

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ)  
ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΑΝ  
ΣΤΟ 19ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 10-12 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2005**

## ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΤΑ ΜΕΤΡΗΤΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΓΙΑ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Γ. Κούλας, Χ. Σαμπάνης, Κ. Τζιόμαλος, Ζ. Αθανασιάδου<sup>1</sup>,  
Φ. Ντογραμματζή<sup>1</sup>, Δ. Παναγιωτίδου, Κ. Μαχαίρα, Χ. Ζαμπούλης

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια εφαρμόζεται σε ευρεία κλίμακα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ο έλεγχος γλυκόζης αίματος με τη βοήθεια μικρών συσκευών (σακχαρομέτρων). Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να εκτιμηθούν οι διαφορές μεταξύ των τιμών γλυκόζης των σακχαρομέτρων και της τιμής γλυκόζης πλάσματος του μικροβιολογικού εργαστηρίου.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σε 50 ασθενείς με ΣΔ προσδιορίστηκε η τιμή γλυκόζης με 7 σακχαρόμετρα (Freestyle, Senova, Ascensia, Accucheck, Glucocard, Precision Xceed, One Touch Ultra) και ταυτόχρονα έγινε αιμοληψία από κεντρική φλέβα και προσδιορίστηκε η τιμή γλυκόζης πλάσματος στο μικροβιολογικό εργαστήριο. Μελετήθηκαν οι αποκλίσεις των τιμών γλυκόζης των σακχαρομέτρων από την τιμή εργαστηρίου σε τιμές γλυκόζης <69 mg/dl, 70-180 mg/dl και >181 mg/dl.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η τιμή γλυκόζης εργαστηρίου ήταν <69 mg/dl σε δύο ασθενείς, μεταξύ 70-180 mg/dl σε 35 ασθενείς και >181 mg/dl σε 13 ασθενείς. Στο σύνολο των 50 μετρήσεων, ο μέσος όρος των τιμών γλυκόζης των 7 συσκευών παρουσίαζε απόκλιση  $\pm 5\%$  από την τιμή εργαστηρίου στο 46% των μετρήσεων και  $\pm 20\%$  στο 98% των μετρήσεων. Η ακρίβεια των συσκευών ήταν καλύτερη σε τιμές γλυκόζης μεταξύ 70-180mg/dl (απόκλιση  $\pm 5\%$  στο 48,6% των μετρήσεων) σε σχέση με την ακρίβειά τους σε τιμές γλυκόζης >181mg/dl (απόκλιση  $\pm 5\%$  στο 38,5% των μετρήσεων). Οι τιμές γλυκόζης των 7 συσκευών και του εργαστηρίου δε διέφεραν σημαντικά ( $p=0,53$ ), τόσο στο σύνολο των μετρήσεων όσο και στα τρία εύρη τιμών γλυκόζης (<69 mg/dl, 70-180 mg/dl και >181 mg/dl) ξεχωριστά ( $p=0,65$ ,  $p=0,25$  και  $p=0,81$  αντίστοιχα).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η απόκλιση των τιμών της γλυκόζης που παρουσιάζουν τα σακχαρόμετρα από τις τιμές του πλάσματος του μικροβιολογικού εργαστηρίου βρίσκονται συνήθως εντός των επιτρεπτών από την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία ορίων. Επομένως τα σακχαρόμετρα είναι χρήσιμα για τον αυτοέλεγχο του ΣΔ, δεν θα πρέπει όμως να χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς λόγους.

**ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΠΟΡΕΙΑΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΩΤΙΤΙΔΑ:  
ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**

**Γ.Χατζής, Κ. Τσαβδάρης, Β. Μαυροματίδης, Γ. Κυριακίδης,  
Θ. Βοσνακίδης, Γ. Λακασάς**

Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσίαση της μεταβολής των χαρακτήρων του Σ.Δ., μετά από λοίμωξη με διαβητογόνο ιό, σε περιστατικό που νοσηλεύτηκε στο Β' Παθολογικό τμήμα.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Ασθενής 36 ετών, αγρότης με ιστορικό διαβήτη τύπου 2 από 4ετίας, καλώς ρυθμιζόμενου με γλικλαζίδη, προσήλθε στο Ε.Δ.Ι. για απορρύθμιση τιμών τριχοειδικού σακχάρου (Glu>400 mg/dl). Ανέφερε λοίμωξη Α.Α. προ 20ημέρου και απώλεια βάρους σώματος 6 kgr, καθώς και αδυναμία. Ο έλεγχος έδειξε εργαστηριακή επιδείνωση με τιμές A1C 10,5%. Η προσθήκη στην αγωγή πιογλιταζόνης δεν βελτίωσε τις τιμές του σακχάρου, ο δε ασθενής συνέχιζε να χάνει βάρος (BMI: 18). Ο ασθενής εισήχθη στο Β' Παθολογικό τμήμα για περαιτέρω έλεγχο. Χωρίς ευρήματα από τον πλήρη ορμονικό καθώς και τον απεικονιστικό έλεγχο, όπως και τον έλεγχο πεπτικού. Ο ασθενής ξεκίνησε αγωγή με μίγμα ινσουλίνης, στην οποία ανταποκρίθηκε καλώς, παράλληλα δε δόθηκε έλεγχος για διαβητογόνους ιούς. Ο ασθενής εξήλθε βελτιούμενος με δίαιτα 1800 cal με προσθήκη λευκωμάτων, παρουσίασε δε στον επανέλεγχο μετά από ένα μήνα αύξηση BMI (18 =>23). Δύο εβδομάδες μετά από την έξοδό του από το Β' Παθολογικό τμήμα, ο έλεγχος από τα αντισώματα έναντι των ιών έδειξαν υψηλές τιμές Igm έναντι του ιού της παρωτίτιδας, που επιβεβαιώθηκε σε 2η αιμοληψία με ολικό αίμα. Δύο μήνες μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, ο ασθενής ήταν σαφώς βελτιωμένος και κλινικά και εργαστηριακά (A1C: 6,3%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η απορύθμιση προφανώς οφειλόταν σε λοίμωξη από τον ιό της παρωτίτιδας, η δε έγκαιρη έναρξη της ινσουλινοθεραπείας βελτίωσε την ποιότητα ζωής του ασθενούς, και τον προφύλαξε από επιπλοκές της υπεργλυκαιμίας.

**ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ  
ΚΑΙ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Χ. Σαμπάνης, Γ. Κούλας, Ι. Ζωγράφου, Π. Σεμερτζίδης, Α. Τσακουρίδης,  
Α. Καραγιάννης, Κ. Τζιόμαλος, Χ. Ζαμπούλης**

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ,  
ΓΝ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο έλεγχος της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) <130/80 mmHg στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) μειώνει την συχνότητα των καρδιαγγειακών επιπλοκών. Εντούτοις, ο έλεγχος της ΑΠ στους ασθενείς αυτούς δεν είναι ικανοποιητικός. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθούν οι διαφορές στον έλεγχο της ΑΠ σε ασθενείς με ΣΔ στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (ΠΠ) (ομάδα Α) και σε Διαβητολογικό Κέντρο (ΔΚ) του Νοσοκομείου μας (ομάδα Β).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Εξετάσθηκαν συνολικά 453 ασθενείς με ΣΔ. Από αυτούς οι 344 (127 άνδρες, μέσης ηλικίας  $67,4 \pm 8,5$  έτη) είχαν ΑΠ >130/80 mmHg χωρίς να λαμβάνουν ή παρά τη χορήγηση αντιπυρετασικών φαρμάκων (ΑΦ) για 6 μήνες τουλάχιστον. Ασθενείς της ομάδας Α (211 ασθενείς, 77 άνδρες) και της ομάδας Β (133 ασθενείς, 50 άνδρες) συγκρίθηκαν ως προς τα ποσοστά ελέγχου της ΑΠ, τον αριθμό και την κατηγορία ΑΦ, το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια ΣΔ, τη διάρκεια ΑΠ >130/80 mmHg και το κάπνισμα. Η ΑΠ μετρήθηκε σε 2 επισκέψεις με υδραργυρικό σφυγμομανόμετρο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ασθενείς της ομάδας Β είχαν μεγαλύτερο ποσοστό ρύθμισης της ΑΠ συγκριτικά με την ομάδα Α (24,1% έναντι 14,7%,  $p=0,029$ ) και λάμβαναν κατά μέσο όρο 2,12 ΑΦ έναντι 1,99 ΑΦ στην ομάδα Β (μη σημαντική διαφορά). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια του ΣΔ ή τη διάρκεια της ΑΠ >130/80 mmHg. Ασθενείς της ομάδας Β λάμβαναν πιο συχνά αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγιοτενσίνης, αλλά η επίτευξη της ΑΠ-στόχου ήταν ανεξάρτητη από την κατηγορία των χορηγούμενων ΑΦ. Επιπλέον, 143 ασθενείς (67,7%) της ομάδας Α δεν ήταν ενήμεροι για τα επιθυμητά επίπεδα ελέγχου της ΑΠ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ασθενείς του ΔΚ παρουσίαζαν μεγαλύτερη συχνότητα ΑΠ <130/80 mmHg από τους ασθενείς της ΠΠ. Το γεγονός αυτό πιθανόν να οφείλεται στην πιο επιθετική θεραπεία της ΑΥ στους ασθενείς του ΔΚ, καθώς και στον μικρό βαθμό επίγνωσης όσον αφορά στα επιθυμητά επίπεδα της ΑΠ στους ασθενείς της ΠΠ.

## **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Π. Κελεμπέκογλου**

Κέντρο Υγείας Στρυμονικού Σερρών

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η αντικατάσταση των κλασικών καρτελών που χρησιμοποιούνται από πολλούς συναδέλφους για την παρακολούθηση των ασθενών τους με ηλεκτρονικό πρόγραμμα παρακολούθησης. Στην αγορά κυκλοφορούν κάποια αντίστοιχα προγράμματα αλλά θεωρήθηκαν ελλιπή και τα περισσότερα από αυτά στερούν την δυνατότητα στον Γιατρό της εύκολης επεξεργασίας και συσχέτισης των στοιχείων τους. Μέθοδος: Χρησιμοποιήθηκε για την δημιουργία του προγράμματος η Access της Microsoft Office XP.

### **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ**

Η κεντρική δομή του προγράμματος αποτελείται από 8 πίνακες, οι οποίοι είναι έτοιμοι δομημένοι ώστε να είναι εύκολη η εγγραφή των στοιχείων με τον μικρότερο δυνατό χρόνο, και με περιορισμό των δυνατοτήτων λάθους. Οι 6 από τους 8 πίνακες περιέχουν μηχανισμό καρτελών για λόγους εύκολης θέασης στην οθόνη, πρόσβασης και συμπλήρωσης των στοιχείων τους. Ο πρώτος πίνακας περιέχει τα βασικά στοιχεία του ασθενούς, με δυνατότητα φωτογραφίας του ασθενούς, τον τύπο του σακχαρώδη διαβήτη, τον τρόπο διάγνωσης, τις συνήθειες τους ασθενούς στον καπνό και το οινόπνευμα, το ιατρικό αναμνηστικό και με τις ηλικίες έναρξης των νοσημάτων του, το οικογενειακό αναμνηστικό και τις χειρουργικές επεμβάσεις που έχει κάνει ο ασθενής (περιέχει 113 πεδία). Ο δεύτερος πίνακας περιέχει όλα τα στοιχεία από την βασική εξέταση του ασθενούς, και εκτός των άλλων περιέχει και μηχανισμούς αυτόματου υπολογισμού του δείκτη μάζας σώματος, της περιμέτρου μέσης προς ισχία, της διαφοράς συστολικής αρτηριακής πίεσης μεταξύ αριστερού και δεξιού χεριού (σύνολο 45 πεδία). Ο τρίτος πίνακας περιέχει στοιχεία από την θεραπεία του ασθενούς, αντιδιαβητικά δισκία, τις ινσουλίνες, τα κυριότερα άλλα φάρμακα εκτός των αντιδιαβητικών, τις παρενέργειες των φαρμάκων και τα υπογλυκαιμικά επεισόδια (125 πεδία). Ο τέταρτος πίνακας δίνει την δυνατότητα καταγραφής όλων των εργαστηριακών εξετάσεων, την καμπύλη γλυκόζης, ινσουλίνης (118 πεδία). Στον πέμπτο και έκτο πίνακα μπορούν να καταγραφούν τα ευρήματα από την περιφερική αγγειοπάθεια και οφθαλμοπάθεια (62 πεδία). Ο έβδομος πίνακας καταγράφει την διαβητική νευροπάθεια, τα συμπτώματα, τα είδη της, ευρήματα από την εξέταση, περιγραφή και απεικόνιση ελκών και δερματικών βλαβών (100 πεδία). Στον όγδοο πίνακα μπορεί να καταγραφεί και να απεικονισθεί οποιαδήποτε ακτινολογική πυρηνική υπερηχογραφική και ενδοσκοπική εξέταση (62 πεδία) Στο πρόγραμμα μπορεί να τροποποιηθεί εύκολα και να προστεθούν επιπλέον στοιχεία εύκολα γρήγορα και σε βάθος χρόνου ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε γιατρού.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η ηλεκτρονική καταγραφή των ευρημάτων από τους ασθενείς λόγω της δυνατότητας πολλών συσχετισμών θα βοηθήσει στην καλύτερη παρακολούθηση τους, και στην εξαγωγή πολύτιμων συμπερασμάτων για την επιστήμη.

## **ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΕΜΜΗΝΟΠΑΥΣΙΑΚΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ**

**Ε. Αθανασίου<sup>1</sup>, Λ. Κοντοβός<sup>2</sup>, Δ. Λύκος<sup>2</sup>, Α. Αποστολίδου<sup>2</sup>,  
Ε. Μαγγανάρης<sup>1</sup>, Α. Ταπλίδης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Μαιευτική Γυναικολογική & Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup>Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να βρεθεί επιδημιολογικά τι ποσοστό ασθενών του διαβητολογικού ιατρείου είναι εμμηνοπαυσιακές γυναίκες.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Κατά την διάρκεια ενός έτους (2004) προσήλθαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της παθολογικής κλινικής 6817 ασθενείς και 1488 (21,8%) διαβητολογικό ιατρείο από τους οποίους οι 610 (40,9%) ήταν γυναίκες. Μελετήσαμε τους φακέλους δείγματος των γυναικών αυτών. Μέσος όρος ηλικίας ήταν τα 59,3 έτη.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το 54% των γυναικών είχε σάκχαρο άνω του 130 mg%, το 37,5% χοληστερίνη άνω του 240 mg% και το 12,5% ουρικό οξύ άνω του 7 mg%. Μία στις 3 γυναίκες είχαν συνδυασμό υψηλού σακχάρου και υψηλής χοληστερίνης (33%). Τέλος το 28% των γυναικών ήταν ηλικίας 55 ως 64, το 38% ηλικίας 64 ως 70 και το 33% άνω των 70 ετών.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Φαίνεται ότι 4 στις 10 εμμηνοπαυσιακές γυναίκες ηλικίας άνω των 55 ετών είναι διαβητικές. Αποτελούν το 8,9% του συνόλου των ασθενών της παθολογικής κλινικής. Στην εμμηνόπαυση υπάρχει διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης και της χοληστερίνης. Αυτό σημαίνει ότι γυναίκες που είναι ήδη διαβητικές ο διαβήτης τους επιδεινώνεται στην εμμηνόπαυση ενώ αυτές που έχουν δυσανεξία στην γλυκόζη πιθανόν να εκδηλώσουν διαβήτη στην εμμηνόπαυση.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Ε. Τσετσέκου, Ζ. Μαυρομικάλη, Α. Χριστοφέλη, Γ. Χρυσικόπουλος, Δ. Μιχάλης

Κέντρο Υγείας Αλιάρτου

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοιλιακή παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου και αποτελεί παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου σε άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία σε δείγμα αγροτικού πληθυσμού.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν άτομα που προσήλθαν για συνταγογραφία όποιας αιτιολογίας στο Κέντρο Υγείας Αλιάρτου, κατά τη διάρκεια ενός διμήνου. Χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με το αν είχαν ή όχι κοιλιακή παχυσαρκία (περίμετρος μέσης >102 cm για τους άνδρες και >88cm για τις γυναίκες). Εκτιμήθηκαν ανθρωπομετρικά στοιχεία και έγινε πρωινή αιμοληψία. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με τη χρήση SPSS, έκδοση 10.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Σύνολο εξετασθέντων 206, 144 (70%) γυναίκες και 62 (30%) άνδρες, ηλικίας 32 έως 91 ετών, μ.ο. ηλικίας τα 68 έτη. Στην πρώτη ομάδα –άτομα χωρίς κοιλιακή παχυσαρκία– καταγράφηκαν 58 άτομα ποσοστό 28%. Από αυτούς οι 41(28,5%) ήταν γυναίκες και οι 17 (27,4%) άνδρες. 26 (44,83%) είχαν φυσιολογικό BMI, οι 32 (55,17%) ήταν υπέρβαροι (BMI 26-30) και κανείς δεν ήταν παχύσαρκος. Σακχαρώδης διαβήτης (γλυκόζη νηστείας >110) διαπιστώθηκε σε 6 άτομα, ποσοστό 10,0%. Μεταβολικό σύνδρομο, σύμφωνα με τα κριτήρια του NCEP ATP III, διαπιστώθηκε σε 5 άτομα (ποσοστό 8,6%) που πληρούσαν τρία κριτήρια. Στη δεύτερη ομάδα –άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία– καταγράφηκαν 148 άτομα ποσοστό 72%. Οι 5 (3,4%) είχαν φυσιολογικό BMI, οι 62 (41,8%) ήταν υπέρβαροι (BMI 26-30) και 81(54,8%) παχύσαρκοι. Σακχαρώδης διαβήτης διαπιστώθηκε σε 40 (27%) άτομα. Μεταβολικό σύνδρομο, σύμφωνα με τα κριτήρια του NCEP ATP III, διαπιστώθηκε σε 86 άτομα (58,1%) απ' αυτούς οι 55 πληρούσαν τρία κριτήρια, οι 24 τέσσερα και οι 7 πέντε.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι σημαντικά συχνότερο σε άτομα με κοιλιακή παχυσαρκία. Προγράμματα αγωγής υγείας με στόχο την πρόληψη της παχυσαρκίας κρίνονται αναγκαία.

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΩΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ  
ΤΟΥ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2, ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΤΥΠΟΥ 2 ΤΟΥ Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ (1989-2004)**

Γ. Ανδιμίδης<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο(ΕΔΙ), Παθολογικό Τμήμα ΓΝΝ Χαλκιδικής

<sup>2</sup>Β ΠΠ Κλινική «Ιπποκρατείου» Π.Ν Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαχρονικών μεταβολών των επιδημιολογικών χαρακτηριστικών της παχυσαρκίας, πριν και κατά την εμφάνιση του ΣΔ τ2, σε ασθενείς με ΝΣΔ τ2.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 237 ασθενείς με Ν ΣΔτ 2, 131 Άνδρες (Α), και 106 Γυναίκες (Γ), Ηλικίας κατά τη Διάγνωση (ΗΛ. ΔΙΑΓ): 59 (27-84) έτη, που εξετάστηκαν από την 1/1/ 1989-31/ 12/ 2004, στο ΕΔΙ του ΓΝΝ Χαλκιδικής. Οι ασθενείς ανάλογα με την ημερομηνία διάγνωσης, χωρίστηκαν σε δύο ίσες Χρονικές Περιόδους (ΧΠ): ΑΧΠ: 1989-1996: Ν=143, Άνδρες ΑΧΠ=76, Γυναίκες ΑΧΠ=67, και ΒΧΠ: 1997-2004 Ν=94, ΑΒΧΠ=55, ΓΒΧΠ=39. Από το Ανώτερο Σωματικό Βάρος (ΑΣΒ), που είχαν οι ασθενείς πριν τη διάγνωση και το Παρόν Σωματικό Βάρος (ΠΣΒ) κατά την διάγνωση του ΣΔ και το Ύψος, υπολογίστηκε ο Ανώτερος και ο Παρόν Δείκτης Μάζας Σώματος (ΑΔΜΣ, ΠΔΜΣ:  $X \pm SD$ :  $\text{kg}/\text{m}^2$ ), καθώς και οι αναλογίες (%) των ασθενών εκάστης ΧΠ, σε Φυσιολογικούς (Φ:  $18,5 < 25$ ), Υπέρβαρους (Υ:  $\geq 25 < 30$ ) και Παχύσαρκους (Π:  $\geq 30$ ). Συγκρίθηκαν η μέση τιμή ( $X \pm SD$ ) και ο επιπολασμός (%) του ΑΔΜΣ και του ΠΔΜΣ, με όλους τους δυνατούς συνδυασμούς μεταξύ των πληθυσμιακών ομάδων της Α και ΒΧΠ. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS version 12.0. Ως διάστημα εμπιστοσύνης (CI) υπολογίστηκε το 95% και στατιστικά σημαντικό το  $p < 0.05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

I) Πριν την εμφάνιση του ΣΔ: Ο ΑΔΜΣ της ΒΧΠ βρέθηκε σημαντικά πιο υψηλός έναντι του ΑΔΜΣ της ΑΧΠ ( $35,75 \pm 4,78$  vs  $32,64 \pm 6,28$   $p < 0,038$ ). Οι ασθενείς της ΒΧΠ στο σύνολό τους υπήρξαν παχύσαρκοι (100%) πριν τη διάγνωση, έναντι (65,6%) των ασθενών της ΑΧΠ. II) Κατά την εμφάνιση του ΣΔ: Οι ασθενείς της Β ΧΠ στο σύνολό τους αλλά και συγκρινόμενοι κατά ζεύγη είχαν σημαντικά μεγαλύτερο ΠΔΜΣ: Σύνολο ΒΧΠ vs Σύνολου ΑΧΠ ( $31 \pm 5,73$  vs  $28,26 \pm 4,37$ ,  $p < 0,001$ ), Άνδρες ΒΧΠ vs Ανδρών ΑΧΠ ( $29,96 \pm 4,81$  vs  $27,75 \pm 4,22$ ,  $p < 0,007$ ), Γυναίκες ΒΧΠ vs Γυναικών ΑΧΠ ( $32,55 \pm 6,57$  vs  $28,72 \pm 4,52$ ,  $p < 0,008$ ). Ο επιπολασμός της παχυσαρκίας της ΒΧΠ ήταν σημαντικά πιο αυξημένος από την ΑΧΠ: ΑΧΠ vs ΒΧΠ (54,34% vs 33,8% vs  $p = 0,032$ , Άνδρες ΒΧΠ vs Ανδρών ΑΧΠ (49% vs 28,3%  $p = 0,033$ ), Γυναίκες ΒΧΠ vs Γυναικών ΑΧΠ (61,53% vs 40,3%  $p < 0,016$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Όλα σχεδόν τα άτομα με ΣΔ τύπου 2, πριν και κατά την εμφάνιση του διαβήτη είναι παχύσαρκα. Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της παχυσαρκίας στον ΣΔ τ2, δείχνουν μία διαχρονική επιδείνωση, στους άνδρες και τις γυναίκες. Αυτό απαιτεί τη λήψη των αναγκαίων μέτρων πρόληψης της παχυσαρκίας, καθώς είναι γνωστό ότι, η παχυσαρκία συνιστά έναν από τους πλέον σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης του ΣΔ τ2.



**ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΜΕ ΤΙΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΕ ΑΓΡΟΤΙΚΗ  
ΠΕΡΙΟΧΗ ΤΟΥ ΣΤΡΥΜΟΝΙΚΟΥ ΣΕΡΡΩΝ**

Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Π. Κελεμπέκογλου, Κ. Πιπερτζής,  
Μ. Κασιμτζίκη, Ν. Τάντση, Ζ. Μακρίδου, Ε. Αναστασιάδου,  
Χαρ. Γκόγγου, Χ. Γούσια, Θ. Μπακαλούδης, Αθ. Μπίτζιος

Κέντρο Υγείας Στρυμονικού, Σερρών

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να διερευνηθεί κατά πόσο οι σακχαροδιαβητικοί συμμορφώνονται με το διαιτολόγιο που συνιστούμε, για πόσο χρονικό διάστημα το εφαρμόζουν, και τι είδους διαιτητικές συνήθειες ακολουθούν.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 355 ασθενείς οι οποίοι παρακολουθούνται στο Κ. Υγείας. Η εφαρμογή του διαιτολογίου διερευνήθηκε μετά από προσωπική συνέντευξη του ασθενούς, καθώς και του οικείου περιβάλλοντός του σε αντιπαραβολή για την διαπίστωση της αλήθειας των λεγομένων του. Επίσης έγινε συσχέτιση του ιστορικού με τις μεταβολές του βάρους των ασθενών και της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Αποκλείσθηκαν οι ασθενείς με ήπιο σακχαρώδη διαβήτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ομάδα	Εφαρμογή του διαιτολογίου	Ασθενείς (ποσοστό)
A	Άριστη εφαρμογή του διαιτολογίου που εδόθη	45 (12,68%)
B	Τρώνε κυρίως κρέας ψάρι, κοτόπουλο γαλακτοκομικά σαλάτες και φρούτα. Ελάχιστη λήψη υδατανθράκων	58 (16,34%)
Γ	Τρώνε απ' όλα αλλά σε μικρότερες ποσότητες	74 (20,84%)
Δ	Τρώνε απ' όλα εκτός από γλυκά	108 (30,42%)
E	Τρώνε απ' όλα και γλυκά	70 (19,72%)

Χαρακτηριστική είναι η διάρκεια εφαρμογής του διαιτολογίου σε βάθος χρόνου. Οι ασθενείς της ομάδας A και B τηρούν το διαιτολόγιο σταθερά σε βάθος χρόνου. Μόνο το 20% (9 άτομα) και το 17,24% (10 άτομα) αντίστοιχα παρεκκλίνει της εφαρμογής του διαιτολογίου για μικρό χρονικό διάστημα. Το 66,21% (49 άτομα) και το 40,74 % (44 άτομα) των ομάδων Γ και Δ αντίστοιχα εφαρμόζουν για μικρά μόνο χρονικά διαστήματα καλύτερη διαίτα. Ενώ μόνο το 12,85% (14 άτομα) της ομάδας E εφαρμόζει παροδικά κάποια καλύτερη διαίτα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Μόνο το 29% των ασθενών έχει καλή συμμόρφωση, το 21% μέτρια συμμόρφωση, ενώ το 50% έχει πτωχή συμμόρφωση με το διαιτολόγιο.

**ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΜΗ ΜΕΤΑΓΓΙΖΟΜΕΝΟ  
ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΟΠΑΘΕΙΑ Ή ΚΑΙ Η63D ΟΜΟΖΥΓΗ  
ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΗ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗ**

**Α. Τσάπας, Ε. Βλαχάκη, Κ. Παλέτας, Σ. Χαραλαμπίδου-Βρανίτσα,  
Μ. Κωστήκιδης, Ε. Μπεκιάρη, Ε. Ιωαννίδου-Παπαγιαννάκη, Μ. Ραπτοπούλου**

Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκη

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η υπερφόρτωση με σίδηρο συνήθως αποτελεί όψιμη επιπλοκή της αιμοσφαιρινοπάθειας Η, ειδικά σε μη μεταγγιζόμενους ασθενείς. Επίσης, η ομοζυγωτία Η63D σπανίως οδηγεί σε υπερφόρτωση. Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η παρουσίαση ασθενή με συνδυασμό των δύο παραπάνω νόσων, που οδήγησε σε σοβαρή υπερφόρτωση με σίδηρο και προβολή οργάνων στόχων κατά τη διάρκεια δεκαπενταετούς παρακολούθησης.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ασθενής με γνωστή αιμοσφαιρινοπάθεια Η μη μεταγγιζόμενος προσέρχεται λόγω δυσρύθμιστου σακχαρώδη διαβήτη παρά τη λήψη αντιδιαβητικών δισκίων. Η κλινική εικόνα και τα υψηλά επίπεδα φερριτίνης και κορεσμού τρανσφερίνης παραπέμπουν σε πιθανή αιμοχρωμάτωση. Διενεργήθηκαν απεικονιστικός και γονιδιακός έλεγχος, και υπερινσουλιναϊμικό ευγλυκαιμικό clamp ινσουλίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η MRI κατέδειξε αυξημένη εναπόθεση σιδήρου σε όργανα στόχους και ο γενετικός έλεγχος ομοζυγωτία Η63D. Επιπρόσθετα από το υπερινσουλιναϊμικό ευγλυκαιμικό clamp ινσουλίνης διαπιστώθηκε μεγάλου βαθμού αντίσταση στην ινσουλίνη, που εξηγεί και τη δευτεροπαθή αστοχία στην από του στόματος φαρμακευτική αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Πρόκειται για περιστατικό αιμοσιδήρωσης λόγω συνδυασμού ΗbΗ αιμοσφαιρινοπάθειας και Η63D ομοζυγωτίας, καταστάσεις που μόνες τους σπάνια οδηγούν σε κλινικά έκδηλη αιμοσιδήρωση. Ο σακχαρώδης διαβήτης φαίνεται ότι δεν οφείλεται μόνο σε έκπτωση της εκκριτικής ικανότητας του β-κυττάρου, αλλά και σε εκσεσημασμένη αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης. Απ' ότι γνωρίζουμε πρόκειται για το πρώτο περιστατικό στη διεθνή βιβλιογραφία ασθενή με συνδυασμό αιμοσφαιρινοπάθειας Η και ομόζυγης Η63D αιμοχρωμάτωσης.

**Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιτιάνου, Λ. Καλοβούλου, ΑΓ. Σοφός, Γ. Αβραμίδης,  
Ε. Κατωπόδη, Α. Γιαλαμούδη, Λ. Λαναράς<sup>1</sup>**

Γ.Ν. Καρπενησίου, <sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Λαμίας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της εργασίας ήταν να διερευνηθεί η συχνότητα των λοιμώξεων που παρατηρούνται στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), σε σχέση με μη διαβητικά άτομα.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Εξετάσθηκαν 1626 άτομα, 748 άνδρες και 878 γυναίκες που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική κλινική του Νοσοκομείου μας, από τον Ιανουάριο του 2003 έως τον Αύγουστο του 2005. Μεταξύ αυτών αναζητήθηκαν τα άτομα που νοσηλεύτηκαν λόγω κάποιας λοίμωξης, καθώς και όσοι έπασχαν από ΣΔ. Βρέθηκαν 407 άτομα (95 διαβητικοί, 312 μη διαβητικοί) που νοσηλεύτηκαν λόγω λοίμωξης και τα οποία χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα με το είδος λοίμωξης που παρουσίαζαν ως εξής: πνευμονία (ΠΝ), ουρολοίμωξη (ΟΥ), οξεία χολοκυστίτιδα (ΧΟΛ), πνευμονία και ουρολοίμωξη (ΠΝ+ΟΥ), σηψαιμία (ΣΨ), ίωση (ΙΟ), άλλο (ΑΛ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται η κατανομή των ατόμων με λοίμωξη ανάλογα με το είδος της λοίμωξης για την οποία νοσηλεύτηκαν και την ύπαρξη ή όχι ΣΔ.

<b>ΑΣΘ</b>	<b>ΠΝΕΥ</b>	<b>ΟΥΡ</b>	<b>ΧΟΛ</b>	<b>ΠΝ+ΟΥΡ</b>	<b>ΣΗΨΑΙΜ</b>	<b>ΙΟΓ</b>	<b>ΑΛΛΑ</b>	<b>ΣΥΝ</b>
ΔΙΑΒ	29	39	16	5	1	2	3	95
ΜΔ	113	75	9	19	8	49	39	312
ΣΥΝ	142	114	25	24	9	51	42	407

Από τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων σημαντικές αποδεικνύονται οι διαφορές στις λοιμώξεις των χοληφόρων και του ουροποιητικού ( $p < 0,01$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι διαβητικοί θεωρούνται γενικά ασθενείς επιρρεπείς στις λοιμώξεις, αλλά σε σχέση με τους άλλους μη διαβητικούς ασθενείς με λοίμωξη που εισάγονται στο νοσοκομείο μας εμφανίζουν μεγαλύτερη συχνότητα μόνον όσον αφορά τις λοιμώξεις ουροποιητικού και των χοληφόρων.

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ Η ΣΥΝΗΘΕΙΑ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ  
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Α. Κλείτσας, Λ. Δούκας, Μ. Πάγκαλος, Ι. Μαλλιός, Κ. Καρατζίδου,  
Ε. Μπατζίλη, Χ. Μυλόπουλος, Χ. Τανής, Ε. Πασχαλίδου, Ε. Πάγκαλος**

Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας από τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου. Είναι επίσης γνωστό ότι το κάπνισμα συμβάλλει εκτός των άλλων και στην καρδιαγγειακή νόσο. Σε αυτή την μελέτη θελήσαμε να δούμε την επίπτωση του καπνίσματος σε μια τυχαία ομάδα ασθενών του διαβητολογικού ιατρείου της κλινικής, καθώς και τα χαρακτηριστικά των ασθενών αυτών. Στην μελέτη συμμετείχαν ασθενείς 150 που εξετάσθηκαν στο διαβητολογικό ιατρείο της κλινικής σε διάστημα 15 ημερών. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο σύμφωνα με το οποίο αξιολογείται η γνώση των επιπτώσεων του καπνίσματος και η θέληση διακοπής του. Από τους διαβητικούς ασθενείς το 46,45% (16 Α, 49 Γ) δεν κάπνισαν ποτέ, το 32,85% (31 Α, 15 Γ) ήταν πρώην καπνιστές και το 20,7% (19 Α, 10 Γ) ήταν καπνιστές. Η ηλικία των καπνιστών ήταν μικρότερη και στατιστικά σημαντική τόσο από την ηλικία των πρώην καπνιστών όσο και των μη καπνιστών. Από τους καπνιστές 40% παρουσίασαν μεγάλη ετοιμότητα διακοπής του καπνίσματος, 17,2 % μέτρια και 44,8 % μικρή. Συμπερασματικά 21% μόνο των διαβητικών είναι ενεργοί καπνιστές. Εν τούτοις όμως είναι νεαρότερα άτομα των υπολοίπων και 50 % περίπου δεν έχουν σκοπό να διακόψουν το κάπνισμα. Χρειάζεται λοιπόν μεγαλύτερος αγώνας και προσπάθεια για να κατανοήσουν το πρόβλημα τους και να μπορέσουν να το αντιμετωπίσουν με την βοήθεια ή όχι φαρμακευτικών ουσιών.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ  
ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ**

**Χ. Πωγωνίδης, Ο. Κουτσογιάννης, Ε. Ξενοδοχίδου, Α. Αστερίου, Λ. Μπόργκι,  
Μ. Πασαλίδου, Α. Μαλλές, Ζ. Μιχαηλίδου, Σ. Καρράς, Α. Κυρκούδης**

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κομοτηνής

**ΣΚΟΠΟΣ**

Είναι η καταγραφή των περιστατικών που νοσηλεύθηκαν με διαβητική κετοξέωση κατά την τελευταία διετία στην παθολογική κλινική.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Ανασκοπήθηκαν οι φάκελοι νοσηλείας και καταγράφηκαν η ηλικία, το φύλο, η διάρκεια και ο τύπος του διαβήτη, η αιτία της κέτωσης, η διάρκεια νοσηλείας, ο εργαστηριακός έλεγχος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τα 56 περιστατικά, 36 ήταν γυναίκες, 22 μουσουλμάνες και 13 χριστιανές και 20 άνδρες: 14 μουσουλμάνοι και 9 χριστιανοί ηλικίας  $53,6 \pm 12$  έτη (από 17 έως 84). Η διάρκεια νοσηλείας  $8 \pm 4$  μέρες. Το 58,6% ελάμβανε μόνο δισκία, το 8,6% δεν γνώριζε ότι έπασχε από διαβήτη, το 18,6% συνδυασμό από ινσουλίνη και δισκία, το 13% μόνο ινσουλίνη. Στο 36% των ασθενών θεωρήθηκε ως αίτιο η λοίμωξη. Συχνότερη λοίμωξη ήταν η ουρολοίμωξη 57%, 15% γαστρεντερίτις, 14% λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού, 14% κατώτερου αναπνευστικού, 1 οξύ έμφραγμα. Με βάση το pH ( $<7,1$ ) και το  $\text{HCO}_3^-$  ( $<8$ ) και των τιμών του Κ και Na, το 25% είχε ήπια ΔΚΟ (διαβητική κετοξέωση), το 33,7% μέσης βαρύτητας, το 41% βαρεία ΔΚΟ, μόνο το 1% απεβίωσε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί σοβαρή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Εκδηλώνεται στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με συχνότερο αίτιο τη λοίμωξη. Πολλές φορές η πρώτη εκδήλωση του ΣΔ είναι η εμφάνιση της κετοξέωσης (στη συγκεκριμένη μελέτη 8,6%).

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΕΜΦΥΣΗΜΑΤΙΚΗΣ ΧΟΛΟΚΥΣΤΙΤΙΔΟΣ  
ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

**A. Σάτσογλου<sup>1</sup>, E. Σακελλαρίδου<sup>1</sup>, A. Τελεβάντος<sup>2</sup>, B. Κακάνη<sup>1</sup>, A. Γεωργιάδης<sup>1</sup>,  
Θ. Καλαδά<sup>1</sup>, A. Μπούτου<sup>1</sup>, A. Χατζηποστόλου<sup>1</sup>, X. Κότελη<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική, <sup>2</sup>Χειρουργική Κλινική ΓΝ-ΚΥ Γουμένισσας

Η εμφυσηματική χολοκυστίτις είναι μια βαρεία γενικώς κατάσταση. Το 1/3 των περιπτώσεων εμφανίζεται σε διαβητικούς ασθενείς ιδίως άνδρες. Περιγράφεται η περίπτωση διαβητικού άνδρα ηλικίας 84 ετών που νοσηλεύθηκε για εμφυσηματική χολοκυστίτιδα. Προσεκομίσθη με συμπτώματα από το ιδίως επιγάστριο, άλγος, πυρετό και εμέτους από 24ώρου. Προηγήθηκε λήψη λιπαρού γεύματος. Ιστορικό ΣΔ τύπου 2 από 20 ετίας με αγωγή δισκία + ινσουλίνη, χολοκυστοπάθεια, ΣΝ και αρτηριοσκληρυντική εγκεφαλοπάθεια. Εργαστηριακά: Λευκά εισαγωγής 17.000, πολυμ 92%. ΤΚΕ: 30, SGOT: 86, 6, SGPT: 45, 8, γGT 68, 6, χολερυθρίνη: 1, 43, αμυλάση ορού: 1522, αμυλάση ούρων: 1554, πυρετό 37,6. Αντικειμενικά ευαισθησία με την πίεση στο επιγάστριο και ιδίως υποχόνδριο. Η διάγνωση ετέθη με απεικονιστική μέθοδο (CT ανω κοιλίας). Πόρισμα: Αέρας εντός των ενδοηπατικών χολαγγείων, του αριστερού ηπατικού πόρου και εντός του χοληδόχου πόρου. Επίσης αέρας εντός της χοληδόχου κύστης (πυθμένας), με σχηματισμό υδραερικού επιπέδου. Αέρας επίσης παρατηρείται και στο τοίχωμα της χοληδόχου κύστης. Ετέθη ρινογαστρικός καθετήρας. Ο ασθενής υπεβλήθη σε τριπλή αντιβιοτική αγωγή με Timentin 1×3 IV, Flagyl 1×3 IV, Briklin 1×2 IV, Zantac 1×3 IV και D/W 5% με ινσουλίνη ταχείας δράσης. Ο ασθενής μετά 6ήμερη νοσηλεία εξήλθε με βελτίωση.

### ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΦΥΛΟ

Μ. Πασαλίδου, Λ. Μπόργκι, Κ. Γκάμπρας, Θ. Τσαρακτοΐδου, Μ. Αντωνίου,  
Ζ. Μιχαηλίδου, Μ. Τσατσαρίδου, Ι. Κοσμίδης, Σ. Καρράς, Ο. Κουτσογιάννης

Κ.Υ. Ιάσμου Ν. Ροδόπης

#### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν η στατιστική ανάλυση των αιτιών θανάτου διαβητικών ασθενών ανά ηλικία και φύλο σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα (την τριακονταετία 1975-2004). Τα στοιχεία ελήφθησαν από τα πιστοποιητικά θανάτου της παραπάνω περιόδου και αφορούσαν την ευρύτερη περιοχή του Κ.Υ. Ιάσμου στο Νομό Ροδόπης (Δήμοι Σώστη, Ιάσμου και Αιγείρου).

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν 210 θάνατοι στην τριακονταετία 1975-2004 από τους οποίους οι 76 (36%) αφορούσαν τους άνδρες και οι 134 (64%) αφορούσαν τις γυναίκες. Μέση ηλικία θανάτου (έτη) ήταν τα  $73,9 \pm 10,2$  για το σύνολο του δείγματος. Η μέση ηλικία θανάτου ήταν ψηλότερη στην ομάδα των γυναικών ( $76,2 \pm 9,94$ ) σε σχέση με την ομάδα των ανδρών ( $70,45 \pm 10,5$ ). Τα κυριότερα αίτια θανάτου και στα δύο φύλα ήταν το OEM (σε ποσοστό 31,2% για τους άνδρες και 30,2% για τις γυναίκες), το ΑΕΕ (35% για τους άνδρες και 32% για τις γυναίκες), η ΚΑ (11,7% για άνδρες με υπόστρωμα κυρίως το OEM και τη διατακτική μυοκαρδιοπάθεια και 17% για γυναίκες με υπόστρωμα κυρίως την αρτηριακή υπέρταση και τη βαλβιδοπάθεια) και η ΧΝΑ (10,4% για άνδρες και 9,8% για γυναίκες). Ακολουθούν με μικρότερα ποσοστά η σηψαιμία, η παγκρεατίτιδα και το ΜΚΥΚ. Μεταξύ των δεκαετιών ηλικίας υπάρχει σημαντική διαφορά όσον αφορά τα καρδιαγγειακά αίτια θανάτου. Στη δεκαετία 71-80 έτη η ομάδα των ανδρών εμφανίζει μικρότερη μέση ηλικία θανάτου σε σύγκριση με την ομάδα των γυναικών. Μόνο για τα ΑΕΕ η ομάδα των γυναικών παρουσιάζει μικρότερη ηλικία θανάτου στη δεκαετία αυτή. Επίσης, στατιστικώς σημαντική διαφορά υπάρχει και όσον αφορά την ΚΑ με τις γυναίκες να παρουσιάζουν μικρότερη μέση ηλικία θανάτου στις δεκαετίες 61-70 και 71-80 έτη. Για τις υπόλοιπες αιτίες θανάτου δεν παρατηρήθηκε κάποια στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την παρούσα ανάλυση διαπιστώθηκε ότι η μέση ηλικία θανάτου ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες απ'ότι στους άνδρες. Οι τελευταίοι εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά θανάτου για το OEM, τα ΑΕΕ και τη ΧΝΑ, ενώ για την ΚΑ ισχύει το αντίθετο. Πιο συγκεκριμένα, οι γυναίκες παρουσιάζουν υψηλότερη επιβίωση σε σχέση με τους άνδρες στη δεκαετία 71-80 έτη όσον αφορά τα καρδιαγγειακά αίτια στο σύνολό τους και χαμηλότερη όσον αφορά ειδικότερα τα ΑΕΕ και την ΚΑ.

**ΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΚΑΤΟΙΚΩΝ ΟΡΕΙΝΩΝ  
ΚΑΙ ΠΑΡΑΘΑΛΑΣΣΙΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ ΤΟΥ Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ,  
ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Γ. Ανθιμίδης<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Παθολογικό Τμήμα ΓΝΝ Χαλκιδικής

<sup>2</sup>Β' ΠΠ Τμήμα «Ιπποκρατείου» Νοσ/μείου Θεσ/νίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των διαφορών των κλινικών και βιοχημικών χαρακτηριστικών, των ατόμων που διαμένουν σε ορεινές και παραθαλάσσιες περιοχές του Νομού Χαλκιδικής, με Νεοδιαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΝΣΔτ2).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν οι φάκελλοι 231 ατόμων με ΝΣΔτ2, που εξετάστηκαν στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο (ΕΔΙ) του ΓΝΝ Χαλκιδικής, τους πρώτους 3 μήνες από τη διάγνωση του ΣΔ, κατά την χρονική περίοδο από 1/1/1989 έως 31/12/2004. 117 ήταν κάτοικοι Ορεινών Περιοχών (ΟΠ) και 114 Παραθαλάσσιων Περιοχών (ΠΠ), Ηλικίας- κατά τη διάγνωση- (ΗΛ.ΔΙΑΓ): 60 (36-84) και 56 (27-83) έτη αντίστοιχα. Χρησιμοποιήθηκαν όλα τα κλινικά και βιοχημικά δεδομένα του 1ου τριμήνου από τη διάγνωση όπως: το Ύψος, το Βάρος, ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), η Αρτηριακή Πίεση (ΑΠ), η Γλυκόζη Πλάσματος Νηστείας (ΓΠΝ), η HbA1c, και τα λιπίδια ορού –μετά από 12ωρη τουλάχιστον νηστεία– καθώς και οι γνωστές περιπτώσεις Στεφανιαίας Νόσου, ΑΕΕ και η Μικρολευκωματινουρία σε τυχαίο πρωινό δείγμα ούρων (ACR). Για τη σύγκριση αναλογιών εφαρμόστηκε το χ τετράγωνο με διόρθωση Fisher και για ποσοτικές μη παραμετρικές μεταβλητές το Mann-Whitney Test. Ως διάστημα εμπιστοσύνης (CI) ορίστηκε το 95% και στατιστικά σημαντικό το  $p < 0,05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα άτομα των ΠΠ είχαν σημαντικά πιο υψηλή ΓΠΝ έναντι των ατόμων των ΟΠ ( $316,7 \pm 10,1$  vs  $275,7 \pm 88,4$ ,  $p=0,002$ ), αλλά δεν υπήρχε σημαντική διαφορά στη HbA1c ( $9,76 \pm 2,2$  vs  $9,21 \pm 2$ ,  $p=0,184$ ). Το ποσοστό Δυσλιπιδαιμίας ήταν εξ ίσου υψηλό και στις δύο ομάδες, αλλά δεν διέφερε σημαντικά (ΟΠ Vs ΠΠ: 94%-87%,  $p= 0,159$ ), ενώ η HDL χοληστερόλη ήταν σημαντικά πιο υψηλή στα άτομα των ΟΠ ( $46,2 \pm 11,8$  vs  $40,13 \pm 11,1$ ,  $p=0,02$ ). Η ΑΥ ήταν οριακά πιο συχνή στα άτομα των ΟΠ vs ΠΠ (54% vs 41%,  $p=0,05$ ) και με σχετικό κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης RRR μιάμιση φορά περισσότερο στα άτομα ΟΠ. Το ποσοστό Υπέρβαρων και Παχύσαρκων ήταν εξίσου υψηλό και στις δύο ομάδες, με μικρή υπεροχή στα άτομα ΠΠ, χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν υπήρχε σημαντική διαφορά ως προς την παρουσία ΣΝ, ΑΕΕ, υπερουριχαιμίας και μικρολευκωματινουρίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο επιπολασμός καρδιαγγειακών παραγόντων είναι εξ ίσου υψηλός στα άτομα ΟΠ και ΠΠ, με Νεοδιαγνωσμένο ΣΔ τύπου 2 στο Νομό Χαλκιδικής με οριακά πιο συχνή την ΑΥ στους Νεοδιαγνωσμένους Διαβητικούς ΟΠ, οι οποίοι έχουν σημαντικά υψηλότερη HDL-C. Η ΓΠΝ είναι πιο έντονη στα άτομα με νεοδιαγνωσμένο ΣΔ τ2 στις ΠΠ, χωρίς ωστόσο να διαφέρει σημαντικά η συνολική (HbA1c) γλυκαιμική κατάσταση.



