί τ2 (BMI 28,28±3,4 kg/m², HbA1c 7.47±1.62%) ii) απόγονοι 1^{ου} βαθμού διαβητικών ασθενών (BMI 25,3±3,59 kg/m², HbA1c 5.34±0.41%) iii) control group (BMI 24,27±3,4 kg/m², HbA1c 4.99±0.52%). Η μέτρηση του sTNF-α RII έγινε με τη μέθοδο ELISA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συγκεντρώσεις του sTNF-α RII είναι σημαντικά υψηλότερες στην ομάδα των διαβητικών (2224,82±939,06 pg/ml), ακολουθεί η ομάδα των απογόνων (1662,14±241,35 pg/ml) και η ομάδα ελέγχου (1535±379,33 pg/ml). Η συσχέτιση μεταξύ των ομάδων έδειξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ διαβητικών – ομάδας ελέγχου (p=0.0059) και διαβητικών-απογόνων (p=0,032), ενώ δεν ανευρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ομάδας ελέγχου/απογόνων (p=0,225).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η μέτρηση των επιπέδων του sTNF-α RII υποδηλώνει την ύπαρξη υποκλινικής «χαμηλού βαθμού» φλεγμονής σε διαβητικούς, αλλά δεν επιβεβαιώνει πρόωμη έναρξή της σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση εμφάνισης του συνδρόμου, αφού παρά τις ελαφρώς υψηλότερες τιμές δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ αυτών και της ομάδας ελέγχου.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΤΩΝ ΦΥΣΙΚΩΝ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΤΗΣ ΠΗΞΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Κ. Θυσιάδου¹, Μ. Ραπτάκη¹, Σ. Αραμπατζή¹, Α. Νικολαΐδου²,
Δ. Λαζαρίδου², Φ. Φραντζιδου²

¹ Βιοχημικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

² Αιματολογικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Εργαστήριο Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου ΙΙ αποτελεί πολυπαραγοντική νόσο που συνδέεται με υπερπηκτικές καταστάσεις-κληρονομικές ή επίκτητες και αυξημένο κίνδυνο για αρτηριακή ή εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Η θρομβοφιλική διάθεση αυτών των ασθενών είναι αποτέλεσμα της συσσώρευσης αιμοπεταλίων και των διαταραχών των παραγόντων πήξης (τόσο αυξημένη συγκέντρωση προπηκτικών παραγόντων όσο και μειωμένη συγκέντρωση και δραστικότητα αντιθρομβωτικών παραγόντων).

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση των διαταραχών της αιμόστασης και ειδικότερα των φυσικών αναστολέων της πήξης σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου ΙΙ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 50 ασθενείς με Σ.Δ. τύπου ΙΙ (20 άνδρες-30 γυναίκες) με μέση τιμή γλυκόζης ορού $GLU=156,88\pm 59,73$ και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης $HbA1c=8,07\pm 2,78$. Σ'αυτούς τους ασθενείς προσδιορίστηκαν οι παρακάτω φυσικοί αναστολείς της πήξης Πρωτεΐνη C (PC), Πρωτεΐνη S (FPS), Αντιθρομβίνη ΙΙΙ (ΑΤΙΙΙ). Ο προσδιορισμός της PC έγινε με χρωματομετρική-αμιδολυτική μέθοδο, της FreePS (συμπαράγοντας της ενεργού PC στην αναστολή των παραγόντων Va και VΙΙΙa) με ανοσοενζυμική μέθοδο, ενώ η ΑΤΙΙΙ προσδιορίσθηκε με χρωματομετρική μέθοδο.

Όλες οι παραπάνω παράμετροι προσδιορίσθηκαν και σε ομάδα 30 μαρτύρων (15 άνδρες και 15 γυναίκες) με φυσιολογική τιμή γλυκόζης ορού (control group).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας παρουσιάζονται στον πίνακα Ι, όπου απεικονίζονται οι μέσες τιμές ($\pm SD$) των PC, FPS, ΑΤΙΙΙ στο πλάσμα τόσο των ατόμων του control group όσο και των ασθενών με Σ.Δ. τύπου ΙΙ.

Πίνακας 1

Ομάδα	Αριθμός ατόμων	PC	FPS	ΑΤΙΙΙ
Control Group	30	107,14 \pm 22,46	94,48 \pm 28,52	105,34 \pm 11,75
Ασθενείς με Σ.Δ. τύπου ΙΙ	50	114,64 \pm 40,13	83,68 \pm 19,03	87,92 \pm 25,07

Όπως προκύπτει από τον πίνακα Ι, οι τιμές της PC κυμαίνονται στα ίδια περίπου επίπεδα και στις δύο ομάδες, ενώ οι τιμές των FPS και ΑΤΙΙΙ είναι σαφώς χαμηλότερες στην ομάδα των διαβητικών ασθενών ($p<0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1. Η μειωμένη συγκέντρωση και δραστικότητα των FPS και ΑΤΙΙΙ στο πλάσμα των ασθενών με Σ.Δ. τύπου ΙΙ, σχετίζονται με συσσώρευση των παραγόντων Vα και VΙΙΙα και της θρομβίνης και είναι ενδεικτικά της υπερπηκτικής κατάστασης που συνοδεύει τον Σ.Δ.

2. Στους διαβητικούς αναστέλλεται δυσκολότερα η δημιουργία θρόμβου, εξαιτίας ανεπαρκούς λειτουργίας του προστατευτικού μηχανισμού του ενδοθηλίου των αγγείων που παρέχει η ΑΤΙΙΙ.

**Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ
ΤΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΑΠΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ**

**Δ. Σκούτας, Ε. Ρηγάδη, Α. Κόκκαλη, Κ. Μικούδη, Π. Μανιώτα, Ι. Φλουδάρας,
Ν. Κωλέτσας, Κ. Σιώμος, Α. Μυροφορίδης, Ε. Μούζα**

Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης «Αναγέννηση» Ν. Ραιδεστός Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο επιπολασμός του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) η αυξανόμενη επίπτωση του όπως και η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης έχουν ως συνέπεια την αυξημένη ενασχόληση σε καθημερινή βάση με διαβητικούς ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ

Η διαχείριση του διαβητικού ασθενούς, η αντιμετώπιση των οξείων επιπλοκών του (υπεργλυκαιμία-υπογλυκαιμία) κατά τη διάρκεια νοσηλείας του και η παρακολούθηση της πορείας του και των αναγκών του σε ινσουλίνη τόσο κατά την είσοδο όσο και κατά την έξοδο από το Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης (Κ.Α.Α).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό μας 114 ασθενείς με ΣΔ, 42 άνδρες και 72 γυναίκες με μέση ηλικία $73,08 \pm 10$ έτη και μέση διάρκεια νοσηλείας $137,36 \pm 97,61$ μέρες. Οι ασθενείς μας νοσηλεύθηκαν στο Κ.Α.Α μετά από πρόσφατο Α.Ε.Ε, ορθοπεδικό χειρουργείο, νευροχειρουργική επέμβαση ή άλλο αίτιο με κύριο στόχο την αποθεραπεία και τη σταδιακή αποκατάσταση. Καταγράφησαν το σωματικό βάρος και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη εισόδου και εξόδου η θεραπεία του ασθενούς (δίαιτα-δισκία-ινσουλίνη ή συνδυασμός αυτών) κατά την εισαγωγή του και έγινε σύγκριση με την αντίστοιχη θεραπεία εξόδου. Η στατιστική ανάλυση και επεξεργασία έγινε με το SPSS.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 30% των νοσηλευόμενων ασθενών στο Κ.Α.Α έχει γνωστό ΣΔ. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων και η καθημερινή μας εικόνα δείχνει τις διαφορετικές ανάγκες που έχει ο διαβητικός ασθενής οι οποίες μειώνονται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του με λιγότερες μετρήσεις, λιγότερες διακυμάνσεις στις τιμές του σακχάρου, καλύτερη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη με τη καθημερινή βελτίωση της κλινικής του εικόνας. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρούμε και στην αγωγή του στα δισκία ή στη ποσότητα της ινσουλίνης που χρειάζεται κατά την έξοδο του με στατιστικά σημαντική διαφορά $p < 0,05$ σε σχέση με την είσοδο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Απαραίτητη η εξοικείωση με τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς και τις μεταβαλλόμενες ανάγκες του που πρέπει να αναμένονται να εντοπίζονται και σε συνεργασία με το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιμετωπίζονται με επιτυχία. Η ισορροπημένη και στοχευμένη διατροφή η εντατικοποίηση των μετρήσεων η προσαρμογή της θεραπείας στις πραγματικές ανάγκες των ασθενών η έναρξη της άσκησης και της κινητοποίησης έχουν θετική επίδραση στα άτομα με ΣΔ.

ΧΟΛΟΚΥΣΤΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

**Χ. Μανές, Ε. Παυλίδου, Δ. Πετρίδης, Γ. Τσιάντας, Δ. Καραγιάννη, Σ. Λαγανάς,
Κ. Μικούδη, Ν. Σαμουηλίδου**

¹Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ", Θεσσαλονίκη

²Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη

Υπάρχουν αναφορές για αυξημένη συχνότητα χολοκυστοπαθειών σε διαβητικούς ασθενείς. Οι παράγοντες που προδιαθέτουν σε παθήσεις των χοληφόρων σε διαβητικό πληθυσμό παραμένουν αδιευκρίνιστοι.

ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκαν οι αιτίες αυξημένης εμφάνισης χολοκυστοπαθειών (λιθίαση, φλεγμονή κ.λπ.) σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 425 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (Μέση ηλικία (έτη): 49,9±13,1 και μέση διάρκεια νόσου (ΣΔ): 11,2±8,8. Σημειώθηκε η ύπαρξη επεισοδίου χολοκυστοπάδειας (λιθίασης, φλεγμονής, χολοκυστεκτομής) στο ιστορικό τους. Καταγράφηκε επίσης το φύλο, η ηλικία, ο Δείκτης Μάζας Σώματος και η διάρκεια νόσου.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Χρησιμοποιήθηκε το χ^2 test-cross tabulation test και το t-test με επίπεδο σημαντικότητας 0,05.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

- 1) Ύπαρξη επεισοδίου χολοκυστοπάδειας ανέφεραν 38 ασθενείς (8,1%).
- 2) Σε μονοπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε πως σχετικά: α) με το Δείκτη Μάζας Σώματος οι παχύσαρκοι (BMI≥30) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο ($p=0,025$), β) με το φύλο οι γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο για νόσο ($p=0,006$) και γ) η διάρκεια νόσου και η ηλικία δεν αυξάνουν τον κίνδυνο χολοκυστοπάδειας ($p=NS$).
- 3) Odds ratio για τους παχύσαρκους είναι 2,9 (1,2-6,6) και για τις γυναίκες 2,6 (1,3-5,3).
- 4) Σε πολυπαραγοντική ανάλυση βρέθηκε πως ο ισχυρότερος προδιαθεσικός παράγοντας παραμένει το θήλυ φύλο ($p=0,042$) και η παχυσαρκία ($p=0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κύριος παράγων κινδύνου για χολοκυστοπάθειες σε διαβητικό πληθυσμό είναι κυρίως το φύλο (θήλυ). Σημαντικό ρόλο έχει και η παχυσαρκία που είναι τροποποιήσιμος παράγων.

ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗ ΠΥΕΛΟΝΕΦΡΙΤΙΣ. ΑΝΑΦΟΡΑ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ

**Κ. Δολιανίτης¹, Χ. Ποζουκίδης², Γ. Παπαγιάννη¹, Α. Αγγελόπουλος³,
Χ. Τσαΐτας¹, Θ. Κοντάκη², Δ. Σιμελίδης¹**

¹Παθολογικό, ²Ακτινολογικό και ³Ουρολογικό Τμήμα του Γ.Ν. Νοσοκομείου Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Εμφυσηματική Πυελονεφρίτιδα κλινικά εμφανίζεται ως οξεία σοβαρού βαθμού πυελονεφρίτιδα (νεκρωτική φλεγμονή). Χαρακτηρίζεται από ανεύρεση αέρα εντός του νεφρικού παρεγχύματος. 95% των ασθενών έχουν σακχαρώδη διαβήτη. Για τους περισσότερους ασθενείς θεραπεία εκλογής είναι η επείγουσα νεφρεκτομή. Σπανιότερα είναι δυνατό να παρατηρηθεί αέρας μόνο στη νεφρική πύελο και αναφέρεται ως “εμφυσηματική πυελίτις”.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Πρόκειται για άνδρα ηλικίας 76 ετών με σοβαρά απορρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη που νοσηλεύτηκε στην παθολογική κλινική του Νοσοκομείου μας τον Δεκέμβριο του 2008.

Από το ιστορικό ήπια αναιμία, ήπια ΧΝΑ, τύφλωση. Συμπτώματα: ρίγος, υψηλός πυρετός, υπόταση, έμετοι. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: Hb A1c 11%. Λευκά 30.000/mm³, πολυ- 92%. Πυοσφαίρια στα ούρα αφθονότατα κατά σωρούς (>200 κοπ). Σάκχαρο αίμ. 533 mg%, ουρία 102 mg%, κρεατ. 1,88 mg%, CRP 47,6 mg%, ΤΚΕ 110 mmHg. Από τον απεικονιστικό έλεγχο: στο Υπερηχογράφημα νεφρών και στην Αξονική Τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας διαπιστώθηκε αυξημένο μέγεθος των νεφρών και παρουσία αέρα εντός του (Δ) πυελοκαλυκτικού.

Κατά την εισαγωγή του χορηγήθηκε αντιβίωση συνδιασμός αμοξικιλίνης-κλαβουλανικού. Η καλλιέργεια ούρων έδειξε *Escherichia coli*. Προστέθηκε κεφταζιδίμη σε υψηλή δοσολογία Ο ασθενής σε λίγες μέρες βελτιώθηκε κλινικά και μειώθηκαν οι δείκτες φλεγμονής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συντηρητική θεραπεία με αντιμετώπιση των ασθενών που περιλαμβάνει έγκαιρη επιθετική αντιβιοτική αγωγή και έλεγχο του διαβήτη είναι πιθανό να αρκεί στις περιπτώσεις με αέρα μόνο στο πυελοκαλυκτικό σύστημα.

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΥΠΟΘΥΡΕΟΕΙΔΙΣΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Θ. Φρεγγίδης, Φ. Ηλιάδης, Χ. Μαργαριτίδης, Α. Θεοδωρίδης,
Α. Χατζητόλιος, Τ. Διδάγγελος**

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Ως υποκλινικός υποθυρεοειδισμός (ΥΥΠ) ορίζεται η ασυμπτωματική διαταραχή της θυρεοειδικής λειτουργίας με αυξημένη θυρεοειδοτρόπο ορμόνη (TSH) και φυσιολογική ελεύθερη θυροξίνη (FT4). Σε σημαντικό ποσοστό ασθενών εξελίσσεται σύντομα σε κλινικό υποθυρεοειδισμό (ΚΥΠ), ο οποίος σχετίζεται με ινσουλινοαντίσταση, διαταραχές λιπιδίων, αλλά και νευρομυϊκές διαταραχές που προδιαθέτουν σε μυοπάθεια. Σε μικρότερο βαθμό, ινσουλινοαντίσταση, διαταραχές λιπιδίων και μυϊκές διαταραχές ανευρίσκονται και στον ΥΥΠ. Καθώς η πλειοψηφία των, τύπου 2, διαβητικών ασθενών πρέπει να λαμβάνει υπολιπιδαιμική αγωγή για τη ρύθμιση των λιπιδίων, η συνύπαρξη ΚΥΠ και ίσως ΥΥΠ, μπορεί να δυσχεράνει τη ρύθμιση αυτή και να αυξήσει τον κίνδυνο μυοπάθειας.

ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Να εκτιμηθεί η συχνότητα του ΚΥΠ και του ΥΥΠ σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

244 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (158 ♀, 86 ♂ μέσης ηλικίας 64,8±10,3 έτη και μέσης διάρκειας ΣΔ 10,3±9 έτη) που εξετάσθηκαν στο Διαβητολογικό ιατρείο της Α΄ ΠΡΠ του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ κατά το Α΄ εξάμηνο του 2009. Μετρήθηκαν οι τιμές των TSH, FT4, FT3 με ραδιοανοσολογικές μεθόδους και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) με τη μέθοδο της υγρής χρωματογραφίας υψηλής απόδοσης. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το independent t-test και χ^2 στο SPSS 14.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

10/244 (4,1%) ασθενείς [9/158 ♀ (5,7%), 1/86 ♂ (1,2%)] έπασχαν από ΚΥΠ και 31/244 (12,7%) [23/158 ♀ (14,6%), 8/86 ♂ (9,3%)] από ΥΥΠ. Υπό αγωγή με ινσουλίνη ήταν το 36,5%, 62% ελάμβανε αντιδιαβητικά δισκία και 1,5% δισκία και ινσουλίνη. Η μέση τιμή της HbA1c δε διέφερε στατιστικώς σημαντικά μεταξύ ατόμων με ΚΥΠ και αυτών με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (7,65±1,5 και 7,15±1,58 αντίστοιχα, p=0,39). Επίσης, δεν υπήρχε διαφορά στη HbA1c μεταξύ ατόμων με ΥΥΠ και αυτών με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία (7,15±1,76 και 7,15±1,58 αντίστοιχα, p=0,98).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε υψηλή συχνότητα ΚΥΠ και ιδιαίτερα ΥΥΠ στους διαβητικούς τύπου 2, ιδίως στις γυναίκες. Παρόλο που δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στη ρύθμιση του σακχάρου μεταξύ των ατόμων με φυσιολογική και με διαταραγμένη θυρεοειδική λειτουργία, για την καλύτερη ρύθμιση των λιπιδίων και την ασφαλέστερη χορήγηση υπολιπιδαιμικής αγωγής κρίνεται σκόπιμο να γίνεται προληπτικός έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας σε όλους τους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ ΚΑΙ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ HASHIMOTO ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

**Ε.Π. Κοτανίδου, Μ.Γ. Γραμματικοπούλου, Μ. Φωτουλάκη,
Α. Γαλλή-Τσινοπούλου**

Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Διερεύνηση του τίτλου των αντιθυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων και των αντισωμάτων της κοιλιοκάκης, σε παιδιά και εφήβους με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στα πλαίσια του ετήσιου ελέγχου τους, 150 παιδιά και έφηβοι με ΣΔ1 συμμετείχαν στην μελέτη. Σε όλους διεξήχθη γλυκαιμικός έλεγχος, έλεγχος της θυρεοειδικής λειτουργίας (TSH, fT3, fT4), έλεγχος αντιθυρεοειδικών αυτοαντισωμάτων (anti-TPO, anti-Tg), έλεγχος αυτοαντισωμάτων της κοιλιοκάκης (EMA, AGA-IgA, AGA-IgG, TTG) καθώς και μέτρηση της ανοσοσφαιρίνης Α (IgA.). Οι ασθενείς με ανεπάρκεια της IgA (2/150) αποκλείσθηκαν από το δείγμα. Επιπλέον, καταγράφηκαν η ηλικία των παιδιών, η διάρκεια διαβήτη και οι τιμές των παραπάνω αυτοαντισωμάτων κατά την τριετία 2007-2009. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Θετικά αντισώματα για την κοιλιοκάκη εμφάνισαν 14/148 (9.5%) ασθενείς με ΣΔ1, ενώ τα αντιθυρεοειδικά αντισώματα ανιχνεύθηκαν στο 20.3% του δείγματος. Στο 2.7% των συμμετεχόντων βρέθηκαν ταυτόχρονα θετικά αντιθυρεοειδικά αυτοαντισώματα και αυτοαντισώματα για την κοιλιοκάκη. Στα κορίτσια το ποσοστό θετικών αυτοαντισωμάτων ήταν μεγαλύτερο, τόσο αντιθυρεοειδικών όσο και κοιλιοκάκης, ενώ στα αγόρια τα αντισώματα για την κοιλιοκάκη ανιχνεύτηκαν πρωιμότερα συγκριτικά με τα κορίτσια. Τα anti-TPO αυτοαντισώματα βρέθηκαν θετικά κατά πλειοψηφία στην εφηβική ηλικία και οι περισσότεροι έφηβοι/έφηβες εμφάνιζαν ήδη υποθυρεοειδισμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στο ΣΔ1 ανιχνεύονται ήδη από την παιδική και εφηβική ηλικία αυτοαντισώματα για κοιλιοκάκη και θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Είναι απαραίτητο να διευκρινιστεί πιθανή σχέση της εξέλιξης του διαβήτη, του γλυκαιμικού ελέγχου και του θεραπευτικού σχήματος, στην εμφάνιση και εξέλιξη των συνοδών αυτοάνοσων νοσημάτων.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΟΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ, ΤΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ, ΤΗΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

