

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΕΣ (ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ)
ΠΟΥ ΑΝΑΚΟΙΝΩΘΗΚΑΝ
ΣΤΟ 22ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ
ΒΟΡΕΙΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 13-15 Νοεμβρίου 2008

ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΑΠΝΟΙΩΝ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**N. Κατσίκη, M. Ρογκώτη, I. Πετρίδης**

Διαβητολογικό Ιατρείο Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ – ΣΚΟΠΟΣ:

Η συχνότητα του συνδρόμου απνοιών ύπνου (ΣΑΥ) στον γενικό πληθυσμό αυξάνει σταδιακά, ενώ και στους διαβητικούς ασθενείς αναφέρεται υψηλός επιπολασμός του. Το ΣΑΥ θεωρείται σημαντικός παράγοντας κινδύνου για καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνητότητα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας του ΣΑΥ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που παρακολουθούνται στο Τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ:

Ειδικό σταδμιμένο ερωτηματολόγιο (Ερωτηματολόγιο του Βερολίνου) μοιράστηκε σε 100 διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 κατά την προγραμματισμένη τους επίσκεψη στο Διαβητολογικό Ιατρείο της κλινικής μας. Έγκυρες απαντήσεις λάβαμε από 82 (82%) ασθενείς (47,5% άνδρες) με μέσο όρο ηλικίας 63,9±8,6 χρόνια, HbA1c= 6,8±1,5% και Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ)= 31,2±6,2 Kg/m².

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από το σύνολο των υπό μελέτη ασθενών 70% ήταν υπέρτασικοί και 91,3% υπέρβαροι, ενώ 57% είχαν υπερλιπιδαιμία και 20,3% ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Με βάση το ερωτηματολόγιο του Βερολίνου, το 53,8% των ασθενών παρουσίασε υψηλό κίνδυνο για ΣΑΥ.

	Ασθενείς υψηλού κινδύνου για ΣΑΥ	Ασθενείς χαμηλού κινδύνου για ΣΑΥ	p
Ηλικία	65,9±7,6	61,6±9,3	0,023
BMI	32,9±7,1	29,1±3,9	0,007
HbA1c	6,9±1,6	6,6±1,4	ns
Φύλο (άνδρες)	39,5%	56,8%	ns
Υπερλιπιδαιμία	66,7%	45,9%	ns
Στεφανιαία νόσος	26,2%	13,5%	ns
Υπέρταση	86%	51,4%	0,001
Υπέρβαροι (BMI ≥ 25 Kg/m ²)	93%	89,2%	ns

Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ηλικία, υψηλότερο ΔΜΣ και ήταν υπέρτασικοί σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν υψηλό επιπολασμό του ΣΑΥ στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, γεγονός που υπογραμμίζει την ανάγκη για ανίχνευση του συνδρόμου σε αυτήν την ομάδα των ασθενών. Οι ασθενείς υψηλού κινδύνου πρέπει ακολούθως να παραπέμπονται σε ειδικά ιατρεία μελέτης ύπνου, με στόχο την πιο ολοκληρωμένη αντιμετώπισή τους.

**Ο ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Μ. Σαρηγιάννη, Κ. Παλέτας, Μ. Κουκουρίκου, Π. Πάσχος, Α. Τσάπας

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

ΣΚΟΠΟΣ:

Η σεξουαλική δυσλειτουργία των αντρών με σακχαρώδη διαβήτη είναι γνωστή, ενώ δεν έχει μελετηθεί η σεξουαλική λειτουργία των αντίστοιχων γυναικών. Σκοπός της μελέτης ήταν να ερευνηθεί την επίπτωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε γυναίκες με γνωστό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:

Μελετήθηκαν 20 γυναίκες με ΣΔ2 και 20 γυναίκες χωρίς ΣΔ2 που ήταν ετεροφυλόφιλες και είχαν σταθερό σύντροφο το τελευταίο 3μηνο. Αναλύθηκαν τα ανθρωπομετρικά τους χαρακτηριστικά, το βιοχημικό, γλυκαιμικό τους προφίλ και εκτιμήθηκε η σεξουαλική τους λειτουργία με τη βοήθεια του ερωτηματολογίου Female Sexual Function Index (FSFI). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 6 υποκατηγορίες (Επιθυμία, Διέγερση, Ικανοποίηση, Πόνος, Οργασμός, Κολπική εφύγραση), η βαθμολογία των οποίων προστίθεται και εκτιμάται η συνολική βαθμολογία. Συνολική βαθμολογία κάτω του 25,5 αξιολογείται ως ύπαρξη σεξουαλικής δυσλειτουργίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους όσον αφορά την ηλικία ($41,67 \pm 7,69$ για τις ΣΔ2 γυναίκες και $39,39 \pm 8,4$ για την ομάδα ελέγχου, $p=0,153$), τον δείκτη μάζας σώματος ($35,51 \pm 7,56$ και $34,03 \pm 4,1$ αντίστοιχα, $p=0,665$), την περίμετρο μέσης ($115 \pm 21,2$ και $105,1 \pm 9,02$ αντίστοιχα, $p=0,292$), την περίμετρο ισχίων ($109 \pm 40,63$ και $118,9 \pm 7,26$ αντίστοιχα, $p=0,551$), το ποσοστό εμμηνόπαυσης (20% και 10% αντίστοιχα, $p=0,661$), το ποσοστό αρτηριακής υπέρτασης (80% και 90%, αντίστοιχα, $p=0,6$). Η ομάδα ελέγχου είχε σημαντικά καλύτερη βαθμολογία σε όλες τις υποκατηγορίες ($p < 0,05$) εκτός από αυτή του πόνου και καλύτερη συνολική βαθμολογία ($26,05 \pm 5,52$ για τις ΣΔ2 ασθενείς και $30,9 \pm 2,79$ για την ομάδα ελέγχου, $p=0,002$). Η ομάδα του ΣΔ2 έχει υψηλότερο ποσοστό σεξουαλικής δυσλειτουργίας σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (50% και 11,1%, αντίστοιχα, $p=0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Ο ΣΔ2 φαίνεται να επηρεάζει τη σεξουαλική λειτουργία των γυναικών, η οποία παρουσιάζει έκπτωση σε σχέση με άτομα ίδιου φύλου και ηλικίας. Πιθανή εξήγηση είναι η ελαττωμένη διέγερση του παρασυμπαθητικού συστήματος και η μειωμένη παραγωγή ορισμένων ενζύμων, όπως NO και αργινάση-1 που παρατηρήθηκαν σε πειραματικά μοντέλα ΣΔ2.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΕΥΞΗ ΚΑΙ ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΚΑΛΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ. ΕΜΠΕΙΡΙΑ 10 ΕΤΩΝ

Ν. Κατσίκη, Δ. Αλεξανδρίδης, Ι. Πετρίδης

Διαβητολογικό Ιατρείο Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «Άγιος Δημήτριος», Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή των ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, του ατομικού και οικογενειακού ιστορικού και των εργαστηριακών παραμέτρων διαβητικών ασθενών που παρακολουθούνται στο Τακτικό Διαβητολογικό Ιατρείο της κλινικής μας, καθώς και η επανεκτίμηση των παραπάνω μεταβλητών μετά από χρονικό διάστημα 10 ετών.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ:

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 250 διαβητικοί ασθενείς (98,6% τύπου 2, 63,8% γυναίκες) που επισκέπτονται τακτικά το Διαβητολογικό Ιατρείο της κλινικής μας με μέσο όρο ηλικίας 59,5±8,6 χρόνια και μέση διάρκεια διαβήτη 8,3±5,4 έτη. Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν το βάρος, το ύψος, το ατομικό και οικογενειακό ιστορικό, η λαμβανομένη φαρμακευτική αγωγή και τα επίπεδα γλυκόζης, HbA1c, λιπιδίων, ουρίας, κρεατινίνης και τρανσαμινασών. Μετά την παρέλευση 10 ετών από την ένταξη των ασθενών στη μελέτη, επανεκτιμήθηκαν οι παραπάνω παράμετροι και συγκρίθηκαν με την αρχική καταγραφή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από το σύνολο των ασθενών, 61,2% ήταν υπέρτασικοί και 45% υπερλιπιδαιμικοί, ενώ 16,5% είχαν ιστορικό στεφανιαίας νόσου, 3,6% ΑΕΕ, 0,7% κακοήθεια, 4,3% υποδυρεοειδισμό, 2,9% υπερδυρεοειδισμό και 33,6% οικογενειακό ιστορικό διαβήτη.

Ως προς τη λαμβανομένη φαρμακευτική αγωγή, 69,8% των ασθενών ελάμβανε μεθορμίνη, 51,8% σουλφονουλourίες, 15,8% γλιταζόνες, 6,5% αναστολέα DPP-IV, 1,4% GLP-1 ανάλογα, 19,4% ινσουλίνη, 13,7% β-αποκλειστές, 24,5% αΜΕΑ, 31,7% ΑΤ1, 24,5% διουρητικά, 22,3% ανταγωνιστές Ca, 12,2% ασπιρίνη, 10,1% κλοπιδογρέλη και 44,9% στατίνη.

Μεταβλητές	Έναρξη	10 χρόνια μετά	p
HbA1c (%)	8,3±2,6	6,3±1,2	<0,001
Βάρος (Kg)	76,3±10,2	74,4±8,7	ns
Δείκτης μάζας σώματος (Kg/m ²)	28,3±3,3	27,6±2,6	ns
Γλυκόζη (mg/dl)	169,8±58,4	142,4±33	<0,001
Ουρία (mg/dl)	33,1±12,6	36,2±12,4	<0,001
Κρεατινίνη (mg/dl)	0,9±0,3	0,9±0,2	ns
SGOT (mg/dl)	17,6±3,6	17,3±5,4	ns
SGPT (mg/dl)	25,5±11,4	20,8±8,2	ns
γGT (mg/dl)	29,9±25,3	22,4±11,8	ns
Χοληστερίνη (mg/dl)	218,1±55,9	197,6±27,3	<0,001
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	190,7±121	126,3±58,9	ns
LDL (mg/dl)	139±43,4	119,2±23,2	<0,001
HDL (mg/dl)	46,9±9,5	52,9±14,3	0,016
Ουρικό οξύ (mg/dl)	4,5±1,1	4,7±0,9	0,001

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Μετά την παρέλευση 10 ετών μειώθηκαν σημαντικά τα επίπεδα γλυκόζης, HbA1c, ουρίας, χοληστερίνης, LDL και ουρικού οξέος, ενώ αυξήθηκαν τα επίπεδα HDL. Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υπογραμμίζουν τη σημασία της τακτικής παρακολούθησης των διαβητικών ασθενών στην επίτευξη, αλλά και διατήρηση καλού θεραπευτικού αποτελέσματος.