**ΤΑ ΚΛΙΝΙΚΑ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ  
ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΣΑΚΧΩΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2  
ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ**

Γ. Ανδιμίδης<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>2</sup>, Ε. Χαμάμ Έντουαρντ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο-Παθολογικό Τμήμα ΓΝΝ Χαλκιδικής

<sup>2</sup>ΒΠΠ Κλινική «Ιπποκρατείου», ΠΝ Θεσ/νίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κλινικών και βιοχημικών χαρακτηριστικών, Ανδρών και Γυναικών, με Νεοδιαγνωσμένο ΣΔ τύπου 2 (ΝΣΔτ2).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν οι φάκελλοι 235 ατόμων με ΝΣΔτ2, 131 Άνδρες (Α), με Ηλικία Διάγνωσης του ΣΔ (ΗΛ.ΔΙΑΓ): τα 59 (33-83) έτη, και 104 Γυναίκες (Γ) με ΗΛ. ΔΙΑΓ: τα 60 (27-84) έτη, που εξετάστηκαν στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο (ΕΔΙ) του ΓΝΝ Χαλκιδικής μέσα στους 3 πρώτους μήνες από τη διάγνωση του ΣΔ, κατά την χρονική περίοδο από 1/1/1989 έως 31/12/2004. Έγινε ανάλυση και σύγκριση μεταξύ των δύο φύλων: του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), της Συστολικής και Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ), της συχνότητας της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ: ΣΑΠ>140 και/η ΔΑΠ>90 mmHg), της Γλυκόζης Πλάσματος Νηστείας (ΓΠΝ), της HbA1c, των λιπιδίων ορού, μετά από 12 ωρη νηστεία (Τ. CHOL, TGL, LD, HDL) και του ποσοστού Δυσλιπιδαιμίας (ΔΥΣΛΙ: σύμφωνα με τα κριτήρια NCEP ATP III). Καταγράφηκαν όλες οι γνωστές περιπτώσεις ασθενών με Στεφανιαία Νόσο, ΑΕΕ, καθώς και η Μικρολευκωματινουρία (ACR), σε τυχαίο δείγμα πρωινών ούρων. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS VERSION 12.0 με H/Y τύπου IBM. Για τη σύγκριση αναλογιών εφαρμόστηκε το χ τετράγωνο με διόρθωση Fisher και για ποσοτικές μη παραμετρικές μεταβλητές το Mann-Whitney Test. Ως διάστημα εμπιστοσύνης (CI) ορίστηκε το 95% και στατιστικά σημαντικό το  $p<0,05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι Γυναίκες βρέθηκαν σημαντικά πιο παχύσαρκες έναντι των ανδρών (ΔΜΣ:  $30,2\pm 5,7$  Vs  $28,68$ ,  $p=0,041$ ), με υψηλότερη ολική χοληστερόλη: ( $255,2\pm 60$  vs  $236,7\pm 60$ ,  $p=0,045$ ), αλλά σημαντικά υψηλότερη HDL χοληστερόλη ( $46,1\pm 11,95$  vs  $41,2$ ,  $p=0,024$ ). Η ΑΥ βρέθηκε σημαντικά πιο συχνή στις Γυναίκες έναντι των Ανδρών: (56% vs 39%,  $p=0,006$ ) και με σχετικό κίνδυνο εμφάνισης (RRR) ΑΥ 2 πλάσιο στις Γυναίκες έναντι των Ανδρών. Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη ΣΝ, τα ΑΕΕ, τη δυσλιπιδαιμία –αν και βρέθηκε σε υψηλό ποσοστό και στα δύο φύλα (90% και 91%), την υπερουριχαιμία (Α: 22%-Γ:14%), και την μικρολευκωματινουρία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στους νεοδιαγνωσμένους τύπου 2 Διαβητικούς, οι Γυναίκες εμφανίζουν μεγαλύτερο αριθμό καρδιαγγειακών παραγόντων (παχυσαρκία, αρτηριακή υπέρταση, υψηλή χοληστερόλη) έναντι των ανδρών, ωστόσο όμως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μακρο- και μικροαγγειοπάθειας μεταξύ των δύο φύλων στο στάδιο διάγνωσης του ΣΔ τύπου 2.

**ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ  
ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΟΔΙΑΓΝΩΣΜΕΝΟ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2,  
ΗΛΙΚΙΑΣ <45 ΚΑΙ >45 ΕΤΩΝ**

Γ. Ανδιμίδης<sup>1</sup>, Α. Παπαγεωργίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο-Παθολογικό Τμήμα ΓΝΝ Χαλκιδικής

<sup>2</sup>ΒΠΠ «Ιπποκρατείου» ΠΝ Θεσσαλονίκης

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των κλινικών και βιοχημικών χαρακτηριστικών των ατόμων με ΝΣΔτ2 σε Ηλικία <45 ετών –αυνήθης ηλικία– και η σύγκρισή των με άτομα με ΝΣΔ τ2, Ηλικίας >45 ετών –συνήθης ηλικία εμφάνισης ΣΔ τ2.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 235 άτομα με ΝΣΔτ2, της χρονικής περιόδου από 1/1/1989-31/ 12/2004, που επισκέφθηκαν το Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο του ΓΝΝ Χαλκιδικής, τους πρώτους 3 μήνες από τη διάγνωση και υποβλήθηκαν σε κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο, όπως μέτρηση του Ύψους, Βάρους, της Αρτηριακής Πίεσης, της Γλυκόζης Πλάσματος Νηστείας (ΓΠΝ), της γλυκοζυλιωμένης Αιμοσφαιρίνης και των λιπιδίων ορού, μετά από 12ωρη τουλάχιστον νηστεία. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την Ηλικία κατά τη Διάγνωση του ΣΔ τ2: σε Α) <45 ετών (32 ασθενείς) και Β) >45 ετών (203 ασθενείς). Έγινε ανάλυση και σύγκριση, του Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ:  $X \pm SD$ ), του επιπολασμού της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ:%), της Συστολικής και Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης (ΣΑΠ, ΔΑΠ:  $X \pm SD$ ), της Γλυκόζης Πλάσματος Νηστείας (ΓΠΝ:  $X \pm SD$ ), της Γλυκοζυλιωμένης Αιμοσφαιρίνης (HbA1c%), των Λιπιδίων ορού ( $X \pm SD$ ) και του ποσοστού (%) Δυσλιπιδαιμίας (κριτήρια NCEP ATP III), καθώς επίσης και του επιπολασμού (%) των γνωστών περιπτώσεων Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ), ΑΕΕ και Μικρολευκωματινουρίας (ΜιΛ) σε τυχαίο δείγμα πρωινών ούρων (ACR).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ΑΥ βρέθηκε σημαντικά πιο αυξημένη στις ΗΔ>45 ετών έναντι των ΗΔ<45 ετών (57,8% vs 15,8,  $p < 0.0001$ ) και με σχετικό κίνδυνο RRR 7 πλάσιο για εμφάνιση ΑΥ, έναντι των ασθενών με ΗΔ<45 ετών. Οι ασθενείς με ΗΔ<45 ετών είχαν χαμηλότερη ΣΑΠ: (125,18±12,35 vs 144,12±23,75,  $p < 0.0001$ ), αλλά χειρότερη γλυκαιμική κατάσταση: HbA1c: (10,33±1,5 vs 9,3±2,2,  $p = 0,02$ ). Ο ΔΜΣ αν και υψηλός στα άτομα με ΗΔ<45 ετών, δεν βρέθηκε να διαφέρει στατιστικά σημαντικά (30,78±7,9 vs 29,14±4,557,  $p = 0.239$ ). Η Δυσλιπιδαιμία ήταν εξ' ίσου υψηλή και στις δύο ομάδες (91%-89%) χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στις επιμέρους συγκρίσεις των λιπιδίων και στις αναλογίες ΣΝ, ΑΕΕ και Μικρολευκωματινουρίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα άτομα με ΝΣΔτ2 με ΗΔ<45 ετών έχουν σε υψηλό ποσοστό παχυσαρκία και δυσλιπιδαιμία, χωρίς ωστόσο να διαφέρουν σημαντικά από τους ΝΣΔ τ2 με ΗΔ>45 ετών. Η γλυκαιμική κατάσταση στα άτομα με ΝΣΔτ2 σε ΗΔ<45 ετών, είναι χειρότερη από τα άτομα με ΗΔ>45 ετών. Η συχνότητα της ΑΥ στα άτομα με ΝΣΔτ2 αυξάνει σημαντικά μετά την ηλικία των 45 ετών και με σχετικό κίνδυνο 7 πλάσιο έναντι των ατόμων με ΝΣΔτ2 με ΗΔ<45 ετών.

**ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ  
ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ  
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΤΥΠΟΥ 2  
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Ι.Α. Κυριαζής, Ε. Ζέρβας, Μ. Μακρή, Ι. Καπλάνης, Ι. Λύρας, Σπ. Χονδρόπουλος,  
Χρ. Καζακοπούλου, Χρ. Τσουμακίδου, Χρ. Παρθενίου

Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Κορίνθου

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας σε σχέση με την ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με τύπου 2 διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στη μελέτη συμμετείχαν ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 που παρακολουθούντο στο Διαβητολογικό Ιατρείο της κλινικής μας τα έτη 2000-2004. Σε όλους τους ασθενείς γινόταν μέτρηση αρτηριακής πίεσης (ΑΠ), υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (BMI) και της σχετικής με το φύλο κεντρικής παχυσαρκίας (SSCO), εργαστηριακή εκτίμηση λιπιδαιμικού προφίλ και γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Η διάγνωση της μικροαγγειοπάθειας βασίστηκε στην ύπαρξη μικρο- ή μακροπρωτεϊνουρίας (ρυθμός απώλειας αλβουμίνης 20 έως 200 mg/min και >200 mg/min, αντίστοιχα) ή/και παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή αμφιβληστροειδοπάθειας υποστρώματος διαγνωσμένη με βυθοσκόπηση. Η διάγνωση του μεταβολικού συνδρόμου βασίστηκε στις τελευταίες οδηγίες του IDF (new definitions of Metabolic Syndrome - Berlin, 14 April 2005). Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 10.01, τιμή  $p < 0,05$  θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν συνολικά 522 άτομα (238 άνδρες, 284 γυναίκες, ηλικίας  $64,8 \pm 0,5$  ετών) με μέση διάρκεια ΣΔ  $12,3 \pm 0,4$  έτη. Από αυτούς 418 (80,1%) είχαν μεταβολικό σύνδρομο, 38 παραπάνω σε σχέση με τον παλαιότερο ορισμό του συνδρόμου. Επιπλοκές μικροαγγειοπάθειας εμφάνιζαν 179 άτομα (34,3%), ειδικότερα δε διαβητική νεφροπάθεια (μικρο- ή μακροπρωτεϊνουρία) 105 (20,1%) και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (παραγωγική ή υποστρώματος) 137 (26,2%). Η ύπαρξη μικροαγγειοπάθειας παρουσίαζε δετική στατιστική συσχέτιση με την ηλικία, τη διάρκεια του ΣΔ και την ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου. Από τους παράγοντες του μεταβολικού συνδρόμου αυτός που φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με τις μικροαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ είναι η ΑΠ (40% στους ασθενείς με ΜΣ και υπέρταση έναντι 29% χωρίς υπέρταση,  $p < 0,05$ ), η μη σωστή ρύθμιση της οποίας επιτείνει την παραπάνω συσχέτιση (46,7% στους ασθενείς με ΜΣ και μη ρυθμιζόμενη υπέρταση έναντι 36% με ρυθμισμένη ΑΠ,  $p < 0,05$ ). Η ύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου δεν σχετιζόταν με μεταβολές στη ρύθμιση του ΣΔ (εκφραζόμενη με την τιμή της HbA1c) στον πληθυσμό της μελέτης μας ( $6,49 \pm 0,15$  στους ασθενείς με ΜΣ έναντι  $6,23 \pm 0,22$  χωρίς ΜΣ,  $p = NS$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς με αυξημένη ηλικία, μεγάλη διάρκεια ΣΔ, και συνύπαρξη μεταβολικού συνδρόμου (που περιλαμβάνει την υπέρταση) εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης των επιπλοκών της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας.

**ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΙΡΩΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

**Ε. Φιλάρετη-Ναλμπάντη, Α. Χαλκιαδάκη, Χ. Ζαραμπούκας,  
Χ. Τζανιδάκης, Α. Αυγουστάκη, Κ. Τσικαλά**

Κ.Υ. Μοιρών Ηρακλείου, Δ.Υ.ΠΕ. Κρήτης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η καταγραφή των περιστατικών Σ.Δ. που προσήλθαν στο Κ.Υ. Μοιρών Ηρακλείου και των παραμέτρων αυτών και η δυνατόν καλύτερη αντιμετώπιση και ρύθμισή των.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 140 ασθενείς που προσήλθαν στο Κ.Υ. κατά το τελευταίο τρίμηνο του 2004 (Οκτώβριος-Δεκέμβριος) και τέθηκε σ' αυτούς η διάγνωση Σ.Δ. με βάση το ιστορικό και τα εργαστηριακά ευρήματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Διαπιστώθηκε ότι οι 80 (57,1%) ήταν γυναίκες και οι 60 (42,9%) άντρες. Οι ηλικίες των ασθενών ήταν από 44-85 ετών και δεν βρέθηκε δεκαετία με ιδιαίτερη επίπτωση, στον επιπολασμό του Σ.Δ. Όσον αφορά στον τρόπο θεραπείας το 65% ήταν σε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία κυρίως σουλφονολουρίες, το 8,2% με ινσουλίνη και το 26,8% με δίαιτα. Όσον αφορά στη διάρκεια που ήταν γνωστός ο Σ.Δ. ποίκιλε από 2 μήνες έως 30 έτη. Από τους 140 ασθενείς οι 102 (72,9%) ακολουθούσαν συστηματική θεραπεία, ελάχιστοι ασθενείς με προγραμματισμένη θερμιδική δίαιτα ενώ οι 38 (27,1%) όχι. Σακχαρόμετρο χρησιμοποιούν οι 20 (14,2%) και ήταν χωρίς 120 (85,8%). Από τα 140 περιστατικά το 6,8% δεν παρακολουθούνταν τακτικά, το 18% ερχόταν κάθε μήνα, το 50% κάθε δίμηνο και το 25% κάθε τρίμηνο, όσον αφορά στο ιστορικό το 56% έπασχε από υπέρταση, το 16,2% από στεφανιαία νόσο, το 3,3% από Α.Ε.Ε, το 6,2% από δυσλιπιδαιμία και έπαιρνε αγωγή και το 18,3% δεν είχαν συνοδό-νόσημα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τη μελέτη αυτή διαφάνηκε ότι υπάρχει στατιστική διαφορά μεταξύ γυναικών και ανδρών όσον αφορά στο Σ.Δ. με υπεροχή των γυναικών και κυρίως με την πάροδο της ηλικίας. Διαφαίνεται επίσης ότι καθίσταται επιτακτική η ανάγκη για παρακολούθηση των σακχαροδιαβητικών, όπως επίσης και η σωστή ρύθμιση των συνοδών παθήσεων.

**ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΛΑΣΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ - ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΙΡΩΝ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ**

**Ε. Φιλαρέτη-Ναλμπάντη<sup>1</sup>, Α. Χαλκιαδάκη<sup>2</sup>, Χρ. Ζαραμπούκας<sup>3</sup>, Α. Αυγουστάκη<sup>4</sup>,  
Εμμ. Βολωνάκης<sup>4</sup>, Κ. Τσικαλά<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>ΕΠΙΒ ΒΔ Κ.Υ. Μοιρών, <sup>2</sup>Προϊσταμένη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας Κ.Υ. Μοιρών,  
<sup>3</sup>Διευθυντής Κ.Υ. Ηράκλειας Σερρών, <sup>4</sup>Αγροτικοί Ιατροί, <sup>5</sup>Διευθύντρια Κ.Υ. Μοιρών

**ΣΚΟΠΟΣ**

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

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Σε τυχαίο πληθυσμό σε σχέση με το φύλο, ελέχθησαν 200 άτομα που εξετάστηκαν σε ένα από τα ιατρεία Γενικής Ιατρικής του Κ.Υ. Μοιρών Ηρακλείου Κρήτης για ένα εξάμηνο (01-07-2004 μέχρι 31-12-2004). Εξ αυτών οι 120 (60%) ήταν άνδρες και οι 80 (40%) γυναίκες. Οι κλασικοί παράγοντες κινδύνου που εξετάστηκαν ήταν:

1. Αρτηριακή υπέρταση (ΑΠ >40-90 mmHg, Ιστορικό)
2. Δυσλιπιδαιμία (CHOL >230, TG>150, Ιστορικό νόσου)
3. Κάπνισμα: α) >15 τσιγάρα ημερησίως, <5 τσιγάρα ημερησίως
4. Β.Μ.Ι. Βάρος σώματος Kg/ύψος<sup>2</sup> (M), α) Β.Μ.Ι.>25, β) <25.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σχέση παραγόντων κινδύνου φύλου

	<b>Δυσλιπιδαιμία</b>	<b>Α.Π. n</b>	<b>Κάπνισμα &gt;15 n</b>	<b>Καπνισμα &lt;15 n</b>	<b>Β.Μ.Ι. &gt;25 n</b>
Άνδρες	40 (44,5%)	30 (57,6%)	20 (77%)	42 (72,4%)	58 (49,1%)
Γυναίκες	50 (55,5%)	22 (42,4%)	6 (23%)	16 (27,6%)	60 (50,9)
Σύνολο	90	52	26	58	118

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

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

**ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΚΕΝΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΤΗΝ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΑΕΕ**

Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Π. Κελεμπέκογλου, Κ Πιπερτζής,  
Μ. Κασιμτζίκη, Ν. Τάντση, Ζ. Μακρίδου, Ε. Αναστασιάδου, Χ. Γούσια,  
Χ. Γκόγγου, Θ. Μπακαλούδης, Αδ. Μπίτζιος

Κέντρο Υγείας Στρυμονικού Σερρών

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί κατά πόσον η ύπαρξη λίπους στην κοιλιακή χώρα στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Σ/Δ) τύπου 2 συμβάλει, η μη, στη αύξηση της συχνότητας της στεφανιαίας νόσου (Σ/Ν) και των εγκεφαλικών επεισοδίων (ΑΕΕ) και ποιες οι διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

**ΥΛΙΚΟ**

Μελετήθηκαν ασθενείς με Σ/Δ τύπου 2, γνωστό πάνω από 8 έτη. Μετρήθηκε η περίμετρος μέσης προς περίμετρο ισχίων (Μ/Ι), καθώς και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ). Χωρίσθηκαν στους ασθενείς με Μ/Ι >0,99 και <1 στους άνδρες, και με Μ/Ι >0,9 και <0,91 στις γυναίκες. Κάθε ομάδα χωρίσθηκε σε τρεις κατηγορίες ανάλογα με τον ΔΜΣ. Α) Στους διαβητικούς με φυσιολογικό βάρος και ΔΜΣ <25 kg/m<sup>2</sup>. Β) Στους υπέρβαρους με ΔΜΣ > 24,9 και <30 kg/m<sup>2</sup>. Γ) Στους παχύσαρκους με ΔΜΣ >29,9 kg/m<sup>2</sup>. Σε όλους τους ασθενείς καταγράφηκε η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου και ΑΕΕ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σύνολο ατόμων	Περίμετρος Μ/Ι	ΔΜΣ	Σύνολο ατόμων	Σ/Ν	ΑΕΕ
152	>0,99	<25 kg/m <sup>2</sup>	10	4(40%)	1(10%)
Άνδρες		υπέρβαροι	78	36(46,1%)	14(17,9%)
		>29,9 kg/m <sup>2</sup>	64	16(25%)	12(18,7%)
114	<1	<25 kg/m <sup>2</sup>	28	10(35,7%)	2(7,1%)
Άνδρες		υπέρβαροι	64	16(25%)	1(1,6%)
		>29,9 kg/m <sup>2</sup>	22	6(27,3%)	-
248	>0,90	<25 kg/m <sup>2</sup>	14	4(28,6%)	-
Γυναίκες		υπέρβαρες	78	4(5,1%)	6(7,7%)
		>29,9 kg/m <sup>2</sup>	156	28(17,9%)	16(10,2%)
72	<0,91	<25 kg/m <sup>2</sup>	2	-	-
Γυναίκες		υπέρβαρες	14	-	-
		>29,9 kg/m <sup>2</sup>	56	12(21,4%)	10(17,8%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι άνδρες με περίμετρο Μ/Ι >0,99, που έχουν φυσιολογικό βάρος και αυτοί που είναι υπέρβαροι εμφανίζουν συχνότερα Σ/Ν κατά 4,% και 11,1% αντίστοιχα. Ενώ εμφανίζουν συχνότερα ΑΕΕ οι υπέρβαροι και οι παχύσαρκοι άνδρες κατά 16% και 18% περίπου αντίστοιχα. Οι παχύσαρκες γυναίκες με περίμετρο Μ/Ι <0,9 εμφανίζουν συχνότερα Σ/Ν και ΑΕΕ κατά 3,5% και 7,6% αντίστοιχα.