**Ε. Τσιρογιάννη¹, Φ. Κουνιάκης², Μ. Μπαλτατζή¹, Γ. Λαυρεντιάδης²,
Μ. Αλεβίζος¹**

¹Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ

²Β' Πανεπιστημιακή Ψυχιατρική Κλινική, ΨΝΘ, ΑΠΘ

ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της σχέσης της CRP με τη κατάθλιψη, το δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), την κοιλιακή παχυσαρκία (ΚΠ) και την αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάσθηκαν 200 διαβητικοί τύπου 2, 127 γυναίκες (63,5%) και 73 άνδρες (36,5%) στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Α' ΠΡΠ του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ. Ο ΔΜΣ υπολογίστηκε από το πηλίκο βάρους προς την τετραγωνική ρίζα του ύψους. Η μέτρηση της περιμέτρου της μέσης έγινε στο μέσον της απόστασης από την τελευταία πλευρά ως τη λαγόνιο ακρολοφία. Η ΑΥ διαπιστώθηκε από το ιστορικό, τη λήψη αντιυπερτασικών, και τη μέτρησή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Η παρουσία καταθλιπτικής σημειολογίας ελέγχθηκε με τη κλίμακα κατάθλιψης BDI-II. Τέλος, πραγματοποιήθηκε αιμοληψία και μέτρηση της hs-CRP.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εξήντα τρία άτομα (31,5%), 44 γυναίκες (35,4%) και 19 άνδρες (24,6%), είχαν καταθλιπτική σημειολογία. Τα επίπεδα της hs-CRP δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των ατόμων με κατάθλιψη και χωρίς κατάθλιψη, στους άνδρες ($p=0.706$), στις γυναίκες ($p=0.824$) και συνολικά ($p=0.570$). Αντιθέτως η συγκέντρωση της hs-CRP συσχετιζόταν σημαντικά με το ΔΜΣ στο σύνολο των ασθενών ($p=0,012$) και στις γυναίκες ($p=0,022$) - όσο μεγαλύτερος ο ΔΜΣ τόσο μεγαλύτερες οι τιμές της hs-CRP. Υπήρχε μια τάση η οποία έδειχνε πως τα επίπεδα της CRP ήταν πιο αυξημένα στους ασθενείς με κοιλιακή παχυσαρκία σε σχέση με αυτούς χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία, στις γυναίκες ($P=0,070$) και στο σύνολο ($p=0,080$). Στους άνδρες δεν φάνηκε να υπήρχε καμία σημαντική διαφορά στα επίπεδα της CRP ($p=0,710$) μεταξύ ασθενών με κοιλιακή παχυσαρκία και χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία. Τέλος τα επίπεδα της CRP δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ ασθενών με αρτηριακή υπέρταση και χωρίς αρτηριακή υπέρταση στους άνδρες ($P=0,759$), στις γυναίκες ($P=0,869$) και στο σύνολο ($p=0,714$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Φαίνεται πως, η χαμηλού βαθμού φλεγμονώδης διεργασία δεν σχετίζεται με τη παρουσία της κατάθλιψης σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2. Επίσης παρά τη διεθνή βιβλιογραφία, δε φαίνεται να σχετίζεται με την ΑΥ. Αντίθετα και σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση της hs-CRP με το ΔΜΣ και τη ΚΠ στις διαβητικές γυναίκες.

CLOSTRIDIUM DIFFICILE ΔΙΑΡΡΟΪΚΗ ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΨΕΥΔΟΜΕΜΒΡΑΝΩΔΗΣ ΚΟΛΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

**Σ. Καραμαγκιώλης, Σ. Μαυρουδής, Ε. Μαρκούτη, Η. Ζαβιτσάνου,
Ε. Ευθυμίου, Β. Λάλος**

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Διαρροϊκή νόσος από το *Clostridium difficile* (CDAD) αποτελεί συχνή ανεπιθύμητη ενέργεια των αντιβιοτικών, εμφανίζεται κατεξοχήν σε νοσηλευόμενους ασθενείς και η σοβαρότερη μορφή της, η Ψευδομεμβρανώδης Κολίτιδα (PMC) μπορεί να οδηγήσει σε τοξικό megacolon και σήψη.

ΣΚΟΠΟΣ

Στην μελέτη μας εξετάζεται αν η εμφάνιση CDAD και PMC είναι συχνότερες σε νοσηλευόμενους ασθενείς με ΣΔ₂ που λαμβάνουν αντιβιοτικά σε σχέση με τους μη διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τον σκοπό της μελέτης επιλέχθηκαν 154 ασθενείς που χρειάστηκε να νοσηλευτούν για σοβαρές λοιμώξεις κυρίως του αναπνευστικού και του ουροποιητικού συστήματος. Οι μισοί από τους ασθενείς (77 άτομα) έπασχαν από ΣΔ₂. Στην μεγάλη πλειοψηφία και των δύο ομάδων του δείγματος είχαν δοθεί οι ίδιες ομάδες αντιβιοτικών (κυρίως β-λακτάμες και κινολόνες). Η διάγνωση της CDAD έγινε με βάση την κλινική εικόνα και θετική την ανοσοενζυμική δοκιμασία ανεύρεσης της τοξίνης A του *Clostridium difficile*, η δε διάγνωση της PMC επιβεβαιώθηκε με ενδοσκοπικό και ιστολογικό έλεγχο. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το Fisher's exact test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά σε 20 ασθενείς (ή 13%) εμφανίστηκε CDAD. Στην ομάδα των ασθενών με ΣΔ₂, CDAD εκδηλώθηκε στο 18% (14 ασθενείς) ενώ στην ομάδα των μη διαβητικών στο 8% (6 ασθενείς) [p = 0.09, Relative Risk = 1.49, 95% CI: 1.06 to 2.09, Odds Ratio = 2.63]. Από τους διαβητικούς ασθενείς με CDAD, οι 9 (64%) είχαν HbA1c ≥8.0%, 3 (22%) είχαν HbA1c = 7.0-7.9 και οι 2 (14%) HbA1c ≤7.0.

PMC εμφάνισαν 4 (ή 20%) από τους ασθενείς με CDAD από τους οποίους οι 3 (21%) ήταν της ομάδας με ΣΔ₂ και ο 1 (17%) από την ομάδα των μη διαβητικών [p = 1.00, Relative Risk = 1.09, 95% CI: 0.56 to 2.10]. Οι 2 από τους 3 διαβητικούς ασθενείς με PMC είχαν HbA1c ≤8.0.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αν και στατιστικά μη αρκετά σημαντικό, οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με ΣΔ₂ που λαμβάνουν αντιβιοτικά φαίνεται να εμφανίζουν CDAD συχνότερα σε σχέση με τους μη διαβητικούς. Αντίθετα η εμφάνιση PMC δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων της μελέτης. Τα προηγούμενα χρειάζεται να επαληθευτούν σε μεγαλύτερο και καλά προτυποποιημένο στατιστικό δείγμα.

ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ (ΣΒΔ) ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΠΑΝ) ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ν. Δημητσίκογλου, Κ. Γεωργηφένδης, Ι. Δημητσίκογλου

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

ΣΚΟΠΟΣ

Ο ΣΒΔ, το «χρυσό μέτρο» για την αρχική διάγνωση της ΠΑΝ, βρέθηκε φυσιολογικός σε μερικούς διαβητικούς με τυπική διαλείπουσα κωλότητα (ΔΧ). Πόση είναι η πραγματική διαγνωστική αξία του (εν ηρεμία) ΣΒΔ;

ΜΕΘΟΔΟΣ

Ο ΣΒΔ μετρήθηκε στην ύπια θέση, δύο φορές σε κάθε σκέλος, σε 490 σκέλη, 245 διαβητικών τύπου 2, ενώ ταυτόχρονα καταγραφόταν και ο σφυγμικός όγκος (Pulse Volume Record, PVR) με πηλθυσμογραφία (Impedance Plethysmography, IPG), σε 4 θέσεις σε κάθε σκέλος. Σε 19 ασθενείς (38 σκέλη) (5 με ιστορικό ΔΧ) με φυσιολογικό ΣΒΔ, εφαρμόσθηκε ολιγόλεπτη (3-5 min) άσκηση και μέτρηση του ΣΒΔ μετά άσκηση.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Παθολογικός ($<0,91$, $X\pm SD=0,731\pm 0,14$) ο ΣΒΔ βρέθηκε σε 134 (27,3%), οριακός ($0,91-0,99$, $X\pm SD=0,955\pm 0,02$) σε 102 (20,8%) και φυσιολογικός ($1,00-1,30$, $X\pm SD=1,137\pm 0,04$) σε 254 (51,8%) σκέλη.

Στους διαβητικούς με φυσιολογικό ΣΒΔ, η IPG έδειξε IPG-ήπια ΠΑΝ 26,4%, IPG-μέτρια ΠΑΝ 7,4%, IPG-βαρεία ΠΑΝ 0,8% και IPG-φυσιολογικό 65,2% μόνον (έναντι 100% που αναμενόταν). Μόνο σε όσους διαβητικούς ο ΣΒΔ ήταν $>1,20$ βρέθηκε πλήρης ταύτιση ΣΒΔ/IPG (100% φυσιολογικό και με τις δύο μεθόδους), με το ποσοστό να μειώνεται, καθώς μειώνεται ο ΣΒΔ από το 1,20 μέχρι το 1,00.

Στους διαβητικούς με οριακό ΣΒΔ, η IPG έδειξε IPG-ήπια ΠΑΝ 52,6%, IPG-μέτρια ΠΑΝ 21,0%, IPG-βαρεία ΠΑΝ 5,2% και IPG-φυσιολογικό 21%.

Στους διαβητικούς με παθολογικό ΣΒΔ, η IPG έδειξε IPG-ήπια ΠΑΝ 13,4%, IPG-μέτρια ΠΑΝ 31,3%, IPG-βαρεία ΠΑΝ 52,2%, αλλά και IPG-φυσιολογικό 2,9%. Μόνο σε όσους διαβητικούς είχαν ΣΒΔ $<0,60$ βρέθηκε πλήρης ταύτιση ΣΒΔ/IPG (100% παθολογικό και με τις δύο μεθόδους), με το ποσοστό να μειώνεται, καθώς ο ΣΒΔ αυξάνεται από το 0,60 μέχρι το 0,90.

Από τους 19 διαβητικούς με φυσιολογικό ΣΒΔ στους οποίους εφαρμόσθηκε ολιγόλεπτη άσκηση, επειδή τα IPG ευρήματα έδιναν μέτρια ΠΑΝ, πτώση του ΣΒΔ (από $1,03\pm 0,03$ σε $0,74\pm 0,02$), 1-2 min μετά την άσκηση, παρατηρήθηκε σε όλους (100%), με χρόνο ανάκτησης του αρχικού ΣΒΔ 3-5 min.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο εν ηρεμία ΣΒΔ είναι 100% αξιόπιστος για την διάγνωση ή τον αποκλεισμό της ΠΑΝ μόνο στις πολύ χαμηλές ($<0,60$) ή στις πολύ υψηλές ($>1,20$) τιμές του, αντίστοιχα, ενώ στο ενδιάμεσο εύρος τιμών δεν βεβαιώνεται, ούτε αποκλείεται τίποτε και απαιτείται περαιτέρω διευκρίνιση με δοκιμασία κόπωσης ή με PVR (IPG).

Η ΔΙΑΔΕΠΟΥΣΑ ΧΩΛΟΤΗΣ (ΔΧ) ΣΤΗΝ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΠΑΝ) ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Ι. Δημητσίκογλου, Ν. Δημητσίκογλου, Κ. Γεωργηφεένδης

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

Συχνά η κλινική υποψία για την ύπαρξη ΠΑΝ τίθεται από την ύπαρξη ΔΧ και ο περαιτέρω έλεγχος περιορίζεται στους ασθενείς με ΔΧ. Πόσο, όμως, αξιόπιστη για τον αποκλεισμό της ΠΑΝ είναι η απουσία ΔΧ στους διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 (ΣΔ2);

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Ιστορικό ΔΧ αναζητήθηκε με επίμονο τρόπο σε 245 ΣΔ2 (490 σκέλη). Σε όλα τα σκέλη μετρήθηκε ο ΣφυροΒραχιόνιος Δείκτης (ΣΒΔ) (δύο φορές σε κάθε σκέλος) και εφαρμόσθηκε πληθυσμογραφία (Impedance Plethysmography, IPG) και ένα σύστημα βαθμονόμησης των παθολογικών ευρημάτων (IPG score) από 0-12, για την διάγνωση της ΠΑΝ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο σύνολο των ΣΔ2 της μελέτης, ιστορικό τυπικής ΔΧ υπήρχε σε 112 σκέλη (22,8%), ενώ σε 38 επιπλέον σκέλη (8,1%) υπήρχε ιστορικών άτυπων ενοχλημάτων (ΑΕ).

Στον πληθυσμό των ΣΔ2 στον οποίο αναμένεται η ύπαρξη ΔΧ, αυτούς δηλαδή με παθολογικό (<0,91, n=134 σκέλη) και οριακό (0,91-0,99, n=102 σκέλη) ΣΒΔ, τυπική ΔΧ βρέθηκε σε αναλογία 44,9% και ΑΕ σε αναλογία 11,9%, ενώ στο υπόλοιπο 42,3% δεν υπήρχε κανένα ενόχλημα κατά την βάδιση. Οι αντίστοιχες αναλογίες με βάση το IPG score (παθολογικό+οριακό, n=304) ήταν ΔΧ 37,5%, ΑΕ 9,8%, ουδέν σύμπτωμα 52,7%. Ακόμη κι αν αφαιρεθεί η κατηγορία «οριακό», ο επιπολασμός της ΔΧ στην μέτρια και βαρεία ΠΑΝ είναι μόνον 64,1% (ΣΒΔ) ή 61,7% (IPG). Μεταξύ των ΣΔ2 με ΔΧ, ο ΣΒΔ (ή η IPG) βρέθηκε παθολογικός/οριακός/φυσιολογικός σε ποσοστά 75,8 (ή 81,2)/16,9 (ή 10,7)/7,1 (ή 8)%

Στον πληθυσμό των ΣΔ2 στον οποίο δεν αναμένεται ΔΧ (φυσιολογικός ΣΒΔ, >0,99), τυπική ΔΧ παρατηρήθηκε σε αναλογία 1,5% και ΑΕ σε αναλογία 1,9%. Οι αντίστοιχες αναλογίες με βάση το IPG score (φυσιολογικό) ήταν ΔΧ=0,0%, ΑΕ 4,3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Ο επιπολασμός της ΔΧ στην μέτρια+βαρεία ΠΑΝ είναι ~60%, και στην ήπια+μέτρια+βαρεία ΠΑΝ ~40%. Στο υπόλοιπο ~40-60% των διαβητικών με ΠΑΝ, η ΔΧ απουσιάζει. Η απουσία ΔΧ δεν αποκλείει την ΠΑΝ.

2) Από τους ασθενείς με ΔΧ μικρό μόνον ποσοστό 7-8% έχει φυσιολογικό ΣΒΔ ή IPG, ώστε η παρουσία ΔΧ βεβαιώνει την ύπαρξη ΠΑΝ με ακρίβεια >90%.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΒΟΥΦΛΟΜΕΔΙΛΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΜΙΚΡΟΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΧΩΡΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ
ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΜΙΚΡΟ- Η ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ**

Δ. Τσαντίλας¹, Α.Ι. Χατζητόλιος², Κ. Τζιόμαλος², Τ. Διδάγγελος²,
Δ. Παπαδημητρίου³, Δ. Καραμήτσος²

¹Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Γεώργιος Γεννηματάς»

²Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

³Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Β' Χειρουργική Κλινική ΑΠΘ

Νοσοκομείο «Γεώργιος Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Το διαβητικό πόδι αποτελεί μείζονα επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 στην παθογένεια της οποίας εμπλέκονται εκτός από τη διαβητική νευροπάθεια, η μακρο- και η μικροαγγειοπάθεια. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της βουφλομεδίλης στην περιφερική μικροκυκλοφορία σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 χωρίς κλινικές εκδηλώσεις μικρο- ή μακροαγγειοπάθειας. Είκοσι τρεις ασθενείς που είχαν ΣΔ τύπου 2 για λιγότερο από 10 έτη [9 άνδρες, διάμεση ηλικία 61 έτη (εύρος, 58-64)] τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν βουφλομεδίλη 600 mg/ημέρα για 6 μήνες (n = 12) ή καμιά αγωγή (n = 11). Η δερματική αιματική ροή μελετήθηκε στα κάτω άκρα με Laser Doppler κατά την έναρξη της μελέτης και μετά από 3 και 6 μήνες. Προσδιορίστηκαν οι Doppler παράμετροι όγκος, ροή και ταχύτητα. Στους ασθενείς που έλαβαν βουφλομεδίλη διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση του όγκου (p = 0,039) και μια τάση αύξησης της ταχύτητας και της ροής (p = 0,097 και για τις 2 παραμέτρους). Αντίθετα, στην ομάδα ελέγχου διαπιστώθηκε κατά το ίδιο διάστημα σημαντική ελάττωση στον όγκο και τη ροή (p = 0,045 και p = 0,027, αντίστοιχα) ενώ η ταχύτητα δεν μεταβλήθηκε (p = 0,150). Συμπερασματικά, σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 χωρίς κλινικές εκδηλώσεις μικρο- ή μακροαγγειοπάθειας, η βουφλομεδίλη φαίνεται να έχει ευνοϊκή επίδραση στην περιφερική μικροκυκλοφορία όπως αυτή εκτιμήθηκε από τη βελτίωση της δερματικής αιματικής ροής στον έλεγχο με Laser Doppler.

ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ “ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ”

Δ. Σκούτας, Δ. Καραγιάννη, Ο. Γουλή, Ε. Παππά, Μ. Ρογκότη, Σ. Παπαντωνίου,
Τ. Εξιάρα, Λ. Δούκας, Κ. Σακαλή, Χ. Μανές

Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κάπνισμα ως γνωστό είναι ο μοναδικός σημαντικός μεταβαλλόμενος παράγοντας κινδύνου για τη δημιουργία και την εξέλιξη της περιφερικής αγγειακής νόσου με συνέπεια αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού, αποτελεί δε αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης “διαβητικού ποδιού”. Ερευνούμε τη συσχέτιση του καπνίσματος με την ΠΑΝ και το “διαβητικό πόδι”.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Ασθενείς με ΣΔ-ιστορικό καπνίσματος και “διαβητικό πόδι”. Εξετάστηκαν για περιφερική αγγειακή νόσο (έλεγχο περιφερικών αγγείων-μέτρηση σφυροβραχιόνιου δείκτη-παρουσία ή όχι διαλειπούσης χωλότητας). Στους ασθενείς αυτούς εξετάσθηκε η διάρκεια του καπνίσματος, η βαρύτητά του, η ηλικία, ΒΜΙ, η διάρκεια της νόσου και ο μεταβολικός έλεγχος. Έγινε συσχέτιση της συνήθειας και της βαρύτητας του καπνίσματος με τους δείκτες της περιφερικής αγγειακής νόσου.

Τέλος εκτιμήθηκε αν και πως το κάπνισμα συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από 250 άτομα με “διαβητικό πόδι” που εξετάσθηκαν έχουμε 131 ασθενείς με “διαβητικό πόδι” και με ιστορικό καπνίσματος (77 ασθενείς είναι ενεργοί καπνιστές —(58,8%) και 54 άτομα— (41,2%) το έχουν διακόψει). Άντρες οι 120 (91,6%) και 11 γυναίκες (8,4%). ΣΔ Τύπου 1 ήταν οι 11 ασθενείς (8,4%) και τύπου 2 οι 120 (91,6%). Η διάρκεια του διαβήτη ήταν $15,4 \pm 8,91$ έτη, η HbA1c $8,84 \pm 1,87$, η διάρκεια του καπνίσματος $38,2 \pm 34$ έτη, η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων $32,9 \pm 14,3$ (pack years $64 \pm 36,29$). Το 60% των νευροπαθητικών ελκών δεν σχετίζονται με το κάπνισμα.

Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του καπνίσματος με την διαλείπουσα χωλότητα και αρνητική με τον σφυροβραχιόνιο δείκτη και την ψηλάφηση των περιφερικών αγγείων. Το 75% των ισχαιμικών ελκών και η ισχαιμία έχει θετική συσχέτιση με το κάπνισμα $p=0,002$. Θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της αιτιολογίας της βλάβης και της ύπαρξης καπνίσματος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές $p=0,000$ όχι όμως και με αυτούς που σταμάτησαν το κάπνισμα

Η βαρύτητα της περιφερικής αγγειακής νόσου και η βαρύτητα της βλάβης δεν φαίνεται να επηρεάζονται από τη διακοπή η όχι του καπνίσματος.

Τέλος η διάρκεια του καπνίσματος σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια του “διαβητικού ποδιού” $p<0,001$ όχι και με τη βαρύτητα της βλάβης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν τον κυρίαρχο ρόλο που παίζει το κάπνισμα (η βαρύτητα και η διάρκειά του) στην περιφερική αγγειακή νόσο και στην αιτιοπαθογένεια του “διαβητικού ποδιού” με περισσότερο από το 50% των ατόμων με διαβητικό πόδι να έχει διατελέσει ενεργός καπνιστής ευρήματα ικανά για αποφυγή σχέσης καπνίσματος και σακχαρώδους διαβήτη.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

**Μ. Μπρισιάνου, Χ. Πάνου, Σ. Καλοπήτα, Ν. Μπανιά, Ε. Κατωπόδη*,
Κ. Εμμανουήλ, Ε. Τυρεκίδου, Λ. Λαναράς**

Γ. Ν. Λαμίας, Διαβητολογικό Ιατρείο, *Γ. Ν. Καρπενησίου

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας μας είναι να διερευνήσουμε τις διατροφικές συνήθειες διαβητικών ασθενών που προσήλθαν για εξέταση στο νοσοκομείου μας, καθώς και κατά πόσο επηρεάστηκε η διατροφή των διαβητικών της περιοχής μας από την μόλυνση του Μαλιακού Κόλπου το τελευταίο έτος, που είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση νεκρών ψαριών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ογδόντα πέντε διαβητικοί ασθενείς, 49 άνδρες (57,64%) και 36 γυναίκες (42,35%), ηλικίας 32- 82 ετών που προσήλθαν για εξέταση και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τη διατροφή. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες: Ομάδα Α', Β', Γ', άνδρες με 11 (22,4%), 22 (44,8%) και 16 (32,6%) ασθενείς έκαστη και ηλικίας 32-45, 46-60 και >60 ετών αντίστοιχα. Επίσης Ομάδα Α', Β', Γ', γυναίκες με 9 (25%), 15 (41,6%) και 12 (33,3%) ασθενείς έκαστη και ηλικίας 32-45, 46-60 και >60 ετών αντίστοιχα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	ΟΜΑΔΑ Α' Άνδρες Ηλικίας 32-45 (n=11)	ΟΜΑΔΑ Β' Άνδρες Ηλικίας 46-60 (n=22)	ΟΜΑΔΑ Γ' Άνδρες Ηλικίας >60 (n=16)	ΟΜΑΔΑ Α' Γυναίκες Ηλικίας 32-45 (n=9)	ΟΜΑΔΑ Β' Γυναίκες Ηλικίας 46-60 (n=15)	ΟΜΑΔΑ Γ' Γυναίκες Ηλικίας >60 (n=12)
Κατανάλωση κρέατος >2 φορές/εβδ	4/36,3%	9/40,9%	6/37,5%	4/44,4%	6/40%	4/33,3%
Καθημερινή κατανάλωση Λαχαν-φρούτων	3/27,2%	8/36,6%	5/31,2%	2/22,2%	5/33,3%	5/41,6%
Καθημερινή κατανάλωση Γαλακτι/κών	4/36,3%	12/54,5%	9/56,2%	3/33,3%	8/53,3%	7/58,3%
Κατανάλωση όσπριων 1 φορά/εβδομάδα	1/9,05%	3/13,6%	3/18,7%	1/11,1%	2/13,3%	3/25%
Κατανάλωση ψαριού 1 φορά/εβδ	2/18,1%	5/22,7%	4/25%	2/22,2%	4/26,6%	4/31,3%
Καθημερινή κατανάλωση έτοιμων φαγητών, σνακ	6/54,5%	9/40,9%	5/31,2%	5/55,5%	6/40%	2/16,6%

Από τη μελέτη μας επίσης φάνηκε ότι το ελαιόλαδο αποτελεί βασικό στοιχείο διατροφής λόγω παραγωγής στην περιοχή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μόλυνση του Μαλιακού Κόλπου και η αποφυγή της κατανάλωσης ψαριού, αύξησε την εβδομαδιαία κατανάλωση κρέατος κατά πολύ, ενώ η κατανάλωση έτοιμων φαγητών-σνακ έχει μπει στη διατροφή των ασθενών και των επαρχιακών πόλεων. Η διατροφική πυραμίδα που ακολουθούν η ομάδα των ασθενών που εξετάστηκαν στη μελέτη μας, δεν έχει καμιά σχέση με την μεσογειακή διατροφή και το διαιτολόγιο που θα πρέπει να τηρούν οι διαβητικοί.

**ΟΙ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ ΚΑΙ
ΠΑΧΥΣΑΡΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2**

**Ε. Αθανασιάδου², Κ. Παλέτας¹, Μ. Σαρηγιάννη¹, Π. Πάσχος¹,
Ε. Μπεκιάρη¹, Α. Τσάπας¹**

¹Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Παθολογική Κλινική,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Σχολή τεχνολογίας τροφίμων και διατροφής, Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας,
Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Από επιδημιολογικές μελέτες έχει φανεί ότι η διατροφή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Σκοπός της μελέτης ήταν να εξετάσει τη συμμόρφωση υπέρβαρων και παχύσαρκων ασθενών με ΣΔ2 με τις διατροφικές οδηγίες της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) και να συγκρίνει τη διατροφή αυτή με την αντίστοιχη παχύσαρκων μη διαβητικών ασθενών.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 44 υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Είκοσι δύο (1 άνδρας) με διαγνωσμένο ΣΔ2 και 22 μη διαβητικοί, αντίστοιχου φύλου, ηλικίας και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ). Η εκτίμηση της διατροφικής κατάστασης έγινε με τη χρήση της τριήμερης καταγραφής και ερωτηματολογίου συχνότητας. Αναλύθηκαν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και το βιοχημικό προφίλ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα άτομα με ΣΔ2 είχαν μέσο όρο ηλικίας $55,6 \pm 13,85$ έτη και ΔΜΣ $39,13 \pm 8,13$ kg/m² ενώ η ομάδα ελέγχου $52,1 \pm 10,2$ έτη και $38,8 \pm 5,6$ kg/m² αντίστοιχα. Στην ομάδα των ατόμων με ΣΔ2 οι προσλαμβανόμενες ποσότητες ολικών και κορεσμένων λιπαρών, χοληστερόλης και νατρίου υπερκάλυπταν τις ημερήσιες ανάγκες κατά 25,23%, 89,57%, 49,23% και 29% αντίστοιχα, ενώ η πρόσληψη φυτικών ινών υπολειπόταν κατά 15%. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές από την ομάδα ελέγχου στους βιοχημικούς δείκτες, πέραν της γλυκόζης αίματος ($123,7 \pm 36$ και $101,4 \pm 9$ mg/dL αντίστοιχα) και της HbA_{1c} ($6,76 \pm 1$ και $5,5 \pm 0,5$ αντίστοιχα). Η ημερήσια δερμική πρόσληψη ($1656,24 \pm 385,29$ και $1636,21 \pm 652,91$ kcal/d αντίστοιχα, p=0,9) και η πρόσληψη πρωτεϊνών και λιπαρών ήταν σε ανάλογα επίπεδα, ενώ αντίθετα υπήρχαν σημαντικές διαφορές στην πρόσληψη υδατανθράκων ($43,14 \pm 8,15\%$ και $48,89 \pm 8,16\%$ αντίστοιχα, p=0,03) και στη συχνότητα κατανάλωσης γλυκών ($2,7 \pm 2,3$ φορές/εβδομάδα στην ομάδα ΣΔ2 και $4,4 \pm 2,5$ φορές/εβδομάδα στην ομάδα ελέγχου, p=0,05).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν χαμηλό βαθμό συμμόρφωσης με τις διατροφικές οδηγίες της ADA, και μολονότι διατρέχουν αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο δεν παρουσιάζουν διαφορές από τα άτομα της ομάδας ελέγχου.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Σ. Καλοπήτα, Ν. Μπανιά, Κ. Καπετανάκου,
Ι. Καψάλη, Ε. Τυρεκίδου, Λ. Λαναράς

Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση των κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών διαβητικών ασθενών που προήλθαν για εξέταση στο νοσοκομείο μας σε σχέση με το Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε 145 ασθενείς, 82 άνδρες (56,5%) και 63 γυναίκες (43,4%), ηλικίας 45- 79 ετών. Στα πλαίσια του ελέγχου μετρήθηκαν: η ολική χοληστερόλη, η HDL και η LDL χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια, η HbA1c, η αρτηριακή πίεση (Συστολική και Διαστολική Αρτηριακή Πίεση) και το BMI, ενώ χωρίστηκαν σε 3 ομάδες ανάλογα με το BMI: Ομάδα Α' (BMI <25 Kg/m²), Ομάδα Β' (BMI=25-29,9 Kg/m²), Ομάδα Γ' (BMI>30 Kg/m²).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η HbA1c και η ολική χοληστερόλη, LDL-χοληστερόλη δεν διέφεραν στις 3 ομάδες.

	ΟΜΑΔΑ Α' BMI<25	ΟΜΑΔΑ Β' BMI 25-29,9	ΟΜΑΔΑ Γ' BMI>30
Συστολική Αρτηριακή Πίεση	135±19 mmHg	148±24 mmHg	155±23 mmHg
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση	75±19 mmHg	80±11 mmHg	86±10 mmHg
HDL-Χοληστερόλη	♂ =45±16 (mg/dl)	♂ =47±10 (mg/dl)	♂ =38±11 (mg/dl)
	♀ =59±32 (mg/dl)	♀ =54±16 (mg/dl)	♀ =48±19 (mg/dl)

Από δείγμα των ασθενών της μελέτη μας φάνηκε ότι μεγαλύτερο BMI έχουν κυρίως οι νεότεροι διαβητικοί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας φαίνεται ότι οι παχύσαρκοι διαβητικοί ασθενείς έχουν πολλά χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου. Η αλλαγή του τρόπου ζωής και η καθημερινή σχεδόν κατανάλωση έτοιμων φαγητών και σνακ και η απομάκρυνση από την παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, φαίνεται ότι επηρέασε περισσότερο τους νεώτερους διαβητικούς με την αύξηση της παχυσαρκίας.

**ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΑΠΛΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΟ-ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ (DIABESITY)**

**Α. Γαλλή-Τσινοπούλου, Μ.Γ. Γραμματικοπούλου, Ε. Εμμανουηλίδου,
Π. Κόκκα, Χ. Στυλιανού**

Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ

Η διαβητο-παχυσαρκία, η συνύπαρξη διαβήτη και παχυσαρκίας, αποτελεί τη νέα πανδημία. Η παρούσα έρευνα είχε στόχο τον προσδιορισμό της επίπτωσης του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) σε παιδιατρικούς ασθενείς με παχυσαρκία και διαβητο-παχυσαρκία.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Εκατόν σαράντα τέσσερα παιδιά και έφηβοι ηλικίας 4-16 ετών, εξωτερικοί ασθενείς της κλινικής συλλέχθηκαν και χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: τους παχύσαρκους (n=69) που αποτέλεσαν την ομάδα ελέγχου και τους διαβητο-παχύσαρκους (n=85) που είχαν διαγνωσθεί με διαταραγμένη καμπύλη γλυκόζης και παχυσαρκία. Οι συμμετέχοντες ελέγχθηκαν για το ΜΣ με βάση τα κριτήρια του Weiss. Επιπλέον, εξετάστηκαν οι παράγοντες Von Willebrand factor (vWF), plasminogen activator inhibitor-1 (PAI-1) και το ουρικό οξύ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η διαβητο-παχυσαρκία βρέθηκε να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης του ΜΣ (OR:3.714) και τα επίπεδα τριγλυκεριδίων (OR:9.067), να μειώνει την HDL-C (OR:1.405), να αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης (OR:0.750) και μελανίζουσας ακάνθωσης (OR:2.882). Στο ολικό δείγμα, η χαμηλή HDL-C αποτελούσε το πιο σύνηδες κριτήριο του ΜΣ που πληρούνταν, αφού διαγνώσθηκε στο 68% των διαβητο-παχύσαρκων και στο 62% των παχύσαρκων παιδιών. Η διόρθωση των τιμών κατά ηλικία και βάρος έδειξε ότι οι διαβητο-παχύσαρκοι εμφάνιζαν υψηλότερο Δείκτη Λιπώδους Μάζας, αρτηριακή πίεση και επίπεδα τριγλυκεριδίων, όμως οι παχύσαρκοι εμφάνιζαν χαμηλότερα επίπεδα HDL-C. Η Μεταξύ των τριών δεικτών αθηρωμάτωσης, ο PAI-1 και ο vWF συνέβαλαν στην εμφάνιση του ΜΣ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε παιδιά και εφήβους, η διαβητο-παχυσαρκία αυξάνει το κίνδυνο εμφάνισης του ΜΣ κατά 3.7 φορές από την απλή παχυσαρκία.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΗΣ ΣΕ ΠΡΟ-ΑΘΗΡΟΓΟΝΟΥΣ ΚΑΙ
ΑΝΤΙ-ΑΘΗΡΟΓΟΝΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Ν. Καδόγλου^{1,2}, Α. Καπελούζου³, Ν. Σάιλερ¹, Γ. Φωτιάδης¹,
Ν. Αγγελοπούλου⁴, Ι. Βράμπας⁵**

¹Α' Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Υπότροφος Κοινωφελούς Ιδρύματος «Αλέξανδρος Σ. Ωνάσης»

³Ιδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών, Ακαδημίας Αθηνών

⁴Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού ΑΠΘ

⁵Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού (Σέρρες) ΑΠΘ

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη της επίδρασης ενός προγράμματος μακροχρόνιας, αυτοελεγχόμενης άσκησης στα επίπεδα στο αίμα φλεγμονωδών παραγόντων (high-sensitivity CRP-hsCRP, ινωδογόνο), μεταλλοπρωτεϊνών (MMPs) και των αναστολέων τους (TIMPs) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Συνολικά συμμετείχαν 50 ασθενείς με ΣΔ2 (17 άνδρες, 33 γυναίκες), ηλικίας 50-68 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι (BMI >25 kg/m²) και ελάμβαναν μόνο αντι-διαβητικά δισκία (μετφορμίνη, σουλφονουλουρίες, αναστολείς DPP-4 ή συνδυασμό τους), αλλά χωρίς ικανοποιητική ρύθμιση σακχάρου (HbA1c >6.5%). Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνιζε διαβητική μικρο-/μακρο-αγγειοπάθεια. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν στις παρακάτω ομάδες: Α) Ομάδα άσκησης (N=25): Υπήρχε συνεχής παρακίνηση για αυτο-ελεγχόμενη (χωρίς επίβλεψη) άσκηση 150 min/εβδομάδα, ενώ επιπλέον οι ασθενείς συμμετείχαν σε 1 συνεδρία/εβδομάδα οργανωμένης άσκησης σε γυμναστήριο. Β) Ομάδα ελέγχου (N=25): Στους ασθενείς δόθηκαν οδηγίες για διατήρηση των προηγούμενων σωματικών τους δραστηριοτήτων. Ο αρχικός κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος περιλάμβανε τη μέτρηση κλινικών παραμέτρων, της αερόβιας ικανότητας (VO_{2peak}) και των βιοχημικών παραμέτρων: ινσουλινο-αντίσταση (HOMA-IR), hsCRP, ινωδογόνο, MMP-2, MMP-9, TIMP-1, TIMP-2, γλυκαιμικό και λιπιδαιμικό profile. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 16 εβδομάδες οπότε και επαναλήφθηκε ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος, χωρίς καμία αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής ενδιαμέσως. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε Student's t-test και paired-samples t-test (p<0.05).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την έναρξη της μελέτης οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους. Επιπλέον σε καμία από τις δύο ομάδες δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές αλλαγές ως προς τα: BMI, HOMA-IR, MMP-2 και TIMP-1 στη διάρκεια της μελέτης (p>0.05). Από την άλλη μεριά το πρόγραμμα άσκησης επέφερε σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης, της LDL-C και της HbA1c συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (p<0.05). Επιπρόσθετα η εφαρμογή της άσκησης μείωσε στατιστικά σημαντικά τα επίπεδα ινωδογόνου (p=0.047), hsCRP (p=0.041) και MMP-9 (p=0.028) και από την άλλη μεριά αύξησε τη VO_{2peak} (p=0.011) και TIMP-2 (p=0.022) σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι για την ασκησιο-εξαρτώμενη μείωση της MMP-9 η μείωση

του ινωδογόνου και της HbA1c αποτελούσαν ανεξάρτητους προγνωστικούς παράγοντες. Αντίστοιχα, η μείωση του ινωδογόνου ήταν ανεξάρτητος προγνωστικός παράγοντας της αύξησης του TIMP-2 ($p < 0.05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή ενός μακροχρόνιου προγράμματος αυτο-ελεγχόμενης, κυρίως, άσκησης μέτριας έντασης έχει κατασταλτική δράση σε προ-αθηρογόνους και ευεργετική δράση σε αντι-αθηρογόνους παράγοντες σε ασθενείς με ΣΔ2. Τα αποτελέσματα αυτά φαίνεται να ρίχνουν περισσότερο φως στους αντι-αθηρογόνους μηχανισμούς της άσκησης.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ
ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ΘΕΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ
ΑΕΡΑΓΩΓΩΝ (CPAP) ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΑΣ-ΥΠΝΟΥ**

**Δ. Αναστασόπουλος¹, Α. Κουτσοβασίλης¹, Ε. Φουστέρης¹, Σ. Τσιαγκλής¹,
Β. Δραγουμάνος¹, Α. Ράπτης³, Α. Πρεκατές², Α. Μελιδώνης¹**

¹Διαβητολογικό Κέντρο, ²Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»,

³Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστή η συσχέτιση του συνδρόμου άπνοιας-ύπνου (ΣΑΥ) με την ενεργοποίηση φλεγμονώδους διαδικασίας και τη συναφή αύξηση πρωτεϊνών φλεγμονής. Σκοπός της μελέτης είναι ο έλεγχος της επίδρασης της CPAP στα επίπεδα πρωτεϊνών φλεγμονής και διαφόρων ανθρωπομετρικών στοιχείων σε διαβητικούς και μη ασθενείς με ΣΑΥ.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε 60 ασθενείς με ΣΑΥ (> από 10 άπνοιες/ώρα με συνοδά συμπτώματα) εκ των οποίων 29 ήταν διαβητικοί (Ομάδα Α, 24 άνδρες, 82.8%) μέσης ηλικίας 57 ετών και 31 μη διαβητικοί (Ομάδα Β, 22 άνδρες, 71%) μέσης ηλικίας 55 ετών. Δεκαοκτώ ασθενείς από την ομάδα Α και 13 από την ομάδα Β έλαβαν θεραπεία με CPAP, ενώ οι υπόλοιποι από κάθε ομάδα δεν έλαβαν για προσωπικούς ή άλλους λόγους και ακολούθησαν υγιεινοδιαιτητικές οδηγίες. Έγινε καταγραφή του δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ), της περιμέτρου μέσης και λαιμού, της καπνιστικής συνήθειας και συνοδών παθήσεων όπως Αρτηριακή Υπέρταση (ΑΥ), ΧΑΠ και Στεφανιαία Νόσος (ΣΝ). Καταγράφηκαν, ως πρωτεΐνες φλεγμονής, η hs-CRP, το ινωδογόνο και η φερριτίνη πριν τη θεραπεία με CPAP και 3 μήνες μετά, ανεξάρτητα αν έλαβαν θεραπεία ή όχι.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ομάδα Α είχε περισσότερους υπερτασικούς (19 VS 13, $p=0.018$), ασθενείς με ΧΑΠ (5 VS 1, $p=0.05$) και με ΣΝ (9 VS 1, $p=0.01$). Στην ομάδα Α υπήρχε στατιστικά σημαντική μείωση του σωματικού βάρους ($p=0.008$ VS 0.28) και του ΔΜΣ ($p=0.007$ VS, $p=0.225$), καθώς και τάση μείωσης της περιμέτρου μέσης ($p=0.109$ VS $p=0.527$) στα άτομα που έλαβαν CPAP. Τα ίδια άτομα είχαν στατιστικά σημαντική αύξηση του ινωδογόνου ($p=0.04$ VS 0.173). Στην ομάδα Β υπήρχε τάση μείωσης της περιμέτρου μέσης ($p=0.092$ VS, $p=0.683$) στα άτομα που δεν έλαβαν CPAP, καθώς και τάση αύξησης της φερριτίνης ($p=0.138$ VS, $p=0.341$) στην ομάδα που έλαβε CPAP.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με CPAP επιδρά θετικά στην μείωση του σωματικού βάρους και του ΔΜΣ στους διαβητικούς ασθενείς με ΣΑΥ, δε φαίνεται, όμως, να τροποποιεί σημαντικά τη φλεγμονώδη διαδικασία που εκφράζεται με τις πρωτεΐνες οξείας φάσης σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Αναμένονται, όμως, αποτελέσματα με μεγαλύτερο αριθμό ατόμων για να εξαχθούν ασφαλέστερα συμπεράσματα.

Η ΛΕΠΤΙΝΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΩΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Μ. Σαρηγιάννη¹, Κ. Παλέτας¹, Ε. Μπεκιάρη¹, Κ. Τοπουρίδου², Α. Τσάπας¹,
Μ. Καλογιάννη³, Γ. Κολιάκος²

¹Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Παθολογική Κλινική,
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

²Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

³Τμήμα Ζωολογίας, Σχολή Βιολογίας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

ΣΚΟΠΟΣ

Η παχυσαρκία συχνά συνοδεύεται από υπερλεπτιναιμία και αντίσταση στην ινσουλίνη, έχοντας πιθανόν αιτιολογική σχέση μεταξύ τους, οδηγώντας τελικά στο σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε κατά πόσο συσχετίζονται τα επίπεδα της λεπτινής πλάσματος με την ινσουλινοαντίσταση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετείχαν 16 άτομα (2 άντρες) με παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 30 \text{ kg/m}^2$) και 10 (2 άντρες) άτομα φυσιολογικού βάρους. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υγιείς, δεν λάμβαναν αγωγή για κανένα λόγο και υποβλήθηκαν στη δοκιμασία του ευγλυκαιμικού υπερινσουλιναϊμικού αποκλεισμού (clamp) για να προσδιοριστεί η ευαισθησία τους στην ινσουλίνη. Μετά από 12ωρη νηστεία συλλέξαμε ολικό αίμα και μετρήσαμε τη λεπτινή πλάσματος με τη μέθοδο RIA. Αναλύθηκαν τα ανθρωπομετρικά τους χαρακτηριστικά και το βιοχημικό τους προφίλ. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.15.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος ηλικίας των ατόμων φυσιολογικού βάρους ήταν $28,6 \pm 2,77$ έτη και ο $\Delta\text{ΜΣ}$ $23,8 \pm 0,8 \text{ kg/m}^2$. Για τα άτομα με παχυσαρκία ήταν $28,6 \pm 3,8$ έτη και $37,9 \pm 7,1 \text{ kg/m}^2$, αντίστοιχα. Η ινσουλινοευαισθησία των δύο ομάδων ήταν $10,3 \pm 0,9 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ για τα άτομα φυσιολογικού βάρους και $5,6 \pm 2,8 \text{ mg} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{min}^{-1}$ για τα άτομα με παχυσαρκία. Η λεπτινή πλάσματος ήταν $4,5 \pm 3,8$ και $18,5 \pm 9 \text{ ng/ml}$, αντίστοιχα. Διαπιστώθηκε ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της ινσουλινοευαισθησίας και της λεπτινής πλάσματος τόσο στο σύνολο των ατόμων (Spearman's $\rho = -0,848$, $p < 0,001$) όσο και στα άτομα με παχυσαρκία (Spearman's $\rho = -0,81$, $p = 0,001$). Τέλος, διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της λεπτινής πλάσματος και της ινσουλίνης πλάσματος (Spearman's $\rho = 0,501$, $p = 0,029$) καθώς και του $\Delta\text{ΜΣ}$ (Spearman's $\rho = 0,62$, $p = 0,005$) μόνο στο σύνολο των ατόμων.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η ινσουλινοευαισθησία μέχρι σήμερα εκτιμάται σε καθημερινή βάση με τη χρήση μαθηματικών μοντέλων όπως HOMA IR, Matsuda, Quicki. Σύμφωνα με τα αποτελέσματά μας διαπιστώσαμε ότι η μέτρηση της λεπτινής πλάσματος έχει υψηλή ευαισθησία (0,8) έναντι του clamp. Επομένως, η μέτρηση της λεπτινής πλάσματος θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για τον εντοπισμό των ινσουλινοάντοχων ατόμων με παχυσαρκία που κινδυνεύουν να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να αντιμετωπισθούν νωρίτερα και με εντατικότερη ιατρική φροντίδα.

ΑΝΑΙΜΑΚΤΗ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ

Ν. Δημητσίκογλου, Κ. Γεωργηφένδης, Ι. Δημητσίκογλου

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση αιμοδυναμικών παραμέτρων των διαβητικών τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ

528 ΣΔ2, ηλικίας $67,4 \pm 11,5$, ΔΜΣ $29,7 \pm 4,5$, 252 άνδρες και 276 γυναίκες. Όλοι έπαιρναν φάρμακα που μπορούσαν να επηρεάζουν τις αιμοδυναμικές παραμέτρους που εκτιμήσαμε.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Εφαρμόσθηκε η ρεοκαρδιογραφία (Impedance Cardiography, ICG). Εκτός από την οΑΠ, την δΑΠ, την μΑΠ, και την καρδιακή συχνότητα (HR), εκτιμήθηκαν

- Ο όγκος παλμού (Stroke Index, SI),
- Η καρδιακή παροχή (Cardiac Index, CI),
- Η συστηματική αγγειακή αντίσταση (Systemic Vascular Resistance Index, SVRI),
- Το αριστερό καρδιακό έργο (Left Cardiac Work Index, LCWI),
- Η ογκαιμία (περιεκτικότητα υγρών στον θώρακα, Thorax Fluid Content, TFC).
- Η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου (ταχύτητα [Velocity Index, VI] και επιτάχυνση [Acceleration Index, ACI] της συστολής).
- Τα συστολικά χρονικά διαστήματα περιόδου προεξώθησης (Pre Ejection Period, PEP), χρόνος εξώθησης της αριστεράς κοιλίας (Left Ventricular Ejection Time, LVET), και η συστολική χρονική αναλογία (Systolic Time Ratio, STR) ως μέτρο του κλάσματος εξώθησης,
- Η μορφολογία του συστολικού κύματος εξώθησης C για την εκτίμηση της συστολικής δυσλειτουργίας,
- Η μορφολογία του διαστολικού κύματος O για την εκτίμηση της διαστολικής δυσλειτουργίας, και τέλος,
- Η αναλογία O/C ως μέτρο της πίεσης εξ ενοφηνώσεως των πνευμονικών τριχοειδών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρά την σχεδόν φυσιολογική μέση τιμή των αιμοδυναμικών παραμέτρων στους 528 διαβητικούς (υπό την επίδραση της θεραπείας που έкаστος έπαιρνε), βρέθηκε ευρεία διακύμανση από άτομο σε άτομο, πράγμα που υποδεικνύει την ανάγκη για ιδιαίτερη αιμοδυναμική εκτίμηση του κάθε διαβητικού χωριστά και την ιδιαίτερη λήψη απόφασης για διορθωτική θεραπευτική παρέμβαση, αν χρειάζεται. Π.χ. ο CI κυμάνθηκε από 1 (=βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια) μέχρι $6,2 \text{ L/min/m}^2$ (= υπερδυναμική κυκλοφορία), ο SI από 15 (=βαρεία συστολική ανεπάρκεια) μέχρι 82 ml/m^2 , η TFC από 20,2 μέχρι 64 (=ακραία υπερογκαιμία με πνευμονική συμφόρηση, υδροθώρακα και ασκίτη), κ.ο.κ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ICG αποδείχθηκε εξαιρετικά χρήσιμη στην αρχική ή και την οριστική διάγνωση πολλών αιμοδυναμικών διαταραχών των διαβητικών (καρδιακή ανεπάρκεια, κυκλοφορική υπερφόρτωση, αγγειοσύσπαση, αντιρροπιστική ταχυκαρδία λόγω χαμηλού CI, διάκριση της καρδιακής δύσπνοιας από την πνευμονική, κ.λπ.), καθώς και στην λήψη θεραπευτικής απόφασης (π.χ. χορήγηση ή αύξηση της δόσης διουρητικού σε υπερογκαιμία), με βάση τα ευρήματά της. Η ιδιαίτερη αιμοδυναμική εκτίμηση ενός εκάστου διαβητικού είναι απαραίτητη.

Η ΡΕΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΗΝ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΤΡΙΩΝ ΣΚΕΛΩΝ ΤΗΣ ΚΑΜΠΥΛΗΣ FRANK-STARLING ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΝΟΡΘΩΣΗΣ

Ν. Δημητσίκογλου, Ι. Δημητσίκογλου, Κ. Γεωργηφεένδης

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

ΣΚΟΠΟΣ

Η ταυτοποίηση των τριών σκελών της καμπύλης Frank-Starling (ανιόν, οριζόντιο, κατιόν) κατά την ανόρθωση από την ύπτια θέση.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι αιμοδυναμικές παράμετροι καρδιακή παροχή (Cardiac Index, CI), όγκος παλμού (Stroke Index, SI), συστηματική αγγειακή αντίσταση (Systemic Vascular Resistance Index, SVRI) (μεταφορτίο), και περιεκτικότητα υγρών στον θώρακα (Thorax Fluid Content, TFC) (ογκαιμία, προφορτίο) εκτιμήθηκαν με αναίμακτη ρεοκαρδιογραφική μέθοδο (Impedance Cardiography, ICG). Εξετάσθηκαν 70 διαβητικοί με χαμηλό SI και 35 διαβητικοί με φυσιολογικό SI, ίδιας ηλικίας και αναλογίας φύλων, αρχικά στην ύπτια και στην συνέχεια στην καθιστή επί του πλάγιου της κλίνης θέση, με τα σκέλη κρεμασμένα, και συγκρίθηκαν τα ευρήματα στις δύο θέσεις.

ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Οι μεταβολές των CI, SI, και SVRI με την λήψη της καθιστής θέσης κατατάσσουν τους διαβητικούς σε τρεις, εμφανώς διακριτές και χωρίς αλληλοεπικάλυψη, ομάδες, ταυτόσημες με τα τρία σκέλη της καμπύλης Starling. Έτσι:

– Πενηταδύο από τα 70 άτομα με χαμηλό SI στην ύπτια θέση, αύξησαν δεαματικά (>40%) τον CI και τον SI με την ημιανόρθωση, ενώ μείωσαν δραματικά (>40%) τον SVRI. Τα άτομα της κατηγορίας αυτής εντάσσονται στο τελευταίο (ανιόν) σκέλος της καμπύλης Starling και εμφανίζουν μη αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια (ΜΗ ΑΝΤ.ΚΑΝ).

– Δεκαοκτώ από τα 70 άτομα με χαμηλό SI στην ύπτια θέση, έδωσαν με την λήψη της καθιστής θέσης, μικρές μόνον (<10%) μεταβολές (CI -7,3%, SI -10,1%, SVRI + 9,2%). Τα άτομα της κατηγορίας αυτής εντάσσονται στο μεσαίο (οριζόντιο) σκέλος της καμπύλης Starling και εμφανίζουν αντιρροπούμενη καρδιακή ανεπάρκεια (ΑΝΤ. ΚΑΝ).

– Τα 35 άτομα με φυσιολογικό SI στην ύπτια θέση, παρουσίασαν στην καθιστή θέση, μεταβολές διαφορετικές από τις δύο προηγούμενες κατηγορίες: Σημαντική μείωση του SI (-17,1%) και μεγάλη αύξηση της SVRI (+30,7%). Η κατηγορία αυτή εντάσσεται στο (πρώτο) ανιόν σκέλος της καμπύλης Starling και έχει φυσιολογική καρδιακή λειτουργία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απλή δοκιμασία της ημιανόρθωσης από την οριζόντια στάση με σύγχρονη αναίμακτη καταγραφή του όγκου παλμού (όπως με την ICG) μπορεί, μόνη της, να διαχωρίσει αν η καρδιακή λειτουργία του εξεταζόμενου διαβητικού είναι φυσιολογική, αν εμφανίζει ΑΝΤ.ΚΑΝ, ή αν εμφανίζει ΜΗ ΑΝΤ.ΚΑΝ.

ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

I. Δημητσοκόγλου, Ν. Δημητσοκόγλου, Κ. Γεωργηφεένδης

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

Η καρδιακή παροχή (ΚΠ), η συστηματική αγγειακή αντίσταση (ΣΑΑ), η ογκαιμία (ΟΓΚ), η καρδιακή συχνότητα (ΚΣ), ο όγκος παλμού (ΟΠ) και η συσταλτικότητα του μυοκαρδίου (ΣΜ) συμμετέχουν στην δημιουργία της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Στην αύξηση ποίας (-ων) από τις αιμοδυναμικές αυτές συνιστώσες οφείλεται η υπέρταση των διαβητικών τύπου 2 (ΣΔ2);

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 3 ομάδες ΣΔ2, ίδιας ηλικίας και αναλογίας φύλων: Πενήντα με μη θεραπευόμενη υπέρταση (ΜΘΥ), 300 με θεραπευόμενη υπέρταση (ΘΥ), και 100 με φυσιολογική ΑΠ (ΦΑΠ). Η ομάδα ΘΥ διακρίθηκε σε αυτούς με ρυθμισμένη (ρυθ.ΘΥ) και αρρύθμιστη (αρρ.ΘΥ). Εκτός από την οΑΠ, την δΑΠ, την μΑΠ, και ΚΣ, εκτιμήθηκαν με αναίμακτη ρεοκαρδιογραφική μέθοδο (Impedance Cardiography, ICG) ο ΟΠ, η ΚΠ, η ΣΑΑ, η ΟΓΚ, και η ΣΜ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ΣΑΑ στην ομάδα ΦΑΠ βρέθηκε μικρότερη από εκείνη της ομάδας ΘΥ, και η τελευταία μικρότερη από αυτή της ομάδας ΜΘΥ ($p < 0,05$), και οι ασθενείς με ρυθ.ΘΥ είχαν μικρότερη ΣΑΑ απ αυτούς με αρρ.ΘΥ ($p = 0,05$). Αυξημένη ΣΑΑ εμφανίζει το 15% των ΣΔ2 με ΦΑΠ, το 37% με ΘΥ και το 60% με ΜΘΥ, και ελαττωμένη ΣΑΑ αντίστοιχα το 44%, 22% και 8%. Η οΑΠ και η δΑΠ εμφανίζουν μέτρια συσχέτιση ($r = 0,445$ και $0,495$) με την ΣΑΑ και έντονη ($r = 0,657$ και $0,889$) με το γινόμενο [ΚΠ X ΣΑΑ], ενώ η συσχέτιση της μΑΠ με το γινόμενο είναι απόλυτη ($r = 0,997$).

Η μέση τιμή των παραμέτρων ΚΣ, ΟΠ, ΚΠ, ΟΓΚ και ΣΜ δεν βρέθηκε μεγαλύτερη στην ομάδα ΜΘΥ ή ΘΥ σε σύγκριση με την ομάδα ΦΑΠ, ούτε στην υποομάδα αρρ.ΘΥ σε σύγκριση με την υποομάδα ρυθ.ΘΥ. Σε πολλούς ασθενείς παρατηρήθηκαν πολύπλοκοι συνδυασμοί αυξημένων τιμών μεμονωμένων αιμοδυναμικών παραμέτρων. Αμιγής υπερογκαιμία ή υπερδυναμική κυκλοφορία (αυξημένη ΚΠ) παρατηρήθηκαν σε ελάχιστες περιπτώσεις.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Η υπέρταση είναι υπόθεση της ΣΑΑ και της ΚΠ. 2) Μία μεγάλη αναλογία των υπέρτασικών ΣΔ2 ασθενών εμφανίζεται να πάσχει από αγγειοσυσπαστική (ή και αγγειοσυσπαστική) υπέρταση, ενώ αμιγώς υπερογκαιμική ή υπερδυναμική (αυξημένη ΚΠ) υπέρταση παρατηρούνται σε ελάχιστες περιπτώσεις. 3) Οι ιδιαίτερες διαταραχές της κάθε αιμοδυναμικής παραμέτρου ποικίλουν ευρύτατα μεταξύ των διαβητικών, ώστε να απαιτείται εξατομικευμένη εκτίμηση του κάθε ασθενή, πριν επιλεγεί μία, στοχεύουσα στην αιμοδυναμική διαταραχή, θεραπεία της υπέρτασης.

ΡΕΟΓΡΑΦΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ (ΠΑΝ)

Ν. Δημητσίκογλου, Ι. Δημητσίκογλου, Κ. Γεωργηφεφένδης

Ιδιωτικό Ιατρείο, Σέρραι

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση της πληθυσμογραφίας (ρεογραφίας) (Impedance Plethysmography, IPG) στην διάγνωση της ΠΑΝ διαβητικών τύπου 2 ασθενών (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Έγινε καταγραφή του σφυγμικού όγκου (Pulse Volume Record, PVR) με IPG σε 4 θέσεις, σε κάθε ένα από τα 490 σκέλη 245 ΣΔ2, ηλικίας $64,5 \pm 14,7$. Μελετήθηκαν δύο μορφολογικές [Crest Time (CT) και Crest Width (CW)], και τρεις ογκομετρικές παράμετροι [Impedance Ratio (IR), Slope Ratio (SR) και Alternating Blood Flow (ABF)] της κυματομορφής IPG, και εφαρμόσθηκε ένα σύστημα βαθμονόμησης (IPG score 0-12) που ταξινομεί την ΠΑΝ σε καμμία (0-3), ήπια (4-6), μέτρια (7-9) και βαρεία (10-12). Ταυτόχρονα μετρήθηκε ο ΣφυροΒραχιόνιος Δείκτης (ΣΒΔ), δύο φορές σε κάθε σκέλος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Βαρεία ΠΑΝ βρέθηκε με την IPG σε 78 (15,9%), μέτρια σε 84 (17,1%), ήπια σε 142 (28,9%) και καμμία ΠΑΝ σε 186 (37,9%) σκέλη, και εάν (για την σύγκριση) η διαβάθμιση γίνεται με ορολογία ΣΒΔ, παθολογικό score (= βαρεία + μέτρια ΠΑΝ) 33%, οριακό score (= ήπια ΠΑΝ) 28,9%, και φυσιολογικό score (= καμμία ΠΑΝ) 37,9%. Οι ίδιες διαγνώσεις με βάση τον ΣΒΔ ήταν παθολογικός (<0,91) 27,3%, οριακός (0,91-0,99) 20,8% και φυσιολογικός (1,00-1,30) 51,8%, αντίστοιχα. Στην κατηγορία φυσιολογικός ΣΒΔ, η IPG έδειχνε ήπια ή μέτρια ΠΑΝ σε σημαντικές αναλογίες (26,4% και 7,4%, αντιστοίχως), και στην κατηγορία οριακός ΣΒΔ η IPG έδιδε 52,6% ήπια ΠΑΝ και 21,0% μέτρια ΠΑΝ. Η διάγνωση της ΠΑΝ σε πιο πρώιμο στάδιο με την IPG είναι εμφανής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η IPG κρίνεται εξαιρετικά χρήσιμη στην διάγνωση της ΠΑΝ. Εκτός του ότι είναι απλούστερη, ταχύτερη, ακριβέστερη, σταθερή από μέτρηση σε μέτρηση και από εξετάζοντα σε εξετάζοντα, και ανεξάρτητη από την τεχνική, υπερέρχει του ΣΒΔ κατά το ότι διαγιγνώσκει την ΠΑΝ σε πιο πρώιμο στάδιο, δεν «χάνει» τις ήπιες αορτολαγόνιες στενώσεις (όπως ο ΣΒΔ), δεν εξαρτάται από την τυχόν στένωση της υποκλειδίου αρτηρίας (όπως ο ΣΒΔ), δεν εξαρτάται από την ύπαρξη αβεστωμένων ασυμπίεστων αρτηριών στους διαβητικούς (όπως ο ΣΒΔ), δεν παρέχει οριακά (αμφιλεγόμενα) αποτελέσματα (όπως ο ΣΒΔ), διαβαδμίζει λεπτομερέστερα την ΠΑΝ (ο ΣΒΔ αδρώς μόνον), και παρέχει πληροφορία για την θέση (-εις) της αρτηριακής στένωσης (ο ΣΒΔ όχι).