Η ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ “ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ” ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Δ. Σκούτας^{1,2}, Δ. Καραγιάννη², Α. Μπίτζιος², Λ. Δούκας², Ν. Παπάνας³, Κ. Σουλής⁴,
Κ. Καραμόσχος⁵, Θ. Μεσημέρης⁶, Ν. Παπάζογλου², Χ. Μανές², Μ. Λαζαρίδης¹

¹Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστ. Θράκης

²Διαβητολογικό Κέντρο Π. Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

³Β' Πανεπιστ. Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειου Πανεπιστ. Θράκης

⁴Β' Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Παπανικολάου, ⁵Β' Χειρουργική Κλινική Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου

⁶Υπερβαρική Μονάδα Γ.Ν. Άγιος Παύλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το “διαβητικό πόδι” ως επιπλοκή του ΣΔ οδηγεί καθημερινά στον ακρωτηριασμό, στην αναπηρία και στην κακή ποιότητα ζωής πολλούς ασθενείς.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η χαρτογράφηση, η ακτινοσκόπηση των ασθενών με “διαβητικό πόδι” στη Βόρεια Ελλάδα, που επισκέπτονται, που παραπέμπονται, που εξετάζονται στο ιατρείο του διαβητικού ποδιού, και η ανεύρεση της αιτιοπαθογένειας της διαβητικής βλάβης.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Το υλικό μας 256 ασθενείς (171 άνδρες, 85 γυναίκες) με “διαβητικό πόδι” που προσέρχονται, που παρακολουθούνται και πιθανόν νοσηλεύονται για τον λόγο αυτό. Στοιχεία πλήρη έχουμε για τους 250 από αυτούς με μέση ηλικία 65,31±10,25 έτη, μέση τιμή HbA1c: 8,65±1,7% και μέση διάρκεια ΣΔ 15,84±9,2 έτη. Καταγράφεται η θεραπεία των ασθενών αυτών και η χρήση ή όχι καπνού. Λαμβάνεται το ιστορικό για το αίτιο πρόκλησης της βλάβης και οι ασθενείς εξετάζονται για νευροπάθεια και περιφερική αγγειακή νόσο (με τη μέτρηση NDS, VPT, ABI).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τους ασθενείς μας οι 87 (34%) είναι νευροπαθητικοί, οι 34 (13,3%) ισχαιμικοί και οι 120 (46,9) νευροϊσχαιμικοί.

Το φύλο, η μεταβολική ρύθμιση (HbA1c), η διάρκεια του ΣΔ, η θεραπεία και το κάπνισμα δεν φαίνεται να επηρεάζουν την αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις (3) ομάδες.

Το τραύμα ως αναφερόμενη αιτία εξέλκωσης συμμετέχει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 50%, στους δε νευροπαθητικούς ασθενείς σε ποσοστό >70% με p<0,05. Οι τραυματισμοί από το παπούτσι κυριαρχούν, με τις βλάβες των νυχιών να έπονται.

Ο σφυροβραχιόνιος δείκτης (ABI) έχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα και στο νευροπαθητικό “πόδι” (με βλάβη) 1,06±0,18 σε σχέση με το νευροϊσχαιμικό 0,50±0,23 και το ισχαιμικό 0,44±0,23.

Ο δείκτης νευρικής δυσλειτουργίας (NDS) και το VPT (βιοδεσιόμετρο) όπως είναι αναμενόμενο έχουν στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις ισχαιμικές βλάβες 1,52±1,25 και 19,09±4,3 και τις (2) άλλες ομάδες ασθενών με νευροπαθητικές βλάβες 12,05±5,61 και 35,72±10,2 και νευροϊσχαιμικές 11,28±5,1 και 34,67±8,9 αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι νευροϊσχαιμικές βλάβες καταλαμβάνουν ποσοστό που αγγίζει το 50%, η ισχαιμία συμμετέχει στο 60% των βλαβών, το δε αναφερόμενο τραύμα ως πυροδοτικός μηχανισμός εξέλκωσης σε ποσοστό πάνω από 50%.

**ΤΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ ΣΤΟ “ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ” ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΚΑΙ
ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ**

Δ. Σκούτας¹, Δ. Καραγιάννη¹, Ε. Ρηγάδη¹, Κ. Μικρούδη¹, Κ. Σιώμος¹, Ο. Γουλή¹,
Ζ. Σέκερη¹, Α. Μυροφορίδης¹, Θ. Μελέκος¹, Χ. Μανές¹

¹Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου

²Υπερβαρική Μονάδα Ν. Άγιος Παύλος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Τα διαβητικά έλκη συνήθως εμφανίζονται με μικροβιακή κλωρίδα. Η στοχευμένη θεραπεία με αντιβιοτικά ελαττώνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη πολυανθεκτικών μικροβιακών στελεχών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Γνωρίζοντας τη μικροβιακή κλωρίδα σε μια περιοχή, αντίστοιχα καθοδηγείται η απόφασή μας για την έναρξη εμπειρικής αντιβιοτικής θεραπείας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ:

Έχουμε συλλογή 89 δειγμάτων με υλικό καλλιέργειας από διαβητικά έλκη ασθενών που σε 3 έτη (2005-2008) επισκέφθηκαν το ιατρείο του διαβητικού ποδιού. Από τους ασθενείς αυτούς 13 είχαν συνοδό οστεομυελίτιδα (Wagner grade 3) και 76 χωρίς οστεομυελίτιδα (Wagner grade 2). Στους ασθενείς έγινε χειρουργικός καθαρισμός (debridement) και πάρθηκαν καλλιέργειες από τη βάση της βλάβης και τα αντίστοιχα αντιβιογράμματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η ομάδα των ασθενών με οστεομυελίτιδα με την ομάδα των ασθενών χωρίς οστεομυελίτιδα διέφεραν σημαντικά στον αριθμό των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν $2,83 \pm 1,53$ έναντι $2,24 \pm 2,24$, $p < 0,005$ και στο ποσοστό συγκεκριμένων ομάδων μικροοργανισμών.

Σταφυλόκοκκοι 32,35% έναντι 46,58%, στρεπτόκοκκοι 8,82% έναντι 13,66%, εντεροβακτηριοειδή και Gram (-) βακτήρια 20,59% έναντι 16,15% και αναερόβια 14,71% έναντι 9,32%, $p < 0,005$. MRSA (+) είχαμε μόνο σε 3 δείγματα.

Όλοι οι σταφυλόκοκκοι ήταν ευαίσθητοι στη βανκομυκίνη, 87% στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεδοξαζόλη και 68,3% στην κλινταμυκίνη. Τα Gram (-) βακτήρια που απομονώθηκαν ήταν ευαίσθητα στη σιπροφλοξασίνη στο 97%, στην τριμεθοπρίμη/σουλφαμεδοξαζόλη στο 86,4% και στην αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ στο 71,4%.

Τα αναερόβια ήταν όλα ευαίσθητα στη μετρονιδαζόλη και στην αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ και στην κλινταμυκίνη στο 58,3%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η θεραπεία πρώτης γραμμής για φλεγμιαίνον διαβητικό πόδι δίχως οστεομυελίτιδα με στόχευση σταφυλόκοκκους και gram (-) οργανισμούς είναι η τριμεθοπρίμη/σουλφαμεδοξαζόλη και αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ. Σε ύπαρξη οστεομυελίτιδας η χρήση μετρονιδαζόλης, αμοξικιλίνης/κλαβουλανικού οξέος και κλινταμυκίνης προτείνονται, όντας ικανά για την αντιμετώπιση και των αναερόβιων παθογόνων.

Πιθανώς η χαμηλή αντίσταση στη σιπροφλοξασίνη που παρατηρείται λόγω του ότι δεν το χορηγούμε ως αντιβιοτικό πρώτης γραμμής όπως και η δυνατότητα αποφυγής νοσηλείας των ασθενών αυτών οδηγούν σε χαμηλή εμφάνιση MRSA στελεχών.

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ CHARLES BONNET ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ

**Σ. Καραμαγκιώλης¹, Ε. Παπαγεωργίου², Ε. Γεωργιάδη¹, Γ. Λιμπανοβνού²,
Ε. Κωστάκης¹, Κ. Καραμήτσος¹**

¹Α' Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

²Οφθαλμολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Το σύνδρομο Charles Bonnet (CBS), νευροαισθητηριακή δυσλειτουργία που οδηγεί σε οπτικές ψευδαισθήσεις (ΟΨ), συχνά παραγνωρίζεται στην κλινική πράξη ως εκδήλωση αγ-
γειακής νόσου και αποδίδεται λανθασμένα σε ψυχιατρική νοσολογία και/ή σε πρώιμη άνοια.

ΣΚΟΠΟΣ:

Στην παρούσα μελέτη εξετάζεται η συχνότητα ύπαρξης ΟΨ λόγω CBS σε άτομα με χρό-
νια παθολογική υπεργλυκαιμία λόγω αυξημένης ινσουλινοαντίστασης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Για τον σκοπό της μελέτης, επιλέχτηκαν 29 ασθενείς πάνω από 55 ετών με ινσουλινο-
αντίσταση και με ένα ή περισσότερα επεισόδια ΟΨ οι οποίες αρχικά αποδόθηκαν σε άλλη αι-
τία. Οι 18 είχαν χρόνια αρρυθμικό ΣΔ2 (με μέσο όρο HBA1c >7,8) και οι 11 ΣΔ λόγω χρό-
νιας λήψης κορτικοειδών και/ή αντιψυχωσικών (μέσος όρος HBA1c >7,2). Σε όλους τους
ασθενείς έγινε πλήρης οφθαλμολογικός, νευρολογικός και ψυχιατρικός έλεγχος για τον απο-
κλεισμό ΟΨ άλλης αιτιολογίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Δεκατρείς από τους 29 ασθενείς (το 44,8%) είχαν CBS-ΟΨ λόγω της υποκείμενης δια-
βητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και/ή βλάβης της οπτικής οδού. Από την ομάδα του αμι-
γούς ΣΔ2 οι 7 ασθενείς είχαν ΟΨ λόγω CBS (το 38,9%) ενώ από την άλλη ομάδα, ΟΨ λόγω
CBS είχαν οι 6 από τους 11 ασθενείς (το 54,5%).