## ΕΠΙΠΕΔΟ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΕΙΣΑΓΟΝΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

Ι. Παμπούκας, Ε. Ζαχαριουδάκη, Ι. Τσαβδαρίδης

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ., «Γ. Γεννηματάς», Θεσσαλονίκη

Σκοπός της εργασίας είναι να ελεγχθεί η ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη σε άτομα που βρίσκονται υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία ή ινσουλίνη και η επίτευξη του στόχου σύμφωνα με τις οδηγίες Αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA). Στη μελέτη περιλαμβάνονται ασθενείς που εισήχθησαν για οποιοδήποτε λόγο στην παθολογική κλινική και έπασχαν από γνωστό σακχαρώδη διαβήτη, εκτός από ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 με οξεία απορρύθμιση της τιμής της γλυκόζης νηστείας ( $50 \text{ mg/dl} < \text{γλυκόζη} < 500 \text{ mg/dl}$ ). Σε όλους τους ασθενείς προσδιορίστηκαν γλυκοζυλιωμένη Hb και γλυκόζη νηστείας. Κατά τη διάρκεια ενός έτους νοσηλεύτηκαν συνολικά 126 ασθενείς με Σ.Δ και κάποια άλλη νόσο. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν  $70,19 \pm 10,03$  έτη. Οι 92 ασθενείς ελάμβαναν δισκία (73%) και οι 34 ελάμβαναν ινσουλίνη (27%). Η ομάδα με δισκία είχε τιμή γλυκόζης νηστείας  $202.12 \pm 79.88$  ενώ η ομάδα υπό ινσουλίνη είχε γλυκόζη νηστείας  $273.10 \pm 105.40$ . Από το σύνολο των ασθενών 33 (26%) είχαν τιμή HbA1C  $< 7,0$  (στόχος της ADA) εκ των οποίων οι 29 ελάμβαναν δισκία (31% των ασθενών με δισκία) και 4 ινσουλίνη (12% των ασθενών με ινσουλίνη). Από όλους τους ασθενείς 12 (9%) εκπλήρωναν τους στόχους της ADA για ικανοποιητική ρύθμιση του ΣΔ (HbA1C  $< 7,0$  και γλυκόζη νηστείας  $< 130$ ). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε ομάδες ανάλογα δεκαετιών ηλικίας. Η ομάδα 50-59 ετών είχε την καλύτερη ρύθμιση (33% των ασθενών HbA1C  $< 7,0$ ). Συμπερασματικά φαίνεται ότι οι νοσηλευόμενοι ασθενείς μιας παθολογικής κλινικής κατά κανόνα εμφανίζουν απορρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη για οποιοδήποτε λόγο που συχνά δεν σχετίζεται με το αίτιο εισαγωγής. Τα χαμηλά ποσοστά ρύθμισης αναδεικνύουν την ανάγκη για εντατικότερη προσπάθεια ρύθμισης εκ μέρους των ασθενών και των θεραπόντων ιατρών.

**ΕΠΙΠΕΔΟ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

**I. Παμπούκας, E. Ζαχαριουδάκη, I. Τσαβδαρίδης**

Παθολογική κλινική Γ.Ν.Θ. "Γ.Γεννηματάς", Θεσσαλονίκη

Σκοπός της μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επιτυχία της αντιδιαβητικής αγωγής σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και γνωστή στεφανιαία νόσο που εισάγονται στην παθολογική κλινική για κάποια επιπλοκή της στεφανιαίας νόσου (οξύ στεφανιαίο σύνδρομο, πνευμονικό οίδημα, αρρυθμία). Μελετήθηκαν συνολικά 32 ασθενείς. Αποκλείονταν οι ασθενείς με οξεία απορρυθμίσια γλυκόζης ( $50 < \text{γλυκόζη} < 500 \text{ mg/dl}$ ) και με Σ.Δ. τύπου I. Σε όλους προσδιορίστηκαν γλυκόζη νηστείας, κρεατινίνη, HbA1C, λευκώμα ούρων 24 ώρου. Από τους 32 ασθενείς οι 8 ελάμβαναν ινσουλίνη (25%) και οι 25 (75%) δισκία. Ο μέσος όρος της γλυκόζης νηστείας ήταν  $218,75 \pm 70,53$  της HbA1C ήταν  $8,515 \pm 1,879$  και της κρεατινίνης  $1,266 \pm 0,47$ . Από το σύνολο των ασθενών οι 8 (25%) είχαν HbA1C  $< 7,0$ , εκ των οποίων ένας βρισκόταν σε θεραπεία με ινσουλίνη (12.5% του συνόλου των θεραπευομένων με ινσουλίνη) και 7 ελάμβαναν δισκία (28% των ασθενών με δισκία). Από το σύνολο των ασθενών οι 2 (6%) πληρούσαν τα κριτήρια της Αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) για επαρκή ρύθμιση του Σ.Δ. (γλυκόζη νηστείας  $< 130$  και HbA1C  $< 7,0$ ). Από τους 32 ασθενείς οι 9 είχαν εγκατεστημένη διαβητική νεφροπάθεια (28%) (λευκώμα ούρων 24ωρου  $> 300 \text{ mg}$ ) ενώ οι υπόλοιποι είχαν μικρολευκωματουρία ( $> 30 \text{ mg}$  και  $< 300 \text{ mg}$ ) 23/32 (72%). Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και στεφανιαία νόσος αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου με δυσχερή ρύθμιση της γλυκόζης. Το χαμηλό ποσοστό ρύθμισης, σε σχέση με τους γνωστούς κινδύνους που διατρέχουν οι ασθενείς της ομάδας αυτής, επιβάλλουν συστηματική προσπάθεια ελέγχου τόσο του σακχαρώδη διαβήτη, όσο και των άλλων παραγόντων που αυξάνουν τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών.



**ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ  
ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΔΥΟ ΦΥΛΩΝ**

Π. Κελεμπέκογλου, Δ. Κασαράκης, Δ. Χανιωτάκης, Σ. Τζήμος, Ζ. Μακρίδου,  
Ι. Μηλίδου, Γ. Μωραΐτης, Κ. Βασιλειάδης, Α. Αποστολίδου,  
Ελ. Μητρίδου, Α. Μάγκογλου, Ε. Σαρρή

Καρδιολογική Κλινική Νοσοκομείου Σερρών

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί στους ασθενείς που προσήλθαν με έμφραγμα μυοκαρδίου ποια είναι η σημασία και η συχνότητα διαπίστωσης του σακχαρώδους διαβήτη, και ποιες οι διαφορές μεταξύ των δυο φύλων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 407 ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου. Σε όλους προσδιορίσθηκαν όλοι οι προδιαθεσικοί παράγοντες και ιδιαίτερα του σακχαρώδους διαβήτη με τον κατάλληλο εργαστηριακό έλεγχο και την λεπτομερή λήψη του ιστορικού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σύνολο 407 άτομα με έμφραγμα μυοκαρδίου (294 άνδρες 113 γυναίκες)

Σακχαρώδη διαβήτη	Άνδρες 140(47,6%)	Γυναίκες 77(68,1%)	Σύνολο 217(53,3%)
A) Χρήση ενός είδους αντιδιαβητικού δισκίου	57(40,7%)	27(35%)	84(38,7%)
B) Συνδυασμός αντιδιαβητικών δισκίων	22(15,7%)	15(19,5%)	37(17%)
Γ) Ινσουλίνη	14(10%)	16(20,8%)	30(13,8%)
Δ) Συνδυασμός ινσουλίνης δισκίων	7(5%)	2(2,6%)	9(4,1%)
Ε) Μόνο δίαιτα	17(12,1%)	6(7,8%)	23(10,6%)
Στ) Πρωτοδιαγνωσθείς Σ/Δ	23(16,4%)	11(14,3%)	34(15,7%)
Υπερλιπιδαιμία	162(55,1%)	68(60,2%)	230(56,5%)
Υπέρταση	120(40,8%)	81(71,7%)	201(49,4%)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς που προσήλθαν με έμφραγμα μυοκαρδίου ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, διαπιστώθηκε στους άνδρες ότι ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μετά την υπερλιπιδαιμία (ποσοστό 55,1%) τον δεύτερο συχνότερα διαπιστούμενο προδιαθεσικό παράγοντα με ποσοστό 40,7%. Ενώ στις γυναίκες ο σακχαρώδης διαβήτης μαζί με την υπέρταση αποτελούν τους συχνότερα διαπιστούμενους προδιαθεσικούς παράγοντες με ποσοστά 68,1% και 71,7% αντίστοιχα.

## **ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ ΚΟΣΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ**

**Ειρ. Χριστοδούλου**

Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομείο Κομοτηνής

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της εργασίας είναι να καταγραφεί το κοινωνικό κόστος υγείας του διαβητικού ασθενή του Ν.Ροδότης, σε περίπτωση ακρωτηριασμού, επείγοντος ή προγραμματισμένου.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ο αριθμός των ακρωτηριασμών που έγιναν στη Χειρουργική Κλινική του Νοσοκομείου Κομοτηνής από το 1991 είναι σημαντικός, και κατά κύριο λόγο οφείλεται στο σακχαρώδη διαβήτη και δευτερευόντως σε οξεία ή χρόνια αρτηριακή απόφραξη, ενώ σπάνια σε τραύμα. Συγκεκριμένα εκτελέσθηκαν 122 ακρωτηριασμοί κάτω άκρου (συμπεριλαμβανομένων των δακτυλικών ακρωτηριασμών) και 3 άνω άκρου, σε ασθενείς με μέση ηλικία τα 78,5 έτη. Οι ασθενείς μετά από τον ακρωτηριασμό τους εξυπηρετούνται από το Νοσοκομείο ή το Κέντρο Υγείας της περιοχής τους. Μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας διερευνήθηκαν οι περιπτώσεις αδυναμίας προσαρμογής στη νέα κατάσταση.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σε ποσοστό 65,5% οι ηλικιωμένοι αναφέρουν ότι έχουν συνηθίσει τη νέα κατάσταση. Αναφέρουν ότι τους παρέχεται στήριξη ακόμα και κατ'οίκον και αυτό τους προσφέρει μεγαλύτερη αίσθηση ασφάλειας και σταθερότητας. Προβλήματα με το κολόβωμα παρουσιάστηκαν σε ποσοστό 12,30% και οι ασθενείς αυτοί αντιμετωπίστηκαν με επανειλημμένες εισαγωγές στη Χειρουργική Κλινική. Αδυναμία προσαρμογής λόγω αμφοτερόπλευρου ή υψηλού ακρωτηριασμού εμφανίσθηκε σε 6 ασθενείς, ενώ έλλειψη σταθερού οικογενειακού περιβάλλοντος ήταν το πρόβλημα 12 σε ασθενείς, οι οποίοι νοσηλεύονται σε ιδρύματα.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η επαρχία έχει μεγάλη ανάγκη αποδοτικής και ενισχυμένης πρωτοβάθμιας περίθαλψης, ενώ μεγάλη βοήθεια προσφέρει στους ασθενείς αυτούς η κατ'οίκον φροντίδα που τους επιτρέπει να διατηρούν την ψυχική τους ισορροπία αλλά και ενώνει με δεσμούς εμπιστοσύνης τις ελληνικές οικογένειες με το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

**ΕΣΚΕΜΜΕΝΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ  
ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ**

**Α.Χ. Παππάς<sup>1</sup>, Λ. Χατζή<sup>1</sup>, Ε. Κυρλάκη<sup>1</sup>, Γ. Γρηνάκης<sup>+</sup>,  
Π. Μπίτσιος<sup>2</sup>, Ν. Κεφαλογιάννης**

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Βενιζέλειο ΓΝ Ηρακλείου,

<sup>2</sup>Ψυχιατρική Κλινική Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η εσκεμμένη πρόκληση υπογλυκαιμίας (factitious hypoglycaemia) αποτελεί ένα δύσκολο διαγνωστικά πρόβλημα, που στις περισσότερες των περιπτώσεων συνοδεύεται με υψηλό κόστος διαχείρισης και νοσηλείας. Οι περισσότερες βιβλιογραφικές παραπομπές για εσκεμμένη πρόκληση υπογλυκαιμίας αναφέρονται στο σύνδρομο Munchausen's σε παιδιά (Munchausen's syndrome by proxy). Οι βιβλιογραφικές αναφορές για εσκεμμένη πρόκληση υπογλυκαιμίας στους ενήλικες είναι λιγοστές.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ**

Γυναίκα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, 30 ετών, νοσηλεύτηκε εξαιτίας επαναλαμβανόμενων επεισοδίων κλινικής υπογλυκαιμίας. Τον προηγούμενο μήνα είχε σταδιακά μειώσει στο 50% τη καθημερινή δόση ινσουλίνης, ενώ ανέφερε ότι δεν είχε λάβει ινσουλίνη Glargine από 24ωρου και ινσουλίνη lispro από 8ωρου. Η ασθενής είχε ιστορικό διπολικής διαταραχής I (DSM IV: 296.4) από 3ετίας, υπό φαρμακευτική αγωγή, σε σταθερή δοσολογία τους τελευταίους 12 μήνες (Οξυκαρβαζεπίνη 600 mg/24h, σιταλοπράμη 10mg/24h). Από την κλινική εξέταση δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Από τον εργαστηριακό έλεγχο διαπιστώθηκε αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα [TSH: 4.98 (0.4-4), FT3: 1.98 (1.8-4.2), FT4: 0.92 (0.8-1.9), anti-TG: 23.4 (20-40), anti TPO: 826 (10-35)]. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της έγινε διακοπή χορήγησης ινσουλίνης και παρακολούθηση των τιμών γλυκόζης αίματος. Το επόμενο 24ωρο η ασθενής παρουσίασε δύο επεισόδια υπογλυκαιμίας στα οποία μετρήθηκαν αντίστοιχα: 1ο επεισόδιο: Σάκχ. αίματος<sub>1</sub>: 32 mg/dl, CP1=0.03 ng/ml, Ινσουλίνη<sub>1</sub>=47.7 mu/ml. 2ο επεισόδιο: Σάκχ. αίματος<sub>2</sub>: 28 mg/dl, CP2=0.01 ng/ml, Ινσουλίνη<sub>2</sub> =83.1 mu/ml. Μετά από διεξοδική συζήτηση η ασθενής παραδέχτηκε την αυτοχορήγηση ινσουλίνης, ακόμα και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της, με σκοπό την πρόκληση υπογλυκαιμίας και την απέδωσε σε άγχος και αδυναμία διαχείρισης κρίσης στην οικογένεια.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η εσκεμμένη πρόκληση υπογλυκαιμίας σχετίζεται με υψηλό ποσοστό επίπτωσης αυτοκτονικών επεισοδίων, συναισθηματικών διαταραχών και διαταραχών προσωπικότητας και θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπ όψη στη διαφορική διάγνωση επαναλαμβανόμενων υπογλυκαιμικών επεισοδίων σε ασθενείς με αντίστοιχες διαταραχές.

## ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΛΕΞΙΘΥΜΙΑΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ν. Κατσίκη<sup>1</sup>, Δ. Κανδύλης<sup>2</sup>, Α. Ιακωβίδης<sup>2</sup>, Ι. Αβραμίδης<sup>3</sup>,  
Μ. Σιών<sup>3</sup>, Γ. Καπρίνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, <sup>2</sup>Γ΄ Ψυχιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ.,  
Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, <sup>3</sup>Γ΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ.,  
Νοσοκομείο "Παπανικολάου", Θεσσαλονίκη

### ΣΚΟΠΟΣ

Η συγκριτική διερεύνηση ύπαρξης αλεξιθυμίας σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με υγιείς, καθώς και η συσχέτισή της τόσο με ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όσο και με βιοχημικές παραμέτρους του σακχαρώδη διαβήτη.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη διεξήχθη σε 50 διαβητικούς ασθενείς (ομάδα Ι), 21 άνδρες και 29 γυναίκες, με μ.ο. ηλικίας 60 έτη, (s=12) που έχουν θεραπευτική σχέση με το Διαβητολογικό Κέντρο της Γ΄ Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Α.Π.Θ. και σε 30 υγιείς μάρτυρες (ομάδα ΙΙ). Οι δύο ομάδες είχαν συγκρίσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για τη μελέτη χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: α) αλεξιθυμίας TAS-20, β) αυτό-αναφοράς συμπτωμάτων (SCL-90-R), γ) διεθνές της νευροψυχιατρικής συνέντευξης (M.I.N.I screen/DSM-IV), καθώς και πρωτόκολλο δημογραφικών στοιχείων. Από τη μελέτη εξαιρέθηκαν άτομα με MMSE <22, αλκοολικοί, χρήστες μη νομίμων εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και άτομα με ψυχωτικές διαταραχές ή/και διαταραχές της προσωπικότητας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη στατιστική ανάλυση των τιμών προέκυψαν τα εξής: Α) Ως προς τους δείκτες αλεξιθυμίας των ατόμων των ομάδων Ι και ΙΙ, οι διαφορές, μετρούμενες με 4 παράγοντες (συνολική βαθμολογία, παράγοντες 1,2 και 3) ήταν: Συνολική βαθμολογία  $z(78)=-5.132$ ,  $p < .001$ , Παράγοντας 1  $z(78)=-5.553$ ,  $p < .001$ , Παράγοντας 2  $z(78)=-3.857$ ,  $p < .001$ , Παράγοντας 3  $t(78)=-3.825$ ,  $p < .001$  Β) Ως προς τους 4 παράγοντες της αλεξιθυμίας σε σύγκριση με το φύλο και για κάθε ομάδα χωριστά ήταν: Ομάδα Ι: Συνολική βαθμολογία  $t(78)=-1.004$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 1  $t(78)=-0.952$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 2  $t(78)=-0.460$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 3  $t(78)=-0.835$ ,  $p$  n.s. Ομάδα ΙΙ: Συνολική βαθμολογία  $z(78)=-0.639$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 1  $z(78)=-0.096$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 2  $z(78)=-0.505$ ,  $p$  n.s, Παράγοντας 3  $z(78)=-0.599$ ,  $p$  n.s Γ) Από τις συσχετίσεις, με όλους τους δυνατούς τρόπους, των τιμών των 4 παραγόντων αλεξιθυμίας και των 11 υποκλιμάκων του SCL-90-R, των ατόμων της ομάδας Ι, προέκυψε ότι υπάρχουν σημαντικές έως πάρα πολύ σημαντικές συμμεταβλητότητες.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαβητικοί ασθενείς, με αρκετά χρόνια νόσησης, παρουσιάζουν δείκτες αλεξιθυμίας σε στατιστικώς σημαντικά μεγαλύτερη συχνότητα σε σχέση με υγιείς μάρτυρες. Το φύλο δε φαίνεται να παίζει ρόλο στη διαμόρφωση των αλεξιθυμικών χαρακτηριστικών, τόσο των διαβητικών ασθενών, όσο και των υγιών μαρτύρων. Οι παράγοντες της αλεξιθυμίας, όπως ορίζονται στο ερωτηματολόγιο TAS-20, συμμεταβάλλονται, ποικίλως, με ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

**ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ: ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΥΓΙΕΙΣ**

Φ. Φερενίδου<sup>1</sup>, Δ. Κανδύλης<sup>2</sup>, Στ. Καπρίνης<sup>2</sup>, Ι. Αβραμίδης<sup>3</sup>, Μ. Σιών<sup>3</sup>, Γ. Καπρίνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια, <sup>2</sup>Γ΄ Ψυχιατρική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, <sup>3</sup>Γ΄ Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «Παπανικολάου», Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η διερεύνηση της ύπαρξης εκδηλώσεων επιθετικής συμπεριφοράς σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με υγιείς και της σχέσης αυτών των εκδηλώσεων τόσο με ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις, όσο και με βιοχημικές παραμέτρους του σακχαρώδη διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η έρευνα διεξήχθη σε 50 διαβητικούς ασθενείς (ομάδα Ι), 21 άνδρες και 29 γυναίκες, με μ.ο. ηλικίας 60 έτη, (s= 12), που έχουν θεραπευτική σχέση με το Διαβητολογικό Κέντρο της ΓΔ Παθολογικής Πανεπιστημιακής Κλινικής του Νοσοκομείου «Παπανικολάου» Θεσσαλονίκης και σε 31 υγιείς μάρτυρες (ομάδα ΙΙ). Οι δύο ομάδες είχαν συγκρίσιμα δημογραφικά χαρακτηριστικά. Για την έρευνα χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: α) της επιθετικότητας του Β.Α. Gladue, β) αυτό-αναφοράς συμπτωμάτων (SCL-90-R), γ) διεθνές της νευροψυχιατρικής συνέντευξης (M.I.N.I screen/DSM-IV), καθώς και πρωτόκολλο δημογραφικών στοιχείων. Από την έρευνα εξαιρέθηκαν άτομα με MMSE < 22, αλκοολικοί, χρήστες μη νομίμων εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και άτομα με ψυχωτικές διαταραχές ή/και διαταραχές της προσωπικότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τη στατιστική ανάλυση των τιμών προέκυψαν τα εξής: Α) Ως προς την επιθετικότητα (χωρισμένης σε 4 κατηγορίες) οι διαφορές μεταξύ των ομάδων Ι και ΙΙ ήταν: Σωματική επιθετικότητα  $z(79)=-0.21$ , p n.s, Λεκτική επιθετικότητα  $t(79)=-0.34$ , p n.s, Παρορμητικότητα/ανυπομονησία  $t(79)=-1.03$ , p n.s, Αποφυγή  $z(79)=-1.92$ , p<.05 Β) Ως προς την επιθετικότητα (χωρισμένης σε 4 κατηγορίες) σε σύγκριση με το φύλο και για κάθε ομάδα χωριστά ήταν: Ομάδα Ι: Σωματική επιθετικότητα  $z(48)=-0.02$ , p n.s, Λεκτική επιθετικότητα  $t(48)=1.453$ , p n.s, Παρορμητικότητα/ανυπομονησία  $t(48)=0.98$ , p n.s, Αποφυγή  $z(48)=-0.57$ , p n.s. Ομάδα ΙΙ: Σωματική επιθετικότητα  $z(29)=-1.089$ , p n.s, Λεκτική επιθετικότητα  $t(29)=2.83$ , p=0.008, Παρορμητικότητα/ανυπομονησία  $t(29)=0.86$ , p n.s, Αποφυγή  $z(29)=-1.024$ , p n.s. Γ) Από τις συσχετίσεις, με όλους τους δυνατούς τρόπους, των τιμών των 4 κατηγοριών επιθετικότητας και των 11 υποκλιμάκων του SCL-90-R, των ατόμων της ομάδας Ι, προέκυψε ότι υπάρχουν σημαντικές έως πολύ σημαντικές σχέσεις συμμεταβλητότητας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι διαβητικοί ασθενείς δεν εκδηλώνουν εντονότερη επιθετική συμπεριφορά σε σχέση με τους υγιείς μάρτυρες. Το φύλο δε φαίνεται να παίζει ρόλο στη διαμόρφωση της λεκτικής επιθετικότητας στους διαβητικούς ασθενείς σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στους υγιείς μάρτυρες. Οι 4 κατηγορίες επιθετικής συμπεριφοράς, όπως ορίζονται από τον Β.Α. Gladue συσχετίζονται, ποικίλως, με ορισμένες ψυχοπαθολογικές καταστάσεις.

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

**Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιτιάνου, Λ. Καλοπούλου, ΑΓ. Σοφός, Ε. Κατωπόδη,  
Γ. Αβραμίδης, Αικ. Γιαλαμούδη, Λ. Λαναράς<sup>1</sup>**

Γ. Ν. Καρπενησίου, <sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ. Ν. Λαμίας

Μελετάται η αποτελεσματικότητα, η ανεκτικότητα και οι πιθανές παρενέργειες από τη χορήγηση ταδαλαφίλης σε ασθενείς, διαβητικούς και μη, με στυτική δυσλειτουργία. Η μελέτη αφορά 56 άνδρες ηλικίας 34-60 ετών με στυτική δυσλειτουργία που προσδιορίστηκε με ειδικό ερωτηματολόγιο (Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργίας – ΙΙΕΦ-5). Όλοι είχαν ελεγχθεί προηγουμένως, ώστε να αποκλειστεί η ύπαρξη στεφανιαίας νόσου, νεφρικής και ηπατικής ανεπάρκειας. Από τους 56, οι 20 έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 για περισσότερα από 8 χρόνια. 4 ήσαν σε αγωγή με ινσουλίνη και 16 με αντιδιαβητικά δισκία. Το φάρμακο χορηγήθηκε σε δόση 20 mg δυο φορές την εβδομάδα. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 6-12 μήνες. Από τους μη διαβητικούς δύο δεν επανήλθαν και δεν συμπεριλαμβάνονται στη μελέτη. Από τους 34 μη διαβητικούς, όπως δήλωσαν αλλά και όπως φάνηκε από την εκ νέου συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ΙΙΕΦ-5, 16 είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 10 ικανοποιητική (συνολικά 76%), ενώ 8 δεν εμφάνισαν βελτίωση (24%). Από τους διαβητικούς 10 είχαν πολύ ικανοποιητική στύση, 2 ικανοποιητική (συνολικά 60%) και 8 δεν ανταποκρίθηκαν (40%). Οι διαφορές μεταξύ ασθενών με και χωρίς ΣΔ δεν είναι στατιστικά σημαντικές. Οι παρενέργειες ήταν κεφαλαλγία (10 περιπτώσεις), δυσπεψία (6) και εξάψεις (2). Κανείς δεν διέκοψε τη θεραπεία. Συμπεράσματα. Η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια της ταδαλαφίλης ήταν ικανοποιητική σε διαβητικούς και μη ασθενείς. Οι παρενέργειες ήσαν ελαφρές και καλώς ανεκτές.

## ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κ. Παπαθεοδώρου<sup>1,2</sup>, Ν. Παπάνας<sup>1</sup>, Δ. Παπάζογλου<sup>1</sup>,  
Π. Παπαδανασίου<sup>2</sup>, Δ. Χριστακίδης<sup>3</sup>, Σ. Κώτσιου<sup>1</sup>, Ε. Μαλιέζος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <sup>2</sup>Τμήμα Μοριακής Βιολογίας Γενετικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, <sup>3</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, ΠΓ Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα ότι τα επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP), ή και μεταλλάξεις του υπεύθυνου για την κωδικοποίησή της γονιδίου, συσχετίζονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η εκτίμηση των επιπέδων της CRP σε διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς, σε σχέση με άλλους δείκτες φλεγμονής και παραμέτρους του διαβήτη.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμπεριελήφθησαν 125 διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς (58 άνδρες, 67 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $66.3 \pm 8.3$  ετών και μέσης διάρκειας διαβήτη  $10.83 \pm 8.16$  ετών (ομάδα Α) καθώς και 108 υγιείς εθελοντές (51 άνδρες, 57 γυναίκες) μέσης ηλικίας  $66.9 \pm 7.6$  ετών (ομάδα Β). Και στις δύο ομάδες έγινε μέτρηση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι οξείες και χρόνιες λοιμώξεις ή φλεγμονές, τα αυτοάνοσα νοσήματα, η καρδιακή, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια, τα αιματολογικά νοσήματα και οι κακοήθειες.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα της CRP ήταν σημαντικά ( $t=5.698$ ,  $p=0.001$ ) υψηλότερα στην ομάδα Α ( $0.89 \pm 0.68$  mg/dl) σε σύγκριση με την ομάδα Β ( $0.20 \pm 0.19$  mg/dl). Στην ομάδα Α τα επίπεδα της CRP ήταν σημαντικά ( $t=3.551$ ,  $p=0.002$ ) υψηλότερα στους ασθενείς που ελάμβαναν υπογλυκαιμικά δισκία ( $1.06 \pm 0.93$  mg/dl) σε σύγκριση με εκείνους που θεραπεύονταν με ινσουλίνη ( $0.46 \pm 0.29$  mg/dl) και σημαντικά ( $t=2.689$ ,  $p=0.008$ ) υψηλότερα στους ασθενείς με διάρκεια ΣΔ 1-10 έτη ( $1.1 \pm 0.87$  mg/dl) σε σύγκριση με εκείνους που είχαν διάρκεια ΣΔ > 10 έτη ( $0.53 \pm 0.41$  mg/dl). Επίσης στην ομάδα Α τα επίπεδα της CRP παρουσίασαν σημαντική θετική συσχέτιση με την ηλικία ( $r=0.219$ ,  $p=0.014$ ), την ουρία ( $r=0.261$ ,  $p=0.003$ ), τη φερριτίνη ( $r=0.312$ ,  $p=0.003$ ), τον αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων ( $r=0.223$ ,  $p=0.013$ ) και τον αθηρωματικό δείκτη ( $r=0.306$ ,  $p=0.001$ ), καθώς και σημαντική αρνητική συσχέτιση με τη διάρκεια του ΣΔ ( $r=-0.249$ ,  $p=0.005$ ), τον αριθμό αιμοπεταλίων ( $r=-0.235$ ,  $p=0.009$ ) και την HDL ( $r=-0.39$ ,  $p=0.001$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα επίπεδα της CRP φαίνεται να είναι σημαντικά υψηλότερα στους διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς σε σύγκριση με τους υγιείς εθελοντές της ίδιας ηλικίας. Επίσης στους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, τα επίπεδα της CRP παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ηλικία, τον αθηρωματικό δείκτη και δείκτες φλεγμονής, ενώ αντίθετα με τη διάρκεια του ΣΔ και την ινσουλινοθεραπεία συσχετίζονται αρνητικά.

**ΧΑΜΗΛΗ ΔΟΣΗ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Π. Κουτσίδης, Κ. Καζάκος, Ι. Γιώβος, Α. Ρωμανίδου,  
Α. Μιτσιάνης, Κ. Κώστα, Τ. Μούσλεχ**

Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σύμφωνα με τις οδηγίες της ADA, οι διαβητικοί ασθενείς με υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο συστήνεται να λαμβάνουν μικρές δόσεις ασπιρίνης τόσο για την πρωτογενή όσο και για τη δευτερογενή πρόληψη καρδιαγγειακού επεισοδίου. Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι υψηλές δόσεις NSAID αυξάνουν την αρτηριακή πίεση, κυρίως λόγω της κατακράτησης νατρίου. Εάν οι μικρές δόσεις ασπιρίνης αυξάνουν την αρτηριακή πίεση σε διαβητικούς ασθενείς, αποτελεί θέμα για συζήτηση. Η μελέτη αυτή σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την επίδραση της ασπιρίνης στην αρτηριακή πίεση σε ασθενείς με ΣΔ 2.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

Συμμετείχαν 120 ασθενείς με ΣΔ2 απο τους οποίους οι 60 έπαιρναν ασπιρίνη και οι 60 δεν έπαιρναν. Στις δύο αυτές ομάδες υπάρχουν 14 και 16 άτομα αντίστοιχα σε αντιυπερτασική αγωγή. Αποκλείσθηκαν οι ασθενείς που έπαιρναν άλλα αντιφλεγμονώδη φάρμακα. Μετρήθηκε η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση και εκτιμήθηκε η νεφρική λειτουργία, με την μέτρηση ουρίας και κρεατινίνης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς που ελάμβαναν ασπιρίνη είχαν χαμηλότερη συστολική ( $135 \pm 5,2$ ) και διαστολική αρτηριακή πίεση ( $80.4 \pm 2.4$ ) σε σχέση με αυτούς που δεν έπαιρναν ( $151.2 \pm 3.6$ ) και ( $87.3 \pm 2.05$ ) αντίστοιχα,  $p < 0.01$  και  $p < 0.03$ . Ειδικότερα ο συνδυασμός α-ΜΕΑ και ασπιρίνης συνδυαζόταν με χαμηλότερες πιέσεις, συστολική αρτηριακή πίεση  $127 \pm 6.02$  και διαστολική αρτηριακή πίεση  $75 \pm 3.4$  έναντι  $158 \pm 5.94$  και  $89.2 \pm 3.16$  αντίστοιχα ( $p < 0.003$  και  $p < 0.01$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Χαμηλές δόσεις ασπιρίνης δεν αυξάνουν την αρτηριακή πίεση σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Ο συνδυασμός χαμηλής δόσης ασπιρίνης και α-ΜΕΑ επηρεάζει ευνοϊκά την αρτηριακή πίεση.



## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ HOMA-IR ΚΑΙ 1/HOMA-IR ΩΣ ΜΕΤΡΑ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Π.Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Α.Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Μ.Ι. Ποικιλίδου<sup>1</sup>, Ε.Μ. Πάγκαλος<sup>2</sup>, Μ.Φ. Σιδηροπούλου<sup>1</sup>, Π.Χ. Σταφυλάς<sup>1</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>1</sup>, Ι. Γιώβος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

### ΣΚΟΠΟΣ

Η τεχνική του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp αποτελεί το «χρυσό πρότυπο» για τη μέτρηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (EI), λόγω όμως των πολλών τεχνικών απαιτήσεων της αναπτύχθηκαν διάφοροι δείκτες για τον ευχερέστερο προσδιορισμό της EI. Από τους γνωστότερους τέτοιους δείκτες είναι ο HOMA-IR (Homeostasis Model Assessment-Insulin Resistance) και το αντίστροφο του, 1/HOMA-IR. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν ο έλεγχος της αξιοπιστίας των δεικτών αυτών σε πληθυσμό Ελλήνων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εβδομηνταοκτώ ασθενείς (36 άνδρες και 42 γυναίκες) με ΣΔ τύπου 2 και ΑΥ υποβλήθηκαν σε πρωινή αιμοληψία μετά από 12ωρη νηστεία για τη μέτρηση της γλυκόζης και της ινσουλίνης νηστείας. Από τις τιμές αυτές υπολογίστηκε ο δείκτης HOMA-IR, σύμφωνα με τον τύπο  $HOMA-IR = [γλυκόζη\ νηστείας\ (mmol/l) \times ινσουλίνη\ νηστείας\ (\mu U/ml)] / 22,5$ , καθώς και το αντίστροφο του, 1/HOMA-IR. Στη συνέχεια προσδιορίστηκε η EI των ασθενών με τη μέθοδο του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp. Μεταξύ των δεικτών HOMA-IR και 1/HOMA-IR και των διαφόρων δεικτών που προκύπτουν από το clamp υπολογίστηκαν συσχετίσεις με χρήση του συντελεστή συσχέτισης (r) του Pearson.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης HOMA-IR παρουσίασε ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις με τον βασικό δείκτη EI που προκύπτει από το clamp, το δείκτη M ( $r=-0,572$ ,  $p<0,001$ ), το δείκτη M ομαλοποιημένο με το σωματικό βάρος (Mbw) και την ελεύθερη λίπους μάζα (Mffm) των ασθενών ( $r=-0,708$ ,  $p<0,001$  και  $r=-0,674$ ,  $p<0,001$  αντίστοιχα), καθώς επίσης και καθένα από τους παραπάνω δείκτες διαιρεμένο με τη συγκέντρωση ινσουλίνης σταθεράς κατάστασης του clamp (M/I, Mbw/I και Mffm/I) ( $r=-0,768$ ,  $p<0,001$ ,  $r=-0,784$ ,  $p<0,001$  και  $r=-0,678$ ,  $p<0,001$  αντίστοιχα). Από την άλλη πλευρά, ο δείκτης 1/HOMA-IR εμφάνισε σημαντικές θετικές συσχετίσεις με καθένα από τους παραπάνω δείκτες ( $r=0,342$ ,  $p<0,05$ ,  $r=0,478$ ,  $p<0,01$ ,  $r=0,559$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,778$ ,  $p<0,001$ ,  $r=0,822$ ,  $p<0,001$  και  $r=0,841$ ,  $p<0,001$  αντίστοιχα).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τόσο ο δείκτης HOMA-IR, όσο και ο 1/HOMA-IR εμφάνισαν ισχυρές συσχετίσεις με τους δείκτες του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp, γεγονός αποδεικτικό της αξιοπιστίας τους για τον προσδιορισμό της αντίστασης και της ευαισθησίας στην ινσουλίνη αντίστοιχα σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και ΑΥ.

**Ο ΔΕΙΚΤΗΣ QUICKI ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΕΝΑ ΑΠΛΟ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟ ΕΡΓΑΛΕΙΟ  
ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Π.Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Α.Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Μ.Ι. Ποικιλίδου<sup>1</sup>, Ε.Μ. Παγκαλος<sup>2</sup>,  
Π.Χ. Σταφυλάς<sup>1</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>1</sup>, Ι. Γιώβος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Ο δείκτης QUICKI (Quantitative Insulin Sensitivity Check Index) αποτελεί ένα σχετικά πρόσφατα προταθέν εργαλείο για τον ευχερή προσδιορισμό της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (EI) και πρόδρομα στοιχεία υποστηρίζουν την αξιοπιστία του. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της αξιοπιστίας του δείκτη αυτού σε πληθυσμό Ελλήνων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) μέσα από σύγκριση με την τεχνική του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp, η οποία αποτελεί το «χρυσό πρότυπο» για τη μέτρηση της EI.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στο Εργαστήριο Κλινικών Δοκιμασιών της ΑΔ Παθολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ. 78 ασθενείς (36 άνδρες και 42 γυναίκες) με ΣΔ τύπου 2 και ΑΥ υποβλήθηκαν στη δοκιμασία του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp μετά από 12ωρη νηστεία και χωρίς πρωινή λήψη φαρμάκων. Πριν την έναρξη της δοκιμασίας ελήφθησαν δείγματα αίματος για τη μέτρηση γλυκόζης και ινσουλίνης νηστείας, από τις τιμές των οποίων υπολογίστηκε ο δείκτης QUICKI, σύμφωνα με τον τύπο  $QUICKI=1/[\log(Ins) + \log(Glu)]$ , όπου Ins η ινσουλίνη νηστείας σε  $\mu U/ml$  και Glu η γλυκόζη νηστείας σε  $mg/dl$ . Ακολούθως προσδιορίστηκε ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των τιμών του δείκτη QUICKI και των διαφόρων δεικτών που προκύπτουν από το clamp με χρήση του συντελεστή συσχέτισης (r) του Pearson.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο δείκτης QUICKI παρουσίασε σημαντικές συσχετίσεις με τον βασικό δείκτη EI του clamp, το δείκτη M, είτε καθαρό ( $r=0,456, p<0,01$ ), είτε ομαλοποιημένο με το σωματικό βάρος (Mbw) ή την ελεύθερη λίπους μάζα (Mffm) των ασθενών ( $r=0,589, p<0,001$  και  $r=0,611, p<0,001$  αντίστοιχα). Ακόμη ισχυρότερες συσχετίσεις παρουσίασε ο QUICKI με καθένα από τους παραπάνω δείκτες διαιρεμένο με τη συγκέντρωση ινσουλίνης σταθεράς κατάστασης του clamp (M/I, Mbw/I και Mffm/I) ( $r=0,793, p<0,001, r=0,823, p<0,001$  και  $r=0,781, p<0,001$  αντίστοιχα). Επίσης, σημαντικές ήταν οι συσχετίσεις του δείκτη QUICKI με το δείκτη MCR (Metabolic Clearance Rate), είτε καθαρό ( $r=0,459, p<0,01$ ), είτε ομαλοποιημένο με το σωματικό βάρος (MCRbw) ή την ελεύθερη λίπους μάζα (MCRffm) των ασθενών ( $r=0,590, p<0,001$  και  $r=0,612, p<0,001$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο δείκτης QUICKI εμφάνισε ισχυρές συσχετίσεις με όλους τους δείκτες του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp ασθενών με ΣΔ τύπου 2 και ΑΥ και φαίνεται να είναι ένα απλό και αξιόπιστο εργαλείο για τη μέτρηση της EI παρόμοιου τύπου ασθενών.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΟΣΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΟΡΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ**

Π.Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Α.Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Α. Κανάκη<sup>1</sup>, Α.Δ. Χίτογλου-Μακέδου<sup>2</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>1</sup>, Ι. Γιώβος<sup>1</sup>, Α.Α. Τουρκαντώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη,

<sup>2</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η υπερουριχαιμία συγκαταλέγεται εδώ και αρκετά χρόνια στην ευρύτερη ομάδα των διαταραχών του μεταβολικού συνδρόμου, στο κέντρο του οποίου βρίσκεται η αντίσταση στην ινσουλίνη (ΑΙ). Οι θειαζολιδινεδιόνες αποτελούν μια κατηγορία αντιδιαβητικών σκευασμάτων που βελτιώνουν το γλυκαιμικό έλεγχο μέσω αύξησης της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (ΕΙ). Η παρούσα μελέτη είχε στόχο να διερευνήσει την επίδραση της θειαζολιδινεδιόνης ροσιγλιταζόνης στα επίπεδα του ουρικού οξέος ορού ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2 και αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Σε 20 ασθενείς (9 άνδρες και 11 γυναίκες) με ΣΔ τύπου 2 που βρισκόταν ήδη σε 15 mg γλιβενκλαμίδης ημερησίως, χωρίς όμως πλήρη ρύθμιση, προστέθηκαν 4 mg ροσιγλιταζόνης ημερησίως για 26 εβδομάδες. Οι ασθενείς είχαν είτε γνωστή ΑΥ (n=10), χωρίς έλεγχο υπό αντιυπερτασική αγωγή, είτε νεοδιαγνωσμένη ήπια ΑΥ (n=10) για την οποία δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική θεραπεία. Στην έναρξη και τη λήξη της μελέτης μεταξύ άλλων μετρήθηκαν τα επίπεδα του ουρικού οξέος ορού σε αυτόματο αναλυτή και προσδιορίστηκε η ΕΙ των ασθενών με τη μέθοδο του υπερινσουλιναϊμικού ευγλυκαιμικού clamp.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στο σύνολο των ασθενών, η χορήγηση της ροσιγλιταζόνης δε συνδέθηκε με σημαντική μεταβολή των επιπέδων του ουρικού οξέος μεταξύ έναρξης και λήξης της μελέτης (από  $5,05 \pm 0,26$  σε  $5,36 \pm 0,28$  mg/dL,  $p=0,087$ ), παρά την παράλληλη σημαντική αύξηση της ΕΙ. Αντίστοιχα, μη σημαντικές μεταβολές των επιπέδων του ουρικού οξέος παρατηρήθηκαν μετά το διαχωρισμό του συνόλου των ασθενών σε υποομάδες ανδρών (από  $5,80 \pm 0,41$  σε  $6,21 \pm 0,40$  mg/dL,  $p=0,192$ ) και γυναικών (από  $4,44 \pm 0,22$  σε  $4,66 \pm 0,23$  mg/dL,  $p=0,312$ ) ή σε υποομάδες ασθενών που δεν ελάμβαναν αντιυπερτασική αγωγή (από  $5,27 \pm 0,29$  σε  $5,55 \pm 0,43$  mg/dL,  $p=0,307$ ) και ασθενών υπό αντιυπερτασική αγωγή (από  $4,83 \pm 0,45$  σε  $5,16 \pm 0,36$  mg/dL,  $p=0,184$ ). Καμία σημαντική συσχέτιση δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των μεταβολών των επιπέδων του ουρικού οξέος και των μεταβολών των δεικτών της ΕΙ από την έναρξη στη λήξη της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Στην πιλοτική αυτή μελέτη η προσθήκη της ροσιγλιταζόνης στην αγωγή ασθενών με ΣΔ τύπου 2 και ΑΥ, παρά τη βελτίωση της ΕΙ, δεν επηρέασε σημαντικά τα επίπεδα του ουρικού οξέος ορού. Περαιτέρω έρευνες είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση της δράσης των θειαζολιδινεδιονών στην παράμετρο αυτή του μεταβολικού συνδρόμου.

## Η ΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗ ΣΕ ΣΔ2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΙΑΖΟΛΙΝΕΔΙΟΝΕΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ Ή ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΑ

Μ. Καλαπόδη, Π. Κόλλια, Ι. Κουτσαντωνάκης, Μ. Γκικόκα, Π. Πυλαρινού,  
Β. Κωλλέτη, Ε. Γιαννουλάκη

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Παθολογικής Κλινικής, ΓΚΝ Πατρών «Αγ. Ανδρέας»

### ΣΚΟΠΟΣ

Η επίπτωση στο αιματολογικό προφίλ των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 που βρίσκονται υπό αγωγή με θειαζολινεδιόνη (γλιταζόνη) και αν υπάρχει διαφορά στους συνδυασμούς γλιταζόνης με άλλα αντιδιαβητικά δισκία.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 82 άτομα με ΣΔ2 του εξωτερικού διαβητολογικού ιατρείου το 2004. Οι ασθενείς κατηγοριοποιήθηκαν σε τέσσερις ομάδες ανάλογα με τη φαρμακευτική τους αγωγή [γλιταζόνη, γλιταζόνη-σουλφονυλουρία(Σ), γλιταζόνη-μετφορμίνη(Μ), συνδυασμός των τριών]. Πλην των γενικών στοιχείων, κατεγράφησαν το λιπαιμικό προφίλ, HbA1C, BMI, και ο αιματοκρίτης των ασθενών κατά την ένταξή τους στην μελέτη καθώς και έξι μήνες μετά.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Γλιταζόνη			Γλιταζόνη+ Σουλφονυλ.			Γλιταζόνη+ Μετφορμίνη			Γλιταζόνη+ (Σ) + (Μ)		
ΑΤΟΜΑ	20 (10 Α+10Γ)			26 (12 Α+14Γ)			22 (6 Α+16Γ)			14 (10 Α+4Γ)		
ΗΛΙΚΙΑ (ΜΟ)	62,6			66,8			57,45			64,7		
ΕΤΗ ΣΔ	12,22			9,27			9,4			9,86		
	προ	μετά		προ	μετά		προ	μετά	προ	μετά		
BMI	28,92	29,78	+0,86	29,5	30,78	+1,28	31,08	32	+0,92	28,8	29,2	+0,4
HbA1C	6,98	6,66	-0,32	8,12	7,64	-0,48	6,98	6,39	-0,59	9,46	8,16	-1,3
Ht	43,03	39,83	-3,2	42,08	38,90	-3,18	40,73	38,6	-2,13	43,36	40,83	-2,53
Chol	247,66	216,6	-31,06	238,54	244,6	+6,06	266,87	236,5	-30,37	215	210,33	-4,67
Tri	146,4	130,6	-15,8	140,84	155,9	+15,06	164,87	152,75	-12,12	156,33	111	-45,33
HDL	53,5	51	-2,5	48,66	48,24	-0,42	48	47,16	-0,84	51	56	+5

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Είναι γνωστό πως η χορήγηση γλιταζόνης προκαλεί πτώση του αιματοκρίτη για λόγους όχι σαφώς διευκρινισμένους. Πιθανώς να οφείλεται στην παρατηρηθείσα αιμοαραίωση (κατακράτηση υγρών). Είναι επίσης γνωστό ότι οι διγουανίδες προκαλούν διαταραχές του βλεννογόνου του ειλεού και των υποδοχέων του ενδογενούς παράγοντα με τελικό αποτέλεσμα την ανεπάρκεια κοβαλαμίνης. Θέλαμε να διαπιστώσουμε αν ο συνδυασμός γλιταζόνης με διγουανίδη (μετφορμίνη) επιτείνει την πτώση του αιματοκρίτου. Από τα αποτελέσματα βλέπουμε ότι η συχορήγηση γλιταζόνης- διγουανίδης, όχι μόνο δεν ενισχύει την πτώση αλλά αντιθέτως έχει ευνοϊκότερη επίδραση σε σχέση με τη συχορήγηση γλιταζόνης- σουλφονυλουρίας.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χ. Σαμπάνης, Κ. Τζιόμαλος, Ι. Ζωγράφου, Γ. Κούλας, Ε. Κουντάνα,  
Αικ. Μπαλάσκα, Α. Καραγιάννης, Χ. Ζαμπούλης

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ) παρουσιάζουν αυξημένη καρδιαγγειακή θνητότητα. Ο καλός γλυκαιμικός έλεγχος και ο έλεγχος της δυσλιπιδαιμίας στους ασθενείς με ΣΔ έχει ευνοϊκή επίδραση στην επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της πιογλιταζόνης στον γλυκαιμικό έλεγχο και στο λιπιδαιμικό προφίλ ασθενών με ΣΔ.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 44 ασθενείς με ΣΔ (11 άνδρες και 33 γυναίκες, ηλικίας  $58,1 \pm 8,9$  έτη) και γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c)  $>7,0\%$  παρά την λήψη αντιδιαβητικών δισκίων. Από την μελέτη αποκλείστηκαν ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια, τιμές τρανσαμινασών μεγαλύτερες από το διπλάσιο των ανώτερων φυσιολογικών, ή σε θεραπεία με ινσουλίνη. Στην αγωγή των ασθενών προστέθηκαν 30 mg πιογλιταζόνης ημερησίως. Πριν την έναρξη χορήγησης πιογλιταζόνης και μετά από 12 εβδομάδες προσδιορίστηκαν οι εξής παράμετροι: βάρος σώματος (ΒΣ), δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), περίμετρος μέσης (ΠΜ) και ισχίων (ΠΙ), σχέση περιμέτρου μέσης – ισχίων (ΣΠΜΙ) και το ποσοστό σωματικού λίπους με βιοηλεκτρική ανάλυση. Επίσης προσδιορίστηκαν οι εξής εργαστηριακές παράμετροι: γλυκόζη, HbA1c, τρανσαμινάσες, αλκαλική φωσφατάση (ΑΡ), γ-γλουταμυλική τρανσπεπτιδάση (γGT), ολική χοληστερόλη (T-Chol), τριγλυκερίδια (TG), HDL-χοληστερόλη (HDL-C) και LDL-χοληστερόλη (LDL-C).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαπιστώθηκε σημαντική αύξηση του ΒΣ ( $p < 0,01$ ), του ΔΜΣ ( $p < 0,01$ ), της ΠΜ ( $p < 0,05$ ) και της ΠΙ ( $p < 0,001$ ), ενώ η ΣΠΜΙ δεν μεταβλήθηκε σημαντικά. Εντούτοις, η χορήγηση πιογλιταζόνης ελάττωσε σημαντικά τα επίπεδα γλυκόζης ( $p < 0,001$ ), HbA1c ( $p < 0,001$ ), TG ( $p < 0,05$ ), ΑΡ ( $p = 0,001$ ) και γGT ( $p < 0,05$ ), ενώ αύξησε σημαντικά τα επίπεδα HDL-C ( $p < 0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή της T-Chol και της LDL-C.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιογλιταζόνη βελτιώνει σημαντικά τον γλυκαιμικό έλεγχο και το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με ΣΔ. Η επίδραση των μεταβολών αυτών στην καρδιαγγειακή θνητότητα των ασθενών με ΣΔ πρέπει να διερευνηθεί σε προοπτικές μελέτες.