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑΣ ΚΑΤΑ LANARKSHIRE (LOI)
ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΕΠΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ
ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΩΝ**

Ν. Παπάνας¹, Δ. Κακαγιά², Κ. Παπαθεοδώρου¹, Δ. Παπάζογλου¹,
Μ. Αλεξανδρίδου¹, Α. Πάγκαλος¹, Ε. Μαλτέζος¹

¹Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

²Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση του δείκτη οξυμετρίας κατά Lanarkshire (LOI) στη διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας επί διαβητικών τύπου 2 ασθενών σε σύγκριση με τον καθιερωμένο Κνημοβραχιόνιο Δείκτη (ΚΒΔ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν 161 διαβητικοί τύπου 2 (71 άνδρες, 90 γυναίκες μέσης ηλικίας mean age 63.12±9.80 ετών). Η περιφερική αρτηριοπάθεια ορίσθηκε ως ΚΒΔ <0.9 (μετρημένος με Doppler) σε τουλάχιστον ένα σκέλος. Η επασβέστωση του μέσου αρτηριακού χιτώνα ορίσθηκε ως ΚΒΔ >1.2 σε τουλάχιστον ένα σκέλος. Τιμές του δείκτη LOI κατώτερες του 0.9 σε τουλάχιστον ένα σκέλος θεωρήθηκαν διαγνωστικές περιφερικής αρτηριοπάθειας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαγνώσθηκε περιφερική αρτηριοπάθεια σε 15 ασθενείς (9.32%) με τον ΚΒΔ και σε 30 ασθενείς (18.64%) με το δείκτη LOI. Η ευαισθησία και η ειδικότητα του δείκτη LOI για τη διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας ήταν 93.33% και 89.04% αντίστοιχα. Η συμφωνία μεταξύ των δύο μεθόδων ως προς τη διάγνωση ήταν μέτρια ($\kappa=0.569$, $p<0.001$), αλλά βελτιώθηκε αισθητά με αποκλεισμό των ασθενών που παρουσίαζαν επασβέστωση του μέσου αρτηριακού χιτώνα ($\kappa=0.747$, $p<0.001$). Διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στον ΚΒΔ και στο δείκτη LOI (δεξιό σκέλος: $r=0.190$, $p=0.016$ και αριστερό σκέλος: $r=0.183$, $p=0.020$). Τέλος σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ δεξιού και αριστερού σκέλους βρέθηκε τόσο για τον ΚΒΔ ($r=0.521$, $p<0.001$) όσο και για το δείκτη LOI ($r=0.373$, $p<0.001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης LOI φαίνεται να αποτελεί χρήσιμη εναλλακτική διαγνωστική δοκιμασία για την περιφερική αρτηριοπάθεια σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Διαδέτει πολύ υψηλή ευαισθησία και υψηλή ειδικότητα. Η συμφωνία στη διάγνωση με τον ΚΒΔ είναι μέτρια, αλλά βελτιώνεται κατά πολύ αν εξαιρεθούν οι ασθενείς με επασβέστωση του μέσου αρτηριακού χιτώνα.

**Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ, ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ. ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥ ΚΑΙ
ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΟΥ**

Ι. Καφαντάρης, Ε. Μεϊμέτη, Α. Δόνου, Δ. Βογιατζόγλου

Γενικό Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ», Μελίσσια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συχνότερη πάθηση από την οποία νοσούν περίπου 246 εκατομμύρια άνθρωποι στον κόσμο. Οι χρόνιες επιπλοκές του στις μέρες μας αποτελούν μεγάλο ιατρικό πρόβλημα στην αντιμετώπισή τους. Οι παθήσεις του καρδιαγγειακού συστήματος αποτελούν τη βασική αιτία νοσηρότητας και θνητότητας σε αυτούς τους ασθενείς ενώ οι δαπάνες για την αντιμετώπιση του Σ.Δ και των επιπλοκών του είναι πολύ υψηλές.

ΣΚΟΠΟΣ

Η διαπίστωση μείωσης των μικρο-μακρο αγγειακών επιπλοκών σε νεοδιαγνωσμένα διαβητικά άτομα μετά από πλήρη συμμόρφωση και φυσιολογικοποίηση (κατά το δυνατόν) των παραγόντων κινδύνου (σακχαρεμικό προφίλ, Α.Π., λιπίδια ορού, κάπνισμα, Σ.Β.) αποτελεί το σκοπό της μελέτης αυτής.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη στην οποία μελετήθηκαν 200 διαβητικοί ασθενείς, οι οποίοι παρουσίασαν καρδιολογικό πρόβλημα. Η μελέτη διενεργήθηκε στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Ν. Μελισσίων «Αμαλία Φλέμινγκ», από τον Μάρτιο του 2008 έως τον Απρίλιο του 2009. Οι ασθενείς ήταν 98 γυναίκες και 102 άνδρες, ηλικίας 45-60 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη στον σχετικών στοιχείων διαφαίνεται ότι: οι ασθενείς των οποίων η πρωτογενής πάθησή τους ήταν ο σακχαρώδης διαβήτης, υπεβλήθησαν αρχικά σε τροποποίηση της φαρμακευτικής τους αγωγής, αφού λήφθηκε υπόψη το ισοδύναμο της πάθησής τους με τη στεφανιαία νόσο. Ένα υψηλό ποσοστό αυτών που μπόρεσε να υποβληθεί σε δοκιμασία κόπωσης ανέδειξε θετική ανταπόκριση και ο έλεγχος συνεχίστηκε επεμβατικά με τη διενέργεια στεφανιογραφίας. Δεν απεδείχθησαν ψευδώς θετικά αποτελέσματα και χρειάστηκε επεμβατική θεραπεία επαναγγείωσης. Οι υπόλοιποι ασθενείς ελέγχθηκαν με έγχυση ραδιοφαρμάκου και φαρμακευτική δοκιμασία κόπωσης, όπου και εκεί τα ποσοστά θετικής ανταπόκρισης ήταν υψηλά. Από τον στεφανιογραφικό έλεγχο ένα ποσοστό αυτών των ασθενών προχώρησε σε χειρουργική επαναγγείωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο σακχαρώδης διαβήτης και τα καρδιαγγειακά νοσήματα συχνά εμφανίζονται και συνυπάρχουν στον ίδιο ασθενή, χωρίς ωστόσο γι' αυτό να είναι πάντοτε ενήμεροι οι ασθενείς. Αποτελεί βασική ανάγκη όσο ποτέ άλλοτε η συνεργασία διαβητολόγων και καρδιολόγων στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση καρδιαγγειακών επιπλοκών, οι οποίες μπορούν να αποβούν μοιραίες για τη ζωή του ασθενούς.

**ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΑΣ
ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ,
ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΝΓΚ**

Ε. Μεϊμέτη, Ι. Καφαντάρης, Α. Δόνου, Ε. Βογιατζόγλου, Δ. Βογιατζόγλου

Γενικό Νοσοκομείο «Αμαλία Φλέμινγκ», Μελίσσια

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με την παγκόσμια οργάνωση υγείας ως διαβητικό πόδι, ορίζεται η λοίμωξη, έλκος ή καταστροφή των εν τω βάθει ιστών στα κάτω άκρα ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Η αντιμετώπιση του βασίζεται διεθνώς στη λειτουργία ειδικών τμημάτων πολλαπλής ευθύνης (multidisciplinary team). Τέτοια τμήματα λειτουργούν στην επικράτεια από ετών.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι αρχικά η διάκριση των διαβητικών ελκών των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς καθώς και τα λοιπά επιδημιολογικά στοιχεία ενώ το δεύτερο σκέλος της μελέτης αφορά τον τρόπο λειτουργίας του ιατρείου καθώς και το ρόλο της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Καταγράφηκαν και μελετήθηκαν όλοι οι διαβητικοί ασθενείς με διαβητικά έλκη των κάτω άκρων, οι οποίοι παραπέμφθηκαν ή προσήλθαν στο Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, στο Γενικό Νοσοκομείο Αμαλία Φλέμινγκ, από τον Ιανουάριο του 2008 έως τον Ιούνιο του 2009. Οι ασθενείς ήταν 178 γυναίκες και 262 άνδρες, ηλικίας από 35 έως 70 ετών

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη μελέτη των σχετικών στοιχείων διαφαίνεται ότι εξετάστηκαν συνολικά 440 περιπτώσεις από τις οποίες οι 83 ήταν νευροπαθητικά έλκη, τα 177 νευροϊσοχαιμικά έλκη, 40 περιστατικά προσήλθαν για προληπτικό έλεγχο ενώ οι υπόλοιπες 140 περιπτώσεις αφορούσαν άλλες αιτίες (επώδυνη διαβητική νευροπάθεια, κυτταρίτιδα, κ.α.)

Τα θεραπευτικά αποτελέσματα ήταν θετικά στην πλειονότητα των ασθενών. Το 85% των ασθενών αυτών παρακολουθούνται κάθε εβδομάδα στα τακτικά ιατρεία Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, για την πρόοδο-αντιμετώπιση των διαβητικών ελκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το διαβητικό πόδι παραμένει σημαντική πρόκληση στη νέα χιλιετία. Πιστεύουμε ότι η ενημέρωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, η έγκυρη αντιμετώπιση από εξειδικευμένη ομάδα αλλά και η συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, μειώνει τη νοσηρότητα και τη θνητότητα και περιορίζει το συνολικό χρόνο νοσηλείας. Ο ρόλος της εξειδικευμένης νοσηλεύτριας που λειτουργεί σε επίπεδο πρόληψης κρίνεται σημαντικός.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΒΜΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΔ

Σ. Παπαντωνίου, Χ. Κυπρίδημος, Α. Ζεκερίδου, Φ. Λάγρα, Κ. Ρώσσιος,
Π. Σαρόγλου, Ξ. Κροκίδης, Π. Παπαδοπούλου-Ζεκερίδου

Ε.Ι. Διαβητολογικό Α΄ Παθολογικής Γ.Ν. Καβάλας

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να συσχετιστεί η περιφερική νευροπάθεια διαβητικών ασθενών με την ρύθμιση του σακχάρου, τον χρόνο εμφάνισής του και τους δείκτες παχυσαρκίας.

ΥΛΙΚΟ

Μελετήθηκαν 250 ασθενείς που προσήλθαν στα ΕΙ και ανέφεραν συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας. Έγινε κλινική εξέταση και ελέγχθηκαν με δερματικό τεστ Neuropad, αλλά όχι με ηλεκτρομυογράφημα. Από το σύνολο των δετικών για νευροπάθεια σε 59 ασθενείς καταγράφηκαν επιπλέον η HbA1c, το ΒΜΙ και η περίμετρος μέσης και τα έτη εμφάνισης του ΣΔ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 250 ασθενείς που μελετήθηκαν εμφάνισαν περιφερική νευροπάθεια οι 116 (46,4%). Από τους 59 (16 άνδρες 43 γυναίκες μέσης ηλικίας 68,4) είχαν 16 HbA1c <7 (27,12%) και 43 HbA1c >7 (72,8%) 6 ΒΜΙ <25 (10,2%), 30 25<ΒΜΙ<30 (50,8%), 23 ΒΜΙ>30 και περίμετρο μέσης 75-90 cm (6,78%) 4 ασθενείς, 91-105 cm (37,2%) 19, >106 cm (61,02) 36. Ως αναφορά τα χρόνια εμφάνισης ΣΔ 1-5 είχαν 5 ασθενείς (8,47%), 6-10 χρόνια 12 (20,34%), 11-15 χρόνια 14 (23,73%) και >16 χρόνια 28 (47,46%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από τους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα φαίνεται ότι οι μισοί περίπου εμφανίζουν κλινικά και εργαστηριακά περιφερική νευροπάθεια. Οι περισσότεροι ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια είναι αρρύθμιστοι (HbA1c >7 (72,8%)) υπέρβαροι και παχύσαρκοι και τα χρόνια εμφάνισης ΣΔ είναι περισσότερα από δέκα. Ίσως η καλύτερη ρύθμιση όλων των παραμέτρων βοηθήσει στην ελάττωση εμφάνισης της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΕΛΚΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ
ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ**

**Χ. Μανές¹, Τ. Εξιάρα¹, Τ. Κατσαρός², Δ. Πετρίδης³, Σ. Γεωργά⁴,
Ν. Κεφαλογιάννης⁵, Ν. Καρατζάς⁴**

¹Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

²Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Νοσοκομείο "Γ. Γεννηματάς", Αθήνα

³Τμήμα Τεχνολογίας Τροφίμων, ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη

⁴Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, Γ.Π.Ν "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη

⁵Διαβητολογική Μονάδα, Νοσοκομείο "Βενιζέλειο", Ηράκλειο, Κρήτη

Είναι αποδεκτό από την παγκόσμια ιατρική κοινότητα πως τα έλκη στα κάτω άκρα μπορεί να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό του σκέλους. Στην παρούσα έρευνα μελετήθηκαν οι παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση των διαβητικών ελκών σε διαβητικούς ασθενείς. Η επίδραση της γλυκαιμικής ρύθμισης (τροποποιήσιμος παράγων) στην επούλωση του διαβητικού έλκους παραμένει ακόμη αδιευκρίνιστη και ερευνήθηκε με ιδιαίτερη προσοχή.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 53 (πενήντα τρεις) διαβητικοί ασθενείς με νευροπαθητικά κυρίως έλκη στα κάτω άκρα (7 ασθενείς με νευρο-ιοχαιμικά έλκη). Άνδρες: n= 27 – τύπου 2 n=46. Μέση ηλικία (έτη) των ασθενών ήταν 66,36±13,2 και μέση διάρκεια νόσου (έτη) 16,9±7,2. Προσδιορίσθηκαν η βαρύτητα νευροπάθειας με τη χρήση του Δείκτη Νευρικής Δυσλειτουργίας (κινητικά και αισθητικά σημεία), η ύπαρξη περιφερικής αγγειοπάθειας (API<0,9) και η ύπαρξη οστεομυελίτιδας με κλινικό έλεγχο και την βοήθεια ακτινογραφιών και ειδικών σπινθηρογραφημάτων οστών. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε θεραπευτική αγωγή με σταθερό πρωτόκολλο (αντιβίωση, καθαρισμός επιφανειών των ελκών και αποφόρτιση).

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Χρησιμοποιήθηκε t-test, χ^2 test, πολυπαραγοντική ανάλυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) 7 (επτά) ασθενείς υπέστησαν ακρωτηριασμό (12%) – 46 ασθενείς (88%) επούλώθηκαν. 2) Παράγοντες κινδύνου για ακρωτηριασμό σε μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση αποτελούσαν η ύπαρξη περιφερικής αγγειακής νόσου και οστεομυελίτιδας ($p<0,05$). 3) HbA1c<7,5% κατά τη θεραπευτική διαδικασία μείωνε τον κίνδυνο ακρωτηριασμού και στα 2 (δύο) στάδια στατιστικής ανάλυσης ($p<0,05$). 4) Πιθανότητα (odds ratio) για ακρωτηριασμό ήταν 10,6 και 42,2 για την ύπαρξη αγγειοπάθειας και οστεομυελίτιδας αντίστοιχα, ενώ για HbA1c <7,5 (odds ratio) ήταν 0,52 ($p<0,05$) δηλαδή μειωμένη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα στην παρούσα μελέτη αναδεικνύουν τον επιβαρυντικό ρόλο της αγγειοπάθειας και της οστεομυελίτιδας για ακρωτηριασμό. Τονίζουν όμως και τη σημαντική επίδραση της ρύθμισης της γλυκαιμίας στο τελικό ευνοϊκό αποτέλεσμα.

Η ΛΙΠΟΚΑΛΙΝΗ ΠΟΥ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΖΕΛΑΤΙΝΑΣΗ ΤΩΝ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΒΟΛΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Δραγουμάνη¹, Σ. Κύρογλου¹, Π. Χρηστακίδου¹, Ν. Παπάνας²,
Δ. Χρηστακίδης¹, Ε. Μαλιέζος²

¹Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, ΠΓΝ Αλεξανδρούπολης
²Β' Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η λιποκαλίνη που συνδέεται με τη ζελατινάση των ουδετερόφιλων (Neutrophil Gelatinase-Associated Lipocalin, NGAL) είναι νέος δείκτης νεφρικής βλάβης. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν λίγα μόνο δεδομένα για το ρόλο της NGAL στην πρώιμη ανίχνευση νεφρικής προσβολής σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη αποσκοπεί να εκτιμήσει τη συμβολή της NGAL του αίματος στη διάγνωση της νεφρικής προσβολής σε ασθενείς με ΣΔ2 χωρίς μακροαλβουμινουρία.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην μελέτη εντάχθηκαν μετά από τυχαιοποίηση και προσδιορισμό του λόγου αλβουμίνης/κρεατινίνης σε τυχαίο δείγμα ούρων 42 ασθενείς με ΣΔ2: 21 με φυσιολογικές τιμές αλβουμίνης ούρων (ομάδα Α) και 21 με μικροαλβουμινουρία (ομάδα Β), καθώς και 21 υγιείς μάρτυρες (ομάδα Γ). Οι ασθενείς και οι μάρτυρες συμμετείχαν στη μελέτη έπειτα από ενημέρωση και συγκατάθεση. Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν τα ακόλουθα: λοίμωξη ουροποιητικού, αιματουρία, εμπύρετο, μη ελεγχόμενη υπέρταση ή ασταθής καρδιακή ανεπάρκεια. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών δεδομένων και των παραμέτρων παρακολούθησης της πορείας του ΣΔ. Η νεφρική λειτουργία ελέγχθηκε με κρεατινίνη και ουρία ορού, προσδιορισμό του λόγου αλβουμίνης/κρεατινίνης σε τυχαίο δείγμα ούρων και υπολογισμό της κάθαρσης κρεατινίνης με τον τύπο Cockcroft-Gault. Μετρήθηκε η NGAL ορού και ελέγχθηκαν τα χαρακτηριστικά της ως διαγνωστικής δοκιμασίας για την ύπαρξη μικροαλβουμινουρίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ηλικία των ασθενών που μελετήθηκαν ήταν σε έτη 66±9 στην ομάδα Γ, 59±13 στην ομάδα Α και 67±8 ομάδα Β, με διάρκεια ΣΔ2 σε έτη 7±4 και 14±6 στις ομάδες Α και Β αντίστοιχα. Οι διάμεση τιμή (ενδοτεταρτημοριακό εύρος) της NGAL ορού ήταν 24.0 ng/dl (15.7-53.0), 60.0 ng/dl (45.0-75.25) και 161.3 ng/dl (149.0 – 227.0) για τις ομάδες Γ, Α και Β αντίστοιχα. Η NGAL είχε ευαισθησία 95.0% (95%CI: 75.1%-99.2%) και ειδικότητα 97.7% (95% CI: 87.7%-99.6%) με οριακή τιμή NGAL >102 ng/dl στη διάγνωση πρώιμης νεφρικής προσβολής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ της πιθανής χρησιμότητας της NGAL για τη διάγνωση της πρώιμης νεφρικής βλάβης σε ασθενείς με ΣΔ2. Ωστόσο απαιτείται επιβεβαίωση και σε μεγαλύτερο πληθυσμό ασθενών.

ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ 24 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΤΕΛΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ INSTIGATE

Μ. Μπενρουμπή¹, Ε. Δροσινός², Α. Πολυδωράκης² και η Ελληνική ομάδα της Μελέτης INSTIGATE

¹Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική», ²Ιατρικό Τμήμα, ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-Lilly A.E.B.E., Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Η INSTIGATE ήταν μια προοπτική Ευρωπαϊκή μελέτη παρατήρησης με ασθενείς με Διαβήτη Τύπου 2 που ξεκίνησαν ινσουλινοθεραπεία στο πλαίσιο της συνήθους υγειονομικής φροντίδας. Στόχοι της Μελέτης ήταν η εκτίμηση των άμεσων δαπανών, της χρήσης υγειονομικών πόρων και των κλινικών εκβάσεων που σχετίζονται με τους 24 πρώτους μήνες ινσουλινοθεραπείας.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναλύθηκε το άμεσο κόστος για την υγειονομική φροντίδα προς τον Έλληνα διαβητικό ασθενή και η χρήση υγειονομικών πόρων κατά τους 6 μήνες πριν την έναρξη ινσουλινοθεραπείας και κατά τα χρονικά διαστήματα από την επίσκεψη αναφοράς (επίσκεψη T1) έως τους 6 μήνες (T3), από τους 6 έως τους 12 μήνες (T4), από τους 12 έως τους 18 μήνες (T5) και από τους 18 έως τους 24 μήνες (T6) μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από 237 ασθενείς για την επίσκεψη T1 και τις επισκέψεις T3 και T4, ενώ τα δεδομένα για την T5 και T6 προέρχονται από 229 και 227 ασθενείς αντίστοιχα.