Στους υπόλοιπους 16 ασθενείς (στο 55,2%) οι ΟΨ οφείλονταν σε άλλα αίτια όπως:
πρώιμη άνοια (7 ασθενείς), μη διαβητικές βλάβες της οπτικής οδού (5 ασθενείς), μη επαρ-
κώς φαρμακευτικά ρυθμιζόμενη ή πρωτοεμφανιζόμενη ψυχωσική συνδρομή (3 ασθενείς). Σε
μια περίπτωση δεν ήταν δυνατή η εξακρίβωση της αιτιολογίας των ΟΨ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Σε άτομα με ινσουλινοαντίσταση και χρόνια παθολογική υπεργλυκαιμία ανεξαρτήτως αι-
τιολογίας, η ύπαρξη ΟΨ αρκετά συχνά οφείλεται σε CBS και μπορεί να αποδοθεί λανθασμένα
σε άλλα οργανικά ή ψυχιατρικά αίτια. Απομένει να εξακριβωθεί σε μεγαλύτερο στατιστικό
δείγμα αν η καλύτερη ρύθμιση της υπεργλυκαιμίας οδηγεί και σε μείωση της συχνότητας του
συνδρόμου.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΕΣ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ

**Μ. Μπρισιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου*, Α.-Γ. Σοφός*, Ε. Κατωπόδη*,
Χ. Κουρκούτη, Ε. Τυρεκίδου, Λ. Λαναράς**

Γ. Ν. Λαμίας, Γ. Ν. Καρπενησίου*

ΣΚΟΠΟΣ:

Η εκτίμηση διαιτητικών συνηθειών ασθενών που προσήλθαν για εξέταση σε 2 εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου μας σε σχέση με τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:

185 ασθενείς, 94 άνδρες (50,8%) και 91 γυναίκες (49,1%), ηλικίας 31-81 ετών που προσήλθαν για εξέταση και απάντησαν σε ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τη διατροφή, ενώ έγινε μέτρηση ΔΜΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Για τους άνδρες: ΔΜΣ <25 είχαν 11 ασθενείς (11,70%), ΔΜΣ 25-29 είχαν 77 (81,91%) και 6 ασθενείς (6,38%) ΔΜΣ >30.

	ΔΜΣ <25	ΔΜΣ 25-29	ΔΜΣ >30
Κατανάλωση κρέατος >2 φορές/εβδομάδα	12,7%	31,2%	16,6%
Καθημερινή κατανάλωση Λαχανικών	13,1%	9,2%	5,9%
Καθημερινή κατανάλωση Γαλακτοκομικών	35,2%	41,8%	47,3%
Κατανάλωση όσπριων 1 φορά/εβδομάδα	10,1%	8,8%	6,7%

Για τις γυναίκες: ΔΜΣ <25 είχαν 10 ασθενείς (10,98%), ΔΜΣ 25-29 είχαν 68 (74,72%) και 13 ασθενείς (14,28%) ΔΜΣ >30.

	ΔΜΣ <25	ΔΜΣ 25-29	ΔΜΣ >30
Κατανάλωση κρέατος >2 φορές/εβδομάδα	10,5%	34,2%	18,9%
Καθημερινή κατανάλωση λαχανικών	21,8%	13,7%	7,4%
Καθημερινή κατανάλωση γαλακτοκομικών	42,3%	56,1%	53,8%
Κατανάλωση όσπριων 1 φορά/εβδομάδα	11,3%	9,4%	7,6%

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στη μελέτη μας φαίνεται ότι στους υπέρβαρους και παχύσαρκους ασθενείς είναι συχνή η κατανάλωση κρέατος και γαλακτοκομικών κατά τη διάρκεια της εβδομάδος, ενώ οι γυναίκες παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά παχυσαρκίας σε σχέση με τους άνδρες.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΠΕΡΙΟΔΟΝΤΟΠΑΘΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΥΞΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Α. Αντωνιάδου¹, Δ. Ανδρεσάκης¹, Δ. Λεβισιανού², Α. Κουτσοβασίλης²,
Ι. Πρωτοψάλτης², Α. Καμαράτος², Σ. Ηρακλειανού², Α. Μελιδώνης²

¹Οδοντιατρικό τμήμα «ΤΖΑΝΕΙΟ» ΓΝΠ, ²Διαβητολογικό Κέντρο «ΤΖΑΝΕΙΟ» ΓΝΠ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η περιοδοντοπάθεια αποτελεί φλεγμονώδη νόσο των ιστών που περιβάλλουν και στηρίζουν τα δόντια και θεωρείται ότι συγκαταλέγεται ανάμεσα στις επιπλοκές του ΣΔ στα πλαίσια της μικροαγγειοπάθειας που τα άτομα αυτά αναπτύσσουν. Είναι επίσης γνωστό ότι οι φλεγμονώδεις νόσοι συμβάλλουν στην επίταση της ινσουλινοαντίστασης κάνοντας τη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου αίματος δυσχερέστερη.