## **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΜΑΖΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Χ. Σαμπάνης, Κ. Τζιόμαλος, Ε. Κουντάνα, Ν. Κακκαβάς, Ι. Ζωγράφου, Γ. Κούλας, Α. Καραγιάννης, Χ. Ζαμπούλης**

Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝ «Ιπποκράτειο», Θεσσαλονίκη

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Οι θειαζολινεδιόνες βελτιώνουν την ευαισθησία στην ινσουλίνη και τον μεταβολικό έλεγχο των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ). Κύρια ανεπιθύμητη ενέργειά τους είναι η κατακράτηση υγρών και η επιδείνωση της καρδιακής ανεπάρκειας. Σκοπός της εργασίας μας ήταν να μελετήσουμε την επίδραση της χορήγησης πιογλιταζόνης στη λειτουργία και την μάζα της αριστερής κοιλίας (ΑΚ) ασθενών με ΣΔ.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 44 ασθενείς με ΣΔ (11 άνδρες και 33 γυναίκες, ηλικίας  $58,1 \pm 8,9$  έτη, με διάρκεια ΣΔ  $7,7 \pm 5,5$  έτη), σε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή καρδιακής ανεπάρκειας. Στην αγωγή των ασθενών προστέθηκαν 30 mg πιογλιταζόνης ημερησίως. Πριν την έναρξη χορήγησης πιογλιταζόνης και μετά από 12 εβδομάδες προσδιορίστηκαν με υπερηχοκαρδιογράφημα το κλάσμα εξώθησης, η μάζα και ο δείκτης μάζας της ΑΚ, το πάχος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος και η τελοδιαστολική διάμετρος της ΑΚ. Προσδιορίστηκαν επίσης οι εξής παράμετροι: βάρος σώματος (ΒΣ), δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), περίμετρος μέσης (ΠΜ) και ιοχίων (ΠΙ), σχέση περιμέτρου μέσης – ιοχίων (ΣΠΜΙ), το ποσοστό σωματικού λίπους, καθώς και η συστολική και διαστολική αρτηριακή πίεση.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η χορήγηση πιογλιταζόνης δεν επηρέασε σημαντικά καμιά από τις μετρηθείσες υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους. Προκάλεσε ωστόσο σημαντική αύξηση του ΒΣ ( $p < 0,01$ ), του ΔΜΣ ( $p < 0,01$ ), της ΠΜ ( $p < 0,05$ ) και της ΠΙ ( $p < 0,001$ ), όχι όμως και της ΣΠΜΙ. Οι μεταβολές του βάρους και του δείκτη μάζας σώματος δε διέφεραν μεταξύ των φύλων, ούτε συσχετιζόταν με την ηλικία των ασθενών, τη διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη, την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, ή τις υπερηχοκαρδιογραφικές παραμέτρους.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η χορήγηση πιογλιταζόνης δεν προκάλεσε σημαντικές μεταβολές στην καρδιακή λειτουργία και την μάζα της αριστερής κοιλίας των ασθενών με ΣΔ και φαίνεται ότι είναι ασφαλής εφόσον χορηγηθεί υπό στενή παρακολούθηση σε ασθενείς χωρίς καρδιακή ανεπάρκεια.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ  
ΤΩΝ Β-ΚΥΤΤΑΡΩΝ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Φ. Ηλιάδης, Μ. Αλεβίζος, Μ. Μπαλτατζή, Ε. Τσιρογιάννη,  
Χ. Σαββόπουλος, Δ. Καραμήτσος**

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Επίδραση της φαρμακευτικής αγωγής στη λειτουργία των β-κυττάρων και στην αντίσταση στην ινσουλίνη σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 με βάση τα HOMA B% και HOMA-IR αντίστοιχα.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

42 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 χωρίς αγωγή (μέσης ηλικίας 58,9+10,55 έτη, διάρκειας ΣΔ 26,27+ 46,5 μήνες, βάρους σώματος 80,88+15,75Kg, BMI 30,42+ 6,02 Kg/m<sup>2</sup>, γλυκόζης νηστείας (Glu) 170,46+36,32 mg/dl, ινσουλίνης νηστείας (ins) 23,16+ 20,33 μIU/ml, και HbA1c 8,35 +1,68%), χωρίστηκαν μετά από δίαιτα ενός μηνός σε 4 ομάδες: Α,Β,Γ,Δ με 10,10,11,11 ασθενείς αντίστοιχα. Έλαβαν: Α ροσιγλιταζόνη, Β μετφορμίνη, Γ ρεπαγλινίδη και Δ γλιμεπρίδη. Μετά από μέση διάρκεια αγωγής 4,38+2,32 μήνες έγινε επανεκτίμηση των HbA1c, Glu και ins, HOMA B %, HOMA-IR και της λογαριθμικής μεταβολής αυτών (logHOMA B% και log HOMA-IR). Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 10.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1) Σε όλες τις ομάδες παρουσιάστηκε στατιστικά σημαντική (ΣΣ) μείωση της Glu, και της HbA1c. Η μείωση της Glu ήταν στατιστικά σημαντικότερη στην ομάδα Δ σε σχέση με την Α (p=0,017), την Β (p=0,029) και την Γ (p= 0,013), όπως και η μείωση της HbA1c στην ομάδα Δ σε σχέση με την Α (p=0,032). 2) Όλες οι ομάδες εμφάνισαν μείωση των επιπέδων ins, αλλά μόνο στην ομάδα της μετφορμίνης ήταν ΣΣ (p=0,05). 3) ΣΣ αύξηση του HOMA B% εμφάνισε η ομάδα Γ (p=0,011) και η Δ (p= 0,012), ενώ η αύξηση στην Α ήταν μη ΣΣ. Στην ομάδα Β το HOMA B % παρέμεινε ουσιαστικά αμετάβλητο. 4) Οι ομάδες Α (p=0,026) και Β (p=0,019) εμφάνισαν ΣΣ μείωση του HOMA-IR, ενώ οι μειώσεις στις Γ και Δ ήταν μη ΣΣ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

1) Μείωση των Glu και HbA1c είναι εφικτή με όλες τις κατηγορίες των αντιδιαβητικών δισκίων με υπεροχή της γλιμεπρίδης. 2) Η μετφορμίνη είχε την καλύτερη επίδραση στη μείωση της υπερινσουλιναϊμίας (βασικό στοιχείο του μεταβολικού συνδρόμου). 3) Όπως ήταν αναμενόμενο, η λειτουργία των β-κυττάρων βελτιώθηκε κυρίως με τη χορήγηση γλιμεπρίδης και ρεπαγλινίδης, ενώ η αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης μειώθηκε κυρίως με τη χορήγηση μετφορμίνης και ροσιγλιταζόνης. Η μείωση του HOMA-IR ήταν μεγαλύτερη στην ομάδα της μετφορμίνης σε σύγκριση με την ομάδα της ροσιγλιταζόνης αλλά δεν έφτασε σε ΣΣ διαφορά.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ ΣΕ ΒΙΟΧΗΜΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Φ. Ηλιάδης, Μ. Αλεβίζος, Ε. Τσιρογιάννη, Ε. Ζιώγου,  
Μ. Κοσμίδου, Δ. Καραμήτσος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Α.Π.Θ., Θεσσαλονίκη

### ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της επίδρασης των υπογλυκαιμικών δισκίων σε αιματολογικές και βιοχημικές παραμέτρους ασθενών με ΣΔ τύπου 2.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

58 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 χωρίς αγωγή (μέσης ηλικίας  $59,19 \pm 10,66$  έτη, διάρκειας ΣΔ  $28,26 \pm 48,41$  μήνες, βάρους σώματος  $81,06 \pm 16,4$  Kgr, BMI  $30,37 \pm 5,29$ , γλυκόζης νηστείας  $183,81 \pm 53,15$  mg/dl, HbA1c  $8,17 \pm 1,81\%$ ), αφού τέθηκαν αρχικά για ένα μήνα σε δίαιτα, χωρίστηκαν σε τέσσερις ομάδες: Α, Β, Γ και Δ με 14, 15, 15 και 14 ασθενείς αντίστοιχα. Η ομάδα Α έλαβε ροζιγλιταζόνη, η Β μετφορμίνη, η Γ ρεπαγλινίδη και η Δ γλιμεπιρίδη. Μετά από μέση διάρκεια αγωγής  $4,38 \pm 2,31$  μήνες έγινε επανεκτίμηση των αιματολογικών και βιοχημικών παραμέτρων. Η στατιστική ανάλυση έγινε με SPSS 10.0.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Στην ομάδα Α υπήρξε στατιστικά σημαντική (ΣΣ) μείωση της Hb ( $p=0,015$ ), της SGPT ( $p=0,003$ ) και της ALP ( $p=0,002$ ), όπως και μη ΣΣ μείωση των γ-GT και ουρικού οξέος. 2) Στην ομάδα Β παρουσιάστηκε ΣΣ μείωση των SGPT ( $p=0,023$ ) και γ-GT ( $p=0,038$ ) και μη ΣΣ μείωση της ALP. Αντίθετα υπήρξε ΣΣ αύξηση του ουρικού οξέος ( $p=0,003$ ). 3) Στην ομάδα Γ και Δ οι μειώσεις των SGPT, ALP και γ-GT ήταν μη ΣΣ. Επίσης στην ομάδα Γ υπήρξε αύξηση, ενώ αντίθετα στην ομάδα Δ μείωση του ουρικού οξέος μη ΣΣ. 4) Οι μεταβολές ήταν ανεξάρτητες της ηλικίας, της διάρκειας της νόσου και της μεταβολής του σωματικού βάρους των ασθενών.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

1) Η ροζιγλιταζόνη όπως και η μετφορμίνη, βελτίωσαν τις ηπατικές δοκιμασίες, ίσως σαν αποτέλεσμα μείωσης της συσσώρευσης λίπους στο ήπαρ. 2) Η μείωση της Hb στην ομάδα της ροζιγλιταζόνης ήταν αναμενόμενη λόγω της αυξημένης κατακράτησης ύδατος που προκαλεί. 3) Η αύξηση του ουρικού οξέος που παρουσιάστηκε στην ομάδα της μετφορμίνης χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.



### ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΩΝ ΔΙΣΚΙΩΝ

Φ. Ηλιάδης, Μ. Αλεβίζος, Α. Χατζητόλιος, Α. Παπαδόπουλος,  
Μ. Μπαλτατζή, Δ. Καραμήτσος

Α' ΠΡΠ Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

#### ΣΚΟΠΟΣ

Η καταγραφή των παρενεργειών των διαφόρων κατηγοριών υπογλυκαιμικών δισκίων, που οδήγησαν σε διακοπή της λήψης των συγκεκριμένων φαρμάκων όταν χρησιμοποιήθηκαν σαν μονοθεραπεία σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 2.

#### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

94 ασθενείς (54 γυναίκες, 40 άνδρες) με ΣΔ τύπου 2 που ελάμβαναν αγωγή, (μέσης ηλικίας  $52,21 \pm 10,52$  έτη, διάρκειας ΣΔ  $28,52 \pm 42,34$  μήνες, βάρους σώματος  $80,5 \pm 16,54$  Kg, και BMI  $30,26 \pm 5,22$  Kg/m<sup>2</sup>) χωρίστηκαν σε 4 ομάδες, Α, Β, Γ και Δ με 22, 25, 23 και 24 ασθενείς αντίστοιχα. Η Α ομάδα έλαβε ροσιγλιταζόνη, η Β μετφορμίνη, η Γ ρεπαγλινίδη και η Δ γλιμεπρίδη. Στο χρονικό διάστημα της παρακολούθησης των ασθενών ( $4,38 \pm 2,31$  μήνες), καταγράφηκαν όλες οι περιπτώσεις παρενεργειών που οδήγησαν σε διακοπή της θεραπείας.

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

1) Συνολικά 12 (12,7%) ασθενείς (10 γυναίκες, 2 άνδρες) διέκοψαν την αγωγή λόγω παρενεργειών: 5 (22,7%) από την ομάδα Α, 4 (16%) από την Β, 1 (4,3%) από την Γ και 2 (8,3%) από την Δ. 2) Στην ομάδα Α τρεις ασθενείς εμφάνισαν ζάλη, μία καταβολή, μία γαστρεντερικές διαταραχές και μία αμηνόρροια. Στην ομάδα Β τρεις ασθενείς εμφάνισαν γαστρεντερικές διαταραχές, μία ζάλη και μία κεφαλαλγία. Στην ομάδα Γ ένας ασθενής εμφάνισε επιγαστραλγία και τέλος στην ομάδα Δ ένας ασθενής εμφάνισε επιγαστραλγία και μία ασθενής αίσθημα παλμών. 3) Όλες οι παρενέργειες υποχώρησαν με τη διακοπή του χορηγούμενου φαρμάκου.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τις λιγότερες παρενέργειες παρουσίασαν τα εκκριταγωγά της ινσουλίνης φάρμακα και κυρίως η ρεπαγλινίδη, ενώ τις περισσότερες η ροσιγλιταζόνη. Η πιο σοβαρή παρενέργεια παρατηρήθηκε σε μία γυναίκα 34 ετών, η οποία εμφάνισε αμηνόρροια μετά από λήψη ροσιγλιταζόνης που υποχώρησε όμως ταχέως μετά τη διακοπή του συγκεκριμένου φαρμάκου.

## **ΕΠΩΔΥΝΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ**

**Δ. Σκούτας, Μ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Όλ. Γουλή, Εμ. Παπακώστας,  
Δ. Καραγιάννη, Αν. Καλπάκα, Ν. Παπάζογλου, Χρ. Μανές**

Διαβητολογικό Κέντρο ΠΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη,  
<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική κλινική ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Συχνότητα και βαρύτητα επώδυνων συμπτωμάτων στους διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 με ή χωρίς κλινική νευροπάθεια όπως και με νευροπαθητικό έλκος.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 322 διαβητικοί ασθενείς. Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά και επιδημιολογικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος, BMI, διάρκεια ΣΔ, HbA1c). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $66,28 \pm 8,03$  έτη, το 49,7% ήταν άνδρες, με μέση διάρκεια διαβήτη τα  $14,47 \pm 7,87$  έτη και μέση τιμή HbA1c  $8,074 \pm 1,95$ . Όλοι οι ασθενείς εξετάσθηκαν για την ύπαρξη κλινικής νευροπάθειας με βάση τις διαταραχές κινητικού και αισθητικού νευρώνα (δείκτης Νευρικής Δυσλειτουργίας, NDS), και υπολογίσθηκε ο δείκτης Επώδυνων Συμπτωμάτων (NSS). Διαβητική νευροπάθεια θεωρήθηκε ότι εμφανίζουν οι ασθενείς με  $NDS > 5$ . Ταξινομήθηκαν σε τρεις ομάδες: Α (N:70) οι ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια και νευροπαθητικό έλκος, Β (N:72) οι ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια χωρίς νευροπαθητικό έλκος, και Γ (N:146) χωρίς διαβητική νευροπάθεια. Συγκρίθηκαν ως προς τον δείκτη NSS οι παραπάνω ομάδες. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 12.0 των Windows, με  $p=0,05$  (ANOVA).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι εξεταζόμενες ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά. Εμφανίσθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εξεταζόμενη παράμετρο NSS ( $p < 0,001$  / Α:  $10,73 \pm 6,09$  | Β:  $8,9 \pm 6,15$  | Γ:  $4,98 \pm 4,79$ ). Η διάρκεια του ΣΔ και η τιμή NDS επηρεάζουν στατιστικά την κατηγοριοποίηση των ασθενών και την τιμή NSS, ενώ, τα επίπεδα HbA1c δεν επηρεάζουν.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η επιδείνωση των επώδυνων συμπτωμάτων (NSS) συνδυάζεται με αυξημένο κίνδυνο για περιφερική νευροπάθεια και νευροπαθητικό έλκος.

## **ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ**

Δ. Σκούτας, Μ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>, Εμ. Παπακώστας, Γλ. Τζατζάγου,  
Χρ. Αβραάμ, Ολ. Αναγνώστου, Ν. Παπάζογλου, Χρ. Μανές

Διαβητολογικό Κέντρο ΠΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη,  
<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική ΔΠΘ, Αλεξανδρούπολη

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Να εκτιμηθεί η βαρύτητα της νευροπάθειας σε διαβητικούς ασθενείς με ή χωρίς νευροπαθητικό έλκος.

### **ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Στη μελέτη συμμετείχαν 322 διαβητικοί ασθενείς. Καταγράφηκαν ανθρωπομετρικά και επιδημιολογικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ύψος, βάρος, BMI, διάρκεια ΣΔ, HbA1c). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν  $66,22 \pm 8,7$  έτη, το 56,8% ήταν άνδρες, με μέση διάρκεια διαβήτη τα  $16,7 \pm 7,5$  έτη και μέση τιμή HbA1c  $8,37 \pm 2$ . Όλοι οι ασθενείς εξετάσθηκαν για την ύπαρξη νευροπάθειας και υπολογίσθηκε ο δείκτης Νευρικής Δυσλειτουργίας (NDS). Διαβητική νευροπάθεια θεωρήθηκε ότι εμφανίζουν οι ασθενείς με NDS >5 μετά από εξέταση αισθητικών και κινητικών διαταραχών (N:155). Οι εξεταζόμενοι συγκρίθηκαν ως προς τον δείκτη NDS: ομάδα Α με νευροπαθητικό ή νευροϊσχαιμικό έλκος (N:84), ομάδα Β με ισχαιμικό έλκος (N:5), ομάδα Γ χωρίς έλκος (N:66). Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 12.0 των Windows, με  $p=0,05$ .

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι εξεταζόμενες ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς την ηλικία, το φύλο, τη μέση διάρκεια του διαβήτη και τη μέση τιμή της HbA1c. Εμφανίσθηκε όμως στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την εξεταζόμενη παράμετρο NDS ( $p < 0,001$  / Α:  $13 \pm 4,9$  | Β:  $6 \pm 0,71$  | Γ:  $9,95 \pm 5,28$ ). Η διάρκεια του ΣΔ, το φύλο, η ηλικία και τα επίπεδα HbA1c δεν επηρεάζουν την ύπαρξη έλκους.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η επιδείνωση της νευροπάθειας συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση νευροπαθητικού ή νευροϊσχαιμικού έλκους.

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ  
ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ  
ΕΞΕΛΚΩΣΗΣ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ**

**X. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Σ. Τσοτουλίδης, Κ. Σουλής, Ε. Φραγκουλίδου,  
Α. Σάτσογλου, Δ. Μηλαράκης, Δ. Σκούτας**

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Έχει διαπιστωθεί πως ποσοστό άνω του 80% των ελκών στα άκρα μπορούν να προληφθούν εάν εντοπιστεί έγκαιρα ο πληθυσμός των διαβητικών ασθενών που είναι υψηλού κινδύνου και εφαρμοστεί η κατάλληλη προληπτική αγωγή. Η διαπίστωση διαβητικών ατόμων με νευροπάθεια με την κλινική εκτίμηση ή με χρήση ποσοτικών αισθητικών δοκιμασιών συνεισφέρει στην πρόληψη των ελκών στα κάτω άκρα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να αξιολογηθεί και να συγκριθεί η κλινική εκτίμηση των σημείων και συμπτωμάτων της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας σε σχέση με την διαταραχή στις αισθητικές δοκιμασίες.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Οι δύο μέθοδοι προσέγγισης εκτιμήθηκαν σε πληθυσμό διαβητικών ατόμων (n=341), ηλικίας 18-70 ετών, (άρρνες=127) που περιελάμβανε 123 ασθενείς με νευροπάθεια (NG) και 15 με νευροπαθητικό έλκος (FU). Τα κλινικά ευρήματα αξιολογήθηκαν α) ως προς τη συσχέτιση μεταξύ τους και με τις ποσοτικές αισθητικές δοκιμασίες και β) ως προς την προγνωστική τους αξία (θετική ή αρνητική) στον εντοπισμό νευροπαθητικών ασθενών. Αυξημένος ουδός αίσθησης δονήσεων (OAD $\geq$ 25) και αίσθησης πίεσης (μονοϊνίδια, πίεση  $\geq$ 10 gr) αξιολογήθηκαν με τον ίδιο τρόπο. Η εκτίμηση των συμπτωμάτων της νευροπάθειας έγινε με το δείκτη νευροπαθητικών συμπτωμάτων (NSS $\geq$ 3), δείκτη νευρικής δυσλειτουργίας για αισθητικές διαταραχές ( $\Delta$ ND $\geq$ 4) και μαζί με τις κινητικές διαταραχές ( $\Delta$ ND $\geq$ 5).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

1. α) Στο διαβητικό πληθυσμό υπάρχει συσχέτιση μεταξύ NSS- $\Delta$ ND (r=0,371, p<0,001), β)  $\Delta$ ND-OAD (r=0,621, p<0,01) και γ) NSS-OAD (r=0,157, p<0,01). 2. Ίδια αποτελέσματα βρέθηκαν και στο NG όχι όμως για το τρίτο ζεύγος παραμέτρων. 3.  $\Delta$ ND $\geq$ 4 έχει υψηλή προγνωστική αξία (αρνητική / θετική) για τον εντοπισμό νευροπαθητικών αρρώστων ΘΠΑ= 83%, ΑΠΑ=95%. 4.  $\Delta$ ND $\geq$ 5 έχει ΑΠΑ=91%. Η κλινική εκτίμηση της βαρύτητας της νευροπάθειας ( $\Delta$ ND $\geq$ 8) έχει την υψηλότερη προγνωστική αξία για ασθενείς με εξέλκωση στα κάτω άκρα (ιστορικό) και  $\Delta$ ND $\geq$ 10 (ΘΠΑ=88%) σε σχέση με αυξημένο OAD  $\geq$ 25 (ΘΠΑ=38%) και ουδό αντίληψης πίεσης (ΘΠΑ=63%).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η κλινική εξέταση (αισθητικά και κινητικά σημεία) είναι η πιο αξιόπιστη μέθοδος για εντοπισμό νευροπαθητικών ασθενών παρά η μειωμένη αντίληψη των δονήσεων (μόνο) ή της ασκούμενης πίεσης (μονοϊνίδια).

