

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ)  
ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΑΝ  
ΣΤΟ 21ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ  
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 8-10 Νοεμβρίου 2007**



**ΟΔΟΝΤΟΣΤΟΜΑΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ -2-**

**Α. Ματιάκης, Α. Χατζητόλιος, Τ. Διδάγγελος, Ν. Κασίκη,  
Α. Ρουπακιά, Δ. Καραμήτσος**

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

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της παρούσας ανακοίνωσης είναι η αναφορά οδοντοστοματολογικών ευρημάτων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (Σ.Δ.) τύπου -2-.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ-ΜΕΘΟΔΟΙ**

Έγινε κλινικός ενδοστοματικός έλεγχος 28 ασθενών (12 άνδρες και 16 γυναίκες) ηλικίας από 29 έως 78 έτη. Ειδικότερα η ηλικία των ανδρών κυμαινόταν από 52-78 έτη και των γυναικών από 29-76 έτη. Ο χρόνος που ο Σ.Δ. είχε διαγνωσθεί κυμαινόταν από 1 μήνα έως 40 έτη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ο ενδοστοματικός έλεγχος έδειξε ότι 16 ασθενείς (8 άνδρες και 8 γυναίκες) ήταν ολικά ή μερικά νωδοί. Η συνεκτίμηση της κλινικής εικόνας σε σχέση με τον τρόπο απώλειας των δοντιών (όπως προκύπτει από το ιστορικό) αποδεικνύει ότι όλοι οι ασθενείς, πλην ενός, απώλεσαν τα δόντια τους λόγω περιοδοντίτιδας (ποσοστό 53,57%).

Τρεις ασθενείς (γυναίκες) παρουσίαζαν ξηροστομία και τρεις ασθενείς (γυναίκες) ανέφεραν αίσθημα καύσου του βλεννογόνου του στόματος (στοματοδυνία). Άλλα στοματολογικά ευρήματα αποτελούν η ύπαρξη χρονίου τραυματικού έλκους από οδοντοστοιχία (2 άνδρες και 1 γυναίκα) και ενός ινώματος, εξαιτίας ερεθισμού, του κάτω χείλους. Επίσης από το ιστορικό προκύπτει ότι ένας ασθενής ανέπτυξε καρκίνωμα στο ερυθρό κράσπεδο του κάτω χείλους, το οποίο αντιμετωπίστηκε χειρουργικά.

Θα πρέπει να αναφερθεί ότι 13 ασθενείς έπασχαν ταυτόχρονα από υπέρταση, ευρισκόμενοι υπό φαρμακευτική αγωγή, χωρίς όμως κανείς από αυτούς να εμφανίσει κλινική εικόνα ομαλού λειχήνα του στοματικού βλεννογόνου.

Συμπερασματικά, η περιοδοντίτιδα αποτελεί το προεξάρχον οδοντοστοματολογικό εύρημα διαβητικών ασθενών και τη συχνότερη αιτία απώλειας των δοντιών των ασθενών αυτών.

## ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΜΟΣ ΜΕ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Κ. Ακριτοπούλου<sup>1</sup>, Π. Ακριτόπουλος<sup>2</sup>, Η. Φωτιάδης<sup>2</sup>, Σ. Πατιάκας<sup>1</sup>,  
Ν. Κυριακόπουλος<sup>3</sup>, Κ. Γαβαλά<sup>3</sup>, Π. Καρμπόνης, Ι. Κοντογιάννης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Γουμένισσας,

<sup>2</sup>Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης,

<sup>3</sup>Γενικό Νοσοκομείο Κω

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να υπολογίσουμε τον επιπολασμό της παχυσαρκίας σε ένα δείγμα ενηλίκων της περιοχής μας, καθώς και η διερεύνηση ύπαρξης συσχέτισμού της με το λιπιδαιμικό και το γλυκαιμικό προφίλ των ατόμων αυτών.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη αυτή το δείγμα μας αποτέλεσαν 1.666 άτομα (651 άνδρες 1.015 γυναίκες), τα οποία επισκεφθήκαν το Κ.Υ.-Γ.Ν. Γουμένισσας όπου μετρήσαμε τον Δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index- BMI) και τα κατηγοριοποιήσαμε σε κανονικά, υπέρβαρα και παχύσαρκα. Παράλληλα καταγράφηκαν από τον εργαστηριακό έλεγχο οι τιμές του σακχάρου, των τριγλυκεριδίων και της ολικής χοληστερόλης.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 0,42% (7) έπασχαν από υποδρεψία, 23,96% (399) του δείγματος είχαν κανονικό βάρος, το 43,9% (730) ήταν υπέρβαρα, ενώ το 29,95% (499) ήταν παχύσαρκοι και 1,86% (31) έπασχαν από νοσογόνο παχυσαρκία.

Από την καταγραφή του εργαστηριακού προφίλ του δείγματός μας το 22,44% εμφάνισαν παθολογικές τιμές σακχάρου νηστείας, το 40,33% είχε παθολογικές τιμές τριγλυκεριδίων και το 26,5% παρουσίασε παθολογικές τιμές χοληστερόλης. Οι πιο υψηλοί λιπιδαιμικοί δείκτες εμφανίζονται στις ηλικίες μεταξύ 65-75, όπου το 21,84% εμφανίζει παθολογική περιμέτρο μέσης και το 28,81% (480) είναι υπέρβαροι-παχύσαρκοι.

Τα υπέρβαρα άτομα εμφανίζουν αυξημένες τιμές και στις τρεις εργαστηριακές παραμέτρους (Σακχαρο-Ολική Χοληστερόλη-Τριγλυκερίδια), ενώ στις ηλικίες άνω των 65-75 εμφανίζεται αυξημένο ποσοστό παθολογικού σακχάρου 9,66% (161).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υψηλή συχνότητα υπέρβαρων και παχύσαρκων ανευρίσκεται στις ηλικίες μεταξύ 65 και 75· εμφανίζουν υψηλούς λιπιδαιμικούς δείκτες 12,3%. Το παθολογικό σάκχαρο νηστείας είναι αρκετά υψηλό στις ηλικίες 65-75 και στους υπέρβαρους.

Στην περιοχή μας, αν και είναι αγροτική κατά βάση, βλέπουμε πως τα ποσοστά της παχυσαρκίας είναι αρκετά υψηλά.

## ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΤΟΝ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΟΥ ΠΑΛΙΟΥΡΙΟΥ ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

Α. Τριανταφύλλου<sup>1</sup>, Σ. Δούμα<sup>1</sup>, Κ. Πετίδης<sup>1</sup>, Σ. Τσοτουλίδης<sup>2</sup>, Α. Τσακουρίδη<sup>2</sup>,  
Γ. Μηντζιώρη<sup>3</sup>, Χ. Σαμπάνης<sup>1</sup>, Χ. Ζαμπούλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Γ.Ν. «Ιπποκράτειο» Θεσσαλονίκης, <sup>2</sup>Κ.Υ. Κασσανδρείας,  
<sup>3</sup>Εργαστήριο Υγιεινής και Κοινωνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί ο επιπολασμός, η θεραπεία και ο έλεγχος του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) στον ηλικιωμένο πληθυσμό, άνω των 65 ετών, του χωριού Παλιουρίου της Χαλκιδικής.

### ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ

Πρόκειται για μια τοπική επιδημιολογική μελέτη κατά την οποία εξετάστηκαν 127 από τα 191 άτομα του πληθυσμού, άνω των 65 ετών (συμμετοχή 67%). Για τον ορισμό του μεταβολικού συνδρόμου χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του NCEP (National Cholesterol Education Program) -ATP III. Ο επιπολασμός εκτιμήθηκε συμπληρωματικά και με τα νέα κριτήρια του IDF (International Diabetes Federation).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 127 άτομα που εξετάστηκαν τα 67 (52,8%) ήταν άνδρες και τα 60 (47,2%) γυναίκες, μέσης ηλικίας 73,46±5,07 έτη (εύρος 65 έως 87). Ο επιπολασμός του ΜΣ ήταν 56,7% (46,3% των αντρών και 68,3% των γυναικών,  $p<0,05$ ) σύμφωνα με τα κριτήρια του NCEP και 65,4% (58,2% των αντρών και 73,3% των γυναικών,  $p=0,109$ ) σύμφωνα με τον IDF. Το 36,1% είχε τρεις παράγοντες κινδύνου, το 43,1% τέσσερις και το 20,8% πέντε.

Τα ποσοστά επίγνωσης, θεραπείας και ελέγχου των παραγόντων κινδύνου στους ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Επιπολασμός, επίγνωση, θεραπεία και έλεγχος του συστατικών του ΜΣ σύμφωνα με τον ορισμό του NCEP.

	Επίγνωση	Θεραπεία	Έλεγχος
Αυξημένα τριγλυκερίδια %	44,7	57,4	34
Χαμηλή HDL %	37,7	50,9	34
Αυξημένη γλυκόζη %	50	42	2
Αρτηριακή υπέρταση %	86,8	91,2	8,8

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επιπολασμός του ΜΣ είναι ιδιαίτερα υψηλός στον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Η επίγνωση και η θεραπεία των παραγόντων κινδύνου (εκτός από την αρτηριακή υπέρταση) καθώς και το ποσοστό ελέγχου των παραγόντων κινδύνου που συνιστούν το ΜΣ είναι σημαντικά χαμηλά, απαιτώντας την επαγρύπνηση των υπηρεσιών υγείας για την πρόληψη και την ορθή αντιμετώπισή του.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ – ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ**

**Μ. Βλαχοπούλου, Γ. Χατζής, Β. Μαυροματίδης, Ι. Καραφώλας,  
Γ. Λακασάς, Θ. Βοσνακίδης**

Β' Παθολογικό Τμήμα – Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Αγ. Δημήτριος»

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Η συνύπαρξη πολλαπλών και αλληλοσχετιζόμενων μεταβολικών διαταραχών, με κοινό υποκείμενο παθοφυσιολογικό μηχανισμό την αντίσταση των περιφερικών ιστών στη δράση της ινσουλίνης ορίζεται ως μεταβολικό σύνδρομο.

Η σημασία ύπαρξης του συνδρόμου έγκειται στον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης πρώιμων καρδιαγγειακών συμβαμάτων.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μεταβολικού συνδρόμου και ρύθμισης σακχαρώδη διαβήτη.

### **ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ**

Μελετήθηκε δείγμα 300 ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται από το εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του τμήματος.

Ο μ.ο ηλικίας ήταν 66,3 έτη με μέση διάρκεια διαβήτη τα 10,57 έτη και BMI 30,2 Kg/m<sup>2</sup> κατά μέσο όρο. Κυριαρχεί ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2<sup>α</sup> σε ποσοστό 61,3%, ενώ στο ατομικό αναμνηστικό των ασθενών επικρατούσα εμφανίζεται η αρτηριακή υπέρταση (59,3%) και η δυσλιπιδαιμία (~ 33%). Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε δυο ομάδες με κριτήριο την ικανοποίηση τριών τουλάχιστον εκ των κριτηρίων διάγνωσης του μεταβολικού συνδρόμου κατά NCEP/ATP III. Μελετήθηκε η διακύμανση της γλυκαιμικής ρύθμισης στις δυο ομάδες κατά τη διάρκεια των επισκέψεων των ασθενών στο Ε.Δ.Ι. και τα συγκεντρωθέντα στοιχεία ετέθησαν σε επεξεργασία με το στατιστικό πακέτο SPSS 14.0.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Τα κριτήρια του μεταβολικού συνδρόμου πληρούν 47 ασθενείς με μέσο BMI 31,6 Kg/m<sup>2</sup>. Η μέση τιμή HbA<sub>1c</sub> στους ασθενείς αυτούς εμφανίζεται στο 7,67%, ενώ στους υπολοίπους ελαφρώς χαμηλότερη (7,58%). Διαπιστώνεται αυξημένος επιπολασμός καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην ομάδα του μεταβολικού συνδρόμου συγκρινόμενη με τους λοιπούς διαβητικούς (21,4%-14,2%).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ**

- Το μεταβολικό σύνδρομο δεν επηρεάζει ιδιαίτερα τη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.
- Η εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου είναι στατιστικά συχνότερη σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο.

## ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ

Λ. Μαραντίδης<sup>1</sup>, Α. Πήττας<sup>2</sup>, Ζ. Σέκερη<sup>3</sup>, Θ. Γεωργίου<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Π.Ι. Κονταριώτισσας – Κ.Υ. Λιτοχώρου – Γ.Ν. Κατερίνης

<sup>2</sup>Π.Ι. Αδένδρου – Κ.Υ. Χαλάστρας – Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

<sup>3</sup>Κ.Υ. Λιτοχώρου – Γ.Ν. Κατερίνης, <sup>4</sup>Κ.Υ. Χαλάστρας – Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Δημήτριος»

### ΣΚΟΠΟΣ

Η διερεύνηση της ύπαρξης διαφορών σε κλινικοεργαστηριακές παραμέτρους που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο σε ασθενείς με ΣΔτ2 ανάλογα με την ηλικία έναρξης της νόσου.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 317 ασθενείς (115 άνδρες και 202 γυναίκες) ηλικίας 24-86 ετών (μέση ηλικία 55,6 έτη) που παρακολουθούνται σε τακτική τριμηνιαία βάση από 12/2003 ως 5/2007 σε δύο περιφερειακά ιατρεία (138 ασθενείς στο Π.Ι.Α. και 179 ασθενείς στο Π.Ι.Κ.). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 2 ομάδες με βάση την ηλικία διάγνωσης της νόσου. Στην πρώτη ομάδα είχαμε 128 ασθενείς που διαγνώστηκαν σε ηλικία κάτω των 50 (με μέση ηλικία διάγνωσης τα 44,8 έτη) και στη δεύτερη ομάδα 189 ασθενείς που διαγνώστηκαν μετά τα 50 (με μέση ηλικία διάγνωσης 62,9). Στους ασθενείς εξετάστηκαν οι αρχικές τιμές του λιπιδαιμικού τους προφίλ (ολική χοληστερόλη, HDL, τριγλυκερίδια, LDL), της αρτηριακής πίεσης (συστολική και διαστολική), του ΒΜΙ και οι καπνιστικές τους συνήθειες.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Καταγράφηκαν τα εξής αποτελέσματα:

	1 <sup>η</sup> ΟΜΑΔΑ (<50 ετών) 128 ασθενείς	2 <sup>η</sup> ΟΜΑΔΑ (>50 ετών) 189 ασθενείς
ΜΕΣΗ ΗΛΙΚΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ	44,8 έτη	62,9 έτη
ΟΛΙΚΗ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	197 mg/dl	189 mg/dl
HDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	41 mg/dl	45 mg/dl
ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΑ	234 mg/dl	188 mg/dl
LDL ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ	109 mg/dl	107 mg/dl
ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ Α.Π.	129 mmHg	135 mmHg
ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ Α.Π.	81 mmHg	82 mmHg
BMI	30,4	28,0
ΚΑΠΝΙΣΜΑ	13,6 τσιγάρα/άτομο/ημέρα	4,9 τσιγάρα/άτομο/ημέρα

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΣΔτ2 που εκδηλώνουν τη νόσο σε μικρότερη ηλικία φαίνεται να παρουσιάζουν χειρότερο λιπιδαιμικό προφίλ, είναι περισσότερο παχύσαρκοι και καπνίζουν πολύ περισσότερο από τους ασθενείς που εκδηλώνουν τη νόσο σε μεγαλύτερη ηλικία. Ως εκ τούτου και δεδομένης της μακρότερης χρονικής διάρκειας που αναμένεται σ' αυτούς τους ασθενείς να διαδράμει η νόσος, επιβάλλεται μια πιο επιθετική θεραπευτικά προσέγγισή τους με σκοπό την κάμψη των δυσμενέστερων παραμέτρων που αναφέρθηκαν και συνεπώς τη μείωση του αυξημένου καρδιαγγειακού τους κινδύνου.

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΘΗΡΩΜΑΤΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΘΕΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΑΝΟΧΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΥΛΟ

Σ. Πατιάκας<sup>1</sup>, Αιμ. Σάτσογλου<sup>2</sup>, Χ. Χαράλαμπος<sup>3</sup>, Κ. Ακριτοπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Γουμένισσας, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Γουμένισσας

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

### ΣΚΟΠΟΣ

Να καταγραφούν οι παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης σε ασθενών με αυξημένο σάκχαρο νηστείας και κατόπιν δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης (ΔΑΓ).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 2.152 άτομα που παρουσίασαν στο βιοχημικό έλεγχο στο Μικροβιολογικό Εργαστήριο, τιμή σακχάρου νηστείας >100 mg/dl. Από αυτούς 412 ήταν γνωστοί διαβητικοί ασθενείς και αποκλείστηκαν από τη μελέτη, ενώ από τους υπόλοιπους ευρέθησαν 398 άτομα (ποσοστό 18,5%), που παρουσίασαν τιμές σακχάρου μεταξύ 100 και 126 mg/dl. Σε όλους προτάθηκε να υποβληθούν σε ΔΑΓ, τελικά όμως, ανταποκρίθηκαν μόνον 195 άτομα (εδόθησαν 75 gr γλυκόζης και μετρήθηκε η τιμή του σακχάρου μετά από παρέλευση 2ώρου). Επρόκειτο για 89 άνδρες και 106 γυναίκες, με μέση ηλικία 62,11±12,4 και 61,6±11,8 έτη αντίστοιχα. Σε όλους πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση, ελήφθη λεπτομερές ατομικό και οικογενειακό ιστορικό ως προς τους παράγοντες κινδύνου για αθηρωμάτωση και έγινε πλήρης εργαστηριακός έλεγχος. Προηγουμένως υπολογίστηκε η περίμετρος μέσης και ο BMI. Η στατιστική μελέτη έγινε με Excel και βασίστηκε στο πρόγραμμα Primer.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Σάκχαρο νηστείας	Σάκχαρο ΔΑΓ	Περίμετρος μέσης	BMI
Άνδρες	104,7±9,8	165,7±37,2	104,6±9,2	31,2±4,3
Γυναίκες	110,8±6,4	170,0±46,3	98,1±10,6	32,9±7,1

Εξάλλου, όσον αφορά το κάπνισμα, την ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, υπερλιπιδαιμίας, παχυσαρκίας, αλλά και το θετικό ιστορικό (ατομικό και οικογενειακό) ως προς τους παράγοντες κινδύνου αθηρωμάτωσης, προέκυψαν οι εξής αναλογίες:

	Κάπνισμα	A.Y.	Θετ. ατομ. ιστορικό	Θετ. οικογ. ιστορικό	Υπερλιπιδαιμία	Παχυσαρκία
Άνδρες	41,3%	42,3%	18,6%	32,5%	53,3%	26%
Γυναίκες	17,1%	51,4%	9,8%	38,3%	61,7%	31%

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Και τα δύο φύλα παρουσιάζουν σε σημαντικό ποσοστό αυξημένα επίπεδα σακχάρου μετά από ΔΑΓ. Οι γυναίκες υπερτερούν των ανδρών παρουσιάζοντας αυξημένα ποσοστά υπερλιπιδαιμίας, παχυσαρκίας, αρτηριακής υπέρτασης και θετικού οικογενειακού ιστορικού. Οι άνδρες, όμως, έχουν αυξημένη περίμετρο μέσης και καπνίζουν περισσότερο. Οι γυναίκες, τέλος, εμφανίζουν αυξημένο BMI καθώς και μεγαλύτερο επίπεδο σακχάρου νηστείας. Σε κάθε περίπτωση ο κίνδυνος αθηρωμάτωσης και για τα δύο φύλα είναι ιδιαίτερα υψηλός.



## **ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ**

**Χ.Β. Μανωλάκη<sup>1</sup>, Α.Π. Μπίτζιος<sup>2</sup>, Χ. Γουδαμάνης<sup>1</sup>, Ρ.-Α.Σ. Γιαννάκος, Χ.Β. Δημοπούλου, Ν.Β. Μανωλάκης, Ι.Γ. Οδεΐτη**

<sup>1</sup>Κ.Υ. Ροδολίβους Σερρών, <sup>2</sup>Κ.Υ. Στρυμονικού Σερρών

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας σε διαβητικά άτομα είναι οι αγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, είτε ως μακρο- είτε ως μικροαγγειοπάθεια. Η φαρμακευτική παρέμβαση αποσκοπεί τόσο στην πρωτογενή όσο και στη δευτερογενή πρόληψη αυτών των επιπλοκών. Η παρακάτω μελέτη πραγματοποιήθηκε προκειμένου να καταγράψει το ποσοστό των διαβητικών που λαμβάνουν αντιαιμοπεταλιακή αγωγή με απώτερο στόχο να την λάβουν όλοι οι διαβητικοί.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Γι' αυτόν τον σκοπό μελετήθηκε ένα τυχαίο δείγμα διαβητικών που προσήλθε σε ένα από τα παθολογικά ιατρεία για συνταγογράφηση ή για παρακολούθηση στα πλαίσια του τακτικού ελέγχου το τελευταίο εξάμηνο. Συνολικά προσήλθαν 514 άτομα (385 γυναίκες και 129 άνδρες), με μέσο όρο ηλικίας  $64,56 \pm 12,75$  έτη και μέση διάρκεια διαβήτη  $8,62 \pm 3,9$  έτη. Η παρακολούθησή τους πραγματοποιούνταν σε διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου, στα αγροτικά ιατρεία ή στο κέντρο υγείας.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τα άτομα αυτά ελάμβαναν κάποιον αντιαιμοπεταλιακό παράγοντα 75, δηλαδή 14,6% (50 άνδρες και 25 γυναίκες, αντίστοιχα 38,75% των ανδρών και 4,86 των γυναικών). Και αν ληφθεί υπόψη ότι μέσα στα άτομα που λάμβαναν την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή ήταν και αυτά με εγκατεστημένη στεφανιαία νόσο, καταλαβαίνουμε πως τα ποσοστά είναι ανησυχητικά χαμηλά.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ανάγκη παρέμβασης στη φαρμακευτική αγωγή των διαβητικών ατόμων προκειμένου να καρπωθούν τα οφέλη της αντιαιμοπεταλιακής αγωγής είναι επιτακτική, ιδιαίτερα στην επαρχία όπου η δυσκολία προσέγγισης των διαβητικών είναι μεγαλύτερη. Ο γιατρός στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας πρέπει να είναι γνώστης των παραπάνω και αυτό διότι ένας σημαντικός αριθμός αυτών των ατόμων, επισκέπτεται καθημερινά το ιατρείο του.

## ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Χ.Β. Μανωλάκη<sup>1</sup>, Α.Π. Μπίτζιος<sup>2</sup>, Ν.Β. Μανωλάκης, Ρ.-Α.Σ. Γιαννάκος,  
Χ.Β. Δημοπούλου, Ι.Γ. Οθείτη

<sup>1</sup>Κ.Υ. Ροδολίβους Σερρών, <sup>2</sup>Κ.Υ. Στρυμονικού Σερρών

### ΣΚΟΠΟΣ

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

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 100 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2, 65 γυναίκες και 35 άνδρες. Σε υπογλυκαιμικά δισκία ήταν 80 άτομα (50 γυναίκες και 30 άνδρες), ενώ σε ινσουλίνη 20 άτομα (15 γυναίκες και 5 άνδρες). Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 68,7±9,86 και η μέση διάρκεια διαβήτη 10±4,56 έτη. Ρωτήθηκε το διατροφικό ιστορικό, σημειώθηκαν οι παραλείψεις επιμέρους γευμάτων, εντοπίστηκαν επεισόδια υπογλυκαιμικά από τις αναγραφόμενες τιμές σακχάρου στις μετρήσεις του τελευταίου μήνα καθώς και από αναφερόμενη συμπτωματολογία του διαβητικού. Τιμή γλυκόζης 60 mg/dl ή λιγότερο θεωρήθηκε υπογλυκαιμία.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Όλοι οι ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς (20) και 40 από εκείνους που ήταν σε υπογλυκαιμικά δισκία (60%), είχαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπογλυκαιμίας τον τελευταίο μήνα. Καταγράφηκαν συνολικά 240 επεισόδια σε διάστημα 4 εβδομάδων, η ελάχιστη τιμή γλυκόζης ήταν 48,5±6,5. Συνηθέστερες ώρες που παρατηρήθηκαν τα επεισόδια ήταν 19.00, 12 μεσάνυχτα και 06.00 πρωί. Ασυμπτωματικά επεισόδια ήταν το 25% αυτών, με τιμές κάτω των 48 mg/dl σε 5% από αυτά. Κύρια αιτία ήταν η παράλειψη των ενδιάμεσων γευμάτων και λιγότερο η αυξημένη άσκηση, η δίαιτα κ.ά.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

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

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΡΟΣΛΗΨΗ Na ΣΕ ΘΗΛΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟ  
ΜΕ Ή ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

**Α. Αποστόλου, Α. Ραγιόγλου, Θ. Γκαϊδατζή, Θ. Γουμενάκη,  
Δ. Καραγιάννη, Χ. Μανές**

Τμήμα Διατροφής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Διαβητολογικό Κέντρο,  
Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Επιστημονικές εταιρείες και διεθνείς οργανισμοί συνιστούν μειωμένη πρόσληψη άλατος μέσω της συνήθους διατροφής για την πρόσληψη και αντιμετώπιση της υπέρτασης. Στην παρούσα μελέτη μελετήθηκαν οι ημερήσιες διατροφικές συνήθειες σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη και σε αντίστοιχη ομάδα ελέγχου με έμφαση στην πρόσληψη Na και συγκρίθηκε η διατροφική πρόσληψη Na με τη συνιστώμενη από τις διεθνείς οδηγίες (2.400 mg).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Ομάδα Α: Θήλεις ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Μελετήθηκαν τα ημερήσια διατολόγια 34 ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (n=30) και τύπου 1 (n=4) και μέση ηλικία 49,17±12 έτη. Ομάδα Β: Θήλεις χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη (n=30) αντίστοιχης ηλικίας 48±12 έτη. Η ανάλυση των διατολογίων τους έγινε με πρόγραμμα Food Processor.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

α) Η μέση πρόσληψη (διατροφική) Na στην ομάδα Α ήταν 1.982,93±1.504 mg/ημέρα, β) η αντίστοιχη ομάδα ελέγχου έπαιρνε 2.518,63±1.177 mg/ημέρα (χωρίς σημαντική διαφορά)  $p>0,05$ , γ) η μέση διατροφική πρόσληψη Na βρέθηκε μειωμένη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με τη συνιστώμενη πρόσληψη από τις επιστημονικές οδηγίες (2.400 mg), ενώ αντίστοιχα ήταν αυξημένη στην ομάδα ελέγχου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Γυναίκες ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 και 1 προσλαμβάνουν με τη διατροφή μικρότερες ποσότητες Na από τις ανώτερες επιτρεπόμενες και από τις γυναίκες χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη. Αντίθετα γυναίκες μη διαβητικές εμφανίζουν αυξημένη διατροφική πρόσληψη Na.

**ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΠΡΟΣΛΗΨΗ Ca ΚΑΙ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΘΗΛΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ  
ΚΑΙ ΜΗ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**

Α. Αποστόλου, Π. Μπουμπού, Φ. Καραλάκη, Δ. Καραγιάννη, Χ. Μανές  
Τμήμα Διατροφής Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Διαβητολογικό Κέντρο,  
Γ.Π.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Οι διεθνείς συστάσεις υπαγορεύουν πρόσληψη συγκεκριμένης ποσότητας Ca στο διαβητικό και μη πληθυσμό για τη μείωση της μελλοντικής εμφάνισης οστεοπόρωσης. Στην παρούσα μελέτη προσδιορίσθηκε η ημερήσια διατροφική πρόσληψη σε γυναίκες ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 ή 1 και σε αντίστοιχο πληθυσμό από την άποψη ηλικίας και φύλου μη διαβητικών ατόμων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Περιελήφθησαν στη μελέτη 34 γυναίκες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (n=30) και τύπου 1 (n=4) με μέση ηλικία 49,17±12 έτη (ομάδα Α). Ως ομάδα ελέγχου μελετήθηκαν 30 γυναίκες επίσης με αντίστοιχη ηλικία (49,54±11,35 έτη). Η ανάλυση της ημερήσιας διατροφικής πρόσληψης Ca και βιταμίνης D έγινε με το πρόγραμμα Food Processor.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

α) Πρόσληψη Ca: Στην ομάδα Α η ημερήσια διατροφική πρόσληψη Ca υπολογίσθηκε 911,12±504 mg, ενώ στην ομάδα Β ήταν 897,17±417,83 mg (p>0,05), β) Πρόσληψη βιταμίνης D (ημερήσια): Στην ομάδα Α ήταν 3,26±3 mcg, ενώ στην ομάδα Β ήταν μεγαλύτερη 6±1 mcg χωρίς όμως στατιστικά σημαντική διαφορά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ημερήσια πρόσληψη Ca και βιταμίνης D είναι σαφώς μειωμένη σε σχέση με τις συστάσεις των διεθνών επιστημονικών εταιρειών σε γυναίκες ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και 1 ή χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Η ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ PER OS ΜΕΙΩΝΕΙ  
ΤΟ ΕΝΔΟΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟ ΑΣΒΕΣΤΙΟ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑ  
ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ  
ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Μ.Ι. Ποικιλίδου<sup>1</sup>, Χ.Δ. Μπεφάνη<sup>2</sup>, Π.Α. Σαραφίδης<sup>1</sup>, Γ.Γ. Κολιάκος<sup>2</sup>,  
Ι.Μ. Τζιόλας<sup>1</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>1</sup>, Ι.Γ. Γιώβος<sup>1</sup>, Α.Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Τα αυξημένα επίπεδα ενδοκυττάριου ασβεστίου ( $Ca^{2+}$ ) πιστεύεται ότι μειώνουν τη φυσιολογική απάντηση των κυττάρων στην ινσουλίνη και προωθούν την αντίσταση στην ινσουλίνη. Επίσης, η υπερινσουλιναιμία μειώνει την εκροή του  $Ca^{2+}$  και αυξάνει τη συγκέντρωσή του στα κύτταρα. Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η πιθανή επίδραση της συμπληρωματικής χορήγησης  $Ca^{2+}$  per os στην ενδοαίμοπεταλιακή συγκέντρωση  $Ca^{2+}$  και την ευαισθησία στην ινσουλίνη (ΕΙ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και ιδιοπαθή υπέρταση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Τριάντα ένας ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με γλιβενκλαμίδα και υπέρταση αποτέλεσαν τον πληθυσμό της μελέτης. Αρχικά οι ασθενείς έλαβαν δίαιτα χαμηλή σε ασβέστιο για 4 εβδομάδες, και στη συνέχεια τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε 1.500mg  $Ca^{2+}$  ημερησίως (n=15) είτε τίποτα (n=16) για 8 εβδομάδες. Στην αρχή και στο τέλος των 8 εβδομάδων εκτιμήθηκαν η ενδοαίμοπεταλιακή συγκέντρωση  $Ca^{2+}$  ( $iCa^{2+}$ ) με τη χρήση φθορίζουσας ουσίας (fura-2) και η ΕΙ (ευγλυκαιμικό υπερινσουλιναιμικό clamp). Για κάθε ασθενή υπολογίστηκαν οι διαφορές στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης στην  $iCa^{2+}$  και στην ΕΙ ( $\Delta iCa^{2+}$ ,  $\Delta M$ -value). Χρησιμοποιήθηκε το t-test για τη σύγκριση των τιμών στην αρχή και στο τέλος της μελέτης και η απλή γραμμική παλινδρόμηση για τη συσχέτιση της  $\Delta iCa^{2+}$  με τη  $\Delta M$ -value.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν  $59,0 \pm 7,8$  (mean $\pm$ sd) έτη. Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, η ομάδα που έλαβε το  $Ca^{2+}$  παρουσίασε αύξηση σε όλους τους δείκτες ΕΙ του clamp στο τέλος της μελέτης (M-value από  $2,51 \pm 0,94$  σε  $2,83 \pm 0,94$  mmol  $\times$  min<sup>-1</sup>  $P < 0,05$ , M/I από  $1,68 \pm 0,66$  σε  $2,04 \pm 0,81$  mmol  $\times$  min<sup>-1</sup>  $\times$  nmol \* L  $P < 0,01$  και MCR από  $0,48 \pm 0,18$  σε  $0,56 \pm 0,19$  ml \* min<sup>-1</sup>  $\times$  kg<sup>-1</sup>  $P < 0,01$ ). Επίσης, σημαντική μείωση της συγκέντρωσης του  $iCa^{2+}$  παρατηρήθηκε στην ομάδα παρέμβασης ( $125,0 \pm 24,7$  σε  $80,4 \pm 10,6$  nmol  $\times$  L<sup>-1</sup>). Τέλος στον συνολικό πληθυσμό η  $\Delta M$ -value παρουσίασε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την  $\Delta iCa^{2+}$  ( $\beta = -0,361$ ,  $P < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η μείωση της  $iCa^{2+}$  στα κύτταρα στόχου της ινσουλίνης μπορεί να αυξήσει την απάντηση στην ινσουλίνη και την ΕΙ ανάλογα. Ο ακριβής μηχανισμός με τον οποίο η μείωση της  $iCa^{2+}$  επηρεάζει την ΕΙ χρήζει περαιτέρω διερεύνησης.

**Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΕΝΔΟΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΟΥ ΜΑΓΝΗΣΙΟΥ ΜΕΤΑ  
ΑΠΟ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ ΡΕΡ ΟΣ ΚΑΙ Η ΜΕΤΑΒΟΛΗ  
ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΠΕΡΤΑΣΗ  
ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Μ. Ποικιλίδου<sup>1</sup>, Χ.Δ. Μπεφάνη<sup>2</sup>, Γ.Γ. Κολιάκος<sup>2</sup>, Ι.Μ. Τζιόλας<sup>1</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>1</sup>,  
Ι.Γ. Γιώβος<sup>1</sup>, Αικ. Μιχαλάκη<sup>1</sup>, Α.Ν. Λαζαρίδης<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Τμήμα Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

### ΣΚΟΠΟΣ

Μελέτες έχουν δείξει μία αμφίδρομη σχέση μεταξύ της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (ΕΙ) και των επιπέδων του μαγνησίου του οργανισμού. Ένας πιθανός μηχανισμός με τον οποίο οι μεταβολές στο μαγνήσιο επηρεάζουν την ΕΙ είναι μέσω μεταβολών του ενδοκυττάριου ασβεστίου. Ο σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμήσει τη σχέση της μεταβολής του ενδοαίμοπεταλιακού μαγνησίου ( $\Delta iMg^{2+}$ ) με τις διαφορές της ΕΙ ( $\Delta M$ -value) μετά από συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και υπέρταση.

### ΑΤΟΜΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν τριάντα ένας ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με γλιβενκλαμίδη και υπέρταση. Αρχικά οι ασθενείς έλαβαν δίαιτα χαμηλή σε ασβέστιο για 4 εβδομάδες και στη συνέχεια τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε 1.500 mg  $Ca^{2+}$  ημερησίως (n=15) είτε τίποτα (n=16) για 8 εβδομάδες. Στην αρχή και στο τέλος των 8 εβδομάδων εκτιμήθηκαν η ενδοαίμοπεταλιακή συγκέντρωση  $Ca^{2+}$  ( $iCa^{2+}$ ) και μαγνησίου ( $iMg^{2+}$ ) με τη χρήση φθοριζουσών ουσιών (fura-2 και mag-fura-2) και η ΕΙ (ευγλυκαιμικό υπερινσουλιναιμικό clamp). Για όλους τους ασθενείς υπολογίστηκαν οι διαφορές στην αρχή και στο τέλος της παρακολούθησης, της  $iCa^{2+}$ , της  $iMg^{2+}$  και της ΕΙ ( $\Delta iCa^{2+}$ ,  $\Delta iMg^{2+}$ ,  $\Delta M$ -value). Χρησιμοποιήθηκε η ANCOVA (analysis of covariance) για τη σύγκριση μεταξύ των διαφορών των παραμέτρων στην ομάδα παρέμβασης και στην ομάδα ελέγχου μετά από διόρθωση για τις αρχικές τιμές. Χρησιμοποιήθηκε επίσης η γραμμική παλινδρόμηση για να καθοριστεί εάν οι  $\Delta iMg^{2+}$  και  $\Delta iCa^{2+}$  συσχετίζονται με τη  $\Delta M$ -value.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία του πληθυσμού ήταν  $59,0 \pm 7,8$  (mean $\pm$ sd) έτη. Στο τέλος της μελέτης τα επίπεδα του μαγνησίου ήταν σημαντικά αυξημένα μετά τη χορήγηση ασβεστίου στην ομάδα παρέμβασης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου ακόμη και μετά από διόρθωση για τις αρχικές τιμές ( $736,1 \pm 92,7$  nmol/L έναντι  $505,2 \pm 79,5$  nmol/L,  $p < 0,001$ ). Στην απλή γραμμική παλινδρόμηση η  $\Delta iMg^{2+}$  συσχετίστηκε ασθενώς με τη  $\Delta M$ -value ( $\beta = 0,324$ ,  $p = 0,074$ ,  $R^2 = 0,106$ ). Μετά από την προσθήκη στο μοντέλο της  $\Delta iCa^{2+}$ , η παραπάνω σχέση δεν μεταβλήθηκε.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η συμπληρωματική χορήγηση ασβεστίου αυξάνει το ενδοαίμοπεταλιακό μαγνήσιο σε ασθενείς με υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η παρούσα μελέτη υπογραμμίζει τον ρόλο των  $iCa^{2+}$  και  $iMg^{2+}$  στη φυσιολογία της αντίστασης στην ινσουλίνη. Φαίνεται ότι και τα δυο ιόντα προκαλούν αλλαγές στην ΕΙ και ευθύνονται για το 22,3% της διακύμανσής της.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ. ΙΔΙΑ Ή ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ;**

**Κ. Κίτσιος<sup>1</sup>, Μ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Καδόγλου<sup>1</sup>, Σ. Καραμπά<sup>3</sup>,  
Κ. Κώστα<sup>2</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, <sup>2</sup>Γ' Παιδιατρική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο

<sup>3</sup>Ανοσολογικό Εργαστήριο, Γ.Ν. Ιπποκράτειο

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Ο προσδιορισμός της συχνότητας και των χαρακτηριστικών του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) σε παχύσαρκα παιδιά και εφήβους και η αναζήτηση συσχέτισής του με τον προδιαβήτη.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 103 άτομα, 53 προεφηβικά παιδιά (29 άρρενα) και 49 έφηβοι (25 άρρενες), με δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ) >97<sup>η</sup> εκατοστιαία δέση (ΕΘ) για την ηλικία και το φύλο και περίμετρο μέσης (ΠΜ) > 90<sup>η</sup> ΕΘ για την ηλικία και το φύλο. Για τον καθορισμό της ήβης χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του Tanner. Όλα τα άτομα υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με 1,75 g/kg βάρους σώματος γλυκόζη. Προσδιορίστηκαν η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η HDL χοληστερόλη, τα τριγλυκερίδια και η ομοκυστεΐνη του ορού. Η διάγνωση του προδιαβήτη στηρίχτηκε στα κριτήρια του IDF και της ADA. Για τη διάγνωση του ΜΣ χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του Cook τροποποιημένα ως προς την γλυκόζη νηστείας λαμβάνοντας υπόψη τις κατευθυντήριες οδηγίες του IDF. Για τον προσδιορισμό της αντίστασης στην ινσουλίνη χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης HOMA-IR, ενώ ως δείκτες υποκλινικής φλεγμονής προσδιορίστηκαν το ινωδογόνο πλάσματος και η υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη του ορού (hsCRP). Ο στατιστικός συντελεστής k υπολογίστηκε για να εξεταστεί εάν ο προδιαβήτης και το ΜΣ ταυτοποιούν τα ίδια άτομα (όπου k=0 όταν δεν υπάρχει καμία ταύτιση και k=1 όταν υπάρχει απόλυτη ταύτιση).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Δεκατρία προεφηβικά παιδιά (24,5%) και 13 έφηβοι (26,5%) πληρούσαν τα κριτήρια του ΜΣ. Τόσο τα προεφηβικά παιδιά όσο και οι έφηβοι με ΜΣ παρουσίασαν σημαντικά υψηλότερες τιμές τριγλυκεριδίων (p<0,001) και σημαντικά χαμηλότερες τιμές HDL χοληστερόλης (p<0,001) σε σχέση με τα αντίστοιχα άτομα χωρίς ΜΣ. Επιπλέον τα προεφηβικά παιδιά με ΜΣ παρουσίασαν σημαντικά αυξημένη τιμή ινσουλίνης 120min (p=0,05), ενώ οι έφηβοι με ΜΣ είχαν σημαντικά μεγαλύτερο ΒΜΙ (p=0,02) και τάση για αυξημένη περίμετρο μέσης (p=0,06) σε σχέση με τα αντίστοιχα άτομα χωρίς ΜΣ. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων ως προς τις υπόλοιπες παραμέτρους. Ο στατιστικός συντελεστής k ήταν 0,067 στην ομάδα των προεφηβικών παιδιών και 0,156 στην ομάδα των εφήβων.

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το ένα τέταρτο περίπου των παχύσαρκων παιδιών και εφήβων εμφανίζουν ΜΣ με κύριο χαρακτηριστικό τη δυσλιπιδαιμία. Η ταύτιση ΜΣ και προδιαβήτη είναι ιδιαίτερα ασυνήθης στις ηλικίες αυτές, αν και τείνει να είναι μεγαλύτερη στους εφήβους.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΟΥ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Κ. Κίτσιος, Μ. Παπαδοπούλου<sup>2</sup>, Ν. Καδόγλου<sup>1</sup>, Σ. Καραμπά<sup>3</sup>,  
Κ. Κώστα<sup>2</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>1</sup>

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

<sup>3</sup>Ανοσολογικό Εργαστήριο, Ιπποκράτειο ΓΝΘ

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο προσδιορισμός της συχνότητας του προδιαβήτη σε παιδιά και εφήβους με παχυσαρκία και η αναζήτηση διαφορών μεταξύ ατόμων με προδιαβήτη και παχύσαρκων παιδιών με φυσιολογικό μεταβολισμό γλυκόζης.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 103 άτομα, 53 προεφηβικά παιδιά (29 άρρενα) και 49 έφηβοι (25 άρρενες), με δείκτη μάζας σώματος (BMI) >97<sup>η</sup> εκατοστιαία θέση (ΕΘ) για την ηλικία και το φύλο και περίμετρο μέσης (ΠΜ) >90<sup>η</sup> ΕΘ για την ηλικία και το φύλο. Για τον καθορισμό της ήβης χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια του Tanner. Όλα τα άτομα υποβλήθηκαν σε από του στόματος δοκιμασία ανοχής γλυκόζης με 1,75 g/kg βάρους σώματος γλυκόζη. Έγινε προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Η διάγνωση του προδιαβήτη στηρίχτηκε στα κριτήρια του IDF και της ADA. Για τον προσδιορισμό της αντίστασης στην ινσουλίνη χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης HOMA-IR, ενώ ως δείκτες υποκλινικής φλεγμονής προσδιορίστηκαν το ινωδογόνο πλάσματος και η υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσα πρωτεΐνη του ορού (hsCRP). Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ των ομάδων χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία student's t-test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p < 0,05$ .