Ο μέσος όρος των επαφών με τους Επαγγελματίες Υγείας μειώθηκε από την T1 έως την T6, ενώ παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση κατά την περίοδο των 6 πρώτων μηνών, γεγονός που οφείλεται στην αύξηση των επισκέψεων σε Διαβητολόγους/Ενδοκρινολόγους.

Το συνολικό διάμεσο κόστος ανά ασθενή για την υγειονομική του φροντίδα 6 μήνες πριν την έναρξη ινσουλινοθεραπείας και κατά τα χρονικά διαστήματα: T1-T3, T3-T4, T4-T5 και T5-T6 ήταν 438€, 538€, 423€, 483€ και 451€ αντίστοιχα. Σχετικά με το διάμεσο κόστος εξειδικευμένης υγειονομικής φροντίδας (επισκέψεις σε Διαβητολόγο/Ενδοκρινολόγο, Ειδικό Παθολόγο, Ειδικό Νοσηλεύτη) τα αντίστοιχα ποσά ήταν 12€, 16€ και από 8€ για κάθε μία από τις 3 τελευταίες περιόδους. Το διάμεσο κόστος της ινσουλίνης για τις περιόδους: T1-T3, T3-T4, T4-T5 και T5-T6 ήταν 224€, 199€, 212€ και 205€ αντίστοιχα. Το διάμεσο κόστος από τη μέτρηση σακχάρου αυξήθηκε στους 6 πρώτους μήνες, ενώ ακολούθως (από 6 έως 24 μήνες) μειώθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έναρξη ινσουλινοθεραπείας απαιτεί στενότερη παρακολούθηση του ασθενούς και αύξηση του σχετιζόμενου κόστους ιδιαίτερα στους πρώτους 6 μήνες (κύριοι παράγοντες αύξησης κόστους: χρήση εξειδικευμένων υγειονομικών πόρων, χορήγηση ινσουλίνης). Παρόλα αυτά, ύστερα από 6 μήνες παρακολούθησης, το κόστος της χρήσης υγειονομικών πόρων, όπως και το συνολικό κόστος για την αντιμετώπιση του Διαβήτη μειώνεται.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΑΝΑΦΕΡΟΜΕΝΕΣ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΘΕΝΗ ΕΚΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟΥΣ 24 ΠΡΩΤΟΥΣ ΜΗΝΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ INSTIGATE

Μ. Μπενρουμπή¹, Ε. Δροσινός², Σ. Σουρμελή² και η Ελληνική ομάδα της Μελέτης INSTIGATE

¹Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική»

²Ιατρικό Τμήμα, ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-Lilly Α.Ε.Β.Ε., Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της Μελέτης Παρατήρησης INSTIGATE ήταν η εκτίμηση των άμεσων δαπανών, της χρήσης υγειονομικών πόρων και των κλινικών εκβάσεων που σχετίζονται με τους 24 πρώτους μήνες ινσουλινοθεραπείας σε ασθενείς με Διαβήτη Τύπου 2. Η παρούσα εργασία παρουσιάζει τα τελικά αποτελέσματα της περιόδου των 24 μηνών στην Ελλάδα και επισημαίνει διαφοροποιήσεις καθ' όλη την περίοδο αυτή.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Η INSTIGATE είναι μια προοπτική Ευρωπαϊκή μελέτη παρατήρησης με ασθενείς με Διαβήτη Τύπου 2 που ξεκίνησαν ινσουλινοθεραπεία στο πλαίσιο της συνήθους υγειονομικής φροντίδας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα που παρουσιάζονται συλλέχθηκαν από 237 ασθενείς για την επίσκεψη αναφοράς (επίσκεψη T1) και τις επισκέψεις των 6 (T3) και 12 μηνών (T4), ενώ τα δεδομένα για τους 18 (T5) και 24 μήνες (T6) προέρχονται από 229 και 227 ασθενείς αντίστοιχα.

Μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) βελτιώθηκε από 9.65% που ήταν κατά την επίσκεψη αναφοράς, σε 7.44%, 7.39%, 7.28% και 7.14% στους 6, 12, 18 και 24 μήνες αντίστοιχα. Η μέση τιμή της γλυκόζης νηστείας βελτιώθηκε από 12.8 mmol/l σε 7.8 mmol/l, 7.8 mmol/l, 7.5 mmol/l και 7.3 mmol/l για τις ίδιες χρονικές περιόδους. Πριν την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, το ποσοστό των ασθενών που ανέφερε ότι υπέστη τουλάχιστον 1 υπογλυκαιμικό επεισόδιο ήταν 3%. Για την περίοδο 6 μηνών μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, το ποσοστό των ασθενών που ανέφεραν ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο έφτασε το 29,1%, το οποίο διαμορφώθηκε σε 22.4%, 21.8% και 23.3% για τις περιόδους πριν τις T4, T5 και T6 αντίστοιχα. Αναφορικά με την κατάσταση υγείας των ασθενών, όπως αυτή μετρήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου EQ-5D, από την επίσκεψη αναφοράς και έως τους 6, 12, 18 και 24 μήνες, παρατηρήθηκε βελτίωση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς στην Ελλάδα εισέρχονται σε ινσουλινοθεραπεία όταν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης φτάσουν πολύ υψηλότερα από αυτά που ορίζονται από τις διεθνείς οδηγίες. Ο γλυκαιμικός έλεγχος βελτιώθηκε τους πρώτους 6 μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας, ενώ στις επόμενες περιόδους παρατηρήθηκαν μικρές μόνο διαφοροποιήσεις.

Επίσης, η μέση τιμή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής βελτιώθηκε από την επίσκεψη αναφοράς, ενώ υπήρξε αύξηση του αριθμού των ασθενών που ανέφεραν υπογλυκαιμικά επεισόδια.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ
ΒΙΛΔΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ 50/1000 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΕΜΠΕΙΡΙΑ 1,5 ΕΤΟΥΣ**

Ν. Κατσιώκη, Δ. Αλεξανδρίδης, Μ. Ρογκώτη, Ι. Πετρίδης

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας χορήγησης του συνδυασμού βιλδαγλιπτινής (αναστολέα DPP-IV) και μετφορμίνης στο ίδιο δισκίο που πρόσφατα κυκλοφόρησε σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που παρακολουθούνται σε τακτικό Διαβητολογικό ιατρείο και δεν ρυθμίζονται επαρκώς με τη λήψη μόνο μετφορμίνης ή/και άλλων αντιδιαβητικών παραγόντων

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 80 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (43,5% άνδρες, μέση ηλικία= 67,7±7,6 έτη) στους οποίους τέθηκε η ένδειξη χορήγησης συνδυασμού βιλδαγλιπτινής και μετφορμίνης (50 mg/1000 mg, δυο φορές ημερησίως) λόγω φτωχού γλυκαιμικού ελέγχου (HbA1c=8,65±2,38%) παρά τη λήψη άλλων αντιδιαβητικών δισκίων. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν ανά τρίμηνο για 18 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το σύνολο των υπό μελέτη ασθενών 91,4% ήταν υπέρβαροι, 69,6% υπερτασικοί και 8,7% είχαν ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Όλοι οι ασθενείς ελάμβαναν προ της ένταξής τους στη μελέτη μετφορμίνη, 60,9% σε συνδυασμό με σουλφονουλουρία και 8,7% με γλιταζόνη.

	Έναρξη	18 μήνες	p
HbA1c	8,65±2,38	6,88±1,55	<0,001
Σάκχαρο	185,44±62,04	152,35±49,65	0,006
Ουρία	39,07±14,05	35,59±12,14	ns
Κρεατινίνη	0,95±0,23	0,97±0,15	ns
SGOT	22,6±9,13	24,24±11,47	ns
SGPT	28,36±15,29	30,84±16,71	ns
GGT	39,21±34,85	40,29±45,01	ns
CHOL	204,71±42,3	176±27,37	0,005
TG	198±99,06	189,67±82,27	ns
LDL	115±37,13	85,8±23,08	0,049
HDL	44,29±6,84	47,1±8,44	ns
Ουρικό οξύ	5,42±1,84	4,71±1,32	ns
BMI	31,51±5,97	30,98±5,46	ns

Η HbA1c μειώθηκε κατά 1,77% (20,5% της αρχικής τιμής), ενώ παράλληλα παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης και της LDL.

Μόνο 5 ασθενείς χρειάστηκε να διακόψουν την αγωγή, 3 λόγω γαστρεντερικών διαταραχών και 2 λόγω έντονης κεφαλαλγίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα προοπτική μελέτη η χρήση του συνδυασμού βιλδαγλιπτινής και μετφορμίνης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που παραμένει αρρύθμιστος παρά τη λήψη άλλων αντιδιαβητικών δισκίων ήταν και αποτελεσματική με σημαντική μείωση της HbA1c, αλλά και καλά ανεκτή και ασφαλής, χωρίς την πρόκληση σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών.

**ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΟΧΩΝ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**

Π.Σ. Κουρέτα¹, Α. Χριστοφέλη², Α. Σαλονικιώτη³, Κ. Λευκαδίτης³, Α. Αλαβέρας³

¹ΙΚΑ ΝΜΥ Τρίπολης, ²ΚΥ Μαρκοπούλου, ³Νοσοκομείο ΕΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η επίτευξη και διατήρηση των στόχων των παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που παρακολουθούνται σε τακτικό διαβητολογικό ιατρείο στην περιοχή του ΚΥ Μαρκοπούλου.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήσαμε πενήντα εννέα (59) ασθενείς, 28 (47,5%) γυναίκες και 31 (52,5%) άνδρες, που παρακολουθούνται ανά εξάμηνο τουλάχιστον, επί οκτώ συνεχή έτη στο ΚΥ Μαρκοπούλου.

Η τεχνική της ανάλυσης διασποράς επαναληπτικών μετρήσεων (repeated measures ANOVA - Hotelling's statistic), εφαρμόστηκε σε κάθε μια παράμετρο της μελέτης για να συγκρίνει την ισοτιμία των μετρήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την είσοδο στην μελέτη, η μέση ηλικία του δείγματος ήταν 62,2±8,2 έτη. Όπως φαίνεται στον πίνακα, υπήρξαν σημαντικές μεταβολές των παραμέτρων του καρδιαγγειακού κινδύνου με επίτευξη των στόχων στις τιμές της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, της LDL-C, της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Οι στόχοι επιτεύχθηκαν σε 2-4 χρόνια και διατηρήθηκαν ως το τέλος της παρακολούθησης.

		Μέση τιμή	T-Test P-Value
Χοληστερόλη (mg/dl)	baseline	215,3 ± 46,6	< 0,01
	8 έτη	172,1 ± 34,9	
HDL (mg/dl)	baseline	50,5 ± 14,0	N.S.
	8 έτη	52,0 ± 15,0	
LDL (mg/dl)	baseline	134,3 ± 42,7	< 0,01
	8 έτη	95,3 ± 29,0	
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	baseline	139,6 ± 85,3	N.S.
	8 έτη	120,4 ± 56,6	
BMI (kg/m ²)	baseline	29,3 ± 4,6	N.S.
	8 έτη	29,5 ± 4,6	
Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	baseline	139,0 ± 16,9	< 0,01
	8 έτη	127,5 ± 11,1	
Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)	baseline	79,2 ± 13,5	< 0,01
	8 έτη	71,5 ± 6,8	
HbA1C (%)	baseline	7,7 ± 1,7	N.S.
	8 έτη	6,8 ± 0,8	
Λόγος Αλβουμίνης/κρεατινίνης (μg/g)	baseline	32,1 ± 48,0	< 0,01
	8 έτη	40,0 ± 68,5	

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με τη συνεχή-τακτική παρακολούθηση στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, ομάδας ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, επιτεύχθηκαν και διατηρήθηκαν οι στόχοι των σημαντικότερων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου.

**ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΡΙΝΙΚΗΣ ΦΟΡΕΙΑΣ *S. AUREUS* ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ
ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ: ΠΡΟΔΡΟΜΗ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΗ**

Χ. Λούπα, Α. Καραϊτιανού-Βελονάκη, Χ. Χιώτης, Γ. Κουμπάρη,
Δ. Βογιατζόγλου, Μ. Λελέκης

Γ.Ν.Μ. "Α. ΦΛΕΜΙΓΚ", Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο αποικισμός με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο αποτελεί σημαντικό προδιαθεσικό παράγοντα για επακόλουθη λοίμωξη. Αυτό έχει ιδιαίτερη σημασία στα διαβητικά άτομα, στα οποία η ανοσολογικά απάντηση είναι επηρεασμένη. Σκοπός της εργασίας ήταν ο προσδιορισμός του επιπολασμού της ρινικής φορέας *Staphylococcus aureus* σε διαβητικά άτομα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Εξετάστηκαν 101 διαδοχικά διαβητικά άτομα (36 άνδρες & 65 γυναίκες, ηλικίας $65,2 \pm 11,9$ ετών) που παρακολουθούντο στο Τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο και 35 μη διαβητικά άτομα του Τακτικού Παθολογικού Ιατρείου ως μάρτυρες (10 άνδρες & 25 γυναίκες, ηλικίας $68,5 \pm 11,2$ ετών). Εξαιρέθηκαν άτομα με προηγούμενα ειδική αντισταφυλόκοκκική αγωγή. Οι καλλιέργειες ρινικού επιχρίσματος ελήφθησαν με στυλεό που ετέθη σε υλικό μεταφοράς μέχρι την παραλαβή του από το εργαστήριο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

27/101 ασθενείς (26,7%) ήταν θετικοί για *S. aureus* (3 MRSA / 24 MSSA). Από αυτούς 2 ανέφεραν και χρήση αντιβιοτικών και προηγούμενα νοσηλεία, 4 μόνον χρήση αντιβιοτικών και 4 μόνον νοσηλεία. Από τους 14/27 που κατέστη δυνατόν να επανελεγχθούν, οι 10 παρουσίαζαν σταθερή φορεία, ενώ οι λοιποί 4 ήταν αρνητικοί στη δεύτερη λήψη. Από τα 4 αρνητικά στον επανέλεγχο διαβητικά άτομα, τα 2 είχαν λάβει αντιβιοτικά στο μεσοδιάστημα. Από τους μάρτυρες, 3/35 (8,6%) ήταν θετικοί για φορεία (1 MRSA / 2 MSSA). Από αυτούς, 1/3 ανέφερε χρήση αντιβιοτικών και ουδείς νοσηλεία. Από τους 3 θετικούς μάρτυρες, ουδείς κατέστη δυνατόν να επανελεγχθεί. Μεταξύ ασθενών και μαρτύρων ανευρέθη στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς τη φορεία ($p=0.018$, χ^2 , SPSS 11.5).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ρινική φορεία *S. aureus* σε διαβητικά άτομα ευρέδη αρκετά υψηλή (26,7%, περισσότερο από 1 στους 4 ασθενείς) και τριπλάσια από ότι σε μη διαβητικά άτομα. Επίσης, μεταξύ των απομονωθέντων στελεχών υπήρχαν και στελέχη ανθεκτικά στη μεδικιλίνη (MRSA). Συνεπώς, τα διαβητικά άτομα θα έπρεπε ίσως κατά την τακτική παρακολούθησή τους στο διαβητολογικό ιατρείο να ελέγχονται για φορεία και να θεραπεύονται.

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΕΠΤΙΔΙΩΝ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΞΙ ΜΗΝΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ ΥΠΟ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

**N. Κατοίκη¹, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου², Φ. Ηλιάδης¹, Τρ. Διδάγγελος¹,
Ι. Γιώβος³, Δ. Καραμήτσος¹**

¹Διαβητολογικό Ιατρείο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

²Β΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

³Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Έχει δειχθεί ότι έξι μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας σε αρρύθμιστους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, τα επίπεδα λεπτίνης και το σωματικό βάρος (ΣΒ) αυξάνονται, ενώ τα επίπεδα νευροπεπτιδίου Υ (ΝΡΥ) μειώνονται. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η σύγκριση της παρατηρούμενης σε διάστημα 6 μηνών μεταβολής των επιπέδων λεπτίνης και ΝΡΥ, καθώς και του ΣΒ μεταξύ ινσουλινοθεραπευόμενων και ασθενών υπό αντιδιαβητικά δισκία με καλή ρύθμιση.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 90 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (45,6% άνδρες) με μέση ηλικία 65,2±8,4 χρόνια και μέση διάρκεια διαβήτη 11,1±7,4 χρόνια που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Α΄ Πρ. Παθ. Κλινικής. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες με βάση την αντιδιαβητική τους αγωγή: **Ομάδα Α** (45 ασθενείς στους οποίους λόγω αρρύθμιστου διαβήτη τέθηκε ένδειξη έναρξης ινσουλινοθεραπείας) και **Ομάδα Β** (45 ασθενείς υπό αντιδιαβητικά δισκία με καλό γλυκαιμικό έλεγχο: HbA_{1c} <7 %) και παρακολούθηθηκαν για 6 μήνες. Καταγράφηκαν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και η περιμετρος μέσης (ΠΜ) των ασθενών και μετρήθηκαν τα επίπεδα HbA_{1c}, λεπτίνης και ΝΡΥ στον ορό τόσο κατά την έναρξη, όσο και κατά το πέρας της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην **Ομάδα Α**, έξι μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των επιπέδων HbA_{1c} (9,9±1,7 vs. 6,8±1,5 p<0,001) και ΝΡΥ (169±65 vs. 90,5±31,14 p<0,001), ενώ αυξήθηκαν το ΣΒ (72,3±16,5 vs. 76,1±17,6 p<0,001), η ΠΜ (97,4±14,5 vs. 100,7±14,7 p=0,001) και τα επίπεδα λεπτίνης (10,44±8,57 vs. 15,92±11,74 p<0,001). Στην **Ομάδα Β** δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές μεταβολές σε όλες τις υπό μελέτη μεταβλητές.

Μετά το πέρας της μελέτης, παρόλο που οι ασθενείς και των δύο ομάδων είχαν παρόμοιο ΣΒ και καλή γλυκαιμική ρύθμιση, τα επίπεδα λεπτίνης ήταν σημαντικά υψηλότερα (p<0,001) και τα επίπεδα ΝΡΥ σημαντικά χαμηλότερα (p=0,009) στην Ομάδα Α σε σχέση με την Ομάδα Β.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σε καλά ρυθμισμένους ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με ΣΔ 2 το ΣΒ αυξάνεται παρά τη μείωση των επιπέδων του ΝΡΥ. Συνεπώς, η αύξηση του ΣΒ που συνοδεύει την έναρξη ινσουλινοθεραπείας δε φαίνεται να σχετίζεται με τις μεταβολές ορεξιολόγων πεπτιδίων.