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΕΝΤΟΠΙΣΜΟ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΞΕΛΚΩΣΕΩΝ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ**

**Χ. Μανές, Ε. Κυρλάκη, Σ. Παπαντωνίου, Σ. Τσοτουλίδης, Κ. Μικούδη,  
Β. Ιωαννίδου, Δ. Σκούτας, Ν. Κεφαλογιάννης**

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη, Διαβητολογικό Κέντρο  
Γ.Π.Ν. «Βενιζέλειο», Ηράκλειο Κρήτης Κέντρο Υγείας Πρίνου Θάσου

Οι ακρωτηριασμοί είναι η πιο σημαντική επιπλοκή για το διαβητικό πληθυσμό. Στην πλειονότητα των περιπτώσεων προηγείται εξέλκωση στα κάτω άκρα όπου το σημαντικότερο ρόλο έχει η νευροπάθεια. Πολλές μέθοδοι έχουν αναπτυχθεί για τον εντοπισμό νευροπαθητικών διαβητικών ασθενών σε εξειδικευμένα ή μη κέντρα παροχής φροντίδας υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Στην παρούσα πολυκεντρική μελέτη αξιολογήθηκε το δερματικό επίθεμα Neuropad, του οποίου το χρώμα παραμένει σταθερό ή αλλάζει μερικώς όταν υπάρχει διαταραχή στην εφίδρωση του κάτω άκρου (σημείο νευροπάθειας).

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 483 διαβητικοί ασθενείς (άρρenes 231) με ηλικία  $64,70 \pm 10,4$  έτη και διάρκεια ΣΔ  $12,33 \pm 8,77$  έτη. Αξιολογήθηκε ο βαθμός νευρικής δυσλειτουργίας με την εκτίμηση των αισθητικών διαταραχών (αφής, ψυχρού, πόνου και δονήσεων) και των διαταραχών του κινητικού νευρώνα (αντανακλαστικά). Προσδιορίστηκε επίσης η ευαισθησία και η ειδικότητα της παραπάνω μεθόδου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

α) Ασθενείς με σταθερότητα ή μερική αλλαγή του χρώματος του επιθέματος αποτέλεσαν την ομάδα Α. Ασθενείς με πλήρη αλλαγή του χρώματος αποτέλεσαν την ομάδα Β. β) Στην ομάδα Α η μέση ηλικία, η διάρκεια ΣΔ και ο ΔΝΔ είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές από την ομάδα Β, δηλαδή ηλικία ( $68,73 \pm 8,59$  προς  $62,52 \pm 10,72$   $p < 0,05$ ), διάρκεια ΣΔ ( $15,10 \pm 9,16$  προς  $10,6 \pm 8,06$   $p < 0,05$ ) και ΔΝΔ ( $5,09 \pm 4,07$  προς  $0,9 \pm 0,32$   $p < 0,05$ ). γ) Η ευαισθησία της μεθόδου ήταν 78% και η ειδικότητα 81%. Η δετική προγνωστική αξία ήταν 89% και η αρνητική προγνωστική αξία 88%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Η χρήση του δερματικού επιθέματος Neuropad είναι μια αξιόλογη και ευαίσθητη μέθοδος για τον εντοπισμό νευροπαθητικών ασθενών σε μη εξειδικευμένα κέντρα παροχής υγείας στην καθημερινή πράξη.

**ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΙΣΤΙΚΩΝ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΩΝ ΜΕ ΕΠΙΘΕΜΑΤΑ ΤΟΠΙΚΗΣ  
ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Κ. Τσιάρα, Δ. Διονυσίου, Α. Μαλακίδου, Μ. Καλτσόγλου,  
Σ. Γελαδάρη, Μ. Ιατροπούλου**

Κλινική Πλαστικής Χειρουργικής ΑΠΘ. Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετήσουμε το ρόλο των επιθεμάτων τοπικής αρνητικής πίεσης (VAC-Vacuum Assisted Closure) στην επούλωση ιστικών ελλειμμάτων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Τον τελευταίο χρόνο 21 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παραπέμφθηκαν στην κλινική μας με έλκη στα κάτω άκρα και στην περιοχή των γλουτών, που δεν είχαν ανταποκριθεί σε ποικίλες θεραπευτικές μεθόδους. Οι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με την εφαρμογή VAC για χρονικό διάστημα 23 ημερών κατά μέσο όρο ανά ασθενή.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το VAC εφαρμόζει ελεγχόμενη αρνητική πίεση σε συγκεκριμένο σημείο, βοηθώντας στην επούλωση των ιστικών ελλειμμάτων και παρέχοντας ένα κλειστό υγρό περιβάλλον. Ασκεί κεντρομόλο μηχανική έλξη στους ιστούς επιταχύνοντας την σύγκλιση του ελλείμματος. Βοηθάει στην απομάκρυνση των διαμέσων υγρών, μειώνοντας τον αριθμό των επιμολύνσεων και επιτρέποντας την αποσυμπίεση των ιστών αλλά και την τόνωση της αιματικής κυκλοφορίας. Παρέχει καλύτερη οξυγόνωση στους ιστούς και αύξηση της εμφάνισης καλής ποιότητας κοκκώδους ιστού. Επίσης δίνει τη δυνατότητα στο νοσηλευτικό προσωπικό να ελέγχει την αύξηση της αρνητικής πίεσης ώστε να ανταποκρίνεται στις ξεχωριστές ανάγκες του κάθε ασθενή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Πιστεύουμε ότι η χρήση του VAC βοηθάει στην μείωση του χρόνου επούλωσης ενός τραύματος, σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Επίσης εκεί όπου η χειρουργική παρέμβαση είναι απαραίτητη, προετοιμάζει το έδαφος των ιστικών ελλειμμάτων μειώνοντας το χειρουργικό χρόνο και κάνοντας την επέμβαση πιο ασφαλή.

**ΡΑΔΙΟΝΟΥΚΛΙΔΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Σ. Γεώργα<sup>1</sup>, Γ. Άρσος<sup>1</sup>, Τ. Διδάγγελος<sup>2</sup>, Ε. Μωραλίδης<sup>1</sup>, Ε. Πάγκαλος<sup>3</sup>,  
Δ. Καραμήτσος<sup>2</sup>, Κ. Καρακατσάνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Εργ. Πυρηνικής Ιατρικής, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Κέντρο ΒΠΠ, Ιατρικό Τμήμα ΑΠΘ, ΓΠΝΘ, Ιπποκράτειο, <sup>3</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΓΠΝΘ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Η κλινική και απεικονιστική διάγνωση της οστεομυελίτιδας (ΟΜ) σε έδαφος αρθροπάθειας Charcot είναι συχνά δύσκολη. Η πρώτη ακτινογραφία (Α/Α) είναι συνήθως αρνητική ή μη-διαγνωστική ΟΜ, ενώ η παρουσία οιδήματος μυελού των οστών τόσο στην ΟΜ όσο και στην οξεία αρθροπάθεια Charcot καθιστά δυσχερή την δ.δ. αυτών με το MRI. Επιπλέον το σπινθηρογράφημα οστών (ΣΟ) τριών φάσεων παρά την υψηλή του ευαισθησία είναι μη ειδικό σε οστό με προϋπάρχουσες δομικές αλλοιώσεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση του ρόλου του σπινθηρογραφήματος με επισημασμένα με <sup>99m</sup>Tc-HMPAO αυτόλογα λευκά αιμοσφαίρια (ΣΛ) στην δ.δ. της ΟΜ από την οξεία αρθροπάθεια Charcot σε διαβητικούς ασθενείς.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 15 διαβητικοί ασθενείς (μέση διάρκεια ΣΔ: 16 έτη) με ακτινολογικά διεγνωσμένη αρθροπάθεια Charcot (σε 3 άμφω) και κλινική υπόνοια ΟΜ στο μέσο/οπίσθιο τριτημόριο του άκρου ποδός. Όλοι υποβλήθηκαν σε Α/Α άκρων ποδών, ΣΟ 3 φάσεων με <sup>99m</sup>Tc-MDP (ΣΟ) και ΣΛ. Σπινθηρογράφημα μυελού των οστών με <sup>99m</sup>Tc-sulfur colloid (ΣΜ) έγινε συμπληρωματικά σε 4 ασθενείς προκειμένου να ερμηνεύσει την παθολογική συγκέντρωση των λευκών αιμοσφαιρίων στο ΣΛ. Κριτήρια ερμηνείας: η διάχυτη ασθενής ή απύσθα συγκέντρωση των λευκών αιμοσφαιρίων στο ΣΛ απέκλειε την ΟΜ, ενώ η συμφωνία ευρημάτων ΣΟ-ΣΛ θεωρούνταν υποδηλωτική ΟΜ. Στην παραπάνω περίπτωση το αρνητικό ΣΜ επιβεβαίωνε την διάγνωση της ΟΜ, ενώ η σύμφωνη κατανομή στα ΣΛ-ΣΜ υποδήλωνε την παρουσία ενεργού μυελού των οστών λόγω ταχέως εξελισσόμενης Charcot. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε με την κλινική, ακτινολογική ή/και σπινθηρογραφική επί δεμηνο παρακολούθηση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τις 18 νευροπαθητικές αρθρώσεις που μελετήθηκαν, ΟΜ διαγνώστηκε σε 4, ενώ στις υπόλοιπες 14 διαπιστώθηκε οξεία αρθροπάθεια Charcot χωρίς συνύπαρξη ΟΜ. Όλες οι αρχικές Α/Α ήταν αρνητικές για ΟΜ. Το ΣΟ ήταν παθολογικό σε όλες τις περιπτώσεις ανεξάρτητα από την παρουσία ΟΜ. Το ΣΛ ήταν αληθώς αρνητικό σε 12/14 περιπτώσεις Charcot χωρίς ΟΜ. Παθολογικό ΣΛ παρατηρήθηκε σε 6 περιπτώσεις: σε 4 διαγνώστηκε ΟΜ, ενώ σε 2 το ΣΜ ανέδειξε την παρουσία ενεργού μυελού λόγω ταχέως εξελισσόμενης Charcot. Η ευαισθησία, εξειδίκευση και ακρίβεια του ΣΛ ήταν 100%, 85,7% και 88,8% αντίστοιχα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

Το ΣΛ συμβάλλει καθοριστικά στην ακριβή διάγνωση της ΟΜ που αναπτύσσεται επί εδάφους αρθροπάθειας Charcot. Το αρνητικό ΣΛ αποκλείει την ΟΜ και είναι η μοναδική εξέταση που απαιτείται στην πλειονότητα των περιπτώσεων. Σε περίπτωση παθολογικού ΣΛ, η συμπληρωματική εκτέλεση ΣΜ βοηθάει στην δ.δ. της ΟΜ από την ταχέως εξελισσόμενη αρθροπάθεια Charcot. Το ΣΟ μπορεί να παραλειφθεί σε ασθενείς με γνωστή αρθροπάθεια Charcot.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΝΔΟΠΡΙΝΗΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΗΣ ΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΗΣ  
ΝΕΥΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΕ ΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ε.Α. Ζάχαρης, Α.Χ. Παππάς<sup>3</sup>, Ε.Γ. Κυρλάκη<sup>3</sup>, Γ. Γρηνάκης<sup>3</sup>,  
Ν.Κ. Κεφαλογιάννης<sup>3</sup>, Σ. Αποστολάκης<sup>3</sup>, Ν.Σ. Καρκαβίτσας<sup>1</sup>, Ε. Γανωτάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, <sup>3</sup>Διαβητολογικό Τμήμα Βενιζέλειου Γεν. Νοσοκομείου Ηρακλείου

**ΣΚΟΠΟΣ**

Συχνά οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.) τύπου 2 παρουσιάζουν διαταραχές στην αδρενεργική νεύρωση του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας. Εξετάσαμε την επίδραση της περινδοπρίλης στις διαταραχές της αδρενεργικής νεύρωσης του μυοκαρδίου ασθενών χωρίς αρτηριακή υπέρταση, με Σ.Δ. τύπου 2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Έλαβαν μέρος 11 ασθενείς (ηλικίας  $63 \pm 8$  ετών, 5 γυναίκες) με Σ.Δ. τύπου 2, χωρίς αρτηριακή υπέρταση, φυσιολογική νεφρική λειτουργία και χωρίς οργανική καρδιοπάθεια. Οι ασθενείς έλαβαν περινδοπρίλη 4 mg/ημέρα για 6 μήνες. Πριν και μετά τη θεραπεία υπεβλήθησαν σε σπινθηρογράφημα μυοκαρδίου με I-123-MIBG. Ελήφθησαν δυσδιάστατες εικόνες 10 min και 4 ώρες καθώς και τομογραφική απεικόνιση 4 ώρες μετά την ενδοφλέβια χορήγηση 5mCi I-123-MIBG. Ο λόγος καρδιάς προς μεσοθωράκιο (Κ/Μ) χρησιμοποιήθηκε για την ποσοτική εκτίμηση της συγκεντρώσεως του I-123-MIBG.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Αρχικά ο λόγος Κ/Μ στα 10 min και στις 4 ώρες ήταν  $1.62 \pm 0.12$  και  $1.60 \pm 0.14$  αντίστοιχα ενώ βελτιώθηκε σημαντικά 6 μήνες μετά τη θεραπεία με περινδοπρίλη ( $1.89 \pm 0.10$  και  $1.8 \pm 0.2$  αντίστοιχα,  $p < 0.05$  και για τα δύο). Όλοι οι ασθενείς παρουσίαζαν σημαντικά ελλείμματα περιοχικής αδρενεργικής νεύρωσης στο κατώτερο και πλάγιο τοίχωμα, 5 ασθενείς παρουσίαζαν ελλείμματα και στο πρόσδιο τοίχωμα ενώ 4 και στο διαφραγματικό. Μετά τη θεραπεία τα ελλείμματα βελτιώθηκαν σημαντικά, κυρίως στο πρόσδιο και διαφραγματικό τοίχωμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η χορήγηση περινδοπρίλης σε ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 χωρίς υπέρταση, οδηγεί σε βελτίωση των διαταραχών της αδρενεργικής νεύρωσης του μυοκαρδίου της αριστερής κοιλίας που παρουσιάζουν αυτοί οι ασθενείς.



**ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ  
ΣΕ ΜΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2  
ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ ΜΕΤΑΤΡΕΠΤΙΚΟΥ  
ΕΝΖΥΜΟΥ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΤΕΝΣΙΝΗΣ**

Ε.Γ. Κυρλάκη<sup>2</sup>, Ε.Α. Ζάχαρης, Α.Χ. Παππάς<sup>2</sup>, Μ. Σφακιανάκη<sup>2</sup>, Ε. Γανωτάκης<sup>1</sup>,  
Ν.Κ. Κεφαλογιάννης<sup>2</sup>, Σ. Αποστολάκης<sup>2</sup>, Π.Ε. Βάρδας

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου, Παθολογική Κλινική

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Διαβητολογικό Τμήμα, Βενιζέλειου Νοσοκομείου

**ΣΚΟΠΟΣ**

Είναι γνωστός ο ρόλος του οξειδωτικού στρες και της φλεγμονής στις καρδιαγγειακές επιπλοκές που παρουσιάζουν οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.). Μελετήσαμε την επίδραση της περινδοπρίλης, ενός αναστολέα του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης II στο οξειδωτικό στρες, την ιντερλευκίνη 6 (IL-6) και στον TNF-α σε μη υπερτασικούς ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήσαμε 24 ασθενείς χωρίς υπέρταση (ηλικίας  $57 \pm 9$  ετών, 12 γυναίκες) με Σ.Δ. τύπου 2, φυσιολογική νεφρική λειτουργία και χωρίς οργανική καρδιοπάθεια. Έλαβαν θεραπεία με 4 mg/ημέρα περινδοπρίλης για 6 μήνες. Πριν και μετά τη θεραπεία με περινδοπρίλη ελήφθησαν δείγματα αίματος για τον προσδιορισμό των επιπέδων των υπεροξειδίων των λιπιδίων, της IL-6 και του TNF-α.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η θεραπεία με περινδοπρίλη οδήγησε σε μια σημαντική μείωση των επιπέδων των υπεροξειδίων των λιπιδίων, της IL-6 και του TNF-α στους ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 (υπεροξειδία των λιπιδίων:  $370 \pm 110$  mol/l, TNF-α:  $3.3 \pm 0.9$  pg/ml, IL-6:  $2.9 \pm 0.9$  pg/ml πριν τη θεραπεία συγκρινόμενα με  $264 \pm 87$  mol/l,  $2.0 \pm 0.71$  pg/ml,  $1.8 \pm 0.8$  pg/ml μετά τη θεραπεία,  $p < 0.05$  για όλα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η θεραπεία με περινδοπρίλη σε μη υπερτασικούς ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 οδηγεί σε σημαντική μείωση των επιπέδων του οξειδωτικού στρες και των κυτοκινών. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με την καρδιοπροστατευτική δράση των αναστολέων του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης II σε σακχαροδιαβητικούς ασθενείς ανεξάρτητα από την επίδραση των φαρμάκων αυτών στην αρτηριακή πίεση. Περισσότερες μελέτες πάνω σε αυτό θα μπορούσαν να επεκτείνουν τις θεραπευτικές ενδείξεις του φαρμάκου σε αυτούς τους ασθενείς.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΙΝΑΠΡΙΛΗΣ ΚΑΙ/Ή ΤΗΣ ΛΟΣΑΡΤΑΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΙΑ 2 ΧΡΟΝΙΑ**

**Τ. Διδάγγελος, Α. Παπαγεωργίου, Μ. Κουκουρικού, Α. Τσαχουρίδης,  
Α. Κακαφίκα, Δ. Καραμήτσος**

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, ΑΠΘ,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί η επίδραση της Κιναπρίλης (Κ, αναστολέας του μετατρεπτικού ενζύμου της αγγειοτενσίνης II) ή της Λοσαρτάνης (Λ, αποκλειστής των υποδοχέων τύπου 1 της αγγειοτενσίνης II) ή του συνδυασμού τους στην εγκατεστημένη Διαβητική Νευροπάθεια του Αυτονόμου Νευρικού Συστήματος (ΔΝΑΝΣ). Η ΔΝΑΝΣ είναι μία από τις κύριες αιτίες αυξημένης θνητότητας.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 62 ασθενείς (34 γυναίκες, 24 με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) τύπου 1, μέσης ηλικίας  $51.7 \pm 13.9$  έτη και μέσης διάρκειας ΣΔ  $17.8 \pm 7.3$  έτη) με ΔΝΑΝΣ για χρονική περίοδο 24 μηνών, οι οποίοι δεν έπασχαν από στεφανιαία νόσο και αρτηριακή υπέρταση. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε τρεις ομάδες Α (n=20), Β (n=22), Γ (n=20) που έπαιρναν αντίστοιχα 20 mg Κ, 100 mg Λ και 20 mg Κ ± 100 mg Λ/24ωρο. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε τέσσερις καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του ΑΝΣ: α) Βαθιάς αναπνοής: μετρήθηκαν οι δείκτες Εκπινοής/Εισπινοής (Ε/Ι), μέσος ανυσματικός δείκτης των κυκλικών μεταβολών των R-R διαστημάτων (Mean Circular Resultant, MCR, ανυσματική ανάλυση) και σταθερή απόκλιση (Standard Deviation, SD), β) δοκιμασία Valsalva (δείκτης Valsalva), γ) δοκιμασία μεταβολής της καρδιακής συχνότητας από την ύπια στην όρθια θέση (δείκτης 30:15) και δ) ορθοστατική υπόταση (ΟΡΘ.ΥΠ.). Όλες οι δοκιμασίες διεξήχθησαν ανά 12μηνο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Όλοι οι ασθενείς είχαν 2 ή και περισσότερες από τις 4 δοκιμασίες παθολογικές. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων όλων των παραμέτρων έγινε με την δοκιμασία ANOVA. \*= $p < 0.05$  έναντι βασικής τιμής (προ).

	<b>Α-προ</b>	<b>Α-μετά</b>	<b>Β-προ</b>	<b>Β-μετά</b>	<b>Γ-προ</b>	<b>Γ-μετά</b>
E/I	1.11±0.06	1.23±0.12*	1.08±0.06	1.15±0.09*	1.08±0.04	1.17±0.10*
MCR	18.1±6.2	38.7±20.5*	14.0±9.0	24.9±16.1*	14.6±9.6	28.1±16.0*
SD	31.1±11.9	56.6±23.0*	27.5±14.0	37.9±18.5*	32.2±15.5	49.4±23.8*
VALSALVA	1.48±0.28	1.56±0.33	1.44±0.26	1.44±0.20	1.43±0.28	1.43±0.22
30:15	1.15±0.12	1.18±0.12	1.10±0.10	1.15±0.13	1.09±0.07	1.14±0.11
ΟΡΘ.ΥΠ.	16.0±11.8	10.4±6.1	14.8±12.7	9.5±8.0	16.1±13.3	12.5±9.6

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι τρεις δείκτες της δοκιμασίας βαθιάς αναπνοής βελτιώθηκαν σημαντικά και στις τρεις ομάδες ασθενών στα δύο χρόνια παρακολούθησης, γεγονός που ερμηνεύεται ως βελτίωση της σχέσης συμπαθητικού-παρασυμπαθητικού. Στους άλλους τρεις δείκτες των δοκιμασιών παρατηρήθηκε μικρή μη-σημαντική βελτίωση. Πιθανόν, να απαιτείται μεγαλύτερος χρόνος χορήγησης αυτών των φαρμακευτικών ουσιών για να παρατηρηθεί περαιτέρω βελτίωση.

## Η ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗ ΑΥΤΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Μ. Κοσμίδου<sup>1</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>1</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Σ. Γιαννόπουλος<sup>3</sup>,  
Ν. Αρτέμης<sup>2</sup>, Δ. Καραμήτσος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Προπ. Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, <sup>2</sup>Β' Νευρολογική κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη, <sup>3</sup>Νευρολογική κλινική, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

Σκοπός της εργασίας ήταν η μελέτη της εγκεφαλικής αυτορρύθμισης (ΕΑΑ) στη διαβητική πολυνευροπάθεια με ή χωρίς συμμετοχή του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ).