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Προδιαβήτη διαγνώστηκε σε 16 προεφηβικά παιδιά (30,2%) και σε 15 εφήβους (30,6%). Από τα προεφηβικά παιδιά με προδιαβήτη 43,8% παρουσίασαν διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (IFG), 31,2% παρουσίασαν διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης (IGT) και 25% παρουσίασαν IFG και IGT. Τα αντίστοιχα ποσοστά στους εφήβους ήταν 60%, 13,3% και 26,7%. Τα προεφηβικά παιδιά με προδιαβήτη παρουσίασαν σημαντικά αυξημένες τιμές γλυκόζης νηστείας ( $p=0,006$ ), ινσουλίνης νηστείας ( $p=0,05$ ), HOMA-IR ( $p=0,006$ ), γλυκόζης 120 min ( $p < 0,001$ ) ινσουλίνης 120 min ( $p=0,003$ ) και HbA1c ( $p=0,003$ ) συγκριτικά με εκείνα με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης. Αντίστοιχα οι έφηβοι με προδιαβήτη παρουσίασαν σημαντικά αυξημένες τιμές γλυκόζης νηστείας ( $p < 0,001$ ), ινσουλίνης νηστείας ( $p=0,001$ ), HOMA-IR ( $p < 0,001$ ), γλυκόζης 120 min ( $p=0,001$ ) και ινσουλίνης 120 min ( $p=0,05$ ) σε σχέση με εκείνους φυσιολογική ανοχή γλυκόζης. Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές ως προς τους δείκτες φλεγμονής μεταξύ ατόμων με και χωρίς προδιαβήτη, τόσο στα προεφηβικά παιδιά όσο και στους εφήβους.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα παχύσαρκα παιδιά και οι έφηβοι παρουσιάζουν σε σημαντικό ποσοστό διαταραχές στον μεταβολισμό γλυκόζης οι οποίες συνήθως συνδέονται με μεγαλύτερη αντίσταση στην ινσουλίνη.



## ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Καπετανόπουλος, Μ.Α. Καλδέρη, Ε. Δαμπολιά, Ε. Κρασνίκοβα, Δ. Σουρμπάτης,  
Π. Παπαδόπουλος, Π. Σάσσαλος, Κ. Πανέτα<sup>1</sup>, Μ. Γκικόκα

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Κρεστένων,

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Κρεστένων

### ΣΚΟΠΟΣ

Η μελέτη της επίπτωσης και των χαρακτηριστικών της συννοσηρότητας από αρτηριακή υπέρταση και παχυσαρκία σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 64 ασθενείς του Εξωτερικού Διαβητολογικού Ιατρείου με ΣΔ τύπου 2. Σε όλους τους ασθενείς γινόταν, μεταξύ άλλων, μέτρηση αρτηριακής πίεσης καθώς και υπολογισμός του δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ) και της σχετικής με το φύλο κεντρικής παχυσαρκίας.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα 64 άτομα που συμπεριλήφθηκαν στη μελέτη, 23 ήταν γυναίκες (ποσοστό 35,9%) και 41 άνδρες (ποσοστό 64,0%). Από αυτούς, οι 49 (76,5%) είχαν υπέρταση, οι 28 (43,7%) ήταν υπέρβαροι, 14 (28,5%) ήταν παχύσαρκοι, ενώ 46 (71,8%) είχαν κεντρική παχυσαρκία. Από τους ασθενείς με αρτηριακή υπέρταση οι 43 (87,7%) έπαιρναν αντιυπερτασική αγωγή, αλλά μόνο το 57,2% αυτών παρουσίαζαν καλή ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης. Η κύρια κατηγορία αντιυπερτασικών φαρμάκων ήταν οι α-ΜΕΑ (67%), ακολουθούμενα από α-Τ1 (31%), διουρητικά (28%), ανταγωνιστές Ca (27%) και β- blockers (26%). Από το σύνολο των διαβητικών, το 58,7% λάμβανε συνδυασμό αντιυπερτασικών φαρμάκων (38,2% δύο φάρμακα και 16,8% τρία φάρμακα). Η ύπαρξη της υπέρτασης παρουσίασε θετική συσχέτιση με την ηλικία και την παχυσαρκία.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελέτη αυτή δείχνει ότι οι παχύσαρκοι και αυξημένης ηλικίας ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 βρίσκονταν σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης και ως εκ τούτου και των επιπλοκών αυτής.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ, ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ  
ΚΑΙ ΣΤΥΤΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**

**Χ. Πάνου, Μ. Μπρισιτιάνου, Α.-Γ. Σοφός, Ε. Κατωπόδη, Π.-Ν. Φαρδή,  
Λ. Γκούβας, Β. Παπαδημητρίου, Λ. Λαναράς**

Ουρολογικό & Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Λαμίας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η μελέτη μας έγινε με σκοπό να διερευνήσουμε τη σχέση μεταξύ στυτικής δυσλειτουργίας, παχυσαρκίας και μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς που προσήλθαν στο Εξωτερικό Ουρολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου Λαμίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν κατά το τελευταίο έτος, 53 άνδρες ηλικίας 40-58 ετών που ανέφεραν κάποιου βαθμού στυτική δυσλειτουργία. Η εκτίμηση της ύπαρξης και του βαθμού της στυτικής δυσλειτουργίας έγινε με τη χρήση του ειδικού ερωτηματολογίου ΠΕF-5 (Διεθνής Δείκτης Στυτικής Λειτουργίας). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε εργαστηριακό έλεγχο και μελετήθηκαν οι παράμετροι του μεταβολικού συνδρόμου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 53 ασθενείς με στυτική δυσλειτουργία, 18 (33,9%) που αποτέλεσαν και το δείγμα της μελέτης μας είχαν Δείκτη Μάζας Σώματος BMI >30 και από αυτούς: 14 (77,7%) είχαν περίμετρο μέσης >102 εκ., 11 (61%) είχαν γνωστό σακχαρώδη διαβήτη ή γλυκόζη νηστείας >100 mg/dl, 10 (55,5%) ασθενείς είχαν αρτηριακή υπέρταση, ενώ 13 (72%) είχαν HDL <40 mg/dl και σε 6 (33,3 %) οι τιμές των τριγλυκεριδίων >150 mg/dl.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Είναι γνωστό ότι τόσο ο σακχαρώδης διαβήτης όσο και η δυσλιπιδαιμία συμμετέχουν σημαντικά στην παθοφυσιολογία της στυτικής δυσλειτουργίας. Από τη μελέτη μας βρέθηκε ένας σημαντικός αριθμός ανδρών με παχυσαρκία αλλά και με κριτήρια μεταβολικού συνδρόμου να παρουσιάζουν στυτική δυσλειτουργία, ενώ η βελτίωση αυτών των παραμέτρων μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση του προβλήματός τους.

## ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ STATUS ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ

Μ. Σαρηγιάννη, Α. Τσάπας, Α. Τσιόκα, Ε. Αθανασιάδου, Κ. Παλέτας

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων, Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ.,  
Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε τη μεταβολή του γλυκαιμικού status σε παχύσαρκους ασθενείς μετά την απώλεια βάρους.

Μελετήθηκαν 30 διαδοχικά άτομα με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $>30 \text{ kg/m}^2$ . Αναλύθηκαν τα ανθρωπομετρικά τους χαρακτηριστικά, το βιοχημικό και γλυκαιμικό τους προφίλ με δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (75 gr από του στόματος) (ΔΑΓ) πριν και μετά την απώλεια σωματικού βάρους με υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση (δίαιτα 1.200 Kcal/ημέρα και φυσική άσκηση 30-45 λεπτά βάδισμα/ημέρα).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 30 άτομα (2 άντρες και 28 γυναίκες) με μέση ηλικία  $54,3 \pm 9,2$  έτη. Ο μέσος χρόνος παρακολούθησης ήταν 17,9 μήνες (εύρος 3,5 – 39,5 μήνες) και η μέση απώλεια  $10,4 \pm 6,7\%$  του αρχικού σωματικού βάρους. Οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντική μεταβολή του ΔΜΣ (από  $37 \text{ Kg/m}^2 \pm 4,1$  σε  $33,1 \pm 3,5 \text{ Kg/m}^2$ ) και της περιμέτρου μέσης (από  $112,9 \pm 11,5 \text{ cm}$  σε  $105,5 \pm 10,8 \text{ cm}$ ) ( $p < 0,001$ ).

Μετά την απώλεια του σωματικού βάρους οι ασθενείς παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση της μεταγευματικής γλυκόζης ( $135,7 \pm 52,4$  σε  $117,2 \pm 39,3$   $p = 0,05$ ), ενώ αντίθετα δε μεταβλήθηκε σημαντικά η γλυκόζη νηστείας. Με γνώμονα τη μεταγευματική γλυκόζη το 33,3% των ασθενών παρουσίασε βελτίωση του γλυκαιμικού του status, το 60% διατηρήθηκε σταθερό, ενώ βάσει της γλυκόζης νηστείας το 20% και το 47%, αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντική μεταβολή παρουσίασαν επίσης τα τριγλυκερίδια ( $154,4 \pm 77,6 \text{ mg/dL}$  σε  $122,2 \pm 48,4 \text{ mg/dL}$ ,  $p < 0,05$ ) και η HDL-χοληστερόλη ( $43,3 \pm 9,7 \text{ mg/dL}$  σε  $54,7 \pm 15,4 \text{ mg/dL}$ ,  $p < 0,001$ ).

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση, με υποδερμιδική δίαιτα και φυσική άσκηση, και η επακόλουθη σημαντική ( $>10\%$ ) απώλεια σωματικού βάρους οδηγούν σε σημαντική βελτίωση της μεταγευματικής γλυκαιμίας και του γλυκαιμικού status των ατόμων με παχυσαρκία, ακόμα και αν τα άτομα αυτά παραμένουν παχύσαρκα ή υπέρβαρα. Για τον λόγο αυτό είναι σημαντική η επίμονη εφαρμογή υγιεινοδιαιτητικής παρέμβασης για τη μείωση του σωματικού βάρους πριν από την έναρξη οποιασδήποτε φαρμακευτικής αγωγής.

**ΑΙΤΙΕΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ  
ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

**Δ. Παπαδοπούλου, Ε. Ζάγορα, Π. Πουλικαράκος, Ε. Μαργαριτίδου,  
Β. Δεβετζής, Θ. Λεπτίδου, Ε. Σαμπανίδου, Γ. Μπαλιατζίδης**

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ξάνθης

Σκοπός της εργασίας είναι να καταγράψουμε τις αιτίες εισαγωγής των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας.

Μελετήθηκαν αναδρομικά οι ατομικοί φάκελοι 201 ασθενών με ΣΔ τύπου 2 που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας κατά το πρώτο εξάμηνο του 2007.

Οι κυριότερες αιτίες εισαγωγής ήταν οι λοιμώξεις (29%) και τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (22%). Οι νευρολογικές εκδηλώσεις (ίλιγγος, πάρεση προσωπικού, περιφερική νευροπάθεια) καταγράφονταν στο 11% των εισαγωγών. Η απορρύθμιση του ΣΔ (υπεργλυκαιμία και υπογλυκαιμία) και η πρώτη διάγνωση του ΣΔ αντιστοιχούσαν στο 9% των εισαγωγών στην Κλινική. Σε μικρότερα ποσοστά χρειάστηκε να νοσηλευθούν οι διαβητικοί για διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας και των ηλεκτρολυτών (4%), για διερεύνηση αναιμίας (6%) και για άλλα νοσήματα.

Συμπερασματικά, επιβεβαιώνεται η αυξημένη συχνότητα των λοιμώξεων στους διαβητικούς.

Από τη μελέτη μας προκύπτει ότι τα νευρολογικά προβλήματα στον ΣΔ αποτελούν κύρια αιτία εισαγωγής. Το γεγονός αυτό αντιστακτά την αυξημένη συχνότητα των μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ και τη σημασία της διαβητικής νευροπάθειας στην πορεία της νόσου.

Επισημαίνεται η μικρή συχνότητα εισαγωγής για τις άμεσες επιπλοκές της νόσου και της θεραπείας της καθώς και για τη διερεύνηση πρωτοδιαγνωσθέντος ΣΔ. Περαιτέρω μελέτη χρειάζεται να διευκρινίσει αν αυτό αντιστακτά την αληθινή επίπτωση των παραπάνω φαινομένων ή οφείλεται στην αντιμετώπιση των περιστατικών σε επίπεδο επειγόντων ή εξωτερικών ιατρείων ή σε άλλους λόγους.

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΙΤΙΩΝ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΤΟΝ ΝΟΜΟ ΡΟΔΟΠΗΣ  
ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΡΙΑΚΟΝΤΑΕΤΙΑ 1974-2004**

Μ. Πασαλίδου, Δ. Δραγανίδης, Γ. Μεταλλίδης, Λ. Μπόργκι, Α. Κεληγιάννη,  
Ε. Καλιφατίδου, Μ. Αντωνίου, Κ. Γκάμπρας, Γ. Ατζεμιδάκης, Θ. Τσαρακτσίδου,  
Μ. Τσατσαρίδου, Ο. Κουτσογιάννης

Κ.Υ. Ιάσμου

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός είναι η καταγραφή των αιτιών θανάτου στον νομό Ροδόπης από το 1974 έως το 2004 και έχουν σχέση με σακχαρώδη διαβήτη.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Η έρευνα έγινε στα αρχεία των Δήμων και Κοινοτήτων του νομού Ροδόπης. Έγινε καταγραφή κατά ηλικία, φύλο, θρησκεία, αιτία θανάτου, και τόπο γεννήσεως.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 4.767 θανάτους που αναγράφονται στα βιβλία των Δημαρχιών και Κοινοτήτων στα τελευταία 27 χρόνια, οι 838 αφορούν σακχαροδιαβητικούς ασθενείς. Από τους 838 οι 323 είναι άνδρες, οι 515 είναι γυναίκες ηλικίας 68±23.

	♀ Μ	♀ Χ	♂ Μ	♂ Χ
ΣΔ-ΑΕΕ	80	99	23	50
ΣΔ-ΟΕΜ	63	75	43	41
ΣΔ-ΚΑ	17	28	17	15
ΣΔ-Χ.Ν.Α	13	15	8	16
ΣΔ-ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΕΜΒΟΛΗ	2	1	1	5
ΣΔ-ΣΗΨΑΙΜΙΑ	3	2	2	8
ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΚΩΜΑ	1	1	1	1

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

- Α) Το ποσοστό των θανάτων στους σακχαροδιαβητικούς δεν ξεπέρασε το 17,57%.  
 Β) Το ποσοστό των αποβιωσάντων σακχαροδιαβητικών γυναικών (61,45%) ξεπέρασε κατά πολύ το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών (38,55%).  
 Γ) Τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας στους παραπάνω σακχαροδιαβητικούς υπήρξαν σε συνδυασμό με κάποιες άλλες επίσης βασικές ασθένειες όπως Α.Ε.Ε. (30,07%) και Ο.Ε.Μ. (26,49%).

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ. Δ. ΤΥΠΟΥ 2

Λ. Μπόργκι, Ε. Τριάδα, Μ. Πασαλίδου, Ο. Κουτσογιάννης, Ι. Κερασίδου,  
Ν. Βασιλακάκη, Α. Στεφανής, Γ. Μεταλλίδης, Β. Βάγιου, Ε. Καλιφατίδου,  
Α. Κεληγιάννη, Α. Γκότσης

Καρδιολογική και Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κομοτηνής

### ΣΚΟΠΟΣ

Είναι να καθορισθεί η συχνότητα και η εξέλιξη της μικρολευκωματινουρίας σε ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 για εκτίμηση αρχόμενης διαβητικής νεφροπάθειας σε διάστημα 7 ετών.

### ΜΕΘΟΔΟΣ

Παρακολουθήθηκαν 963 ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 2 ηλικίας από 55-75 χρόνων, Β.Μ.Ι. από 27-35, διάρκεια νόσου 20 χρόνων και είδος φαρμακευτικής αγωγής: 630 με δισκία, 333 με ινσουλίνη. Υποβάλλονταν στον καθιερωμένο κλινικοεργαστηριακό έλεγχο κάθε 6 μήνες εξετάζοντας γλυκόζη ορού, HBA1C, λιπιδαιμικές παράμετρους, ΗΚΓ, echo καρδιάς, Α.Π. Η μικρολευκωματινουρία προσδιορίσθηκε σε 3 μετρήσεις πρωινού δείγματος ούρων με το σύστημα Bayer DCA 2000 desktop υπολογίζοντας τη μικρολευκωματίνη και την κρεατινίνη ούρων ταυτόχρονα. Η μικρολευκωματίνη υπολογιζόταν λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ιδιαιτερότητες στη μέτρησή της (απουσία κόπωσης, λοίμωξης). Ως μικρολευκωματινουρία καθορίστηκε όταν οι τιμές κυμαίνονταν από 30-300 mg λευκωματίνης/gr κρεατινίνης.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης μας έδειξαν:

- α) Οι 637 δεν εμφάνισαν παθολογική απέκκριση λευκωματίνης (οι 518 ασθενείς ελάμβαναν δισκία και οι 136 ινσουλίνη)
- β) 36 ασθενείς εμφάνισαν λευκωματουρία και 17 νεφρωσικό σύνδρομο από τους οποίους οι 11 ελάμβαναν ινσουλίνη και οι 25 δισκία.
- γ) 273 ασθενείς εμφάνισαν μικρολευκωματινουρία (Μ.Ο. 73,5 gr κρεατινίνης), οι 186 ασθενείς βρίσκονταν σε θεραπεία με ινσουλίνη και οι 87 σε δισκία.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μικρολευκωματινουρία είναι ένας ευαίσθητος πρώιμος δείκτης αρχόμενης διαβητικής νεφροπάθειας και χρήσιμος δείκτης ρύθμισης του Σ.Δ.

## ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ι. Α. Κυριαζής<sup>1</sup>, Δ. Μυτάς<sup>2</sup>, Π. Στουγιάννος<sup>2</sup>, Ε. Ζέρβας<sup>3</sup>, Χ. Κατσαρέ<sup>3</sup>,  
Π. Κληματσάκη<sup>3</sup>, Χρ. Παρθενίου<sup>1</sup>, Β. Πυργάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Κορίνθου,

<sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου

### ΣΚΟΠΟΣ

Της παρούσας μελέτης είναι να ανιχνεύσει τον επιπολασμό του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), τις κλινικές συσχετίσεις του και την επίδραση στην πρόγνωση των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 306 διαδοχικοί ασθενείς, 219 άνδρες & 87 γυναίκες, μέσης ηλικίας 66,3±13 έτη, που νοσηλεύτηκαν με ΟΕΜ (203 με ανάσπαση του ST διαστήματος και 103 χωρίς ανάσπαση). Το δείγμα ασθενών διαχωρίστηκε σε δύο ομάδες, αναλόγως της ύπαρξης (ομάδα Α) ή όχι ΣΔ (ομάδα Β). Λήφθηκε λεπτομερές ιστορικό, εξετάσθηκαν οι δείκτες του μεταβολικού προφίλ στο περιφερικό αίμα και οι ασθενείς εκτιμήθηκαν ως προς την παρουσία παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου (ΠΚ) και μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ). Τέλος καταγράφηκε η ενδονοσοκομειακή θνητότητα και οι επιπλοκές, η απώτερη θνητότητα και οι επανεισαγωγές για καρδιαγγειακά συμβάματα στο επόμενο εξάμηνο.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

– Την ομάδα Α αποτέλεσαν 110 ασθενείς με ΣΔ (ποσοστό 36%), ενώ την ομάδα Β 196 και δεν υπήρξε σημαντική διαφορά στην ηλικία και στο φύλο μεταξύ τους.

– Συγκρίνοντας το ιστορικό των δύο ομάδων ως προς την παρουσία ΠΚ διαπιστώσαμε ότι οι διαβητικοί έπασχαν συχνότερα από δυσλιπιδαιμία (66,4% έναντι 58,7%, p=ns) και υπέρταση (64,5% έναντι 48,9%, p=0,01). Ήταν περισσότερο υπέρβαροι ή/και παχύσαρκοι (BMI ≥25Kg/m<sup>2</sup>ΕΣ, 82% έναντι 73,7%, p=0,001) και εμφάνιζαν πιο συχνά ΜΣ (76,6% έναντι 36,3%, p=0,0001).

– Ελέγχοντας ως προς τα συστατικά στοιχεία του ΜΣ, στην ομάδα Α καταγράφηκαν υψηλότερες τιμές τριγλυκεριδίων (165±80 έναντι 132±53 mg/dl, p=0,009), μεγαλύτερη περιμετρος μέσης (100±11 έναντι 96±10 cm, p=0,008) και χαμηλότερη HDL (42,6±9,9 έναντι 44±10,6 mg/dl, p=ns).

– Τέλος, από την ενδονοσοκομειακή και απώτερη παρακολούθηση καταγράφηκε τάση αύξησης των ενδονοσοκομειακών επιπλοκών αλλά και των επανεισαγωγών (αμφότερα όμως δεν αποδείχθηκαν στατιστικά σημαντικά στο μελετηθέν δείγμα ασθενών).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο επιπολασμός του ΣΔ παρατηρείται ιδιαίτερα αυξημένος στους ασθενείς που εκδηλώνουν ΟΕΜ. Οι διαβητικοί εμφραγματίες ασθενείς πάσχουν συχνότερα από υπέρταση και δυσλιπιδαιμία, είναι υπέρβαροι και έχουν αυξημένη επίπτωση ΜΣ. Η παρουσία του ΣΔ σχετίζεται με χειρότερη πρόγνωση των ασθενών με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου.