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπό της μελέτης αποτελεί η απόδειξη της συσχέτισης της περιοδοντοπάθειας και της ινσουλινοαντίστασης όπως αυτή εκφράζεται με την ανάγκη χρήσης μεγαλύτερων ημερήσιων δόσεων ινσουλίνης για την επίτευξη γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΥΛΙΚΟ – ΜΕΘΟΔΟΣ:

Από τους 61 ασθενείς της μελέτης μέσης ηλικίας 57.98 ± 17.02 έτη (43 γυναίκες (70.5%)) οι 13 (20.3%) ήταν τύπου 1 και οι 47 (79.7%) τύπου 2. Από τους ασθενείς με ΣΔτ2 οι 15 (31.9%) λάμβαναν και δισκία (μετφορμίνη ή TZDs), ενώ οι 32 (68.1%) μόνο ινσουλίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση τιμή των μονάδων ινσουλίνης ήταν $47,69 \pm 19,96$ με στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των διαφόρων βαθμών περιοδοντοπάθειας ($p < 0,016$). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του βαθμού περιοδοντοπάθειας και της διάρκειας του ΣΔ ($r = 0,488$, $p = 0,016$), της ηλικίας ($r = 0,211$, $p = 0,046$), του φύλου ($r = 0,444$, $p = 0,030$) και των μονάδων ινσουλίνης ($r = 0,156$, $p = 0,042$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση με όλους τους προαναφερθέντες παράγοντες διαπιστώθηκε ότι την στατιστική τους συσχέτιση με τον βαθμό περιοδοντοπάθειας διατήρησαν η ηλικία ($\beta = 0,311$, $p = 0,024$), το φύλο ($\beta = 0,313$, $p = 0,022$) και οι μονάδες ινσουλίνης ($\beta = 0,106$, $p = 0,031$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στη μελέτη μας, ο βαθμός περιοδοντοπάθειας σχετίζεται θετικά με την απαιτούμενη ημερήσια δόση ινσουλίνης τονίζοντας την ανάγκη τακτικού οδοντιατρικού ελέγχου όλων των διαβητικών ασθενών στα πλαίσια της πρόληψης των επιπλοκών του Διαβήτη. Από την άλλη μεριά η ανάγκη για μεγαλύτερες δόσεις ινσουλίνης σε έναν διαβητικό ασθενή πρέπει πάντα να κατευθύνει τη σκέψη μας και προς την παρουσία περιοδοντοπάθειας.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

**Μ. Μπρισιτιάνου, Χ. Πάνου, Λ. Καλοβούλου*, Α.-Γ. Σοφός *, Ε. Κατωπόδη*,
Χ. Κουρκούτη, Ε. Τυρεκίδου, Λ. Λαναράς**

Γ. Ν. Λαμίας, Γ. Ν. Καρπενησίου*

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η υπέρταση, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία συνυπάρχουν συχνά σε άτομα τρίτης ηλικίας και συμβάλλουν στη θνητότητά τους.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η μελέτη της επίπτωσης των παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου σε υπερήλικες διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Στη μελέτη μας συμμετείχαν διαβητικοί ασθενείς τύπου 2 ηλικίας 65 ετών και άνω, με διάρκεια διαβήτη $15 \pm 5,5$ έτη, που παρακολουθούνται στο διαβητολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου μας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Μελετήθηκαν 285 ασθενείς, 162 (56,84%) άνδρες και 123 (43,15%) γυναίκες. Χωρίστηκαν σε 2 ηλικιακές ομάδες (65-77, >77) και τα ποσοστά στις παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου φαίνονται στον ακόλουθο πίνακα:

	Ηλικία 65-77	Ηλικία >77
Διαβητικοί ασθενείς (n)	183	102
Υπέρβαροι	94 (51,36 %)	46 (45,09%)
Παχύσαρκοι	49 (26,77%)	24 (23,52 %)
Κεντρική Παχυσαρκία	132 (72,13%)	69 (67,64%)
Δυσλιπιδαιμία	85 (46,44%)	45 (44,11%)
Υπέρταση	142 (77,59%)	81 (79,45 %)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Από τη μελέτη μας φαίνεται ότι στους διαβητικούς ασθενείς τρίτης ηλικίας η επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου και των επιμέρους παραμέτρων του είναι πολύ συχνή, ενώ δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων.

**ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΟΚΤΡΕΟΤΙΔΙΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΣΥΧΝΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΑ**

Γ. Χασάν, Α. Ρησγγίτς, Ε. Αγγελονίδου, Λ. Μπόργκι, Τ. Εξιάρα,
Μ. Πασαλίδου, Ε. Πασχαλινού, Σ. Σαρίδου

Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. Κομοτηνής

ΣΚΟΠΟΣ:

Είναι η διερεύνηση του ασθενούς με εφίδρωση και απώλεια συνείδησης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:

Πρόκειται για μια γυναίκα ηλικίας 82 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου, παλαιού Α.Ε.Ε., Ca ορθού (χειρουργηθέν – φέρει κολοστομία) που προσήλθε στις Α' Βοήθειες σε προκωματώδη κατάσταση και εφίδρωση. Έγιναν: κλινική εξέταση, νευρολογική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος, Η.Κ.Γ. και Μ.Ρ.Ι. κοιλίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από την κλινική εξέταση διαπιστώθηκαν έντονη εφίδρωση, ωχρότητα, σύγχυση με πυραμδική συνδρομή (δεξ.) και διαταραχές αναπνοής. Η γλυκόζη αίματος ευρέθη 30 mg/dl. Συνήλθε με χορήγηση γλυκόζης iv. ΗΚΓ: φλεβοκομβική ταχυκαρδία (σφύξεις 100/min), εργαστηριακός έλεγχος: λευκά: 4980, Hct: 28,2, Hb: 8,7, SGOT: 14-13, SGPT: 20-4, ολικά λευκώματα: 5-4,9, λευκωματίνες: 2,4, ουρία: 17, κρεατινίνη: 1,5, αμυλάση: 63, Κ: 4, Na: 137, Ca: 7,5-8,1, αλκαλική φωσφατάση: 57, ΤΚΕ: 8. Γενική ούρων: πυοσφαίρια 20-25 κ.ο.π., ερυθρά 6-8 κ.ο.π. Καλλιέργεια ούρων: αρνητική. C-πεπτίδιο: 11,27 ng/ml (0,5-5), ινσουλίνη: 18,48 iu/ml (2-27). Η (αρνητική) δοκιμασία καταστολής του C πεπτιδίου με ενδοφλέβια ινσουλίνη επιβεβαίωσε την παρουσία ινσουλινώματος. Μ.Ρ.Ι. κοιλίας: ουδέν το παθολογικό. Τέθηκε σε αγωγή με santostatin 0,5/ml 1/3 × 3.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η ανταπόκριση στη θεραπεία με οκτρεοτίδιο ήταν αποτελεσματική και η γλυκόζη ήταν σε φυσιολογικές τιμές επί 7 μήνες. Φαίνεται ότι υπάρχουν κάπου στον οργανισμό αυτόνομα β-κύτταρα, τα οποία παράγουν C-πεπτίδιο, μη αναγνωρίσιμα ούτε από την Μ.Ρ.Ι. κοιλίας.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΣΩΜΑΤΟΣΤΑΤΙΝΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΣΟΒΑΡΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΑΠΟ ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΕΣ ΚΑΙ ΓΛΙΠΤΙΝΕΣ

Ε. Γεωργιάδη, Γ. Κούρτης, Ε. Κωστάκης, Α. Παιδής, Σ. Καραμαγκιώλης

Α΄ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η ορμόνη Σωματοστατίνη (SIH) φυσιολογικά καταστέλλει την εκκριτική λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος ενώ αντίθετα τα αντιδιαβητικά σουλφονυλουρίες και οι γλιπτινές την αυξάνουν μέσω διαφορετικών μηχανισμών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Στην παρούσα εργασία εξετάζεται αν η συγχορήγηση SIH με ορούς Dextrose βοηθά στην ταχύτερη και αποτελεσματικότερη διόρθωση της υπογλυκαιμίας (ΥΓ) που προκαλείται από συνδυασμό σουλφονυλουριών (SU) και γλιπτινών (GP).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Μελετήθηκαν 13 περιπτώσεις σοβαρής και ανθεκτικής ΥΓ σε ασθενείς με ΣΔ2 που ελάμβαναν συνδυασμό SU και GP με ή χωρίς άλλα αντιδιαβητικά. Εννέα από τους ασθενείς είχαν συνυπάρχουσα έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (τιμές κρεατινίνης από 1,6 ως 2,1 mg/dl). Σε όλους τους ασθενείς χορηγήθηκαν αρχικά Dextrose 35% και στη συνέχεια 10% και 5% οροί και σε 6 από αυτούς χορηγήθηκε από την αρχή Octreotide ανάλογο SIH, υποδορίως 0,5 mg ανά 8ωρο (4 δόσεις).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Στην ομάδα των 7 ασθενών που έλαβαν μόνο ορούς Dextrose, η οριστική διόρθωση της ΥΓ ήταν σε όλους βραδύτερη (περισσότερο από 36 ώρες) και περισσότερο επίπονη (νέα υπογλυκαιμικά επεισόδια κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους που απαιτούσαν επιπρόσθετη και επανειλημμένη χορήγηση Dextrose 35%). Οι 4 της ομάδας αυτής που είχαν και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας εμφάνισαν και τις περισσότερες αιχμές ΥΓ και δύο εξ αυτών χρειάστηκαν νοσηλεία 72 ωρών. Αντίθετα στην ομάδα των έξι ασθενών (όπου οι 5 είχαν κρεατινίνη > από 1,7) η συγχορήγηση SIH οδήγησε στην ταχύτερη διόρθωση στους 4 από αυτούς (λιγότερο από 36 ώρες) και μόνο σε έναν χρειάστηκε επιπρόσθετη χορήγηση 35% Dextrose!