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Οι συμμετέχοντες χωρίσθηκαν σε 3 ομάδες: Α. 25 υγιείς μάρτυρες (47.5±12.5 έτη, HbA1c:5.4±0.6 mg/dl, ΣΑΠ: 121±20 mmHg), Β. 25 διαβητικοί που έπασχαν από περιφερική πολυνευροπάθεια (58±8.7 έτη, HbA1c:7.2±0.7 mg/dl, ΣΑΠ: 133±00 mmHg) και Γ. 25 διαβητικοί που έπασχαν από περιφερική πολυνευροπάθεια με επιπλέον συμμετοχή του ΑΝΣ ( 56±9.5 έτη, HbA1c: 7.7±0.7 mg/dl, ΣΑΠ: 135±9.5 mmHg). Η εκτίμηση της ΕΑΑ έγινε με καταγραφή της ταχύτητας ροής της μέσης εγκεφαλικής αρτηρίας (ΜΕΑ) με τη χρήση του διακρανιακού υπερηχογραφήματος (ΤCD), η διάγνωση της πολυνευροπάθειας έγινε βάση των ηλεκτρομυογραφικών ευρημάτων και της προσβολής του ΑΝΣ με τις διαγνωστικές δοκιμασίες των καρδιαγγειακών αντανακλαστικών. Η καταγραφή της ταχύτητας ροής στη ΜΕΑ έγινε με τη χρήση του tilt test στην όρδια θέση (ΜCΑν αρχική), στην κατακεκλιμένη θέση (Μ1), στη θέση Tredeleburg (Μ2) και στη θέση ανέγερσης (ΜCΑν ανέγερσης) με ταυτόχρονη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ) και καρδιακής συχνότητας (ΚΣ).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στατιστικά σημαντική διαφορά καταγράφηκε στο λανθάνοντα χρόνο (ολοκλήρωση της ΕΑΑ), μεταξύ των Α και Β, Γ ομάδων (3.7 vs 3.9 και 4.4 sec, p<0.05 και p<0.05 αντίστοιχα). Στατιστικά σημαντική διαφορά υπήρχε μεταξύ των ομάδων Α και Γ στη Μ1 (14.5 vs 11.5 cm/sec p<0.05), Μ2 (10.9 vs 8 cm/sec, p<0.05) και στη ΜCΑ ανέγερσης (65 vs 58 cm/sec, p<0.05), καθώς και στην ΚΣ (88 vs 94, p<0.05).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη διαβητική νευροπάθεια του ΑΝΣ τα ευρήματα έδειξαν αδυναμία ικανοποιητικής ΕΑΑ στις μεταβολές της ΑΠ. Η βαριά δυσλειτουργία της ΕΑΑ που παρατηρείται στη ΑΔΝ πέραν των συμπτωμάτων της μπορεί να οδηγήσει σε μόνιμες ισχαιμικές βλάβες του εγκεφάλου.

## Η ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΕΡΟΒΙΑ ΑΣΚΗΣΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ν. Καδόγλου<sup>1</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>2</sup>, Ν. Αγγελοπούλου-Σακαντάμη<sup>3</sup>, Μ. Αλεβίζος<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Υπότροφος ιδρύματος «Προποντίς», <sup>2</sup>Πρ. Παθολογική Κλινική ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης, <sup>3</sup>ΤΕΦΑΑ, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Σκοπός της μελέτης ήταν η μελέτη των επιδράσεων ενός προγράμματος συστηματικής άσκησης στο καρδιαγγειακό profile ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ

Συμμετείχαν 54 ασθενείς με ΣΔ2 (23 άνδρες, 31 γυναίκες), μέσης ηλικίας  $60.64 \pm 8.59$  έτη (44 έως 73 έτη) και μέσης διάρκειας διαβήτη  $7.06 \pm 5.2$  έτη. Κατά την έναρξη της μελέτης όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι ( $BMI > 25 \text{ kg/m}^2$ ) με μη ικανοποιητική ρύθμιση σακχάρου ( $HbA1c > 6.7\%$ ) υπό αγωγή με σουλφονουλουργίες ή μεθορμίνη ή συνδυασμό τους. Κανένας από τους ασθενείς δεν έπασχε από καρδιαγγειακή νόσο, ούτε ελάμβανε υπολιπιδαιμική θεραπεία. Η κατάταξη των ασθενών έγινε τυχαία σε 2 ομάδες παρόμοιας σύνδεσης: Α) Ομάδα συστηματικής άσκησης (3 φορές / εβδομάδα, 45 min / session) και Β) ομάδα ελέγχου. Πριν από την έναρξη της μελέτης όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε κλινική εξέταση, βιοχημικό έλεγχο, test κοπώσεως και εργοσπιρομέτρηση. Ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος επαναλήφθηκε μετά 14 εβδομάδες. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Student's t-test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p < 0.05$ .

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μετά το τέλος της μελέτης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου των ασθενών της ομάδας Α συγκριτικά με την ομάδα Β ( $HbA1c$ :  $-0.61 \pm 0.44\%$  έναντι  $0.41 \pm 0.27\%$ ;  $p < 0.001$ ). Γλυκόζη νηστείας:  $-22.6 \pm 12.26 \text{ mgr/dl}$  έναντι  $8.28 \pm 4.67 \text{ mgr/dl}$ ;  $p < 0.001$ ), αντίστοιχα. Επίσης η οργανωμένη άσκηση επέφερε αξιοσημείωτη μείωση της ολικής χοληστερόλης ( $p = 0.012$ ), της LDL ( $p = 0.011$ ), των τριγλυκεριδίων ( $p = 0.009$ ) και της συστολικής αρτηριακής πίεσεως ( $p = 0.01$ ). Τα επίπεδα της hsCRP μειώθηκαν και στις δύο ομάδες, στατιστικά σημαντικά όμως μόνο στην ομάδα Α ( $p = 0.045$ ). Επίσης παρατηρήθηκε σημαντική αύξηση της HDL ( $3.17 \pm 3.21 \text{ mgr/dl}$  έναντι  $-2.44 \pm 6.95 \text{ mgr/dl}$ ;  $p = 0.007$ ) και βελτίωση της αερόβιας ικανότητας ( $VO_2 \text{ max}$ ) των ασκουμένων ασθενών κατά 19% συγκριτικά με την ομάδα Β ( $p < 0.001$ ). Τέλος η διαστολική αρτηριακή πίεση παρουσίασε οριακά σημαντική πτώση ( $p = 0.058$ ) στην ομάδα Α. Ως προς τις υπόλοιπες παραμέτρους δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εφαρμογή προγράμματος συστηματικής άσκησης σε ασθενείς με ΣΔ2 επιφέρει πολυπαραγοντική μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου και βελτίωση της φυσικής ικανότητας των ασθενών.

## CSII ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΔ1

Μ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Κίτσιος<sup>2</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>2</sup>, Ν. Καδόγλου<sup>3</sup>, Ι. Τσιούρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΙΓΠΙΝΘ,

<sup>3</sup>Υπότροφος Ιδρύματος «Προποντίς»

### ΣΚΟΠΟΣ

Η σύγκριση της αντλίας ινσουλίνης με το σχήμα των πολλαπλών ενέσεων σε συνθήκες άσκησης ως προς τον αριθμό των συνολικών υπογλυκαιμιών ανά ημέρα άσκησης και τον αριθμό των νυκτερινών υπογλυκαιμιών ανά ημέρα άσκησης σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 4 άτομα (2 αγόρια και 2 κορίτσια) με ΣΔ1 μέσης ηλικίας  $13,63 \pm 3,04$  έτη, με μέση διάρκεια ΣΔ  $8,88 \pm 4,17$  έτη και μέσο BMI  $19,47 \pm 2,56$  kg/m<sup>2</sup>. Τα ανωτέρω άτομα συμμετείχαν σε δυο διαδοχικά έτη, Αύγουστος 2004 και Αύγουστος 2005, στην ίδια δερινή κατασκήνωση για παιδιά και εφήβους με ΣΔ. Κατά το 2004 βρισκόταν σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων με κρυσταλλική ινσουλίνη προγευματικά και ισοφανική ινσουλίνη ως βασική ινσουλίνη, ενώ κατά το 2005 χρησιμοποιούσαν αντλία ινσουλίνης. Στην κατασκήνωση γινόταν καθημερινά καταγραφή 5 μετρήσεων σακχάρου τριχοειδικού αίματος (προ των κυρίων γευμάτων, προ του ύπνου και τη νύχτα) καθώς και επιπλέον μετρήσεων επί αισθήματος υπογλυκαιμίας. Ως υπογλυκαιμία θεωρήθηκε τιμή γλυκόζης  $<70$  mg/dl. Μετρήθηκε HbA1c τον προηγούμενο και τον επόμενο της κατασκήνωσης μήνα και τα δύο έτη. Καταγράφηκε ο συνολικός αριθμός υπογλυκαιμιών και ο αριθμός νυκτερινών υπογλυκαιμιών για 77 συνολικά ημέρες άσκησης το 2004 και 71 το 2005.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 2004 καταγράφηκαν 93 συνολικά υπογλυκαιμίες, δηλαδή 1,21 υπογλυκαιμίες /ημέρα άσκησης και 19 νυκτερινές υπογλυκαιμίες, δηλαδή 0,25 υπογλυκαιμίες/ημέρα άσκησης. Το 2005 καταγράφηκαν 82 υπογλυκαιμίες, δηλαδή 1,15 υπογλυκαιμίες /ημέρα άσκησης και 18 νυκτερινές υπογλυκαιμίες, δηλαδή 0,25 υπογλυκαιμίες/ημέρα άσκησης. Καμία σοβαρή υπογλυκαιμία δε σημειώθηκε τις δυο χρονιές. Η μέση HbA1c προ της κατασκήνωσης το 2004 ήταν  $8,33 \pm 2,92\%$  έναντι  $7,5 \pm 0,83\%$  το 2005 ( $p=0,51$ ), ενώ μετά την κατασκήνωση ήταν  $7,43 \pm 1,87\%$  και  $7,25 \pm 0,85\%$  αντίστοιχα ( $p=0,84$ ). Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά σε ό,τι αφορά το συνολικό αριθμό υπογλυκαιμιών ( $p=0,38$ ) και τον αριθμό των νυκτερινών υπογλυκαιμιών ( $p=0,99$ ) ανά ημέρα άσκησης μεταξύ αντλίας ινσουλίνης και πολλαπλών ενέσεων.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η χρήση της αντλίας ινσουλίνης σε συνθήκες άσκησης δεν φαίνεται να μειώνει στατιστικά σημαντικά τον συνολικό αριθμό των υπογλυκαιμιών και τον αριθμό των νυκτερινών υπογλυκαιμιών σε σχέση με τις πολλαπλές ενέσεις. Για την εξαγωγή όμως ασφαλέστερων συμπερασμάτων χρειάζεται μεγαλύτερος αριθμός ατόμων και μεγαλύτερη χρονική διάρκεια χρήσης της αντλίας.

## ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΣΔ1

Μ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Κίτσιος<sup>2</sup>, Φ. Κωνσταντινίδου<sup>1</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>2</sup>,  
Ν. Καδόγλου<sup>3</sup>, Ι. Τσιούρης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, <sup>2</sup>Α' Παθολογική Κλινική ΙΓΠΙΝΘ, <sup>3</sup>Υπότροφος Ιδρύματος «Προποντίς»

### ΣΚΟΠΟΣ

Εκτίμηση της χρησιμότητας του συστήματος συνεχούς καταγραφής γλυκόζης στον έλεγχο του γλυκαιμικού προφίλ και στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την θεραπεία σε παιδιά και εφήβους με ΣΔ1.

### ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 21 άτομα με ΣΔ1, (12 κορίτσια και 9 αγόρια), με μέση ηλικία  $12,53 \pm 2,66$  έτη, μέση διάρκεια ΣΔ  $7,4 \pm 2,94$  έτη και μέση HbA1c  $7,53 \pm 1,57\%$ . Τα ανωτέρω άτομα ήταν σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης. Ειδικότερα, 6 άτομα σε κρυσταλλική και ισοφανική ινσουλίνη, 12 άτομα σε ταχείας δράσης ανάλογα και ινσουλίνη glargine και 3 άτομα σε ταχείας δράσης ανάλογα και ισοφανική ινσουλίνη. Τοποθετήθηκε υποδόριο σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης με μέση διάρκεια καταγραφής  $89,86 \pm 24,71$  ώρες / άτομο. Η στάθμιση του συστήματος γινόταν με εισαγωγή σε αυτό 6 τουλάχιστον μετρήσεων σακχάρου με μετρητή το 24ωρο. Με ειδικούς κωδικούς γινόταν εισαγωγή γεγονότων όπως η λήψη γεύματος και η ένεση ινσουλίνης. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων γινόταν μετά την αποσύνδεση του συστήματος με τη βοήθεια λογισμικού. Έγινε καταμέτρηση των παρακάτω γεγονότων: 1) Ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες, συνολικά και νυκτερινές. 2) Μεταγευματικές υπεργλυκαιμικές αιχμές, σάκχαρο  $>180$  mg/dl δύο ώρες μετά το γεύμα. 3) Παρατεταμένες περίοδοι υπεργλυκαιμίας στο μεσοδιάστημα γευμάτων. 4) Μεγάλες διακυμάνσεις στην τιμή γλυκόζης, εναλλαγές υπεργλυκαιμίας-υπογλυκαιμίας. 5) Μη συμμόρφωση σε θεραπευτικές οδηγίες.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

11 παιδιά (52,4%) παρουσίασαν ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες και σε 9 παιδιά (42,9%) οι υπογλυκαιμίες ήταν νυκτερινές. Σε 10 παιδιά (47,6%) παρουσιάστηκαν παρατεταμένες περίοδοι υπεργλυκαιμίας και σε 15 παιδιά (71,4%) μεταγευματική υπεργλυκαιμία. Στο 23,8% των παιδιών καταγράφηκαν μεγάλες διακυμάνσεις στην τιμή γλυκόζης κατά την διάρκεια του 24ώρου, ενώ ένα παρόμοιο ποσοστό ατόμων παρουσίασε μη συμμόρφωση στις θεραπευτικές οδηγίες. Ειδικότερα 3 άτομα παρέλειψαν γευματικό bolus και 2 παρέλειψαν διορθωτικό bolus σε υπεργλυκαιμία που κατέγραψαν με τον μετρητή τους.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η συνεχής υποδόρια καταγραφή γλυκόζης φαίνεται να αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για τη συνολική εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου σε παιδιά και εφήβους με ΣΔ1. Βοηθά στον εντοπισμό σημαντικών για τον έλεγχο του ΣΔ και των επιπλοκών του γεγονότων όπως η μεταγευματική υπεργλυκαιμία, οι ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες, ιδίως οι νυκτερινές και οι μεγάλες ημερήσιες διακυμάνσεις του σακχάρου που δεν απεικονίζονται στην γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Επίσης συμβάλλει στην εκτίμηση του βαθμού συμμόρφωσης του ασθενούς στις οδηγίες του ιατρού. Τέλος μπορεί να αποτελέσει αξιόπιστη βάση για θεραπευτικές παρεμβάσεις.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟ-ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ**

**Τ. Διδάγγελος, Μ. Κουκουρίκου, Ι. Ζωγράφου, Α. Παπαγεωργίου, Ν. Τσίτσιου, Δ. Καραμήτσος, Χ. Ζαμπούλης**

Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, ΑΠΘ,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Θεσσαλονίκης

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) εγκυμοσύνης παρουσιάζεται σε σημαντικό αριθμό κυήσεων και αποτελεί παράγοντα κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. Η έγκαιρη και σωστή εφαρμογή της ινσουλινοθεραπείας (ΙΝΣΘ) δυνατόν να συμβάλει στην μείωση αυτού του κινδύνου.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθούν οι παράγοντες που πιθανόν να συσχετίζονται με την έναρξη ΙΝΣΘ στις γυναίκες με ΣΔ εγκυμοσύνης.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 242 γυναίκες μέσης ηλικίας  $30,78 \pm 5,8$  έτη, με διάρκεια κύησης  $> 38$  εβδομάδων. Η διάγνωση του ΣΔ εγκυμοσύνης τέθηκε μετά από δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με 75 g γλυκόζης per os σύμφωνα με τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Διαβητολογικής Εταιρείας. Η ΙΝΣΘ άρχιζε, όταν η δίαιτα αποτύχανε. Με βάση την ΙΝΣΘ οι ασθενείς χωρίσθηκαν σε δύο ομάδες: Ομάς Α (n=191, χωρίς ΙΝΣΘ), ομάς Β (n= 51, υπό ΙΝΣΘ). Σε όλες τις γυναίκες προσδιορίσθηκαν οι ακόλουθες παράμετροι: Βάρος Σώματος προ της κύησης (ΒΣΠΚ), Βάρος Σώματος κατά την κύηση (ΒΣΚΚ), Δείκτης Μάζας Σώματος κατά την κύηση (ΔΜΣ), HbA1c, Βάρος Νεογνού (BN), εβδομάδα κατά την οποία τέθηκε η διάγνωση του ΣΔ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ομάδα Α διέφερε ως προς την Β στα ακόλουθα: μέση ηλικία  $29,5 \pm 5,6$  έναντι (έν.)  $32,8 \pm 5,1$  ( $p < 0,0001$ ), ΒΣΠΚ  $68,1 \pm 15,7$  έν  $74,9 \pm 16,9$  ( $p = 0,003$ ), ΒΣΚΚ  $77,3 \pm 26,4$  έν.  $83,7 \pm 15,2$  ( $p < 0,05$ ), ΔΜΣ  $30,2 \pm 5,8$  έν.  $31,9 \pm 5,2$  ( $p = 0,012$ ), HbA1c  $4,1 \pm 0,7$  έν.  $4,7 \pm 0,9$  ( $p < 0,0001$ ). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική διαφορά στο BN ( $3,3 \pm 0,9$  έν.  $3,2 \pm 0,5$ ,  $p = 0,137$ ) και στην εβδομάδα διάγνωσης του ΣΔ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ηλικία, το ΒΣΠΚ, το ΒΣΚΚ, ο ΔΜΣ και η HbA1c αποτελούν παράγοντες που συσχετίζονται με την έναρξη της ΙΝΣΘ σε γυναίκες με ΣΔ κύησης. Το BN δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων και πιθανόν να αντανάκλα την επιτυχία της θεραπείας.

## ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ

Π. Ψαρρά, Ι. Βαγγελόπουλος, Β. Ρούντου, Π. Ισαακίδης, Δ. Λύκος, Α. Ταπλίδης

Οφθαλμολογική Κλινική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Νάουσας

### ΣΚΟΠΟΣ

Να μελετηθεί η σχέση της βαρύτητας και της έκτασης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας [Δ.Α] με την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης [HbA1c] στους διαβητικούς ασθενείς.

### ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Η μελέτη έγινε σε 159 διαβητικούς ασθενείς που παρακολουθούνται στο διαβητολογικό και στο οφθαλμολογικό ιατρείο του Γ.Ν της Νάουσας, από τον Οκτώβριο του 2002 ως το Σεπτέμβριο του 2004. Πρόκειται για 68 άντρες και 91 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 67,34 έτη και μέσο όρο διάρκειας του διαβήτη 9,9 έτη. Εξετάσαμε με βυθοσκόπηση τους ασθενείς οι οποίοι χωρίστηκαν με βάση τις τιμές της HbA1c σε τρεις ομάδες. Στην πρώτη ομάδα [ΟΜΑΔΑ 1] συμπεριλάβαμε ασθενείς με HbA1c <7,5%. Στη δεύτερη ομάδα [ΟΜΑΔΑ 2] ασθενείς με 7,5 % < HbA1c <10% στην τρίτη ομάδα [ΟΜΑΔΑ 3] αυτούς με HbA1c >10% και στη συνέχεια μελετήσαμε τα αποτελέσματα της βυθοσκόπησης. Αποκλείσαμε από τη μελέτη μας ασθενείς με μη ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση και ασθενείς με ουραιμία.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ΟΜΑΔΑ 1 το 76,4 % των ασθενών βρέθηκαν χωρίς παθολογικά ευρήματα, 17,9% με ήπια μη παραγωγική Δ.Α [ήπια Μ.Π.Δ.Α] και 5,8% με μέτρια μη παραγωγική Δ.Α [μέτρια Μ.Π.Δ.Α]. Στην ΟΜΑΔΑ 2, 72,7% βρέθηκαν χωρίς παθολογικά ευρήματα, 17,1% με ήπια Μ.Π.Δ.Α, 6,3% με μέτρια Μ.Π.Δ.Α, 5,4% με σοβαρή Μ.Π.Δ.Α και 0,9% με πολύ σοβαρή Μ.Π.Δ.Α. Στην ΟΜΑΔΑ 3 31,4% βρέθηκαν χωρίς παθολογικά ευρήματα, 21,4% με ήπια ΜΠΔΑ, 14,2% με μέτρια ΜΠΔΑ, 14,2% με σοβαρή ΜΠΔΑ, 7,1% με πολύ σοβαρή ΜΠΔΑ και 7,1% με παραγωγική ΔΑ.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ασθενείς με τιμές HbA1c εντός φυσιολογικών ορίων βρέθηκαν σε μεγαλύτερο ποσοστό χωρίς παθολογικά ευρήματα και εμφάνισαν λιγότερο σοβαρές μορφές ΔΑ αντίθετα με εκείνους που οι τιμές HbA1c ήταν υψηλές. ή αμφιβληστροειδοπάθεια, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.



**Η ΕΓΧΥΣΗ ΤΡΙΑΜΚΙΝΟΛΟΝΗΣ ΣΥΝΟΔΕΥΟΜΕΝΗ ΑΠΟ LASER ΦΩΤΟΠΗΞΙΑ  
ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΑΜΕΣΑ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΑ ΤΗΝ ΟΡΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΚΥΣΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ**

Γ. Τριανταφύλλου, Μ. Τροχόπουλος, Ε. Θωΐδου, Κ. Μαλάμος, Κ. Κοραΐδης

Οφθαλμολογική Κλινική Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη της εξέλιξης της όρασης ασθενών με διαβητικό κυστικό οίδημα της ωχράς με μόνη την ενδοϋαλοειδική έγχυση τριαμκινολόνης ή και ταυτόχρονο (στα όρια 3 ημερών) εφαρμογή Laser φωτοπηξίας.

**ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ**

16 ασθενείς της Οφθαλμολογικής Κλινικής με φλουροαγγειογραφικά διαπιστωμένο εμμένον μετά από Laser φωτοπηξία διαβητικό κυστικό οίδημα της ωχράς υποβλήθηκαν σε ενδοϋαλοειδική έγχυση τριαμκινολόνης και ταυτόχρονη (στα όρια 3 ημερών) διενέργεια Laser φωτοπηξίας. Η εκτίμηση της πορείας του οιδήματος έγινε βιομικροσκοπικά και η όραση λαμβανόταν με την καλύτερη οπτική διόρθωση στον μήνα, στο τρίμηνο, και σχετικά μακροπρόθεσμα (μετά 8 έως 18 μήνες). Τα αποτελέσματα συγκρίνονται με αντίστοιχη ομάδα ασθενών χωρίς ταυτόχρονο συμπληρωματικό Laser.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Βελτίωση της όρασης κατά 2 τουλάχιστο γραμμές παρατηρήθηκε στον πρώτο μήνα σε 10 από τους ασθενείς με μόνη της έγχυση και σε 12 από τους ασθενείς με επιπρόσθετο Laser. Το αποτέλεσμα όμως διατηρήθηκε ικανοποιητικά μετά 8 έως 12 μήνες σε 10 ασθενείς της ομάδας του Laser ενώ μόνο σε 4 της ομάδας με μόνη την έγχυση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ενδοϋαλοειδική έγχυση τριαμκινολόνης με ταυτόχρονη διενέργεια Laser φωτοπηξίας σε ασθενείς με διαβητικό κυστικό οίδημα της ωχράς δίνει μικρό άμεσο πλεονέκτημα στην όραση, το ευεργετικό όμως πλεονέκτημα σαφώς διαρκεί στον χρόνο.