**ΣΥΧΝΟΤΕΡΕΣ ΕΠΙΣΚΕΨΕΙΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ,  
ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ**

**Χ.Β. Μανωλάκη<sup>1</sup>, Α.Π. Μπίτζιος<sup>2</sup>, Χ.Β. Δημοπούλου,  
Ν.Β. Μανωλάκης, Ρ.-Α. Σ. Γιαννάκος**

<sup>1</sup>Κ.Υ. Ροδολίβους Σερρών, <sup>2</sup>Κ.Υ. Στρυμονικού Σερρών

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η καλή ρύθμιση του σακχάρου αντικατοπτρίζεται κυρίως σε μία όσο το δυνατόν χαμηλότερη HbA1c, χωρίς βέβαια το διαβητικό άτομο να αναφέρει συχνές υπογλυκαιμίες. Σκοπός της μελέτης είναι να δείξει πόσο καθοριστικό ρόλο έχει στο παραπάνω η συχνότερη επίσκεψη των ατόμων με διαβήτη στο διαβητολογικό ιατρείο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Γι' αυτόν τον σκοπό μελετήθηκε η διακύμανση της HbA1c σε τρεις μετρήσεις εντός ενός έτους, σε 50 διαβητικούς. Οι 25 παρακολουθούνταν σε διαβητολογικό ιατρείο με τρεις επισκέψεις ανά έτος, 15 γυναίκες και 10 άνδρες με μέση ηλικία 70,8±6,8 και διάρκεια διαβήτη 8,4±3,6. Οι υπόλοιποι 25 παρακολουθούνταν σε διαβητολογικό ιατρείο του κέντρου υγείας ανά δίμηνο, 15 γυναίκες και 10 άνδρες με μέση ηλικία 71,6±4,8 έτη και διάρκεια διαβήτη 7,7±3,9 έτη. Οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν ανά τετράμηνο. Όλα τα άτομα ήταν σε αγωγή με μία σουλφονυλουρία και διγουανίδη.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σε 10 από τους διαβητικούς της πρώτης ομάδας η HbA1c παρουσίασε αύξηση 1,5-2%, σε 2 αυξήθηκε κατά 3% και ήταν άτομα που μπήκαν σε ινσουλίνη, σε 8 δεν παρατηρήθηκε καμία μεταβολή, ενώ στα 5 επήλθε ελάττωση 0,8-1,2%. Σε 14 διαβητικούς από τη δεύτερη ομάδα η HbA1c ελαττώθηκε 1,7-2%, σε 7 άτομα ελαττώθηκε κατά 0,5-0,8%, σε 2 παρέμεινε στα ίδια επίπεδα και μόνον σε δύο άτομα παρουσίασε αύξηση 0,5-0,8%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ένας βασικός δείκτης της καλής γλυκαιμικής ρύθμισης των διαβητικών ατόμων είναι η HbA1c. Η συχνότερη επίσκεψη στο διαβητολογικό ιατρείο συμβάλλει στη χαμηλότερη HbA1c άρα και στον καλύτερο έλεγχο αυτών των ατόμων.



## ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΞΑΝΘΗΣ

Δ. Παπαδοπούλου, Π. Πουλικαράκος, Ε. Ζάγορα, Ε. Μαργαριτίδου,  
Β. Δεβετζής, Θ. Λεπτίδου, Ε. Σαμπανίδου, Γ. Μπαλτατζίδης

Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Ξάνθης

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση των γενικών επιδημιολογικών και ειδικών κλινικοεργαστηριακών χαρακτηριστικών των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 καθώς και στοιχείων που αφορούν στη θεραπεία και παρακολούθησή τους.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διακόσιοι ένας ασθενείς (90 άνδρες και 111 γυναίκες) που νοσηλεύθηκαν στην Κλινική μας από τον Ιανουάριο έως τον Ιούνιο του 2007. Χρησιμοποιήθηκαν στοιχεία από τους φακέλους νοσηλείας τα οποία εξετάσθηκαν αναδρομικά.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τους 1.635 ασθενείς που εισήχθησαν στην Κλινική κατά την περίοδο της μελέτης, 201 είχαν ΣΔ τύπου 2 (12%). Μεγαλύτερη συχνότητα της νόσου παρατηρείται στην ηλικιακή ομάδα 61-80 ετών. Από τους ασθενείς μας 138 ήταν χριστιανοί και 63 μουσουλμάνοι. Το 65% ελάμβανε αντιδιαβητικά δισκία, ενώ το 19% ήταν σε αγωγή με ινσουλίνη. Από το ατομικό αναμνηστικό αρτηριακή υπέρταση παρουσίαζε το 72%, δυσλιπιδαιμία το 28%, στεφανιαία νόσο 34%, καρδιακή ανεπάρκεια το 13%, παλαιό ΑΕΕ το 20% και ΧΝΑ το 15%. Οι τιμές σακχάρου κατά την εισαγωγή, στο μεγαλύτερο ποσοστό (72%), ήταν >150 mg/dl, ενώ κατά την έξοδο ρυθμίστηκαν σε επίπεδα <150 mg/dl στο 58%. Από το σύνολο των ασθενών, το 32% παρουσίαζε HbA1c <7%, και 18% τιμές >11%. Ηλεκτρολυτικές διαταραχές παρατηρήθηκαν στο 40% των ασθενών. Λευκωματουρία διαπιστώθηκε στο 33%. Υπερχοληστερολαιμία εμφάνιζε το 20% των ασθενών, ενώ υπερτριγλυκεριδαιμία το 31%. Μέσος χρόνος νοσηλείας ήταν οι 4,5 ημέρες.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 αποτελούν ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που νοσηλεύονται στα δευτεροβάθμια νοσοκομεία.

Η συχνότητα του ΣΔ τύπου 2 στον πληθυσμό της μελέτης προσεγγίζει τα διεθνή δεδομένα.

Μεγάλο ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει μία ή περισσότερες από τις χρόνιες επιπλοκές του ΣΔ.

Οι ηλεκτρολυτικές διαταραχές είναι ιδιαίτερα συχνές στους ασθενείς με ΣΔ.

Η ανεύρεση τιμών σακχάρου >150 mg/dl στο 42% των εξερχομένων ασθενών δεν οφείλεται σε κακή ρύθμιση, αλλά στο στρες της υποκείμενης νόσου και σε παράγοντες που σχετίζονται με τη νοσηλεία και την ακολουθούμενη θεραπευτική αγωγή.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ  
ΤΗΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΤΟΚΕΤΟΥ**

**Ν. Κυριακόπουλος, Κ. Γαβαλά, Π. Τσιτσάνη, Ι. Άγγος, Ξ. Τζαννετάκη,  
Μ. Αγγελάκη, Π. Ακριτόπουλος, Κ. Ακριτοπούλου**

Γυναικολογική Κλινική – Ιατρείο Παρακολούθησης Διαβήτη,  
Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Κ.Υ. Κω

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η μειωμένη ανοχή γλυκόζης στην κύηση σχετίζεται με αυξημένους κινδύνους τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Σκοπός μας η εκτίμηση των διαφορετικών επιπέδων της ανοχής γλυκόζης στην εξέλιξη της κύησης.

**ΜΕΘΟΔΟΣ**

Εκατόν εβδομήντα έγκυες γυναίκες υποβλήθηκαν σε τεστ ανοχής στη γλυκόζη με λήψη 50 γρ. γλυκόζης για την ανίχνευση του διαβήτη κύησης και της μειωμένης ανοχής στη γλυκόζη. Για όσες έδειξαν επίπεδα άνω ή ίσα με 7,8 mmol/l γλυκόζης στον ορό, ακολούθησε νέα δόση γλυκόζης 75 γρ. από το στόμα για τεστ ανοχής στην γλυκόζη. Τα αποτελέσματα της γλυκόζης στον ορό συνδυάστηκαν με την εξέλιξη της εγκυμοσύνης και του τοκετού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τις 170 γυναίκες οι 17 έδωσαν θετικό αποτέλεσμα στη δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη. Σε αυξανόμενες τιμές γλυκόζης πλάσματος υπάρχει στατιστικά σημαντική αύξηση σε εκδήλωση προεκλαμψίας, διενέργειας καισαρικής τομής, δυστοκία ώμων, νεογνική υπογλυκαιμία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Ο κίνδυνος επιπλοκών τόσο στη μητέρα όσο και στο νεογνό αυξάνεται με τα αυξανόμενα επίπεδα γλυκόζης παρά τη θεραπεία.

**Η ΣΧΕΣΗ ΓΙΑΤΡΟΥ-ΑΣΘΕΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ  
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

**The project is co-funded by the European Social Fund and  
National Resources – (ΕΡΕΑΕΚ ΙΙ) ARHIMIDES**

**Κ.Ζ. Γιωτάκη<sup>1</sup>, Ι. Αλαμάνος<sup>2</sup>, Ρ. Ζίγρα<sup>3</sup>, Β. Μαυρέας<sup>4</sup>, Α. Τσατσούλης<sup>5</sup>**

<sup>1</sup>Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>2,3</sup>Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

<sup>4</sup>Ψυχιατρική Κλινική Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων,

<sup>5</sup>Ενδοκρινολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Ιωαννίνων

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί η επίδραση της σχέσης ανάμεσα στον γιατρό και σε ασθενείς με χρόνια ενδοκρινικά νοσήματα όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης και τα νοσήματα του θυρεοειδούς, και να αναδειχθούν οι παράμετροι που επιδρούν στη βελτίωση των προδιαθεσικών παραγόντων, που επηρεάζουν τόσο την πρόγνωση όσο και την πρόληψη των υποτροπών των νοσημάτων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Μελετήθηκαν 52 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη και θυρεοειδοπάθειες που παρακολούθηθηκαν στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο της Ενδοκρινολογικής Κλινικής του Παν/κού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (8/2005-2/2006). Από αυτούς ανταποκρίθηκαν στα κριτήρια της μελέτης 19 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (9 ασθενείς με ΣΔ τύπου I και 10 ασθενείς με ΣΔ τύπου II) και 8 ασθενείς με θυρεοειδοπάθεια.

Οι ασθενείς έλαβαν εξατομικευμένες οδηγίες για βελτίωση των παραγόντων κινδύνου της νόσου. Όλοι οι ασθενείς και οι θεράποντες γιατροί τους συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο: Doctor – patient relation questionnaire

Ενώ οι ασθενείς συμπλήρωσαν επιπλέον τα ερωτηματολόγια:

SF – 36 (quality of life control)

Ghq 12 (mental health control)

Eysenck person (behavior control)

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Το ποσοστό βελτίωσης των ασθενών έχει ως εξής: Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου I = 6/9 (66,6%), Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου II = 6/10 (60,0%), και θυρεοειδοπάθειες 5/8 (62,5%) ως προς τα εργαστηριακά ευρήματα και αντιστοίχως 5/9 (55,6%), 5/10 (50,0%) και 5/8 (62,5%) ως προς τα κλινικά. Από τη συνεκτίμηση των ψυχομετρικών tests και των εργαστηριακών και κλινικών ευρημάτων, μόνον η προσωπικότητα των ασθενών και το πνευματικό τους επίπεδο συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με βελτίωση και αυτή μόνο ως προς τις εργαστηριακές παραμέτρους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς με χρόνιο νόσημα δεν πείδονται να εγκαταλείψουν βλαπτικούς παράγοντες που πιθανόν ευθύνονται για την εξέλιξη της νόσου και με μεγάλη δυσκολία ακολουθούν τις ιατρικές οδηγίες. Η σχέση γιατρού – ασθενή χρήζει περαιτέρω διερεύνησης σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών. Πιθανόν να χρειάζεται πιο στενή παρακολούθηση ώστε να εδραιωθεί μια σχέση με τον θεράποντα γιατρό που θα είναι πιο αποτελεσματική.

**ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΕ  
ΚΑΤΟΙΚΟΥΣ ΟΡΕΙΝΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ**

Λ. Καλοβούλου, Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Δ. Αστρέχα, Ε. Κιουβέλλη,  
Ε. Κατωπόδη, Α.-Γ. Σοφός

Παράρτημα Καρπενησίου Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα σημαντικό και διαρκώς αυξανόμενο πρόβλημα υγείας και συχνά συνυπάρχει με άλλους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της μελέτης μας ήταν να προσδιορίσει τον επιπολασμό του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) σύμφωνα με το NCEP (ΑΤΡ ΙΙΙ) σε κατοίκους του νομού Ευρυτανίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Στα πλαίσια των εξορμήσεων του Παραρτήματος της Ελληνικής Αντικαρκινικής Εταιρείας Καρπενησίου εξετάστηκαν 101 μόνιμοι κάτοικοι τεσσάρων χωριών του νομού Ευρυτανίας, 47 άνδρες (46,53%) και 54 γυναίκες (53,46%) ηλικίας 38-87 έτη, μετά από 12ωρη νηστεία. Ένα άτομο έχει μεταβολικό σύνδρομο εάν έχει 3 ή περισσότερα από τα παρακάτω κριτήρια: κοιλιακή παχυσαρκία (περίμετρος μέσης >102 cm για τους άνδρες και >88 cm για τις γυναίκες), αρτηριακή πίεση >130/85 mmHg, HDL <40 mg/dl για τους άνδρες και <50 mg/dl για τις γυναίκες, τριγλυκερίδια >150 mg/dl ή γλυκόζη νηστείας >100 mg/dl. Στα πλαίσια του ελέγχου μετρήθηκαν: η ολική χοληστερόλη, η HDL, τα τριγλυκερίδια, το σάκχαρο νηστείας, η περίμετρος μέσης και η αρτηριακή πίεση. Έγινε κλινική εξέταση και λήψη ιστορικού για αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, στεφανιαία νόσο, σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή υπέρταση και κάπνισμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Μεταβολικό σύνδρομο είχαν 47 εξετασθέντες (46,53%), 19 άνδρες και 28 γυναίκες. Περίμετρος μέσης >102 cm είχαν 24 άνδρες (51,06%) και 38 γυναίκες (70,37%) είχαν >88 cm. Ιστορικό στεφανιαίας νόσου είχαν 21 κάτοικοι (20,79%) και από αυτούς οι 8 παρουσίαζαν και μεταβολικό σύνδρομο. Αρτηριακή πίεση είχαν 63 εξετασθέντες (62,37%), ενώ παράλληλα εμφάνιζαν και μεταβολικό σύνδρομο οι 39. Επίσης 12 κάτοικοι είχαν ιστορικό ΑΕΕ (11,88%) και από αυτούς οι 6 είχαν και μεταβολικό σύνδρομο. Γνωστό σακχαρώδη διαβήτη είχαν 27 κάτοικοι (26,73%) και μεταβολικό σύνδρομο είχαν οι 16 από αυτούς.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Με την επιφύλαξη του μη τυχαίου δείγματος, ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου στο δείγμα πληθυσμού του νομού Ευρυτανίας που εξετάσαμε ήταν υψηλό (46,53%). Παράλληλα διαπιστώθηκε και στη δική μας μελέτη ισχυρή συσχέτιση του μεταβολικού συνδρόμου με Αρτηριακή Υπέρταση, Σακχαρώδη Διαβήτη, ΑΕΕ και τη Στεφανιαία Νόσο.

## ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Μ. Μπριστιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου, Α.-Γ. Σοφός, Ε. Κατωπόδη, Λ. Γκούβας, Π.-Ν. Φαρδή, Β. Παπαδημητρίου, Λ. Λαναράς

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

### ΣΚΟΠΟΣ

Στην παρούσα μελέτη διερευνήσαμε ορισμένα χαρακτηριστικά ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και δυσλιπιδαιμία συγκριτικά με διαβητικούς τύπου 2 χωρίς δυσλιπιδαιμία.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 176 ασθενείς με ΣΔ2 –121 άνδρες (69,14%) και 55 γυναίκες (31,42%)– με μέση διάρκεια διαγνωσμένου διαβήτη 9,8±9,09 έτη, ηλικίας 52,06±12,31 έτη, οι οποίοι εξετάστηκαν το τελευταίο έτος στο νοσοκομείο μας. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες –[Α]: 88 ασθενείς με δυσλιπιδαιμία και [Β]: 88 ασθενείς χωρίς δυσλιπιδαιμία και καταγράφηκε η HbA1c, BMI (δείκτης μάζας σώματος), η ύπαρξη αρτηριακής πίεσης, στεφανιαίας νόσου αλλά και η φαρμακευτική αγωγή.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	Στεφ. νόσος	Αρτ. πίεση	BMI	HbA1c
ΟΜΑΔΑ Α: 88	29 (32,95%)	71 (80,68%)	27±5,83	6,7-10,2 (μo=7,3)
ΟΜΑΔΑ Β: 88	16 (18,18%)	53 (60,22%)	27±6,01	6,7-10,2 (μo=7,2)

Η ομάδα Α παρουσίαζε στατιστικά σημαντική ( $p<0,05$ ) διαφορά σε στεφανιαία συμβάματα (32,95% έναντι 18,18% της ομάδας Β) και στατιστικά μεγαλύτερη συχνότητα ( $p<0,01$ ) αρτηριακής υπέρτασης (80,68% έναντι 60,22% της ομάδας Β). Στις παραμέτρους BMI και HbA1c δεν παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά. Οι διαβητικοί ασθενείς με δυσλιπιδαιμία είχαν ανάγκη τουλάχιστον από δύο αντιυπερτασικά φάρμακα για τη ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και ελάμβαναν κυρίως στατίνες. Όσον αφορά στην αντιδιαβητική αγωγή δεν υπήρχε διαφορά, ενώ το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών και των 2 ομάδων ελάμβανε μετφορμίνη.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη μας, οι ασθενείς με ΣΔ2 και δυσλιπιδαιμία εμφάνιζαν μεγαλύτερη συχνότητα στεφανιαίας νόσου και υπέρτασης σε σύγκριση με τους διαβητικούς χωρίς δυσλιπιδαιμία. Από την άλλη, διαβητικοί ασθενείς με δυσλιπιδαιμία δεν φαίνεται ότι παρουσιάζουν διαφορές στη γλυκαιμική ρύθμιση, στον δείκτη μάζας σώματος και στην αντιδιαβητική αγωγή σε σύγκριση με τους διαβητικούς χωρίς δυσλιπιδαιμία.

## ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΎΣΤΕΡΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΡΙΠΛΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

Σ. Πατιάκας<sup>1</sup>, Αιμ. Σάτσογλου<sup>2</sup>, Χ. Χαραλάμπους<sup>3</sup>, Κ. Ακριτοπούλου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Βιοπαθολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. Γουμένισσας, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Γουμένισσας

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης

### ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθεί η επίδραση που έχει η προσθήκη και τρίτης κατηγορίας αντιδιαβητικού φαρμάκου, σε διαβητικούς ασθενείς που βρίσκονται ήδη σε διπλή αγωγή, όπως αυτή «καταγράφεται» μέσα από τη μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν αναδρομικά 65 άτομα, 36 άνδρες και 29 γυναίκες, με μέση ηλικία  $64,2 \pm 12,9$  έτη, τα οποία παρακολουθούνταν από τα Εξωτερικά Διαβητολογικά Ιατρεία των Παθολογικών Κλινικών του Γ. Ν. Γουμένισσας και του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Όλοι ελάμβαναν διπλή αγωγή, είτε με συγχορήγηση σουλφονυλουρίας και μετφορμίνης (49 άτομα), είτε μετφορμίνης και γλιταζόνης (9 άτομα), είτε σουλφονυλουρίας και γλιταζόνης (7 άτομα). Σε όλους, αφού μετρήθηκε η HbA<sub>1c</sub>, χορηγήθηκε και τρίτο φάρμακο (σε κάθε κατηγορία ασθενών αυτό που έλειπε), ενώ ύστερα από τετράμηνο επαναλήφθηκε η μέτρηση της HbA<sub>1c</sub>. Παράλληλα, τόσο πριν όσο και μετά την προσθήκη του τρίτου φαρμάκου, κατεγράφη και ο Δείκτης Μάζας Σώματος (Δ.Μ.Σ.).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι μέσες τιμές, καθώς και ο Δ.Μ.Σ., είχαν ως εξής:

	HbA <sub>1c</sub> (%)	Δ.Μ.Σ.
Διπλή αγωγή	8,7 (± 2,2)	8% φυσιολογικοί 32% υπέρβαροι 60% παχύσαρκοι
Τριπλή αγωγή	7,5 (± 1,9)	11% φυσιολογικοί 30% υπέρβαροι 59% παχύσαρκοι

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Όπως φαίνεται από τα παραπάνω, η τριπλή θεραπεία βελτιώνει αισθητά τη ρύθμιση του σακχάρου, αφού προκύπτει στατιστικά σημαντική μείωση στην τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, κατά 13% περίπου. Αντίθετα, όπως φαίνεται σε όλες τις παραπάνω κατηγορίες, όσον αφορά τον Δ.Μ.Σ., δεν έχουμε ιδιαίτερα αξιοσημείωτες μεταβολές.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΚΑΙ ROSIGLITAZONE ΣΕ ΝΕΟΤΕΡΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

N. Καδόγλου<sup>1,2</sup>, N. Σάιλερ<sup>1</sup>, H. Τσανικίδης<sup>3</sup>, A. Καπελούζου<sup>4</sup>, Γ. Φωτιάδης<sup>1</sup>,  
I. Βήττα<sup>1</sup>, Π. Καραγιαννάκος<sup>4</sup>, K. Βολιώτης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Υπότροφος Ιδρύματος «Προποντίς»

<sup>3</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν.Ν. Κατερίνης

<sup>4</sup>Ιδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών, Ερευνητικό Πρόγραμμα «Πυθαγόρας II»

**ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης ήταν η συγκριτική αξιολόγηση της συνδυασμένης θεραπείας μετφορμίνης και rosiglitazone έναντι της μονοθεραπείας με μετφορμίνη σε νεότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Συμμετείχαν 42 ασθενείς με ΣΔ2 (15 άνδρες, 27 γυναίκες), μέσης ηλικίας 62,37±7,69 έτη και μέσης διάρκειας διαβήτη 3,61±1,2 έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν υπέρβαροι (BMI >25 kg/m<sup>2</sup>) και ελάμβαναν μετφορμίνη 850mg ημερησίως, αλλά χωρίς ικανοποιητική ρύθμιση σακχάρου (στόχος γλυκαιμικής ρύθμισης: HbA1c <6,5%). Κανένας από τους ασθενείς δεν εμφάνιζε κάποια διαβητική μικρο- ή μακρο-αγγειοπάθεια. Οι ασθενείς τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες: A) Ομάδα συνδυασμένης θεραπείας όπου προστέθηκε rosiglitazone (4 mg/day). B) Ομάδα μονοθεραπείας όπου αυξήθηκε σταδιακά η χορηγούμενη δόση μετφορμίνης για την επίτευξη του στόχου. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 14 εβδομάδες οπότε και επαναλήφθηκε ο κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος. Για τη σύγκριση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε Student's t-test και paired-samples t-test και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε p<0,05.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν στατιστικά σημαντικά ως προς τις εξεταζόμενες παραμέτρους κατά την έναρξη της μελέτης. Μετά το τέλος της μελέτης παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου και στις δύο ομάδες η οποία ήταν οριακά μεγαλύτερη στην ομάδα A (Ομάδα A: HbA1c:-0,81±1,14% έναντι Ομάδας B:-0,35±0,46%, p=0,056). Το 74% των ασθενών της ομάδας A και το 46% της ομάδας B αντίστοιχα επέτυχαν την τιμή στόχο (HbA1c <6,5%). Στην ομάδα της μετφορμίνης παρατηρήθηκε βελτίωση του λιπιδαιμικού profile, ενώ η rosiglitazone είχε δυσμενή επίδραση στην ολική χοληστερόλη και την LDL που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντική (p>0,05). Η συγκέντρωση της osteopontin μειώθηκε στατιστικά σημαντικά μόνο στην ομάδα A (από 57,04±28,02 ng/ml σε 43,18±26,03 ng/ml) συγκριτικά με τις αρχικές τιμές (p=0,012). Παράλληλα η rosiglitazone μείωσε σημαντικά τα επίπεδα της osteoprotegerin (από 7,72±3,39 pmol/L σε 6,44±3,46 pmol/L) συγκριτικά τόσο με τις αρχικές τιμές (p<0,001) όσο και την ομάδα B (p=0,030). Τα επίπεδα της hsCRP μειώθηκαν και στις δύο ομάδες, στατιστικά σημαντικά όμως μόνο στην ομάδα A (p=0,045). Τέλος δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές μεταβολές του σωματικού βάρους και στις δύο ομάδες (ομάδα A: 2,21±1,53 kg, ομάδα B:-1,14±0,88 kg, p>0,05).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η εφαρμογή συνδυασμένης θεραπείας μετφορμίνης και rosiglitazone φαίνεται να έχει ευνοϊκότερη επίδραση σε νεότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου έναντι της μονοθεραπείας με μετφορμίνη σε ασθενείς με ΣΔ2.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΕΙΔΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

**Α. Κουτσοβασίλης, Σ. Ηρακλειανού, Π. Κουκούλη, Δ. Λεβισιανού,  
Ι. Πρωτοψάλτης, Β. Δραγουμάνος, Φ. Τριποσκιάδης, Α. Μελιδώνης**

Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Αναφέρεται κατά αμφιλεγόμενο τρόπο στη βιβλιογραφία ότι το είδος της προηγούμενης αντιδιαβητικής αγωγής επηρεάζει την πορεία των Οξέων Στεφανιαίων Συνδρόμων (ΟΣΣ) στους διαβητικούς ασθενείς. Είναι επίσης γνωστό ότι τελευταία γίνεται όλο και περισσότερο λόγος για τη συσχέτιση συγκεκριμένης κατηγορίας αντιδιαβητικών δισκίων με αυξημένο καρδιοαγγειακό κίνδυνο.

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης η ανεύρεση συσχέτισης μεταξύ του είδους της αντιδιαβητικής αγωγής και της παρουσίας καρδιοαγγειακών επιπλοκών σε διαβητικούς ασθενείς κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά από ΟΣΣ.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

158 διαδοχικοί διαβητικοί ασθενείς ηλικίας  $66,45 \pm 11,52$  έτη με ΟΣΣ εντάχθηκαν στη μελέτη σε διάστημα 10 μηνών. Κατά τη νοσηλεία έγινε καταγραφή της πρότερης αντιδιαβητικής αγωγής, του σακχάρου (νηστείας και μεταγευματικού), της HbA1c, του λιπιδαιμικού προφίλ, του δείκτη μάζας σώματος (BMI), της περιμέτρου μέσης, της διάρκειας του διαβήτη και της ινσουλίνης ορού (για τον προσδιορισμό του δείκτη ινσουλινοαντίστασης HOMA). Ως τελικά σημεία κατά την τρίμηνη παρακολούθηση των ασθενών καθορίστηκαν ο θάνατος, η καρδιακή ανεπάρκεια και το ΟΣΣ. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 6 ομάδες ανάλογα με την αντιδιαβητική τους αγωγή (Ομάδα Α: δίαιτα, Ομάδα Β: σουλφονουριές, Ομάδα Γ: μετφορμίνη, Ομάδα Δ: μετφορμίνη+σουλφονουριές, Ομάδα Ε: TZDs, Ομάδα ΣΤ: ινσουλίνη).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 158 ασθενείς 21 (14%) ανήκαν στην Ομάδα Α, 63 (40%) στην Ομάδα Β, 19 (12%) στην Ομάδα Γ, 20 (12%) στην Ομάδα Δ, 22 (14%) στην Ομάδα Ε και 14 (8%) στην Ομάδα ΣΤ. Δεν υπήρχε διαφορά ανάμεσα στις Ομάδες ως προς την HbA1c ( $p=0,5842$ ), το HOMA ( $p=0,881$ ), το BMI ( $p=0,563$ ), την περίμετρο μέσης ( $p=0,079$ ), τη διάρκεια του ΣΔ ( $p=0,061$ ). Επί του συνόλου των ασθενών, 62 (39,2%) παρουσίασαν επιπλοκές κατά το πρώτο τρίμηνο μετά τη νοσηλεία τους με τις λιγότερες 5 (8%) να ανήκουν στην Ομάδα Α,  $p=0,01$ . Ο σχετικός κίνδυνος επιπλοκών ανά ομάδα σε σχέση με την Ομάδα Α μετά από προσαρμογή ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του διαβήτη, το ιστορικό ΟΣΣ και την αρτηριακή υπέρταση είναι: (Β:HR=1,26  $p=0,022$ , Γ:HR=1,16  $p=0,033$ , Δ:HR=1,21  $p=0,021$ , Ε:HR=1,29  $p=0,032$ , ΣΤ:HR=1,25  $p=0,023$ ). Συγκρίνοντας τις ομάδες σημαντικότερη η διαφορά TZDs και μετφορμίνης (HR:1,26,  $p=0,016$ ).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η προηγούμενη αντιδιαβητική υπογλυκαιμική αγωγή σχετίζεται με τον καρδιοαγγειακό κίνδυνο των διαβητικών ασθενών κατά το πρώτο τρίμηνο μετά από ΟΣΣ. Προστατευτική δράση φαίνεται πως έχει η μετφορμίνη, ενώ τα TZDs παρουσιάζουν αυξημένο καρδιοαγγειακό κίνδυνο τουλάχιστον κατά το πρώτο τρίμηνο μετά τη νοσηλεία των ασθενών αυτών.



## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΗΝ ΕΛΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ 1

Χ. Σαμπάνης, Ν. Καρτάλη, Π. Σεμερτζίδης, Ι. Δουλουμπάκας, Ι. Τσολακίδης, Σ. Δούμα, Κ. Πετίδης, Χ. Ζαμπούλης

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο Θεσσαλονίκης

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση που επηρεάζει την ελαστικότητα των αρτηριών επιδεινώνοντας τη λειτουργία διαφόρων οργάνων. Ενώ είναι γνωστή η επίδραση του διαβήτη στα μικρά αγγεία, η επίδραση του στα μεγάλα αγγεία είναι λιγότερο σαφής.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσουμε την επίδραση του γλυκαιμικού ελέγχου στην ελαστικότητα της αορτής μετρώντας την ταχύτητα σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV).

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Μελετήθηκαν 25 ασθενείς με ΣΔ 1 με HbA1c >7,0% (17 άνδρες, 8 γυναίκες, μέσης ηλικίας 32,08±8,36 έτη). Προσδιορίστηκε η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, η μικρολευκωματουρία και η ταχύτητα του σφυγμικού αίματος πριν και μετά 4 μήνες, αφού έγινε προσαρμογή της ινσουλινοθεραπείας (εντατικοποιημένα σχήματα, μεγαλύτερες δόσεις παρότρυνση των ασθενών για καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου με συχνό αυτοέλεγχο και προσαρμογή δόσολογίας, τήρηση διαιτολογίου).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά την πρώτη εξέταση, ο μέσος όρος της γλυκοζυλιωμένης ήταν 7,81±1,51%, ενώ μετά από 4 μήνες, ο μέσος όρος ήταν 7,18±1,3%. Ανάλογα, η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος κατά την πρώτη εξέταση ήταν 7,10±1,4 m/sec, ενώ μετά από 4 μήνες ήταν 6,9±0,97 m/sec. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μεταβλήθηκε κατά 2,94%, ενώ η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος κατά 4,61%. Υπήρξε ισχυρή συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβολές της γλυκοζυλιωμένης και της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος ( $r=0,852$ ,  $p=0,001$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου φαίνεται ότι επιδρά ευνοϊκά στην ελαστικότητα της αορτής, όπως φάνηκε από τη μείωση της ταχύτητας του σφυγμικού κύματος στους ασθενείς μας. Για την καλύτερη αξιολόγηση της σημασίας αυτών των ευρημάτων χρειάζεται μελέτη με μεγαλύτερο αριθμό ασθενών και με μεγαλύτερη διάρκεια.

**ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΟΤΑΝ ΣΥΝΥΠΑΡΧΕΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΕΝΟ ΜΕ ΤΑ ΚΑΤΑ WHO ΚΡΙΤΗΡΙΑ**

Δ. Λεβισιανού, Ε. Αδαμοπούλου, Σ. Μακρυγιάννης, Α. Κουτσοβασίλης,  
Δ. Αναστασόπουλος, Φ. Τριποσκιάδης, Σ. Φούσας, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η ταχύτητα μετάδοσης σφυγμικού κύματος, δείκτης αρτηριοσκλήρυνσης και καρδιαγγειακού κινδύνου, είναι αυξημένη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και άτομα πάσχοντα από Μεταβολικό Σύνδρομο (ΜΣ). Δεν έχει διευκρινιστεί αν η προσθήκη του ΜΣ σε σακχαροδιαβητικούς ασθενείς συνεπάγεται ακόμη μεγαλύτερη αορτική σκλήρυνση, άρα και καρδιαγγειακό κίνδυνο. Με την παρούσα μελέτη προσπαθούμε να αποσαφηνίσουμε αυτό το ερώτημα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πενηταεπτά (57) διαδοχικοί ασθενείς, πάσχοντες από ΣΔ τύπου 2, που προσήλθαν για πρώτη φορά στο Διαβητολογικό Κέντρο εντάχθηκαν στην μελέτη. Καταγράφηκαν και ελέγχθηκαν όλες οι συνιστώσεις του ΜΣ (δείκτης μάζας σώματος, περίμετρος μέσης, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, σάκχαρο νηστείας, HbA1c) και στοιχεία από το ιστορικό (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα, στεφανιαία νόσος [ΣΝ]). Μετρήθηκε ο λόγος αλβουμίνης προς κρεατινίνη (Α/Σ) σε τυχαίο δείγμα ούρων και διενεργήθηκε μέτρηση της σκλήρυνσης της αορτής με τη συσκευή Complior, καταγράφοντας την καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα μετάδοσης του σφυγμικού κύματος (PWV). Όλοι οι ασθενείς κατατάχθηκαν σε πάσχοντες ή μη από μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) σύμφωνα με τα κριτήρια των NCEP ATPIII και WHO. Η στατιστική ανάλυση έγινε μετά από προσαρμογή ως προς: φύλο, ηλικία, περίμετρο μέσης, ΔΜΣ, λιπιδαιμικό προφίλ, υπέρταση, κάπνισμα και ιστορικό ΣΝ. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε  $p \leq 0,05$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς που εντάχθηκαν στην μελέτη 43 (75,4%) ήταν άνδρες, 42 (73,7%) ήταν υπέρτασοί, 34 (59,6%) έπασχαν από δυσλιπιδαιμία, 41 (71,9%) ήταν καπνιστές και 18 (31,6%) έπασχαν από ΣΝ. Εφαρμόζοντας τα κριτήρια του NCEP ATPIII και WHO 88,7% και 88,9% των διαβητικών έπασχαν από ΜΣ αντίστοιχα. Χρησιμοποιώντας το t-test και συγκρίνοντας τις τιμές PWV πασχόντων και μη από ΜΣ προκύπτει για το NCEP ATPIII:  $13,22 \pm 2,77$  vs.  $11,46 \pm 3,26$  m/s ( $p=0,113$ ) και WHO:  $13,37 \pm 2,79$  m/s vs.  $10,76 \pm 1,83$  m/s ( $p=0,018$ ). Χρησιμοποιώντας απλή γραμμική παλινδρόμηση και προσδιορίζοντας την επίδραση της παρουσίας ΜΣ στην τιμή PWV των διαβητικών ασθενών, προκύπτει ανά ορισμό: NCEP ATPIII  $\beta=1,759$  ( $p=0,113$ ) και WHO  $\beta=3,186$  ( $p=0,018$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Το ΜΣ σχετίζεται με την αορτική σκλήρυνση σε ασθενείς πάσχοντες από ΣΔ όταν για τον ορισμό του χρησιμοποιούνται τα κριτήρια του WHO.

## **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΙΝΟΥΡΙΑΣ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

**Δ. Λεβισιανού, Ε. Αδαμοπούλου, Σ. Ηρακλειανού, Ι. Κακάτσος, Χ. Παπούλης,  
Ο. Αμπαρτζίδου, Σ. Φούσας, Α. Μελιδώνης**

Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Η αορτική σκλήρυνση, πρώιμος δείκτης αθηροσκλήρυνσης, είναι αυξημένη στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη. Η μικροαλβουμινουρία, πρώιμη επιπλοκή στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη, υποδεικνύει αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο στα άτομα αυτά. Με την παρούσα μελέτη προσπαθούμε να αποσαφηνίσουμε τη σχέση μεταξύ αυτών των δεικτών αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Πενήντα τέσσερις (54) ασθενείς του Διαβητολογικού Κέντρου, από τους οποίους 41 (75,9%) ήταν άνδρες, μέσης ηλικίας  $63,8 \pm 10$  έτη εντάχθηκαν στη μελέτη. Καταγράφηκαν και ελέγχθηκαν όλοι οι γνωστοί παράγοντες στεφανιαίας νόσου (Δείκτης Μάζας Σώματος [ΔΜΣ], ολική χοληστερόλη, LDL, HDL, τριγλυκερίδια) και στοιχεία από το ιστορικό (δυσλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, κάπνισμα, γνωστή στεφανιαία νόσος). Διενεργήθηκε μέτρηση της σκλήρυνσης της αορτής με τη συσκευή Complior, καταγράφοντας την καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα μετάδοσης του σφυγμικού κύματος (PWV).

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους ασθενείς που εντάχθηκαν στη μελέτη 38 (71,7%) ήταν υπέρτασοί, 32 (59,3%) έπασχαν από δυσλιπιδαιμία και 37 (68,5%) καπνιστές, ενώ 17 (32,7%) έπασχαν από γνωστή στεφανιαία νόσο. Από τις μετρούμενες παραμέτρους ο μέσος Δείκτης Μάζας Σώματος (ΔΜΣ) ήταν  $29 \pm 5,3$  Kg/m<sup>2</sup>, η μέση τιμή ολικής χοληστερόλης  $207,1 \pm 56,3$  mg/dl, LDL  $108,8 \pm 67,6$  mg/dl, HDL  $42,2 \pm 11$  mg/dl, τριγλυκεριδίων  $171,3 \pm 100$  mg/dl. Κατόπιν προσαρμογής ως προς την ηλικία, τη γλυκαιμική ρύθμιση, τη διάρκεια του Σακχαρώδη Διαβήτη, τη δυσλιπιδαιμία, το ιστορικό στεφανιαίας νόσου, την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης, το φύλο και την περίμετρο μέσης και χρησιμοποιώντας τη μικροαλβουμινουρία είτε ως συνεχή μεταβλητή ( $p=0,802$ ) είτε ως διχοτομημένη ( $p=0,674$ ) δεν παρουσιάζεται στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα σε αυτήν και την αορτική σκλήρυνση. Για τη συσχέτιση χρησιμοποιήθηκε απλή γραμμική παλινδρόμηση με στατιστική σημαντικότητα το  $p < 0,05$ .

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η μικροαλβουμινουρία, σύμφωνα με τα δεδομένα της δικής μας μελέτης, δεν σχετίζεται με την αορτική σκλήρυνση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Οπωσδήποτε απαιτούνται μεγαλύτερου εύρους προοπτικές μελέτες για τη διασαφήνιση της σχέσης. Ίσως, όμως η παθοφυσιολογία δημιουργίας της αορτικής σκλήρυνσης (μεγαλύτερη συμμετοχή κυτταροκινών) να μην σχετίζεται ιδιαίτερα με το παθοφυσιολογικό υπόστρωμα δημιουργίας της μικρολευκωματινουρίας.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥΡΗΤΙΚΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΑΣΒΕΣΤΟΠΟΙΟ ΣΤΕΝΩΣΗ ΑΟΡΤΙΚΗΣ ΒΑΛΒΙΔΟΣ**

Γ. Σπυρομήτρος, Δ. Νάτσιος, Μ. Τάτση, Ε. Ζώτας, Ε. Ντάφλη, Ι. Τσουνός

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κατερίνης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η διερεύνηση της παρουσίας αυξημένων τιμών N-t pro BNP σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και ασβεστοποιοό στένωση αορτικής βαλβίδος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Είκοσι δύο ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και γνωστή ασβεστοποιοό στένωση αορτικής βαλβίδος (ΑΣ) ελέγχθηκαν για την ύπαρξη αυξημένων επιπέδων N-t pro BNP ενώ για τον ίδιο λόγο εξετάστηκαν και 20 ασθενείς επίσης με γνωστή ασβεστοποιοό στένωση αορτικής βαλβίδος χωρίς να πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη. Στην ομάδα ασθενών με ΣΔ και ΑΣ συνυπήρχε αρτηριακή υπέρταση σε 15 ασθενείς (68%), στεφανιαία νόσος σε 9 (40,9%), Χ.Α.Π, σε 7 (31,8%), οι άνδρες ήταν 9 (40,9%), γυναίκες 13 (59,1%) και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 74,38 έτη. Οι ασθενείς με ΑΣ χωρίς να πάσχουν από ΣΔ είχαν παρόμοια χαρακτηριστικά με την προηγούμενη ομάδα. Ως φυσιολογικές θεωρήθηκαν οι τιμές N-t pro BNP <125 mg/ml.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Οι 18 από τους 22 ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδος και σακχαρώδη διαβήτη παρουσίασαν αυξημένες τιμές N-t pro BNP (81,8%). Οι ασθενείς με ΑΣ χωρίς ΣΔ εμφάνισαν επίσης αυξημένες τιμές N-t pro BNP σε ποσοστό 75% (15 από τους 20).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι ασθενείς με ασβεστοποιοό στένωση αορτικής βαλβίδος και σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα του N-t pro BNP.

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν φαίνεται να είναι ο κύριος παράγοντας αύξησης του N-t pro BNP στους ασθενείς με στένωση αορτικής βαλβίδος και ΣΔ.