**Η ΥΠΟΜΑΓΝΗΣΙΑΙΜΙΑ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ
ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΙΚΗ
ΑΛΛΑ ΟΧΙ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**I. Μαγγανά, Σ. Γουργούλια, Μ. Γραμματικοπούλου, Χ. Στυλιανού,
Α. Γαλλή-Τσινοπούλου**

4^η Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,
Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ 1) σχετίζεται με διαταραχές της συγκέντρωσης του μαγνησίου και μάλιστα οι διαταραχές αυτές συνδέονται άμεσα με το μεταβολικό έλεγχο του διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η μελέτη των επιπέδων του μαγνησίου ορού μεταξύ παιδιών και έφηβων με ΣΔ τύπου 1, καθώς και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης των επιπέδων του μαγνησίου με το γλυκαιμικό έλεγχο.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη διασταυρούμενη αυτή μελέτη συμμετείχαν 162 ασθενείς με ΣΔ 1 (74 παιδιά και 88 έφηβοι). Μετρήθηκαν το μαγνήσιο νηστείας, το ολικό και το ιονισμένο ασβέστιο στον ορό καθώς και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) (DCA 2000, Siemens). Καταγράφηκε η ημερήσια διαιτητική πρόσληψη του μαγνησίου και ασβεστίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ημερήσια διαιτητική πρόσληψη μαγνησίου και ασβεστίου ανταποκρίνονταν στις φυσιολογικές ανάγκες. Η πλειονότητα των ασθενών - 74,4% των παιδιών και 75,6% των έφηβων- παρουσίασε φυσιολογικές τιμές μαγνησίου ορού. Η συχνότητα της υπο- και υπερμαγνησισαιμίας μεταξύ των δύο ηλικιακών ομάδων ήταν παρόμοια (22,5% έναντι 22,1% και 3,1% έναντι 2,3%, αντίστοιχα). Τα επίπεδα ασβεστίου στον ορό ήταν φυσιολογικά σε όλες τις ομάδες. Όσον αφορά στο γλυκαιμικό έλεγχο, μεταξύ των ηλικιακών ομάδων, οι έφηβοι σε όλες τις κατηγορίες διαταραχών του μαγνησίου εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα HbA1c. Στα παιδιά δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων της HbA1c και της εμφάνισης υπό- ή υπερμαγνησισαιμίας, ενώ οι έφηβοι με υπομαγνησισαιμία παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα σε σύγκριση με την ομάδα των εφήβων με φυσιολογικές τιμές μαγνησίου ορού ($p < 0,008$). Τα επίπεδα του μαγνησίου ορού βρέθηκαν ανεξάρτητα από τη διάρκεια του διαβήτη καθώς και από το φύλο των ασθενών. Τέλος, παρατηρήθηκε μία τάση για αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού του γλυκαιμικού ελέγχου και των επιπέδων του μαγνησίου στον ορό ($r = -0,189$, $p < 0,006$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υπομαγνησισαιμία σχετίζεται με τον ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο του ΣΔ τύπου 1 στους έφηβους, αλλά όχι στα παιδιά. Μια πιθανή εξήγηση για το εύρημα αυτό αποτελεί η γονεϊκή επιρροή στον έλεγχο του διαβήτη κατά την παιδική ηλικία, με αποτέλεσμα την καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση. Αντίθετα, στους έφηβους η επιθυμία για ανεξαρτητοποίηση και ατομικό χειρισμό του διαβήτη καθώς και η πιθανή εμφάνιση συμπεριφορών υψηλού κινδύνου έχουν αρνητική επίδραση στις τιμές της HbA1c.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ 24ΩΡΗ ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ. ΜΙΑ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Τ. Διδάγγελος, Φ. Ηλιάδης, Α. Ζαντίδης, Χ. Μαργαριτίδης, Α. Χατζητόλιος

Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική σχολή, ΑΠΘ, Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ".

ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της επίδρασης του συστήματος συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (ΣΚΓ) με υποδόριο αισθητήρα (Guardian, Medtronic) στην 24ωρη μεταβλητότητα της καρδιακής συχνότητας (ΜΚΣ) σε ασθενείς με μακράς διάρκειας Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) με ή χωρίς νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος του κυκλοφορικού (ΝΑΝΣΚ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 18 ασθενείς (8 γυναίκες) με μέση ηλικία δείγματος 43,2±12,4 χρόνια και μακρόχρονο ιστορικό ΣΔτ1 (μέση διάρκεια ΣΔ 27,8±6,9 χρόνια). Όλοι οι ασθενείς βρίσκονταν σε ινσουλίνοθεραπεία είτε με συνεχή χορήγηση ινσουλίνης υποδορίως με αντλία (n=10) είτε με σχήμα πολλαπλών ενέσεων (n=8). Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΣΚΓ για εξ συνεχόμενες ημέρες. Η 24ωρη ΜΚΣ μελετήθηκε με ψηφιακό holter [προσδιορίστηκαν οι εξής παράμετροι φασματικής ανάλυσης: ολική ενέργεια (ΟΕ), υψηλή συχνότητα (ΥΣ), χαμηλή συχνότητα (ΧΣ) και σταθερή απόκλιση των R-R διαστημάτων (SDNN)], που τοποθετήθηκε στους ασθενείς ένα μήνα προ της ημέρας έναρξης της ΣΚΓ και μία δεύτερη φορά κατά την διάρκεια της ΣΚΓ. Επιπρόσθετα, όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τέσσερις δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του ΑΝΣΚ (βαθιά αναπνοή, χειρισμός Valsava, έγερση από ύπτια σε όρθια θέση, ορδοστατική υπόταση) ένα μήνα πριν και κατά την διάρκεια της ΣΚΓ. Οι ασθενείς που είχαν 2 ή περισσότερες παθολογικές δοκιμασίες θεωρήθηκαν ως πάσχοντες από ΝΑΝΣΚ. Ανάλογα με την παρουσία ή απουσία ΝΑΝΣΚ οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες αυτούς που έχουν ΝΑΝΣΚ (n=10) και αυτούς που δεν έχουν (n=8).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι δοκιμασίες ελέγχου για ΝΑΝΣΚ δεν διέφεραν σημαντικά πριν και κατά διάρκεια της ΣΚΓ. Οι παράμετροι της ΜΚΣ δεν διέφεραν σημαντικά πριν και κατά τη διάρκεια της ΣΚΓ [ΟΕ: 1601,6±595,5 ms² έναντι 1589,5±622,2 ms² (p=0,779), ΧΣ: 396,5±356,6 ms² έναντι 389,0±3,7 ms² (p=0,327) και ΥΣ: 116,0±208,2 ms² έναντι 114,6±196,5 ms² (p=0,157)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη η ΣΚΓ για 6 ημέρες δε φαίνεται να επηρέασε τους δείκτες λειτουργίας του ΑΝΣΚ και τις παραμέτρους της 24ωρης ΜΚΣ σε ασθενείς με ΣΔτ1 με ή χωρίς ΝΑΝΣΚ.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ
ΜΕ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΤΗΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΥΠΟΔΟΡΙΩΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**

Τ. Διδάγγελος, Φ. Ηλιάδης, Α. Ζαντίδης, Α. Χατζητόλιος

Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Ιατρική Σχολή, ΑΠΘ, Π. Γ. Ν. Θεσσαλονίκης "ΑΧΕΠΑ".

ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθούν οι διακυμάνσεις των επιπέδων της γλυκόζης αίματος, τα επεισόδια υπερ/υπογλυκαιμίας και ο γλυκαιμικός έλεγχος με την βοήθεια του συστήματος της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης υποδορίως (ΣΚΓ, Guardian Medtronic) σε ασθενείς με μακράς διάρκειας Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) οι οποίοι ήταν σε θεραπεία είτε με συνεχή χορήγηση ινσουλίνης υποδορίως με αντλία (ΥΑ) είτε σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων (ΣΠΕ).

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Εικοσιοκτώ ασθενείς με ΣΔτ1 (9 γυναίκες), με μέση ηλικία $36,7 \pm 10,2$ χρόνια και μέση διάρκεια ΣΔ $20,3 \pm 7,6$ χρόνια, ελάμβαναν ινσουλίνη είτε με ΥΑ (n=11) είτε με ΣΠΕ (n=17). Όλοι οι ασθενείς έφεραν το σύστημα ΣΚΓ για 6 συνεχόμενες ημέρες και μελετήθηκαν τα υπερ/υπογλυκαιμικά επεισόδια και ο γενικός γλυκαιμικός έλεγχος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία και η μέση διάρκεια ΣΔ δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων. Διαπιστώθηκαν περισσότερα και μεγαλύτερης διάρκειας (εμβαδόν κάτω από την καμπύλη) υπογλυκαιμικά επεισόδια (γλυκόζη αίματος ≤ 60 mg/dl) στους ασθενείς σε ΣΠΕ συγκριτικά με αυτούς που έφεραν ΥΑ [$4,8 \pm 1,0$ έναντι $1,4 \pm 1,1$ ($p=0,018$) και $8,9 \pm 2,6$ έναντι $2,4 \pm 1,7$ ($p=0,048$), αντίστοιχα]. Ο αριθμός των μετρήσεων μεταξύ των τιμών 60-70 mg/dl δεν διέφεραν σημαντικά μεταξύ των δύο ομάδων [$90,3 \pm 19,9$ έναντι $40,8 \pm 31,3$ ($p=0,067$)]. Τα επεισόδια υπεργλυκαιμίας (γλυκόζη αίματος $> \text{ή} = 180$ mg/dl), η έκθεση σε γλυκόζη αίματος > 150 mg/dl και η διατήρηση ευγλυκαιμίας οριζόμενη από το μέσο χρόνο που οι ασθενείς παρέμειναν μεταξύ των τιμών 80-140 mg/dl ήταν παραπλήσια μεταξύ των δύο ομάδων. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν σημαντικά καλύτερη στην ομάδα της ΥΑ έναντι της ΣΠΕ [$6,8 \pm 0,4$ έναντι $8,2 \pm 0,4$ ($p=0,019$)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη δείχνει ότι ασθενείς με μακροχρόνιο ΣΔτ1 που φέρουν αντλία ινσουλίνης παρουσιάζουν λιγότερα επεισόδια και μικρότερης διάρκειας υπογλυκαιμικά επεισόδια όπως αυτό εκτιμάται από το σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης υποδορίως. Στην παρούσα μελέτη η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν σημαντικά καλύτερη στους ασθενείς με αντλία συγκριτικά με τους ασθενείς που ήταν σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΤΙΜΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΕΚΒΑΣΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Α. Κουτσοβασίλης¹, Γ. Κουκούλης², Ι. Πρωτοψάλτης¹, Ι. Σκουλαρίγκης³,
Φ. Τρυποσκιάδης³, Α. Μελιδώνης¹

¹Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά

²Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

³Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) είναι κοινό εύρημα και σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών κατά τη νοσηλεία τόσο διαβητικών όσο και μη διαβητικών ασθενών. Το σάκχαρο πλάσματος κατά την εισαγωγή είναι μια μεμονωμένη μέτρηση ενώ το σάκχαρο κατά τη νοσηλεία αποτυπώνει την γλυκαιμική πορεία των ασθενών ως πολλών μετρήσεων.

ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της πιθανής επίδρασης των διαφορετικών τιμών γλυκόζης κατά τη νοσηλεία (νηστείας, μεταγευματικά και μέσο σάκχαρο νοσηλείας) με την ενός έτους έκβαση ασθενών μετά από ΟΣΣ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Πεντακόσιοι είκοσι ασθενείς, με ΟΣΣ οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην μονάδα εμφραγμάτων και εξήλθαν του νοσοκομείου, εντάχθηκαν στη μελέτη. Ακολούθησε παρακολούθηση ενός έτους και καταγραφή των τελικών σημείων τα οποία ήταν: θάνατος (καρδιαγγειακής αιτιολογίας), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια και στηθάγχη (κλινικο-εργαστηριακά τεκμηριούμενη). Όλοι οι μη διαβητικοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (OGTT) τρεις μήνες μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και έγινε η κατηγοριοποίηση των IGTs. Η αξιολόγηση της επίδρασης των διαφορετικών τιμών γλυκόζης κατά τη νοσηλεία στην ενός έτους έκβαση, έγινε με μοντέλα λογιστικής παλινδρόμησης, η ακρίβεια των οποίων εκτιμήθηκε με τη χρήση καμπύλων ROC και των περιοχών κάτω από την καμπύλη (AUC).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 520 ασθενείς, 152 (29.2%) ήταν γνωστοί διαβητικοί (Ομάδα Α), 57 (10.9%) νέοι διαβητικοί (Ομάδα Β), 110 (21.1%) με διαταραχή ανοχής γλυκόζης-IGT (Ομάδα Γ) και 201 (38.8%) με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης (Ομάδα Δ). Το ποσοστό επιπλοκών κατά το πρώτο έτος ήταν 24.3%, 21.1%, 13.6% και 11.9% για τις ομάδες Α, Β, Γ και Δ ($p=0.014$). Η AUC για το σάκχαρο νηστείας κατά τη νοσηλεία ήταν 0.632 (95% CI:0.527-0.764, $p=0.021$), 0.581 (95% CI:0.523-0.699, $p=0.033$), 0.522 (95% CI:0.484-0.640, $p=0.124$), 0.494 (95% CI:0.414-0.574, $p=0.580$) για τις ομάδες Α, Β, Γ, Δ αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική ήταν η AUC του μεταγευματικού σακχάρου νοσηλείας μόνο για την ομάδα Α [0.611 (95% CI:0.588-0.722, $p=0.033$)], ενώ σημαντική για το μέσο σάκχαρο νοσηλείας ήταν για τις ομάδες Α [0.597 (95% CI:0.532-0.691, $p=0.026$)] και Β [0.533 (95% CI:0.508-0.634, $p=0.097$)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Εκτός από το σάκχαρο εισαγωγής οι επιμέρους τιμές σακχάρου κατά τη νοσηλεία επιδρούν στην ενός έτους έκβαση των ασθενών μετά από ΟΣΣ. Το μέγεθος της επίδρασης εξαρτάται από το επιμέρους γλυκαιμικό προφίλ των ασθενών αυτών.

**ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ
ΝΕΑΡΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΣΔ 1.
ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΕΣ, ΠΡΟΫΠΟΘΕΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ**

Κ. Κίτσιος, Μ. Παπαδοπούλου, Ν. Καδόγλου, Σ. Τερζή, Κ. Κώστα, Ν. Σάιλερ¹

Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ
¹Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία μειώνει σημαντικά τον κίνδυνο των μικρο και μακροαγγειακών επιπλοκών σε ασθενείς με ΣΔ 1. Η χρήση της αντλίας ινσουλίνης αποτελεί ίσως την ιδανικότερη μορφή εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας.

ΣΚΟΠΟΣ

Η εκτίμηση των αποτελεσμάτων και η αποτίμηση των δυσκολιών και των προϋποθέσεων της εφαρμογής αντλίας ινσουλίνης σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες με ΣΔ1.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Εικοσιτέσσερα άτομα (13 θήλεα) με ΣΔ1 διάρκειας 10.8±3.8 έτη μετατάχθηκαν από σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας με ανάλογα ινσουλίνης σε θεραπεία με αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης, αφού προηγουμένως υποβλήθηκαν σε συνεχή 24ωρη καταγραφή γλυκόζης με CGMS.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) και ο δείκτης μάζας σώματος (BMI) προσδιορίστηκαν κατά την έναρξη της θεραπείας και ακολούθως στους 3, 6, 12, 24 και 36 μήνες. Ο αριθμός των υπογλυκαιμιών προσδιορίστηκε με βάση τον καταγεγραμμένο αυτοέλεγχο γλυκόζης στην αρχή της θεραπείας και ακολούθως στους 12, 24 και 36 μήνες. Διερευνήθηκε η συσχέτιση του γλυκαιμικού ελέγχου με την συχνότητα αυτοελέγχου γλυκόζης και με τον λόγο των μονάδων bolus ινσουλίνης/basal ινσουλίνης. Καταγράφηκαν επεισόδια διαβητικής κετοξέωσης (ΔΚΟ) και βαρείας υπογλυκαιμίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η HbA1c δεν παρουσίασε σημαντική μεταβολή κατά την θεραπεία με την αντλία ινσουλίνης (7.25±0.85% κατά την έναρξη, 7.39±0.71% στους 36 μήνες, p=NS). Αντίθετα υπήρξε σημαντική μείωση των ελαφρών υπογλυκαιμιών από 6.9±3.5 επεισόδια/εβδομάδα/άτομο κατά την έναρξη της αντλίας σε 3.9±2.9 επεισόδια/εβδομάδα/άτομο στους 36 μήνες, p=0.002. Ο BMI αυξήθηκε σημαντικά από 22.1±3.1 κατά την έναρξη σε 24.4±4.2 στους 36 μήνες (p=0.01). Η HbA1c παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση μόνο με την συχνότητα του αυτοελέγχου (p<0.001). Η συχνότητα επεισοδίων ΔΚΟ και βαρείας υπογλυκαιμίας δεν διέφερε σημαντικά στους 36 μήνες θεραπείας με αντλία σε σχέση με το αντίστοιχο χρονικό διάστημα θεραπείας με πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χρήση της αντλίας ινσουλίνης σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες με ΣΔ1 μείωσε σημαντικά τον αριθμό των ελαφρών υπογλυκαιμικών επεισοδίων και αύξησε σημαντικά τον BMI. Ο συχνός αυτοέλεγχος της γλυκόζης βελτιώνει σημαντικά τον γλυκαιμικό έλεγχο με την αντλία ινσουλίνης.

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΙΣΤΙΚΗΣ DOPPLER ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ 1

Κ. Γιάγκου¹, Χ. Αζίνα², Μ. Πίκολος³, Θ. Χριστοδουλίδης¹,
Ι. Μάρκου², Ε. Νικολαΐδης¹

¹Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας – Κύπρος

²Διαβητολογικό Ιατρείο – Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Λευκωσίας – Κύπρος

³Διαβητολόγος – Λευκωσία – Κύπρος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ 1) ως κλασικός παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, πιθανόν να συνδέεται με την ανάπτυξη διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας πριν από την εμφάνιση σημείων και συμπτωμάτων καρδιακής νόσου. Η ιστική Doppler ηχοκαρδιογραφία (TDI) είναι μια σύγχρονη υπερηχογραφική τεχνική με αναγνωρισμένη συμβολή στην τεκμηρίωση της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας. Σκοπός μας, είναι η ανίχνευση πρώιμης διαστολικής δυσλειτουργίας σε ασυμπτωματικούς ασθενείς με ΣΔ 1 με τη βοήθεια δεικτών ιστικής Doppler απεικόνισης.

ΜΕΘΟΔΟΣ

Ομάδα ασθενών και ομάδα υγιών μαρτύρων υποβλήθηκαν σε πλήρη συμβατική ηχοκαρδιογραφική μελέτη καθώς και σε εφαρμογή TDI δεικτών από την κορυφαία προβολή 4 κοιλοτήτων στο επίπεδο του μιτροειδικού δακτυλίου τόσο στο οπίσθιο μεσοκοιλιακό διάφραγμα όσο και στο πλάγιο τοίχωμα. Μετρήθηκαν το πρώιμο (E) και όψιμο (A) κύμα της διαμιτροειδικής ροής, ο λόγος E/A, το πρώιμο (E') και όψιμο (A') κύμα του TDI, ο λόγος E'/A' και ο λόγος E/E'. Όλα τα άτομα δεν είχαν άλλους παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σαραντατέσσερα άτομα χωρίστηκαν σε 2 ομάδες από 22 άτομα (η μία ομάδα με ασυμπτωματικούς ασθενείς με ΣΔ1 (A) και η άλλη ως ομάδα ελέγχου (B)). Έγινε σύζευξη των ατόμων των 2 ομάδων με βάση την ηλικία και το φύλο και συγκρίθηκαν οι προαναφερθείσες μετρήσεις. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο λόγο E/E' μεταξύ των δύο ομάδων (ομάδα A: 6.87±2.78 ομάδα B: 5.29±0.97 $p=0.02$). Οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0.05$) μεταξύ των δύο ομάδων παρατηρήθηκε επίσης στην τιμή του E'. Για τους συμβατικούς δείκτες παρατηρήθηκε μείωση του κύματος E στην ομάδα A, η οποία δεν ήταν στατιστικά σημαντική

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι ασυμπτωματικοί ασθενείς με ΣΔ 1 παρουσιάζουν πρώιμους δείκτες διαστολικής δυσλειτουργίας που μπορούν να διαγνωσθούν αξιόπιστα με τη χρήση της TDI υπερηχογραφίας. Βάσει της νέας κατάταξης της καρδιακής ανεπάρκεια τα άτομα αυτά εμπίπτουν στην τάξη Ι. Η τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής τους, που συνίσταται σε εγκαίριότερη και επιθετικότερη παρέμβαση δυνατόν να βελτιώσει την πρόγνωση των ασθενών αυτών.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΙΜΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Θ. Τζώτζας, Δ. Αποστολοπούλου, Σ. Βούτας, Θ. Καλτσάς, Α. Καπράρα,
Η. Ευθυμίου, Γ. Κρασσάς**

Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Νοσοκομείο «Παναγία»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η δυσλιπιδαιμία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) παίζει επιβαρυντικό ρόλο στη μακροαγγειοπάθεια, μπορεί όμως να επιδεινώσει και τη μικροαγγειοπάθεια. Η δυσλιπιδαιμία αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης οιδήματος της ωχράς και επιδεινώνει την προϋπάρχουσα διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ). Η θεραπεία με φιμπράτες μπορεί να βελτιώσει τη ΔΑ (μελέτη FIELD), ελάχιστα όμως είναι τα δεδομένα για την επίδραση των στατινών.

ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθεί η επίδραση της χορήγησης σιμβαστατίνης στην εξέλιξη της διαβητικής αμφιβλ/θειας (υποστρώματος ή προπαραγωγικής) σε ασθενείς με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη εντάχθηκαν 22 ασθενείς (9Α, 13Γ) με ΣΔτ2 και δυσλιπιδαιμία (LDL>130 mg/dl), χωρίς υπολιπιδαιμική αγωγή από 6μήνου, οι οποίοι ελάμβαναν αντιδιαβητικά δι-σκία ή/και ινσουλίνη. 14/22 (6Α, 8Γ), ηλικίας 61,3±8,9 χρ., διάρκειας διαβήτη 13,4±4,6 χρ., έλαβαν σιμβαστατίνη 20-40 mg/24ωρο για διάστημα 8 μηνών (εύρος 6-12 μ) και ολοκλήρωσαν τη μελέτη χωρίς να αλλάξουν την αντιδιαβητική τους αγωγή. Εκτιμήθηκαν πριν και μετά: BMI, γλυκόζη νηστείας (μέση τιμή 3 μετρήσεων), HbA_{1C}, Ολ. Χοληστερόλη (ΧΟΛ), τριγλυκερίδια (ΤΓΛ), HDL και LDL. Οφθαλμολογικός έλεγχος: οπτική οξύτητα, φωτογραφία βυθού, ψηφιακή φλουροαγγειογραφία. Έγινε σταδιοποίηση της ΔΑ στους 28 οφθαλμούς σύμφωνα με την ταξινόμηση EDTRS – Modified Airlie House (Ophthalmology 1991; 98: 786) και εκτιμήθηκε η παρουσία μικροανευρυσμάτων (ΜΑν) και μικροαιμορραγιών (ΜΑιμ) σε συγκεκριμένο πεδίο των φωτογραφιών και στους πρώιμους αγγειογραφικούς χρόνους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης (0': 240±24,0 8 μ: 172±31 mg/dl και της LDL (0': 158±16,0 8 μ: 94±17 mg/dl) (p<0.0001) μετά την υπολιπιδαιμική θεραπεία. Ο BMI (0': 31,5±6,4, 8 μ: 30,4±4,4), η γλυκόζη νηστείας (0': 164±21,0 8 μ: 161±24 mg/dl) και η HbA_{1C} (0': 7,72%±0.79, 8 μ: 7,67%±0.86) δεν μεταβλήθηκαν σημαντικά στη διάρκεια της μελέτης.

Εννιά οφθαλμοί παρουσίασαν αύξηση των ΜΑν, 9 μείωση, ενώ σε 10 δεν παρατηρήθηκε μεταβολή. Συνολικά: n ΜΑν 0': 412, n ΜΑν 8 μ: 396, p=NS). Οχτώ οφθαλμοί είχαν αύξηση ΜΑιμ, 4 μείωση ενώ σε 16 δεν παρατηρήθηκε μεταβολή. Συνολικά: n ΜΑιμ 0': 39, n ΜΑιμ 8 μ: 54, p=NS). Σε κανένα οφθαλμό δεν μεταβλήθηκε το στάδιο της ΔΑ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χορήγηση σιμβαστατίνης σε δυσλιπιδαιμικούς ασθενείς με ΣΔτ2 και ΔΑ για μέσο διάστημα 8 μηνών συνοδεύθηκε από σταθεροποίηση των μικροαιμορραγιών, των μικροανευρυσμάτων αλλά και του σταδίου της ΔΑ.

ΘΑ ΕΠΙΡΕΠΕ ΤΟ PASCAL LASER ΝΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΣΕΙ ΤΟ ΚΛΑΣΣΙΚΟ LASER ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ?

Γ. Τριανταφύλλου

Οφθαλμολογική Κλινική, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Pascal Laser (Pattern Scanning Laser) είναι ένα ημιαυτόματο σύστημα φωτοπηξίας, το οποίο χρησιμοποιεί βραχείς παλμούς Laser διάρκειας 10-20 κιλ. του δευτερολέπτου σε έτοιμα σχήματα απλών, κυρίως όμως πολλαπλών βολών (π.χ τετράγωνο 5×5 βολών ή σε σχήμα δικτύου — grid pattern— έως 56 βολών και διαφόρων άλλων σχημάτων) τα οποία προβάλλονται στο βυθό, προσαρμόζονται από το γιατρό στην υπό φωτοπηξία περιοχή και σερβίρονται σχεδόν ταυτόχρονα και κυρίως ανώδυνα για τον ασθενή.

Η βραχύτερη —κατά δέκα φορές από το κλασσικό Laser— διάρκεια του κάθε παλμού παράγει έγκαυμα με λιγότερη συνολική ενέργεια, μικρότερη διασπορά, ομαλότερη κατανομή και μικρότερη χοριοειδική θέρμανση προκαλώντας πολύ μικρότερο άλγος για τον ασθενή. Οι βολές δεν διευρύνονται με την πάροδο του χρόνου. Με αυτό τον τρόπο μπορεί κανείς να σερβίρει σε μια μόνο συνεδρία και 1500 ή και περισσότερες βολές έναντι των 350-400 του κλασσικού Laser, στη σωστή απόσταση μεταξύ των και με ανατομικά και λειτουργικά πλεονεκτήματα.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Εφαρμόσαμε το Pascal Laser σε 86 ασθενείς με αμφιβληστροειδοπάθεια, εκ των οποίων 46 είχαν ήδη υποβληθεί στο παρελθόν σε συνεδρίες κλασσικού Laser. Η κατανομή κατά στάδιο: 48 σοβαρή ΔΑ υποστρώματος με κλινικά σημαντικό οίδημα ωχράς, 21 παραγωγική ΔΑ και 17 διάφορα άλλα περιστατικά (συνδυασμό παραγωγικής με οίδημα ωχράς, εμμένον οίδημα ωχράς, ερυθρόσηψη ίριδας κ.ά). Σε 14 ασθενείς η θεραπεία συνδυάστηκε με αντι-VEGF ενδοϋαλοειδική έγχυση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας ήταν απολύτως συγκρίσιμα με το κλασσικό Laser με τη διαφορά ότι οι συνεδρίες στο Pascal ήταν 1-2 (σε σύγκριση με τις πολλαπλάσιες του κλασσικού), η αποδοχή της μεθόδου από τους ασθενείς ήταν άριστη, ιδιαίτερα όσοι είχαν εμπειρία από το κλασσικό Laser και η τοπική αντίδραση παρά το μεγάλο αριθμό των βολών ήταν πρακτικά ανύπαρκτη. Ο συνδυασμός με αντι-VEGF ένεση ήταν ικανοποιητικός, και σε κανένα περιστατικό δεν παρατηρήθηκε διεύρυνση των βολών ιδίως περί την ωχρά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το Pascal Laser πλεονεκτεί του κλασσικού ως προς τον χρόνο και την άνεση γιατρού και κυρίως ασθενούς, απαιτεί λιγότερες συνεδρίες, είναι εξ ίσου αποτελεσματικό με το κλασσικό, υπερτερώντας στην καλύτερη κατανομή των βολών και τη μη διάχυσή τους ιδίως στην περιοχή της ωχράς.

ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΜΕ ΚΥΛΙΟΜΕΝΟ ΒΡΑΔΥΝΟ ΩΡΑΡΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Σ. Καραμαγκιώλης, Ε. Μαρκούτη, Σ. Μαυρουδής, Ε. Ευθυμίου,
Η. Ζαβιτσάνου, Β. Λάλος

Α' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το κυλιόμενο ωράριο εργασίας και οι διαταραχές του κύκλου ύπνου – εγρήγορης (shift work disorders) έχουν θεωρηθεί τα τελευταία χρόνια ως επιβαρυντικοί παράγοντες για ένα μεγάλο αριθμό χρόνιων νοσημάτων.

ΣΚΟΠΟΣ

Στην μελέτη μας εξετάζεται η πιθανή επίδραση του κυλιόμενου ωραρίου εργασίας στην γλυκαιμική ρύθμιση των ασθενών με ΣΔ₁.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σαράντα δύο εργαζόμενοι ασθενείς με ΣΔ₁ (28 άρρενες και 14 θήλεα) ηλικίας $25,5 \pm 6,5$ ετών έλαβαν μέρος στην μελέτη. Οι μισοί από αυτούς είχαν σταθερό πρωινό ωράριο εργασίας (Ομάδα Α) και οι άλλοι μισοί κυλιόμενο βραδυνό ωράριο εργασίας (Ομάδα Β). Έγινε στατιστική αξιολόγηση του γλυκαιμικού ελέγχου ανάμεσα στις 2 ομάδες συγκρίνοντας τις μέσες τιμές της HbA_{1c} του τελευταίου έτους με το unpaired t-test και με το Fisher's exact test έγινε σύγκριση ως προς την συχνότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων (≥ 4 μηνιαία).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται στον πίνακα που ακολουθεί, η Ομάδα Α παρουσίασε συνολικά διαφορά των μέσων τιμών της HbA_{1c} χαμηλότερη σε σχέση με την Ομάδα Β κατά 0.35 [$p = 0.08$].

	Mean HbA _{1c} \pm Std Dev [95% CI]	Range (Median)
Ομάδα Α (21 ασθενείς)	7.37 \pm 0.59 [7.09 – 7.65]	6.50 – 8.70 (7.40)
Ομάδα Β (21 ασθενείς)	7.72 \pm 0.68 [7.41 – 8.04]	6.40 – 9.10 (7.80)

Το 33% (7 ασθενείς) της ομάδας Α είχε HbA_{1c} $\leq 7\%$ έναντι 19% (4 ασθενείς) της ομάδας Β ενώ το 38% (8 ασθενείς) της ομάδας Β είχε HbA_{1c} $\geq 8.1\%$ έναντι 19% (4 ασθενείς) της ομάδας Α. Ως προς την συχνότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων, το 62% (13 ασθενείς) της ομάδας Β ανέφεραν τουλάχιστον 4 επεισόδια μηνιαία έναντι του 29% (6 ασθενείς) της ομάδας Α [$p = 0.06$, RR = 1.96 (95% CI: 1.04 – 3.72), Odds Ratio = 4.06]. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές των αποτελεσμάτων μεταξύ αρρένων και θηλέων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Με τον περιορισμό του μικρού στατιστικού δείγματος, είναι πιθανό η διαταραχή του φυσιολογικού κύκλου ύπνου – εγρήγορης στους εργαζόμενους ασθενείς με ΣΔ₁ που έχουν κυλιόμενο βραδυνό ωράριο εργασίας να έχει αφενός δυσμενή επίδραση στην καλή γλυκαιμική ρύθμισή τους και αφετέρου να οδηγεί σε αυξημένη συχνότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων (ευρήματα στατιστικά ενδεικτικά στην μελέτη μας).

ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥΣ: ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑ 15 ΧΡΟΝΙΑ;

Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου

Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Μ. «Α. ΦΛΕΜΙΓΚ», Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ

Έγινε προσπάθεια να εκτιμηθούν οι γνώσεις Ελλήνων διαβητικών ασθενών ενός μέσου αστικού πληθυσμού σχετικά με τη νόσο τους και να συγκριθούν με τις γνώσεις όμοιου πληθυσμού πρό 15ετίας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Σε 186 διαβητικούς ασθενείς (97 άνδρες, ηλικίας 64,5±12,7 ετών) δόθηκαν ερωτηματολόγια σχετικά με τον ΣΔ και τις διαιτητικές τους συνήθειες. Από αυτούς, οι 131 παρακολούθουντο στο Τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο και οι 55 νοσηλεύθηκαν για διάφορες αιτίες. Οι περισσότεροι ήταν συνταξιούχοι (31,2%), οικοκυρές (29,1%), εργάτες, βιοτέχνες, αγρότες. Οι 9 ήταν Τ1ΣΔ. Όσοι ασθενείς δεν ηδύνατο να συμπληρώσουν μόνοι το ερωτηματολόγιο εβοηθούντο από ιατρό ή νοσηλεύτρια. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με ίδιο ερωτηματολόγιο που συμπλήρωσαν διαβητικά άτομα του ιατρείου και του νοσοκομείου μας προ 15ετίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 5,7% (vs. 3,0% προ 15ετίας) υποστήριξαν ότι ο διαβήτης δεν παρουσιάζει επιπλοκές, ενώ το 6,4% δεν εγνώριζαν/δεν απάντησαν. Η επιπλοκή που προκαλεί μεγαλύτερο φόβο εξακολουθεί να είναι η τύφλωση (40,7%, vs. 37,5% προ 15ετίας). Το 89,7% (vs. 70,1%) απάντησε ότι ο διαβήτης κληρονομείται. Το 16,7% των ασθενών (vs. 41,1%) πιστεύει ότι ο διαβήτης τους οφείλεται σε στεναχώρια/άγχος, ενώ οι λοιποί σε κληρονομοκότητα, κακή διατροφή, παχυσαρκία κ.τ.λ. Το 93,7% (vs. 77,9%) πιστεύει ότι η διαίτα βοηθά σημαντικά στην αντιμετώπιση του διαβήτη. Στο 89,7 (vs. 67,5%) την διαίτα που ακολουθούσαν τη συνέστησε ιατρός. Όμως, μόνον 33,1% (vs. 28,1%) ελάμβαναν >3 γεύματα ημερησίως. Το 37,1% (vs. 35,5%) απήντησαν ότι πρέπει να αποφεύγουν εντελώς τα ζυμαρικά (σύμπλοκους υδατάνθρακες). Το 11,7% (vs. 20,8%) ήταν κατηγορηματικά αρνητικοί στη χρήση ινσουλίνης, ενώ η πλειοψηφία (45,7%) θα προσπαθούσε να το αποφύγει. Η υπογλυκαιμία ήταν συχνό φαινόμενο (47,7% vs. 42,6%), αλλά το 30,7% (vs. 29,5%) των ασθενών δεν γνώριζε τα συμπτώματα, ενώ το 24,7% των άμεσων συγγενών δεν εγνώριζαν τα συμπτώματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το 2009, οι γνώσεις των διαβητικών ατόμων έχουν βελτιωθεί σε μικρό βαθμό σε σύγκριση με το 1993, εκτός ίσως από ελαφρώς καλύτερη αντιμετώπιση της ινσουλινοθεραπείας. Συνεπώς, ο ιατρός έχει υποχρέωση να συμβάλλει στην καλύτερη ενημέρωση του διαβητικού ατόμου, αφιερώνοντας περισσότερο χρόνο και δίνοντας μεγαλύτερη σημασία στην ψυχολογική προσέγγιση των ασθενών και στην συνεχή μεταφορά γνώσεων γύρω από τον ΣΔ.

**Η ΕΞΕΝΑΤΙΔΗ ΕΝΑΝΤΙ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ GLARGINE
ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΟ ΣΔ 2**

Π. Γλούφτσιος, Ε. Τσότσιου, Ν. Καρτάλη, Ι. Ζωγράφου, Π. Καραγιάννη,
Γ. Κούλας, Χ. Σαμπάνης, Χρυσ. Ζαμπούλης

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο τελευταίος αλγόριθμος της ADA και της EASD για την θεραπεία του ΣΔ 2 προτείνει την προσθήκη βασικής ινσουλίνης ή εναλλακτικά αγωνιστή GLP-1 όταν δεν επιτυγχάνεται επαρκής γλυκαιμικός έλεγχος με αντιδιαβητικά δισκία (Δ).

ΣΚΟΠΟΣ

Σύγκριση της εξενατίδης (E) έναντι της ινσουλίνης Glargine (G) σε ασθενείς με ΣΔ 2 υπό μετφορμίνη (M) και με HbA1c $\geq 7\%$.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ανοικτή, τυχαιοποιημένη μελέτη, διάρκειας 24 εβδομάδων. Περιλάμβανε 48 ασθενείς (ασθ.), 17 άνδρες και 31 γυναίκες ηλικίας $61,98 \pm 8,8$ έτη, με μέση διάρκεια ΣΔ 2 $11,8 \pm 7,25$ έτη και μέση HbA1c $8,34 \pm 1,63$ παρά την δίαιτα και M. Στους ασθ. προστέθηκε στη M είτε ινσουλίνη G είτε E.

Προσδιορίστηκαν στην αρχή και μετά 6 μήνες δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), συστολική (ΣΑΠ) και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), η συχνότητα και βαρύτητα των υπογλυκαιμιών (Υ) και οι γαστρεντερικές διαταραχές (ΓΔ). Μετρήθηκαν HbA1c και τα λιπίδια (χολεστερίνη - TChol, Tg, HDL-C, LDL-C). Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 13.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι δύο ομάδες ασθενών δε διέφεραν ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο (E vs. G 1,3 vs 1,2, p=NS), τη μεταβολή του ΒΣ (E -2,5 kg vs G +0,5 kg, p=NS), τις Υ (E = 0, G =3) και τις ΓΔ. (E = 3, G = 1). Επίσης, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις δυο ομάδες στις τιμές ΣΑΠ, ΔΑΠ και λιπιδίων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ομάδες της E και της ινσουλίνης G στον γλυκαιμικό έλεγχο, στη μεταβολή του ΔΜΣ, στις Υ και στις ΓΔ. Η E προκάλεσε μεγαλύτερη μείωση ΒΣ από την ινσουλίνη G ενώ δε διέφερε από την ινσουλίνη G ως προς τη μείωση της HbA1c, τις Υ και την συχνότητα των ΓΔ. Για να τεκμηριωθούν τα παραπάνω αποτελέσματα χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ασθενών και μακρύτερη χρονική διάρκεια παρακολούθησης.

**ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΕΣ ΚΑΙ ΓΛΙΝΙΔΕΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΔΙΓΟΥΑΝΙΔΕΣ.
ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥΣ**

**Τ. Εξιάρα¹, Μ. Ρογκότη¹, Γ. Τζατζάγου, Δ. Μπαλτζής², Σ. Ζύλη², Αν. Καλπάκα¹,
Δ. Καραγιάννη¹, Μ. Σιών, Χ. Μανές¹**

¹Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου»

²Γ' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ - Θεσσαλονίκη

Υπάρχουν αναφορές πως ο συνδυασμός Γλινιδών και Διγουανιδών είναι πιο αποτελεσματικός στη ρύθμιση της γλυκαιμίας και στην ημερήσια διακύμανση της γλυκόζης αν συγκριθεί με θεραπευτικές προσεγγίσεις που βασίζονται στη μονοθεραπεία με γλινίδες ή διγουανίδες.

ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η αποτελεσματικότητα της συγχορήγησης σουλφονυλουριών και γλινιδών με διγουανίδες σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και με ηλικία μικρότερη των 65 ετών όσον αφορά την γλυκαιμική ρύθμιση και ειδικότερα τους στόχους σύμφωνα με τις πρόσφατες δηλώσεις ομοφωνίας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην ομάδα Α συμπεριελήφθησαν 52 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 με αγωγή σουλφονυλουριών και διγουανίδες. Στην ομάδα Β: εντάχθηκαν 27 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, που ελάμβαναν αγωγή με γλινίδες και διγουανίδες σε συνδυασμό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

α) Στην ομάδα Α η μέση ηλικία ήταν 59,85±6,76 έτη, η μέση διάρκεια νόσου 4,73±7,7 έτη και η μέση HbA1c 7,0±1,27%. Στην ομάδα Β: η μέση ηλικία ήταν 56,3±6,9 έτη, η μέση διάρκεια νόσου 4,5±4,3 έτη και η μέση HbA1c 6,72±0,7%. β) Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τη διάρκεια νόσου και τη ρύθμιση μεταξύ των 2 (δύο) ομάδων (p>0,05 και στις δύο περιπτώσεις). γ) Στην ομάδα Α ο στόχος της γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA1c < 7) επιτεύχθηκε σε ποσοστό 69%. Παρόμοια αποτελέσματα επιτεύχθηκαν και στην ομάδα Β δηλ ποσοστό 74% των ασθενών εμφάνισαν HbA1c < 7.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο συνδυασμός γλινιδών και διγουανιδών είναι εξίσου αποτελεσματικός με το συνδυασμό σουλφονυλουριών και διγουανιδών στη γλυκαιμική ρύθμιση ασθενών με μικρή διάρκεια Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.