**ΥΠΑΡΧΕΙ ΟΥΔΟΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΟ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ  
ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΕΡΑ ΑΠΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΥΞΑΝΕΤΑΙ  
ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ Η ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ;**

**Α. Κουτσοβασίλης, Α. Γκόβα, Χ. Παπούλης, Α. Καμαράτος, Ν. Γιαννακόπουλος,  
Φ. Τριποσκιάδης, Σ. Φούσας, Α. Μελιδώνης**

Διαβητολογικό Κέντρο, Τζάνειο Νοσοκομείο, Πειραιάς

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η παρουσία αυξημένων επιπέδων σακχάρου αίματος (stress hyperglycaemia) είναι σύνηδες εύρημα σε ασθενείς με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ). Αρκετές αναφορές συσχετίζουν αυτήν την υπεργλυκαιμία εισαγωγής με την έκβαση νοσηλείας των ασθενών με ΟΣΣ χωρίς να προσδιορίζουν cut off σημείο. Διερευνούμε την ύπαρξη συσχέτισης της υπεργλυκαιμίας μετά από ΟΣΣ σε μη διαβητικούς ασθενείς με τις επιπλοκές του πρώτου τριμήνου μετά τη νοσηλεία, καθώς και την ύπαρξη καθοριστικού σημείου στις τιμές αυτής της υπεργλυκαιμίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ**

Διακόσιοι τριάντα ένας διαδοχικοί μη διαγνωσμένοι διαβητικοί ασθενείς (169 άνδρες ηλικίας  $70,91 \pm 11,63$  έτη και 62 γυναίκες ηλικίας  $63 \pm 11,37$  έτη,  $p=0,001$ ) οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στη Καρδιολογική ΜΕΘ λόγω ΟΣΣ εντάχθηκαν στη μελέτη. Ταξινομήθηκαν ανάλογα με τα τεταρτημόρια των τιμών του σακχάρου αίματος (ΣΑ) κατά την ημέρα εισαγωγής τους (ΣΑ <109 mg/dl, ΣΑ:110-128 mg/dl, ΣΑ:128-141 mg/dl, ΣΑ:141-200 mg/dl). Κατά την παραμονή τους στη ΜΕΘ έγινε πλήρης καταγραφή των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών τους, του σακχάρου αίματος, του λιπιδαιμικού προφίλ, των δεικτών φλεγμονής (hs-CRP, ΤΚΕ, WBC), της ινσουλίνης (για τον καθορισμό του δείκτη HOMA) και του ιστορικού των ασθενών. Συγκεντρώθηκαν στοιχεία για πιθανές επιπλοκές (θάνατος, ΟΣΣ, καρδιακή ανεπάρκεια, αρρυθμολογικές επιπλοκές) κατά τους πρώτους τρεις μήνες μετά από το ΟΣΣ. Η στατιστική ανάλυση έγινε μετά από προσαρμογή ως προς: φύλο, ηλικία, λιπιδαιμικό προφίλ, αρτηριακή πίεση, Μεταβολικό Σύνδρομο και ιστορικό παλαιότερου ΟΣΣ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Ισχυρή η συσχέτιση ανάμεσα στο σάκχαρο αίματος και την εμφάνιση επιπλοκών ( $p=0,001$ ). Η κατανομή των ασθενών ανά τεταρτημόριο σακχάρου αίματος ήταν: 12%, 38,3%, 31,7%, 18%. Μεγάλη διαφορά ανάμεσα στο πρώτο και στο τελευταίο τεταρτημόριο (HR:3,58 με 95% CI:1,58-5,99,  $p<0,001$ ) και μικρότερη ανάμεσα στο πρώτο-δεύτερο (HR:1,77 με 95% CI:1,22-4,41,  $p<0,01$ ) και ανάμεσα στο δεύτερο-τρίτο (HR:1,82 με 95% CI:1,26-5,44,  $p<0,01$ ) ως προς το σύνολο των επιπλοκών. Ανάλογες οι τιμές για τη θνητότητα μεταξύ πρώτου και τελευταίου τεταρτημορίου (HR:3,86 με 95% CI:1,56-6,47). Η τιμή του σακχάρου που επιτυγχάνει τον καλύτερο συνδυασμό ειδικότητας και ευαισθησίας (0,83 και 0,79 αντίστοιχα) στην καμπύλη ROC (για AUC=0,800) είναι τα 122 mg/dl για το σύνολο των επιπλοκών και τα 128 mg/dl για την θνητότητα ( $p=0,003$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ του σακχάρου αίματος και των επιπλοκών που παρουσιάζονται σε μη διαβητικούς ασθενείς κατά το πρώτο τρίμηνο μετά από ΟΣΣ. Μπορεί να καθοριστεί όριο στην τιμή του σακχάρου αυτών των ασθενών πέρα από το οποίο τετραπλασιάζεται ο κίνδυνος επιπλοκών μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

## Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ

Β. Ταμπαζίδης, Χ. Τζουβάρα, Β. Γιαπουτζίδης, Α. Δρυμωνίτης,  
Κ. Καζάκος, Ι. Γιώβος

Διαβητολογικό Κέντρο Α' Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Στην κλινική πράξη ο έλεγχος της γλυκαιμίας στα άτομα με ΣΔ βασίζεται στην τριάδα: HbA1c, γλυκόζη νηστείας και μεταγευματική τιμή γλυκόζης. Με τις σύγχρονες συσκευές συνεχούς υποδόριας μέτρησης των επιπέδων της γλυκόζης δίνεται η δυνατότητα της μελέτης, σε πραγματικές συνθήκες μιας άλλης παραμέτρου της διακύμανσης της γλυκόζης της οποίας ο ρόλος φαίνεται σημαντικός.

### ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθεί ο συντελεστής διακύμανσης των επιπέδων της γλυκόζης (Mean Amplitude of Glycemic Excursions) σε άτομα με ΣΔ και η σχέση του με τη διάρκεια του διαβήτη και το σωματικό βάρος.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 60 άτομα με ΣΔ, από τα οποία τα 13 είχαν ΣΔ2 και τα 47 είχαν ΣΔ1. Σε όλα τα άτομα που συμμετείχαν στην μελέτη έγινε συνεχής μέτρηση με την συσκευή Glucoday της εταιρείας Menarini για 2 συνεχείς ημέρες και εκτιμήθηκε ο συντελεστής διακύμανσης MAGe, η μέση τιμή γλυκόζης, η σταθερή απόκλιση και η HbA1c.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συσχέτιση ανάμεσα στον MAGe 1 του πρώτου 24ώρου καταγραφής και του MAGe 2 του δεύτερου 24ώρου καταγραφής ήταν θετική  $r=0,4$ ,  $p=0,0015$ . Σημαντική ήταν η σχέση ανάμεσα στον MAGe 2 και τον συνολικό MAGe  $r=0,94$ ,  $p<0,001$  και λιγότερο σημαντική ανάμεσα στον MAGe 1 και MAGe  $r=0,57$ ,  $p<0,0001$ . Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στον MAGe και την ηλικία και τη διάρκεια του ΣΔ, ενώ η συσχέτιση με την HbA1c ήταν μικρή,  $r=0,2$  και  $p=0,12$ . Όπως αναμενόταν υπήρχε θετική συσχέτιση  $r=0,52$  και  $p<0,001$  με τη μέση τιμή γλυκόζης και πολύ ισχυρή συσχέτιση με τη σταθερή απόκλιση των τιμών γλυκόζης  $r=0,9$  και  $p<0,0001$ .

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης διακύμανσης MAGe του δεύτερου 24ώρου είναι πλέον αξιόπιστος του δείκτη MAGe του πρώτου 24ώρου. Τα επίπεδα HbA1c δεν σχετίζονται με τον δείκτη MAGe και κατά συνέπεια θεωρείται σημαντική η εκτίμηση του δείκτη διακύμανσης. Θα μπορούσε ο δείκτης διακύμανσης εύκολα να ενσωματωθεί στα προγράμματα των σύγχρονων σακχαρομέτρων και γενικότερα η τριάδα ελέγχου (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, μεταγευματική γλυκόζη) να γίνει τετράδα.

## Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΜΑΚΡΑΣ ΔΡΑΣΗΣ, GLARGINE, ΚΑΙ ΤΑΧΕΑ ΑΝΑΛΟΓΑ ΣΤΟΝ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Α. Σαφούρης<sup>1</sup>, Ν. Καδόγλου<sup>1,2</sup>, Ν. Σάιλερ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α' Παθολογικής Κλινική, Γ.Ν. Ιπποκράτειο, <sup>2</sup>Υπότροφος Ιδρύματος «Προποντίς»

### ΣΚΟΠΟΣ

Ο έλεγχος της δυνατότητας της μακράς δράσης ινσουλίνης glargine και των ταχέων αναλόγων να βελτιώσουν τη γλυκαιμική ρύθμιση σε ενήλικες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην παρούσα αναδρομική μελέτη έγινε στατιστική επεξεργασία των δεδομένων 61 συνολικά ασθενών με ΣΔ1 (36 άνδρες, 25 γυναίκες) από τα αρχεία του τακτικού διαβητολογικού ιατρείου της Α' Παθολογικής Κλινικής. Όλοι οι ασθενείς ήταν ενήλικες με μέση ηλικία  $29,1 \pm 5,3$  έτη και μέση διάρκεια διαβήτη  $14,4 \pm 6,2$  έτη. Η διάρκεια παρακολούθησης των ασθενών κυμαινόταν από 7 έως 22 μήνες. Στους ασθενείς αυτούς που ήδη ελάμβαναν αγωγή με ταχείας δράσης διαλυτή ινσουλίνη και ενδιάμεσης δράσης ισοφανική ινσουλίνη σε σχήματα 2, 3 ή 4 ενέσεων ημερησίως έγινε μετάταξη σε ινσουλίνη glargine και ταχείας δράσης ανάλογα, σε σχήμα 3 ή 4 ενέσεων ημερησίως. Ο δείκτης μάζας σώματος (BMI), η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), οι μετρήσεις πρωινού σακχάρου κατά την προσέλευση στο ιατρείο, το λιπιδαιμικό profile, η αρτηριακή πίεση και ο αριθμός μονάδων της χορηγούμενης βασικής ινσουλίνης καταγράφηκαν αρχικά και μετά την αλλαγή της αγωγής.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αλλαγή της αγωγής με την εισαγωγή της ινσουλίνης glargine και των ταχέων αναλόγων επέφερε στατιστικά σημαντική μείωση τόσο της HbA1c (από  $7,66 \pm 1,02\%$  σε  $7,18 \pm 1,29\%$ ,  $p=0,040$ ), όσο και των τιμών του πρωινού σακχάρου (από  $182,21 \pm 79,73$  mg/dl σε  $152,69 \pm 82,89$  mg/dl,  $p=0,008$ ). Αντίθετα το BMI αυξήθηκε στατιστικά σημαντικά από  $22,89 \pm 3,31$  kg/m<sup>2</sup> σε  $23,78 \pm 4,46$  kg/m<sup>2</sup> ( $p=0,013$ ). Η μέση δόση της ισοφανικής ινσουλίνης ήταν  $39,69 \pm 13,24$  μονάδες και της glargine  $28,93 \pm 10,55$  ( $p<0,001$ ). Οι τιμές τόσο της συστολικής όσο και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης δεν μεταβλήθηκαν, ενώ τα επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, της HDL, της LDL και των τριγλυκεριδίων ελαττώθηκαν αλλά όχι στατιστικά σημαντικά.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η θεραπεία με ινσουλίνη μακράς δράσης, glargine, και ταχεία ανάλογα ινσουλίνης σε ενήλικες με ΣΔ1 βελτίωσε σημαντικά το γλυκαιμικό έλεγχο και μείωσε τις ανάγκες σε βασική ινσουλίνη, αυξάνοντας όμως παράλληλα το σωματικό βάρος.

## ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΜΕΤΑΛΛΑΞΕΩΝ LEIDEN ΚΑΙ G20210A ΤΗΣ ΠΡΟΔΡΟΜΒΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 2

Θ. Φρεγγίδης, Μ. Αλεβίζος, Τ. Διδάγγελος, Α. Θεοδωρίδης, Δ. Καραμήτσος

Α' Προπαιδευτική Κλινική ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Με τον όρο δρομβοφιλία εννοούμε την παθολογική κατάσταση κατά τη οποία ο οργανισμός εμφανίζει αυξημένη πήκτικότητα στο αίμα και αυξημένη τάση για σχηματισμό φλεβικών ή αρτηριακών θρόμβων. Δυο μεταλλάξεις, μια του παράγοντα της πήξης V (μετάλλαξη Leiden) και μια του παράγοντα II (G20210A της προδρομβίνης) αποτελούν τις συχνότερες γενετικές διαταραχές που παρατηρούνται σε άτομα με εν τω βάθει φλεβική θρόμβωση. Ως γνωστό ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με διαταραχές πήκτικότητας, δρομβοεμβολικές διαταραχές και ποικίλες αγγειακές βλάβες.

Η γενετική του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι πολύπλοκη και όχι καλά ξεκαθαρισμένη. Πολλά γονίδια προτάθηκαν να συμμετέχουν στη παθογένεσή του, ενώ γονίδια που βρέθηκαν σε έναν πληθυσμό δεν μπόρεσαν να επιβεβαιωθούν και σε άλλους, προτείνοντας περιοχικές διαφορές ανάλογα με την εθνικότητα και περιοχή.

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της εργασίας ήταν να μετρηθεί η συχνότητα των μεταλλάξεων Leiden και G20210A της προδρομβίνης σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 και να αναζητηθεί η ύπαρξη πιθανής συσχέτισης μεταξύ των παραπάνω μεταλλάξεων και του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

### ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Το υλικό της παρούσας μελέτης αποτελούσαν άτομα πάσχοντα από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (n=362) από το διαβητολογικό ιατρείο των νοσοκομείων Κιλκίς και ΑΧΕΠΑ της Θεσσαλονίκης και από φυσιολογικά άτομα (n=340). Ο έλεγχος για την ύπαρξη των μεταλλάξεων έγινε με τη μέθοδο της αντίδρασης της αλυσιδωτής πολυμεράσης (PCR).

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο παράγοντας **Leiden** βρέθηκε στα 14 από τα 340 άτομα της ομάδας ελέγχου (4,17%) και στους 36 από τους 362 διαβητικούς ασθενείς (9,94%). Η διαφορά αυτή ελέγχθηκε με τη δοκιμασία  $\chi^2$  και είναι στατιστικά σημαντική ( $p=0,003$ ). Η μετάλλαξη **G20210A της προδρομβίνης** παρατηρείται στα 7 από τα 340 άτομα της ομάδας ελέγχου (2,06%) και στους 22 από τους 362 διαβητικούς ασθενείς (6,07%). Η διαφορά είναι στατιστικά σημαντικά ( $p=0,008$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στον πληθυσμό που ελέγχθηκε η συχνότητα των μεταλλάξεων Leiden και G20210A της προδρομβίνης στους διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 βρέθηκε αυξημένη. Απαραίτητη είναι η διενέργεια περισσότερων ερευνών και σε άλλους πληθυσμούς για την εξαγωγή ασφαλέστερων συμπερασμάτων.



## Η ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΩΣ ΑΙΤΙΑ ΘΑΝΑΤΟΥ ΣΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Δ. Σκούτας<sup>1,2</sup>, Κ. Σιώμος<sup>2</sup>, Ν. Παπάνας<sup>4</sup>, Ο. Γουλή<sup>2</sup>, Λ. Δούκας<sup>2</sup>,  
Γ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Κ. Χρήστου<sup>3</sup>, Κ. Μικούδη<sup>2</sup>, Χ. Μανές<sup>2</sup>, Μ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

<sup>2</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Παπαγεωργίου <sup>3</sup>Β' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

<sup>4</sup>Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι η λοίμωξη στο διαβητικό πόδι έχει διαφορετική εικόνα, αντιμετώπιση και έκβαση στον νευροϊσχαιμικό σε σχέση με τον νευροπαθητικό ασθενή. Το ερώτημα που τέθηκε αν και η θνητότητα και η επιβίωση είναι διαφορετικές ανάμεσα στις δυο ομάδες των ασθενών.

### ΣΚΟΠΟΣ

Να συγκριθούν η επιβίωση και ο αριθμός των θανατηφόρων συμβαμάτων σε νευροπαθητικούς και νευροϊσχαιμικούς ασθενείς μετά από σοβαρή λοίμωξη άκρου ποδός. Η περίοδος παρακολούθησης είναι 6 έτη.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Το υλικό μας 187 διαβητικοί ασθενείς (108 νευροϊσχαιμικοί & 79 νευροπαθητικοί ασθενείς) με σοβαρή λοίμωξη στα κάτω άκρα και για τον λόγο αυτό 132 από αυτούς νοσηλεύτηκαν. Στο τέλος της εξαετούς παρακολούθησης έχουμε στοιχεία και ενημέρωση για 135 ασθενείς με μέση ηλικία 64,84±10,19 έτη και μέση διάρκεια Σ.Δ. 17,45±9,75 έτη (79 νευροϊσχαιμικοί & 56 νευροπαθητικοί ασθενείς) στους οποίους έχει προηγηθεί καταγραφή της βλάβης, σταδιοποίηση κατά Wagner, έλεγχος για νευροπάθεια και περιφερική αγγειακή νόσος όπως και αντιμετώπιση της βλάβης.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Κατά τη διάρκεια της 6ετούς παρακολούθησης είχαμε συνολικά 52 θανατηφόρα συμβαμάτων 16/56 σε νευροπαθητικούς ασθενείς (28,5%) και 36/79 σε νευροϊσχαιμικούς ασθενείς (45,5%) με στατιστικά σημαντική διαφορά στους θανάτους ανάμεσα στις δυο ομάδες με  $p \leq 0,05$ . Ο μεγαλύτερος αριθμός θανάτων συνολικά παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια του έτους της λοίμωξης 24/52 (46,1%) με τους θανάτους στους νευροϊσχαιμικούς ασθενείς 20/36 (55,5%) και 4/16 (25%) στους νευροπαθητικούς ασθενείς (στατιστικά σημαντική διαφορά  $p \leq 0,05$ ). Η θνητότητα έχει συσχέτιση θετική με την ηλικία με  $p < 0,01$ , θετική συσχέτιση με την ισχαιμία έχοντας αρνητική συσχέτιση με τον κνημοβραχιόνιο δείκτη με  $p < 0,01$ . Η μέση διάρκεια επιβίωσης 21,93±23,34 μήνες συνολικά, με την ομάδα των νευροϊσχαιμικών ασθενών να έχει 19,58±22,93 μήνες και τους νευροπαθητικούς 27,06±24,13 μήνες. Το καρδιαγγειακό είναι η κύρια αιτία θανάτου στον εξεταζόμενο πληθυσμό.

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της μελέτης μας καταδεικνύουν ότι οι νευροϊσχαιμικοί ασθενείς έχουν αυξημένη θνητότητα σε σχέση με τους νευροπαθητικούς ασθενείς μετά από σοβαρή λοίμωξη άκρου ποδός σε ποσοστό κοντά στο 50% και το κυρίαρχο ότι περισσότερο από το 50% των νευροϊσχαιμικών ασθενών αποβιώνει το έτος της λοίμωξης.

**Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΤΟ «ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ»  
ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΟΥΣ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΟΥΣ  
ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Δ. Σκούτας<sup>1,2</sup>, Ν. Παπάνας<sup>4</sup>, Κ. Σιώμος<sup>2</sup>, Ο. Γουλή<sup>2</sup>, Θ. Μελέκος<sup>3</sup>, Κ. Καραμόσχος<sup>5</sup>,  
Δ. Καραγιάννη<sup>2</sup>, Θ. Μεσημέρης<sup>3</sup>, Χρ. Μανές<sup>2</sup>, Μ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

<sup>2</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, <sup>3</sup>Υπερβαρική μονάδα Γ.Ν. «Άγιος Παύλος» Θεσσαλονίκης

<sup>4</sup>Β' Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

<sup>5</sup>Β' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν. Παπαγεωργίου

Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάλυση του διαβητικού πληθυσμού (256 ασθενείς) με «διαβητικό πόδι» (παρόν ή προηγούμενο ιστορικό έλκους στα κάτω άκρα). Συγκρίνουμε τους νευροπαθητικούς με τους νευροϊσχαιμικούς ασθενείς ποσοτικά και ποιοτικά σε χρονικό διάστημα (6) ετών.

Το υλικό μας 207 διαβητικοί ασθενείς (120 νευροϊσχαιμικοί και 87 νευροπαθητικοί) με «διαβητικό πόδι». Στο τέλος της εξαετούς παρακολούθησης έχουμε στοιχεία και ενημέρωση για το σύνολο των ασθενών (136 άνδρες-71 γυναίκες) με μέση ηλικία 65,52±10,12 έτη μέση διάρκεια Σ.Δ. 16,19±9,25 έτη και μέση τιμή HbA1c 8,6±1,7, όπως επίσης έχει καταγραφεί η νοσηλεία τους και η χρονική της διάρκεια, η επούλωση της βλάβης ή όχι και η χρονική διάρκεια αυτής.

Στην παρούσα μελέτη ο αριθμός των νευροϊσχαιμικών ασθενών, 120 ασθενείς (46,9%), είναι σαφώς μεγαλύτερος των νευροπαθητικών, 87 (34%) επί του συνολικού αριθμού των 256 διαβητικών ασθενών, με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσά τους  $p \leq 0,001$ .

Οι νευροϊσχαιμικοί ασθενείς σαφώς είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία (μέση ηλικία 67,97±8,25 έτη) σε σύγκριση με τους νευροπαθητικούς ασθενείς με μέση ηλικία 62,15±11,45 με  $p < 0,05$ . Αναλογικά οι ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 1 στη νευροπαθητική ομάδα καταλαμβάνουν μεγαλύτερο ποσοστό, 11,4%, σε σχέση με τη νευροϊσχαιμική ομάδα 3,3%.

Η διάρκεια του Σ.Δ. ή HbA1c, όπως και η αναλογία ανδρών-γυναικών δεν έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Στα έξι έτη παρακολουθήσεως 91 από τους 120 νευροϊσχαιμικούς (75,8%) και 48 από τους 87 νευροπαθητικούς (55%) χρειάστηκε να νοσηλευθούν, με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας στη νευροϊσχαιμική ομάδα (0,95±0,69) μήνες σε σχέση με τη νευροπαθητική ομάδα (0,61±0,62) μήνες με στατιστικά σημαντική διαφορά και στον αριθμό και στη διάρκεια νοσηλείας τους.

Στη παρούσα μελέτη βλέπουμε μια υπεροχή στην επούλωση της νευροπαθητικής ομάδας 97,6% έναντι 88,4% της νευροϊσχαιμικής ομάδας με στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα τους. Η διάρκεια της επούλωσης όμως δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερα στατιστικά σημαντική διαφορά στις δυο ομάδες με μέση διάρκεια επούλωσης στους νευροπαθητικούς 5,4±6,2 και στους νευροϊσχαιμικούς 5,8±6,4 μήνες.

Τα ευρήματα της μελέτης μας καταδεικνύουν ότι οι νευροϊσχαιμικοί ασθενείς καταλαμβάνουν το 50% του διαβητικού πληθυσμού με «διαβητικό πόδι», είναι μεγαλύτεροι σε ηλικία και η συχνότητα και η διάρκεια νοσηλείας τους είναι αυξημένη σε σχέση με τους νευροπαθητικούς ασθενείς, ενώ η διάρκεια του Σ.Δ. ο μεταβολικός έλεγχος και το φύλο δεν φαίνεται να επηρεάζουν στατιστικά τις δύο ομάδες. Η επούλωση της βλάβης και η χρονική της διάρκεια είναι δυσχερέστερη στους νευροϊσχαιμικούς ασθενείς.

**Η ΕΠΙΔΗΜΙΑ ΤΟΥ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΠΟΛΙΟΥ. ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗΝ ΕΚΒΑΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΛΙΟΥ ΣΤΟΥΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΪΣΧΑΙΜΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ (ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΔΙΔΑΚΤ. ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ)**

Δ. Σκούτας<sup>1,2</sup>, Ο. Γουλή<sup>2</sup>, Ν. Παπάνας<sup>3</sup>, Κ. Σιώμος<sup>2</sup>, Γ. Γεωργιάδης<sup>1</sup>, Δ. Καραγιάννη<sup>2</sup>, Α. Μυροφορίδης, Μ. Λαζαρίδου<sup>2</sup>, Χρ. Μανές<sup>2</sup>, Μ. Λαζαρίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

<sup>2</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Παπαγεωργίου

<sup>3</sup>Β' Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να συγκριθούν η συχνότητα και το είδος των ακρωτηριασμών των ασθενών αυτών νευροπαθητικών και νευροϊσχαιμικών με «διαβητικό πόδι» η πιθανότητα υποτροπής προηγηθείσης βλάβης, η δημιουργία άλλης και η διαφορά στη θνητότητα, αν υπάρχει, ανάμεσα στις δύο ομάδες.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

Το υλικό μας 207 διαβητικοί ασθενείς (120 νευροϊσχαιμικοί και 87 νευροπαθητικοί) με «διαβητικό πόδι». Στο τέλος της εξαετούς παρακολούθησης έχουμε στοιχεία και ενημέρωση για το σύνολο των ασθενών (136 άνδρες-71 γυναίκες) με μέση ηλικία 65,52±10,12 έτη, μέση διάρκεια Σ.Δ. 16,19±9,25 έτη και μέση τιμή HbA1c 8,6±1,7, όπως επίσης έχει καταγραφεί πιθανή υποτροπή της βλάβης, η δημιουργία άλλης, η θνητότητα στις δύο ομάδες και η συχνότητα και το είδος ενός πιθανού έποντα ακρωτηριασμού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Στην παρούσα μελέτη βλέπουμε ότι η δημιουργία άλλης βλάβης ή η υποτροπή της προηγούμενης γίνεται σε πιο σύντομο χρονικό διάστημα στη νευροϊσχαιμική ομάδα με μέση διάρκεια 5,2±11,3 και 0,86±3,11 έναντι 6,33±12,7 και 1,48±4,42 μήνες στη νευροπαθητική ομάδα με τη ίδια όμως περίπου συχνότητα και στις δύο ομάδες 78,3% και 79,3% αντίστοιχα.

Ο ακρωτηριασμός είναι πιο συχνός 63/120 (52,5%) στη νευροϊσχαιμική ομάδα έναντι 33/87 (37,9%) στη νευροπαθητική ομάδα με στατιστικά σημαντική διαφορά p<0,05. Ο ακρωτηριασμός των δακτύλων είναι ο πιο συχνός και στις δύο ομάδες με τους μείζονες ακρωτηριασμούς στη νευροϊσχαιμική ομάδα στο 29,5%, ενώ στη νευροπαθητική ομάδα μόλις στο 6%.

Τέλος διαφορά υπάρχει και στη θνητότητα ανάμεσα στις δύο ομάδες με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ τους σε ποσοστό 26,2% στους νευροπαθητικούς έναντι 46,5% των νευροϊσχαιμικών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Πάνω από το 50% των νευροϊσχαιμικών ασθενών με διαβητικό πόδι οδηγείται σε ακρωτηριασμό, 1 στους 3 ακρωτηριασμούς των νευροϊσχαιμικών ακρωτηριασμών είναι μείζων, ενώ η θνητότητα των νευροϊσχαιμικών ασθενών αυτών αγγίζει το 50%. Δεν πρέπει να παραβλεφθεί επίσης ότι και η πορεία των ασθενών αυτών προς την εξέλκωση είναι ταχύτερη.

## ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΟΡΟΥ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2;

Κ. Παπαθεοδώρου<sup>1</sup>, Ν. Παπάνας<sup>1</sup>, Δ. Παπάζογλου<sup>1</sup>, Μ. Αλεξανδρίδου<sup>1</sup>,  
Θ. Γκικόκα<sup>2</sup>, Δ. Χριστακίδης<sup>3</sup>, Ε. Μαλτέζος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>2</sup>Εργαστήριο Βιοχημείας, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

<sup>3</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης

### ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης του ινωδογόνου με την περιφερική νευροπάθεια σε διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμπεριελήφθησαν 62 διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς με νευροπάθεια (ομάδα Α: 30 άνδρες, 32 γυναίκες) και 65 διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς χωρίς νευροπάθεια (ομάδα Β: 32 άνδρες, 33 γυναίκες). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν ως προς το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια του ΣΔ, την HbA<sub>1c</sub> και τη συχνότητα μακροαγγειοπάθειας (στεφανιαία νόσος και/ή περιφερική αρτηριοπάθεια). Τα κριτήρια αποκλεισμού ήταν: πρόσφατο τραύμα ή εγχείρηση, οξεία ή χρόνια λοίμωξη/φλεγμονή, ηπατική ή νεφρική νόσος, κακοήθεια, διαταραχές της πήξης και αιματολογικά νοσήματα. Προς αποφυγή της εποχιακής διακύμανσης, η μέτρηση του ινωδογόνου έγινε μεταξύ Ιουνίου και Οκτωβρίου σε όλους τους ασθενείς. Η νευροπάθεια διαγνώστηκε με τον δείκτη Diabetic Neuropathy Index (DNI). Η διάγνωση της στεφανιαίας νόσου βασίστηκε στο ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου και/ή το ηλεκτροκαρδιογράφημα (σύμφωνα με την κωδικοποίηση της Minnesota). Η περιφερική αρτηριοπάθεια ορίστηκε ως τιμή Κνημοβραχιόνιου Δείκτη <0,9 στην εξέταση με Doppler. Τέλος η διαταραχή της εφίδρωσης στο πόδι εκτιμήθηκε με το νέο επίδεμα Neuropad<sup>®</sup> και ορίστηκε ως χρόνος μέχρι την πλήρη χρωματική αλλαγή του επιδέματος σε χρόνο >10 λεπτά σε ένα τουλάχιστον πόδι.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το ινωδογόνο ήταν σημαντικά ( $p < 0,001$ ) υψηλότερο στην ομάδα Α ( $423,4 \pm 110,3$  mg/dl) έναντι της ομάδας Β ( $354,0 \pm 87,2$  mg/dl). Ήταν επίσης σημαντικά ( $p = 0,007$ ) υψηλότερο στους ασθενείς με διαταραχή της εφίδρωσης ( $413,6 \pm 120,5$  mg/dl) σε σύγκριση με εκείνους χωρίς διαταραχή της εφίδρωσης ( $362,9 \pm 71,4$  mg/dl). Διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση του ινωδογόνου του ορού με το DNI ( $p < 0,001$ , Spearman's  $r_s = 0,365$ ) και με τον χρόνο μέχρι την πλήρη χρωματική αλλαγή του Neuropad<sup>®</sup> ( $p = 0,007$ , Spearman's  $r_s = 0,258$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αυξημένα επίπεδα του ινωδογόνου του ορού παρουσιάζουν σημαντική θετική συσχέτιση τόσο με την ύπαρξη όσο και με τη βαρύτητα της περιφερικής νευροπάθειας. Επίσης παρουσιάζουν σημαντική θετική συσχέτιση με τη διαταραχή της εφίδρωσης στο πόδι. Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ του ότι θα άξιζε να διερευνηθεί ο ρόλος του ινωδογόνου του ορού ως πιθανού υποκατάστατου δείκτη περιφερικής νευροπάθειας στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

**ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΣΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΟΥ ΚΑΙ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΝΔΡΩΝ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΩΝ**

Τ. Διδάγγελος, Φ. Ηλιάδης, Α. Ζαντίδης, Α. Χατζηκηδήρογλου, Χ. Μαργαριτίδης, Δ. Καραμήτσος

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

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η διερεύνηση ύπαρξης διαφορών μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τη βαρύτητα εμφάνισης διαβητικής νευροπάθειας του περιφερικού και του αυτονόμου νευρικού συστήματος σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 179 ασθενείς (94 γυναίκες, 55,7%) με ΣΔ τύπου 1 και 2 (79 τύπου 1), μέσης ηλικίας  $55,0 \pm 13,6$  ετών και μέσης διάρκειας ΣΔ  $19,7 \pm 8,0$  έτη. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στις ακόλουθες δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του περιφερικού (**ΔΠΝ**) και του αυτονόμου νευρικού συστήματος (**ΔΝΑΝΣ**). Διάγνωση ΔΠΝ: Πρωτόκολλο Michigan (ερωτηματολόγιο, **MNSIQ** και κλινική εξέταση, **MNSIE**), δοκιμασία με μονοϊνίδιο των 10 gr και προσδιορισμός του ορίου αντίληψης δονήσεων με biothesiometer. Διάγνωση ΔΝΑΝΣ: Δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας κατά τη διάρκεια βαδιάς αναπνοής [δείκτης Εκπνοής/Εισπνοής (**E/I**), μέσος ανυσματικός δείκτης των κυκλικών μεταβολών των R-R διαστημάτων (**MCR**, **ανυσματική ανάλυση**), σταθερή απόκλιση (**SD**)], δοκιμασία Valsalva (**Valsalva**), δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας από την ύπτια στην όρθια θέση (**δείκτης 30:15**), ορθοστατική υπόταση, αντίστοιχα. Όλοι οι ασθενείς είχαν εγκατεστημένη νευροπάθεια του περιφερικού και του αυτονόμου ΝΣ (σκορ ΔΠΝ παθολογικό και δύο ή και περισσότερες δοκιμασίες ΑΝΣ παθολογικές) και με βάση το φύλο χωρίστηκαν σε δύο ομάδες: ομάδα Α (n= 85, άνδρες), ομάδα Β (n=94, γυναίκες).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων (Α έναντι Β) παρατηρήθηκε στους δείκτες E/I ( $1,08 \pm 0,03$  έναντι  $1,06 \pm 0,03$ ,  $p=0,016$ ), MCR ( $13,43 \pm 9,09$  έναντι  $13,20 \pm 7,17$ ,  $p=0,033$ ), SD ( $23,94 \pm 14,82$  έναντι  $21,84 \pm 11,18$ ,  $p=0,013$ ). Στους υπόλοιπους δείκτες δεν παρουσιάστηκε σημαντική διαφορά ( $p>0,05$ ).

Οι άνδρες ήταν χρήστες καπνίσματος και αλκοόλ σε μεγαλύτερη συχνότητα ( $p<0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Οι γυναίκες παρουσίαζαν σημαντικά μεγαλύτερη βαρύτητα της ΔΝΑΝΣ του παρασυμπαθητικού, όπως αυτή εκφράζεται από τους δείκτες E/I, MCR και SD. Συνεπώς, οι γυναίκες πιθανόν να είναι περισσότερο επηρεασμένες στην ανάπτυξη ΔΝΑΝΣ, δεδομένου ότι η διαταραχή του παρασυμπαθητικού είναι η πρώτη που παρατηρείται στη διάρκεια του διαβήτη. Η χρήση καπνίσματος και αλκοόλ δεν επηρέασε τη βαρύτητα.

## ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΜΙΚΡΟΛΕΥΚΩΜΑΤΟΥΡΙΑΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΤΗΣ ΑΠΝΟΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Ε. Δασκαλοπούλου, Β. Ορδουλίδου<sup>1</sup>, Ν. Καρτάλη,  
Χ. Λιάββας<sup>1</sup>, Π. Φυτάς<sup>1</sup>, Ε. Βλαχογιάννης

Μονάδα Μελέτης του Ύπνου, Παθολογική Κλινική,

<sup>1</sup>Μικροβιολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Είναι γνωστό ότι η μικρολευκωματουρία αποτελεί κακό προγνωστικό δείκτη για τους διαβητικούς ασθενείς για την εξέλιξη της νεφρικής νόσου καθώς και για την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Εξάλλου το σύνδρομο άπνοιας ύπνου (ΣΑΥ) αναγνωρίζεται πλέον ως σοβαρός προδιαθεσικός παράγοντας για καρδιαγγειακά συμβάματα. Σκοπός της μελέτης μας ήταν η σύγκριση της απέκκρισης της λευκωματίνης πριν και μετά τον ύπνο σε διαβητικούς ασθενείς που πάσχουν από ΣΑΥ, και η επίδραση της θεραπείας με συσκευή CPAP.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σε δέκα διαβητικούς ασθενείς, μέσης ηλικίας 47,9±8,33 και BMI 38,98±5,16 kg/m<sup>2</sup>, διενεργήθηκε μελέτη ύπνου και προσδιορίσθηκε ο λόγος λευκωματίνης προς κρεατινίνη (A/C) πριν την κατάκλιση και μετά την έγερση, καθώς και ο όγκος ούρων κατά τη διάρκεια του ύπνου. Η ίδια διαδικασία επαναλήφθηκε επίσης κατά τη νύχτα της θεραπείας με CPAP.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης άπνοιας-υπόπνοιας ανά ώρα ύπνου (AHI) ήταν 69,4±25 και ο δείκτης αποκορεσμού της Hb (DI) 69,13±20,49. Ο λόγος A/C προ του ύπνου ήταν 36,77±38,00 mg/gr και κατά την αφύπνιση 49,74±49 mg/gr (αύξηση κατά 56,13±76,35%). Αντίστοιχα, μετά την εφαρμογή της CPAP οι λόγοι ήταν 52,92±63,9 mg/gr και 22,31±26 mg/gr (μείωση κατά 48,19±24,54%). Ο όγκος των ούρων ήταν 853±402 ml και 466±186 ml πριν και μετά τη CPAP αντίστοιχα (p=0,008). Η απέκκριση λευκωματίνης μειώθηκε μετά την εφαρμογή της CPAP, όπως φαίνεται από τη σύγκριση του λόγου A/C της νύχτας και του πρωινού μετά CPAP (p=0,005), καθώς και από τη σύγκριση της επί τοις % μεταβολής του λόγου A/C μεταξύ της διαγνωστικής και της θεραπευτικής μελέτης (p=0,005).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο λόγος A/C μειώνεται κατά τη διάρκεια του φυσιολογικού ύπνου περίπου 20%. Παλαιότερα αποδείξαμε ότι σε ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΣΑΥ ο λόγος αυτός αυξάνεται στη διάρκεια του ύπνου, ενώ μειώνεται με τη θεραπευτική εφαρμογή της CPAP. Τα παραπάνω φαίνεται να ισχύουν και στους διαβητικούς ασθενείς με ΣΑΥ για την εξέλιξη της νόσου των οποίων πιθανόν να αποδειχθεί ότι έχουν ιδιαίτερη σημασία.

## ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΣΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ν. Κατσίκη, Φ. Ηλιάδης, Τρ. Διδάγγελος, Α. Σαραφίδου,  
Α. Αδαμίδου, Δ. Καραμήτσος

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

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης μας ήταν η διερεύνηση της συχνότητας ψυχοπαθολογικών εκδηλώσεων κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής σε αρρυθμιστούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Ογδόντα ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, 46 άνδρες και 34 γυναίκες, ηλικίας 32 έως 83 ετών, με πτωχό μεταβολικό έλεγχο ( $HbA_{1c} > 6,5\%$ ) και υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, οι οποίοι εξετάσθηκαν στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) και WBQ (Well-Being Questionnaire). Κανένας από τους 80 ασθενείς δεν ελάμβανε αντικαταθλιπτικά ή ηρεμιστικά φάρμακα, ούτε είχε προηγουμένως συμβουλευτεί ψυχίατρο ή ψυχολόγο.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το 65% των ασθενών παρουσίαζε συμπτώματα κατάθλιψης ή αγχώδους διαταραχής, ενώ το 38,8% και τα δύο. Ειδικότερα, το 21,3% των ασθενών εκδήλωνε ήπια αγχώδη διαταραχή και το 21,5% μέτρια έως σοβαρή, ενώ το 30% εκδήλωνε ήπια κατάθλιψη και το 27,5% μέτρια έως σοβαρή. Οι γυναίκες ανέφεραν συμπτώματα κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής σε ποσοστά 70,6% και 52,9% αντίστοιχα, ενώ οι άνδρες σε ποσοστά 47,8% και 41,3% αντίστοιχα, χωρίς ωστόσο οι παρατηρούμενες διαφορές να είναι στατιστικώς σημαντικές ( $p > 0,05$ ). Στο ερωτηματολόγιο WBQ, η βαθμολογία της υποκλίμακας αγχώδους διαταραχής ήταν σημαντικά υψηλότερη στις γυναίκες (διάμεσος=7,5) σε σχέση με τους άνδρες (διάμεσος=5,  $p=0,02$ ), ενώ η συνολική βαθμολογία ήταν σημαντικά υψηλότερη στους άνδρες (διάμεσος=42,5) σε σχέση με τις γυναίκες (διάμεσος=38,  $p=0,05$ ). Το 69% των ασθενών με ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου παρουσίαζε κατάθλιψη και το 51,7% αγχώδη διαταραχή σε αντίθεση με το 51% και 43,1% αντίστοιχα των ασθενών χωρίς προηγούμενο καρδιαγγειακό επεισόδιο ( $p > 0,05$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στην παρούσα μελέτη παρατηρήθηκε ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα συμπτωμάτων κατάθλιψης και αγχώδους διαταραχής που παρατηρείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με πτωχό μεταβολικό έλεγχο. Τα ανωτέρω ευρήματα υπογραμμίζουν την ανάγκη συνεργασίας ιατρών διαφόρων ειδικοτήτων, με στόχο την έγκαιρη καθοδήγηση και αποτελεσματική πολύπλευρη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ (ΠΚΚ) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΓΗΡΟΥΣ ΜΕ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ (Ι-ΑΕΕ). Η ΘΕΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)**

Π. Κοτσάφτης, Γ. Ντάϊος, Α. Χατζητόλιος, Χ. Σαββόπουλος,  
Δ. Αγαπάκης, Δ. Καραμήτσος

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

**ΣΚΟΠΟΣ**

Η καταγραφή των κύριων ΠΚΚ και η θέση του ΣΔ σε ασθενείς  $\geq 65$  ετών με Ι-ΑΕΕ.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

Αναδρομική μελέτη 175 ασθενών, ( $\sigma$  81-  $\rho$  94), που νοσηλεύθηκαν για Ι-ΑΕΕ στη διάρκεια 1 έτους. Οι ΠΚΚ μελετήθηκαν σε δύο ομάδες: Α-124 ηλικιωμένοι, Β-51 υπέρηχοι. Τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν με αντίστοιχη μελέτη μας προ 5ετίας, σε 160 ασθενείς ( $\sigma$  75-  $\rho$  85) 76 $\pm$ 6 ετών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Συνύπαρξη ΠΚΚ	Ηλικιωμένοι 65-80 ετών	Υπέρηχοι $\geq 81$ ετών	Σύνολο ασθενών	Παλαιότερη μελέτη
Αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ)	95 (76,61%)	40 (78,43%)	135 (77,14%)	61%
ΣΔ	43 (34,68%)	14 (27,46%)	57 (32,57%)	34%
ΧΚΜ	25 (20,16%)	10 (19,61%)	35 (20%)	13,2%
Στεφανιαία νόσος (ΣΝ)	31 (25%)	14 (27,45%)	45 (25,71%)	27%
Δυσλιπιδαιμία	28 (22,58%)	11 (21,57%)	39 (22,28%)	15,6%
Προηγούμενο Ι-ΑΕΕ	30 (24,19%)	8 (15,69%)	38 (21,71%)	43,7%

58/175 (33,14%) ασθενείς παρουσίαζαν 1 ΠΚΚ, 107/175 (61,14%)  $>1$ , ενώ 10/175 (5,72%) κανέναν. Ως μοναδικός ΠΚΚ παρατηρήθηκε ΑΥ σε 37/175 (21,14%), ενώ ΣΔ μόνο σε 7/175 (4%). Χωρίς αντιαιμοπεταλιακή ή αντιπηκτική αγωγή κατά την εισαγωγή ήταν 116/175 (66,29%), ενώ 46/175 (26,28%) ήδη ελάμβαναν ασπιρίνη, 2/175 (1,14%) κλοπιδογρέλη και 10/175 (5,71%) ασενοκουμαρόλη. Από αυτούς με χρόνια κολπική μαρμαρυγή (ΧΚΜ) ελάμβαναν: ασπιρίνη 57,14%, ασενοκουμαρόλη 22,86%, ενώ 20% ουδεμία αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η ΑΥ μόνη ή σε συνδυασμό με άλλους ΠΚΚ αποτελεί τον κυρίαρχο ΠΚΚ για Ι-ΑΕΕ. Ο ΣΔ δεν αποτελεί συχνό μεμονωμένο ΠΚΚ. Ωστόσο, η συνύπαρξη – παθοφυσιολογική συσχέτισή του με τους άλλους ΠΚΚ, τον καθιστά δεύτερο σε σημαντικότητα ΠΚΚ, ιδιαίτερα στους ηλικιωμένους. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών με ΠΚΚ, συμπεριλαμβανομένων του ΣΔ, της ΣΝ ή και προηγούμενου Ι-ΑΕΕ, δεν ελάμβανε αντιαιμοπεταλιακά, ενώ ακόμη και σημαντικό ποσοστό με χρόνια ΚΜ δεν ελάμβανε αντιαιμοπεταλιακή/αντιπηκτική αγωγή, γεγονός που υποδεικνύει χαλαρότητα στην προσέγγιση του καρδιαγγειακού κινδύνου στους ηλικιωμένους και υπέρηχους, αντίθετα με τις διεθνείς οδηγίες. Συγκριτικά με την παλαιότερη μελέτη μας, η σημαντικότερη διαφορά αφορά στο μειωμένο ποσοστό προηγούμενου Ι-ΑΕΕ, παρά μάλιστα την αυξημένη παρουσία του σημαντικότερου ΠΚΚ δηλαδή της ΑΥ, γεγονός που θα μπορούσε να αποδοθεί στη βελτίωση της αντιμετώπισης της ΑΥ στην πρωτογενή πρόληψη τα τελευταία χρόνια. Αντίθετα δεν παρατηρήθηκε διαφορά στην παρουσία του ΣΔ ως ΠΚΚ στις δύο μελέτες.



**ΡΥΘΜΙΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ  
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ – ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

**Β. Μαυροματίδης, Γ. Χατζής, Μ. Βλαχοπούλου, Γ. Λακασάς, Α. Αμανατίδου,  
Ι. Καραφώλας, Θ. Βοσνακίδης**

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης ως μεταβολικό σύνδρομο προκαλεί χρόνιες ειδικές επιπλοκές όπως αυτή της μικροαγγειοπάθειας. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σχετίζεται άμεσα με τη διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη και το επίπεδο ρύθμισης του σακχάρου.

**ΣΚΟΠΟΣ**

Να μελετηθεί η εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε συνάρτηση με τη σωστή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη και τη διάρκειά του.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 300 ασθενείς που παρακολουθούνται από το εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο αδιαλείπτως τα τελευταία 7 έτη. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 66,3 έτη και η μέση διάρκεια διαβήτη τα 10,57 έτη. Στο υπό μελέτη δείγμα κυριαρχεί ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2<sup>α</sup> (61,3 %).

Οι ασθενείς κατά την προσέλευσή τους στο Ε.Δ.Ι. υποβάλλονταν σε έλεγχο συγκεκριμένων εργαστηριακών παραμέτρων, ενώ ανά εξάμηνο προσκόμιζαν λεπτομερή οφθαλμολογική εξέταση με βυθοσκόπηση.

Τα μελετηθέντα στοιχεία τέθηκαν σε επεξεργασία με το στατιστικό πακέτο SPSS 14.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Εβδομήντα οκτώ ασθενείς (26%) παρουσίασαν μη παραγωγικού σταδίου διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Η διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη στους ασθενείς αυτούς ήταν κατά μέσο όρο 12,5 έτη. Η τιμή της HbA1c εμφανίζεται προοδευτικά υψηλότερη (8,47%) συγκρινόμενη με τον μέσο όρο του δείγματος (7,21%). Σε 19 εξ' αυτών διαπιστώθηκε εξέλιξη των ευρημάτων της βυθοσκόπησης σε βλάβες παραγωγικού σταδίου ενώ οι 7 υποβλήθηκαν σε θεραπεία φωτοπηξίας με laser.

Προκύπτει σημαντική στατιστική σχέση της διάρκειας του σακ. Διαβήτη ( $p < 0,001$ ) και της εμφάνισης βλαβών. Εμφανίζεται δε, απόλυτη συσχέτιση της βαρύτητας των ευρημάτων και της σωστής ρύθμισης της γλυκαιμίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

– Η εμφάνιση και εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας βρίσκεται σε συνάρτηση με τη σωστή γλυκαιμική ρύθμιση και τη διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη.

– Ο ρυθμιζόμενος σακχαρώδης διαβήτης καθυστερεί σημαντικά την εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μ. Σαρηγιάννη, Α. Τσάπας, Α. Τσιόκα, Ι. Λιβάνης, Κ. Παλέτας

Μονάδα Μελέτης Μεταβολικών Νοσημάτων,  
Β' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν. Ιπποκράτειο, Θεσσαλονίκη

### ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με χρόνια νοσήματα είναι γνωστό ότι παρουσιάζουν χαμηλή ποιότητα ζωής σε σχέση με ασθενείς με οξεία νοσήματα, γεγονός που επηρεάζει πιθανόν τη συμμόρφωση, και κατά συνέπεια πιθανόν και τη ρύθμισή τους. Για τον λόγο αυτό μελετήσαμε την ποιότητα ζωής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν 54 διαδοχικά άτομα με σακχαρώδη διαβήτη από τη Μονάδα Μεταβολικών Νοσημάτων της Β' Παθολογικής Κλινικής του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου WHO 5 – Well Being Index.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 54 άτομα, 22 άντρες (40,7%) και 32 γυναίκες (59,3%), με ηλικία  $53 \pm 14,6$  έτη και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $29,6 \pm 6,3$  Kg/m<sup>2</sup>. Το 74,1% των ασθενών είχαν ΣΔ τύπου 2, το 18,5 % ΣΔ τύπου 1 και το 7,4 % διαβήτη κύησης. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν  $9,7 \pm 7,8$  έτη και η μέση HbA<sub>1c</sub>  $7,1 \pm 1,6\%$ . Το 5,9% των ασθενών εφαρμόζονταν μόνο υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση, το 52,9% λάμβανε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, ενώ το 41,2 % ήταν σε θεραπεία με ινσουλίνη.

Το 7,4% των ασθενών είχαν σκορ >85%, το 33,3% των ασθενών ήταν μεταξύ 70-85%, το 11,1% των ασθενών μεταξύ 52-70% και τέλος το υπόλοιπο 48,1% των ασθενών είχαν σκορ <52%. Οι HbA<sub>1c</sub> των παραπάνω ομάδων ήταν αντίστοιχα 6,25%, 6,8%, 7,03%, και 7,3%,  $p < 0,05$ .

Το ποσοστό των ασθενών που χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής εκτίμησης με βάση το αποτέλεσμα της κλίμακας WHO-5 ήταν 57% και 33,3% μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε αγωγή με ινσουλίνη και αντιδιαβητικά δισκία αντίστοιχα.

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Από τη μελέτη μας φάνηκε ότι ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών έχουν χαμηλή ποιότητα ζωής και χρήζουν περαιτέρω ψυχιατρικής εκτίμησης. Επίσης, φάνηκε η θετική συσχέτιση της γλυκαιμικής ρύθμισης με την ποιότητα ζωής. Επιπλέον, όσο περισσότερο εντατικοποιημένη θεραπευτική αγωγή χρειάζονταν οι διαβητικοί τόσο περισσότερη ανάγκη ψυχιατρικής υποστήριξης απαιτούνταν. Συνεπώς, είναι απαραίτητο να ελέγχεται η ποιότητα ζωής σε όλα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και ιδιαίτερα σε εκείνους που βρίσκονται σε φαρμακευτική αγωγή.

## ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Γ. Τζήμου, Χ. Μανές, Δ. Καραγιάννη, Δ. Σκούτας, Ρ. Πήτα

Τμήμα Ψυχολογίας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,  
Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου»

### ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν να αξιολογηθεί η ποιότητα ζωής σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2. Συγκεκριμένα οι τομείς της ποιότητας ζωής που μελετήθηκαν είναι οι: α) «η ικανοποίηση» των ασθενών από τον διαβήτη σε διάφορες πτυχές της καθημερινής τους ζωής, β) «η βαρύτητα» που τυχόν επιφέρει ο διαβήτης στην καθημερινότητά τους, γ) «η κοινωνική ανησυχία» όσον αφορά στον σακχαρώδη διαβήτη και δ) «η αυτοαξιολόγηση» της υγείας τους.

### ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμμετείχαν 80 ασθενείς, 40 άντρες και 40 γυναίκες, του διαβητολογικού κέντρου της Γ.Π.Ν. κλινικής του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, με Μ.Ο. ηλικίας 47,37 έτη (εύρος 17-73) και Μ.Ο. διάρκειας νόσου 9,59 έτη (εύρος 1 μήνας-36 έτη). Από αυτά τα 80 άτομα, τα 27 πάσχουν από Σ.Δ. Τύπου 1, ενώ τα 53 από Σ.Δ. Τύπου 2. Χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο DQOL=Diabetes Quality of Life Measure των Alan M. Jacobson and the DCCCT Research Group, το οποίο προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα από την ερευνητική ομάδα. (Ελληνικός τίτλος ερωτηματολογίου: Διαβήτης, Μέτρηση της ποιότητας ζωής). Πριν τη χορήγηση του ερωτηματολογίου προηγήθηκε μια ημιδομημένη κλινική συνέντευξη.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του t-test καθώς και με την μέθοδο της One-way Anova για  $p=0,05$ . Σύμφωνα με τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ποιότητα ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη συνδέεται θετικά με α) τον τύπο διαβήτη τύπος 1 ως προς τύπο 2 ( $p<0,05$ ), β) το επάγγελμα του ατόμου, σταθερό εισόδημα προς ανεπάγγελτους ( $p<0,05$ ), γ) το φύλο, άνδρες προς γυναίκες ( $p<0,05$ ), δ) την ηλικία (17-35 προς άνω των 35 ετών) ( $p<0,05$ ), ε) τον δείκτη μάζας σώματος (B.M.I. 19-25 προς άνω του 30) ( $p<0,05$ ) και στ) αρνητικά με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ( $HbA_{1c}$ ) ( $p<0,05$ ).

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα δεδομένα μας υποδεικνύουν τα εξής: Όσον αφορά στον τύπο του διαβήτη τα άτομα Τύπου 1 νιώθουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τον Σ.Δ. στην καθημερινότητά τους απ' ό,τι εκείνα με Τύπου 2 Σ.Δ. Ανάλογη ικανοποίηση υπάρχει στους άνδρες, στα μη παχύσαρκα άτομα και στους καλά ρυθμισμένους ασθενείς. Τα άτομα Τύπου 1 ωστόσο εκφράζουν μεγαλύτερη κοινωνική ανησυχία απ' ό,τι τα Τύπου 2. Όσον αφορά στο επάγγελμα φαίνεται ότι άτομα τα οποία έχουν εισόδημα αισθάνονται μικρότερη κοινωνική ανησυχία.

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΑΛΛΑΓΩΝ ΤΗΣ ΔΟΣΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΩΝ  
ΙΝΣΟΥΛΙΝΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ ΣΤΟΥΣ ΠΡΩΤΟΥΣ 6 ΜΗΝΕΣ  
ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ INSTIGATE**

**Μ. Μπενρουμπή<sup>1</sup>, Β. Δροσινός<sup>2</sup>, C. Nicolay<sup>3</sup>, Σ. Σουρμελή<sup>2</sup>,  
και η Ελληνική Ομάδα της Μελέτης INSTIGATE**

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

<sup>3</sup>Eli Lilly & Company, European Medical, Bad Homburg, Germany

**ΣΤΟΧΟΙ**

Η μελέτη INSTIGATE (Τιτλοδότηση Ινσουλίνης – Κατανοώντας το φορτίο του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 στην Ευρώπη) σχεδιάστηκε για να απαντήσει ερωτήματα σχετικά με το άμεσο κόστος, τη χρήση υγειονομικών πόρων, την ποιότητα του μεταβολικού ελέγχου και τις κλινικές εκβάσεις στους πρώτους 6 μήνες ινσουλινοθεραπείας σε ασθενείς με Διαβήτη τύπου 2.

Στη συγκεκριμένη εργασία παρουσιάζονται τα δεδομένα των 3 και 6 πρώτων μηνών από την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας για το σύνολο των Ελλήνων ασθενών.

**ΜΕΘΟΔΟΙ**

Η INSTIGATE είναι μια μη παρεμβατική, προοπτική μελέτη. Συμμετέχουν 5 ευρωπαϊκές χώρες με την ένταξη ασθενών με Διαβήτη Τύπου 2, οι οποίοι ξεκίνησαν ινσουλινοθεραπεία στο πλαίσιο της συνήθους υγειονομικής φροντίδας.

Δεδομένα συλλέγονται κατά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, στους 3 και στους 6 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Είκοσι δύο ερευνητές ενέταξαν 262 ασθενείς, 141 άνδρες (54%) και 121 γυναίκες (46%).

Από αυτούς, 261 (99,6%) πραγματοποίησαν τη δεύτερη επίσκεψη 3 μήνες μετά και (97,7%) την τρίτη 6 μήνες μετά. Κατά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, ο μέσος όρος (SD) της πιο πρόσφατης HbA1c ήταν 9,6 (1,6 %), ο οποίος μειώθηκε σε 7,9 (1,1 %) και 7,4 (1,0%), μετά από 3 και 6 μήνες αντίστοιχα.

Το 47,3% των ασθενών ξεκίνησε με μακράς/μέσης δράσης ινσουλίνη, το 30,5% με μείγματα ινσουλινών και το 13,0% με σχήμα basal/bolus ινσουλίνης. Έξι μήνες μετά, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 46,1%, 30,5%, και 14,1%, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών (95,7%) δεν άλλαξε θεραπευτικό σχήμα ινσουλίνης. Επιπλέον, ο μέσος όρος του αριθμού των ινσουλινών και των ημερήσιων ενέσεων παρέμεινε σταθερός. Μικρή απόκλιση παρουσιάστηκε στην ημερήσια δόση της ινσουλίνης, καθώς ο μέσος όρος (SD) αυξήθηκε από 31,9 (16,7) IU στην αρχική επίσκεψη, σε 39,5 (19,1) IU 6 μήνες μετά.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες των ADA/EASD, η έναρξη και η εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας αποτελεί βασικό παράγοντα στη διαχείριση του Διαβήτη. Σύμφωνα με τα δεδομένα της μελέτης, οι Έλληνες διαβητικοί ασθενείς μετατάσσονται σε ινσουλίνη όταν οι τιμές HbA1c είναι πολύ υψηλότερες των τιμών, που ορίζονται από τις κατευθυντήριες οδηγίες.

Επιπλέον, οι ιατροί δεν προχωρούν στην εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας για την επίτευξη καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου και ένα ποσοστό ασθενών της τάξης του 25% διατήρησε υψηλά επίπεδα HbA1c ( $\geq 8.0\%$ ), μετά από 6 μήνες ινσουλινοθεραπείας.

**Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΧΡΗΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ (CGMS) ΜΕ ΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΤΙΜΩΝ ΣΕ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟ ΧΡΟΝΟ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ, ΜΟΝΗ Ή ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, ΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ**

**Α. Παππάς<sup>1</sup>, Ε. Κυρλάκη<sup>1</sup>, Ο. Κεπαπτζόγλου<sup>2</sup>, Ι. Ταραούνε<sup>2</sup>,  
Φ. Γιαννακόπουλος<sup>2</sup>, Π. Γκαρούτσου<sup>2</sup>, Μ. Σφακιανάκη<sup>1</sup>, Χ. Βασιλόπουλος<sup>3</sup>,  
Ν. Κεφαλογιάννης<sup>1</sup>, Χ. Ζούπας<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο «Βενιζέλειο-Πανάνειο» Γ.Ν. Ηρακλείου, <sup>2</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Νοσοκομείου «Υγεία» Αθηνών, <sup>3</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. «Ευαγγελισμός» Αθηνών

**ΣΚΟΠΟΣ**

Το Σύστημα Paradigm REAL-Time (PRT, Medtronic Minimed) είναι αντλία έγχυσης ινσουλίνης συνεργαζόμενη με Σύστημα Συνεχούς Μέτρησης και Καταγραφής Γλυκόζης (CGMS). Η μέτρηση γίνεται με την τοποθέτηση από τον ασθενή υποδόριου ηλεκτροενζυματικού αισθητήρα. Οι τιμές γλυκόζης εμφανίζονται στην οθόνη της αντλίας σε πραγματικό χρόνο. Σκοπός της μελέτης είναι η επίδραση στη ρύθμιση μετά από χρήση του PRT από διαβητικούς τύπου 1 για χρονικό διάστημα 6 μηνών.

**ΑΣΘΕΝΕΙΣ - ΜΕΘΟΔΟΙ**

9 ασθενείς, ηλικίας  $32,9 \pm 11,2$  και διάρκειας διαβήτη  $16,7 \pm 9,1$  έτη, χρησιμοποίησαν το PRT συνεχώς για 6 μήνες. Για εκπαιδευτικούς λόγους τον πρώτο μήνα χρησιμοποιήθηκε μόνο CGMS. Ακολούθως ενεργοποιήθηκε και η αντλία. Εκτιμήθηκαν η HbA1c, οι μέσες μηνιαίες τιμές γλυκόζης και οι υπο/υπεργλυκαιμικές εκτροπές σε χρόνους 0,4 και 6 μήνες. (Όλες οι τιμές σε μο±σα).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Η ρύθμιση βελτιώθηκε καθώς η HbA1c (%) μειώθηκε από  $8,79 \pm 1,49$  αρχικά, σε  $6,91 \pm 0,67$  στους 4 και  $6,98 \pm 0,73$  στους 6 μήνες ( $p=0,009$ ). Οι μέσες μηνιαίες τιμές γλυκόζης μειώθηκαν χωρίς να διαφέρουν στατιστικά μετά 1,4 και 6 μήνες. Τον πρώτο μήνα (χρήση CGMS χωρίς αντλία) η μέση περιοχή υπό την καμπύλη (AUC) πάνω από  $180 \text{ mg}\%$  ήταν  $11,07 \pm 6,77 \text{ mg/dl} * 24\text{h}$  και παρέμεινε χαμηλή με τάση μείωσης μετά από χρήση και της αντλίας, στα  $9,23 \pm 4,79$  και  $9,22 \pm 3,15 \text{ mg/dl} * 24\text{h}$  στους 4 και 6 μήνες αντίστοιχα. Η Μέση Μηνιαία AUC κάτω από  $70 \text{ mg/dl}$  παρέμεινε σταθερή κατά τη διάρκεια της μελέτης και σοβαρή υπογλυκαιμία σημειώθηκε μόνο μια φορά. Δεν παρατηρήθηκε μεταβολή βάρους. Η Συνολική Ημερήσια Δόση Ινσουλίνης μειώθηκε από  $56,1 \pm 16,1$  σε  $48,7 \pm 19,0$  και  $45,4 \pm 16,8$  μονάδες ( $p=0,074$ ), με στατιστικά σημαντική αύξηση του αριθμού των εφάπαξ δόσεων ημερησίως από  $2,89 \pm 0,33$  σε  $6,44 \pm 2,3$  και  $7,38 \pm 3$  στους 4 and 6 μήνες αντίστοιχα ( $p=0,001$ ). Όλοι οι ασθενείς συνέχισαν τη συνδυασμένη θεραπεία μετά το τέλος της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η διαρκής χρήση CGMS βελτιώνει τη ρύθμιση διαβητικών τύπου 1, τόσο με απενεργοποιημένη όσο και με ενεργή την αντλία ινσουλίνης. Η χρήση της αντλίας οδηγεί σε μείωση της συνολικής δόσης ινσουλίνης με λιγότερες υπεργλυκαιμικές εκτροπές λόγω των αυξημένων εφάπαξ χορηγήσεων ινσουλίνης. Ο συνδυασμός αντλίας και CGMS στο PRT σημαντικά βελτιώνει τη ρύθμιση χωρίς να αυξάνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας.

## Η ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Χ. Τζουβάρα, Β. Ταμπαζίδης, Β. Γιαπουτζίδης, Μ. Γιαβροπούλου,  
Κ. Καζάκος, Ι. Γιώβος

Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ.

Οι αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αποτελούν ένα σύγχρονο τρόπο χορήγησης ινσουλίνης στα άτομα με ΣΔ που οδηγούν σε καλή ρύθμιση. Παρόλα αυτά στην καθημερινή κλινική πράξη ο έλεγχος της γλυκαιμίας βασίζεται στην HbA1c και στις τιμές γλυκόζης και δεν εκτιμώνται οι διακυμάνσεις των τιμών που όπως υποστηρίζεται ενεργοποιούν ισχυρότερα το οξειδωτικό στρές από ό,τι η χρόνια υπεργλυκαιμία.

### ΣΚΟΠΟΣ

Να εκτιμηθεί ο συντελεστής διακύμανσης των επιπέδων της γλυκόζης MAGE σε άτομα με ΣΔ με και χωρίς αντλία ινσουλίνης και να εκτιμηθεί η σχέση του με τα επίπεδα HbA1c.

### ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμμετείχαν 13 άτομα με ΣΔ2 από τα οποία τα 9 ήταν σε αγωγή με ινσουλίνη, 26 άτομα με ΣΔ1 σε αγωγή με ενέσιμη ινσουλίνη και 17 άτομα με ΣΔ1 και αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης. Έγινε σε όλα τα άτομα της μελέτης συνεχής μέτρηση γλυκόζης με το Glucoday της εταιρείας Menarini και εκτιμήθηκε ο συντελεστής διακύμανσης MAGE, η μέση τιμή γλυκόζης, η σταθερή απόκλιση και η HbA1c.

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τη σύγκριση των MAGE ανάμεσα στην ομάδα με ΣΔ2 και ΣΔ1 με και χωρίς αντλία ινσουλίνης δεν προέκυψαν σημαντικές διαφορές. Σημαντικά χαμηλότερος όμως ήταν ο δείκτης διακύμανσης MAGE στα άτομα με αντλία σε σχέση με τα άτομα με ΣΔ1 χωρίς αντλία  $181,4 \pm 80,9$  έναντι  $138,0 \pm 46,7$ ,  $p=0,04$ . Επίσης σημαντική διαφορά προέκυψε ανάμεσα στον MAGE της υποομάδας των ατόμων με ΣΔ2 που ήταν σε αγωγή με ινσουλίνη και της ομάδας με αντλία,  $184,0 \pm 60$  έναντι  $138,0 \pm 46,7$ ,  $p=0,03$ . Η συσχέτιση ανάμεσα στον δείκτη MAGE και την HbA1c ήταν σημαντική μόνον στην ομάδα με την αντλία  $r=0,5$ ,  $p=0,04$ .

### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα άτομα με αντλία ινσουλίνης παρουσιάζουν μικρότερη διακύμανση των επιπέδων της γλυκόζης από τα άτομα με ΣΔ1 ΚΑΙ ΣΔ2 που είναι σε αγωγή με ενέσιμη ινσουλίνη. Η εκτίμηση της διακύμανσης των τιμών γλυκόζης με τη συνεχή υποδόρια μέτρηση αποτελεί σημαντικό μέσο για τη συνολική εκτίμηση της γλυκαιμικής ρύθμισης.