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στις περιπτώσεις ΥΓ από συνδυασμό SU και GP η χορήγηση SIH μπορεί να μειώσει σημαντικά τις αιχμές και τη συνολική της διάρκεια. Αυτό φαίνεται να ισχύει περισσότερο όταν υπάρχει και έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας δεδομένου του μακρού χρόνου υποδιπλασιασμού που έχουν οι περισσότερες SU.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΟΠΤΙΚΗΣ ΟΞΥΤΗΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ
ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΥΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ
(ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΟΠΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΥΝΟΧΗΣ – OCT)**

Σ. Διάφας¹, Σ. Κωτσίδης¹, Ν. Κατσίκη², Α. Χατζητόλιος²

1. Α΄ Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΠΟΣ:

Η χρήση της οπτικής τομογραφίας συνοχής (OCT) για τη μελέτη και ποσοτική ανάλυση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς και η συσχέτιση του αμφιβληστροειδικού πάχους με την οπτική οξύτητα.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Έγινε OCT σε 62 οφθαλμούς ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που νοσηλεύθηκαν στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και παρουσίαζαν κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς (ΚΣΟΩ). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 62,2±9,3 έτη, η διάρκεια του διαβήτη 16±9 έτη, ενώ η μέση γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη βρέθηκε 7,7%. Υπολογίστηκε το πάχος του αμφιβληστροειδούς στο βοδρίο της ωχράς και στο κεντρικό από τα 9 υποπεδία κατά ETDRS (Early Treatment Diabetic Retinopathy Study), καθώς επίσης και ο συνολικός όγκος της ωχράς. Ακολούθησε στατιστική ανάλυση και συσχέτιση των ευρημάτων με την οπτική οξύτητα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Το μέσο πάχος του βοδρίου ήταν 434,1 μm στους διαβητικούς ασθενείς με ΚΣΟΩ. Το μέσο πάχος του κεντρικού υποπεδίου κατά ETDRS ήταν 438,87 μm, ενώ ο συνολικός όγκος της ωχράς ήταν 9,82 mm³. Η συσχέτιση της οπτικής οξύτητας (logMAR) με το πάχος του ωχρικού βοδρίου ($r=0,727$, $p<0,001$), με το πάχος του κεντρικού υποπεδίου κατά ETDRS ($r=0,748$, $p<0,001$) και με τον συνολικό όγκο της ωχράς ($r=0,657$, $p<0,001$) ήταν στατιστικά σημαντική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Το οίδημα της ωχράς είναι μια από τις κύριες αιτίες έκπτωσης της όρασης στους διαβητικούς ασθενείς και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η οπτική τομογραφία συνοχής είναι μια αξιόπιστη και αντικειμενική μέθοδος για την αξιολόγηση του οιδήματος της ωχράς στους διαβητικούς ασθενείς και προσφέρει περισσότερες της μιας επιλογές για την ποσοτικοποίηση της πάχυνσης της ωχρικής περιοχής του αμφιβληστροειδούς. Η οπτική οξύτητα σχετίζεται με το πάχος του αμφιβληστροειδούς.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Α. Κυριαζής¹, Δ. Μυτάς², Κ. Ζαφείρη³, Θ. Κοκόλιας³, Ι. Μάλλιος³,
Ζ. Κατσαρέ³, Β. Πυργάκης², Χρ. Παρδενίου¹

¹Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

²Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

³Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η Αρτηριακή Υπέρταση (Α.Υ.) στα άτομα με διαβήτη είναι 1,5-3 φορές συχνότερη απ' ό,τι στον μη διαβητικό πληθυσμό. Στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (Τ2DM) η Α.Υ. συχνά είναι παρούσα κατά τη διάγνωση ή ακόμα προηγείται της εμφάνισης της υπεργλυκαιμίας.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η μελέτη της επίδρασης της Α.Υ. στην εμφάνιση Στεφανιαίας Νόσου (Σ.Ν.) σε ασθενείς με ΣΔΤ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

784 (424 γυναίκες-359 άνδρες) ασθενείς με ΣΔΤ2 εντάχθηκαν στη μελέτη. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή της διάρκειας του Σακχαρώδους Διαβήτη, της HbA1c, των σωματομετρικών τους χαρακτηριστικών (waist, BMI, hip, waist/hip ratio), της παρουσίας Α.Υ., της φαρμακευτικής αγωγής της, της ρύθμισης αυτής καθώς και της συνήθειας του καπνίσματος. Στη συνέχεια οι ασθενείς χωριστήκαν σε δύο ομάδες ανάλογα με την εμφάνιση ή όχι Σ.Ν. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 13.0. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση ηλικία των ασθενών της μελέτης ήταν $65,37 \pm 11,09$ χωρίς διαφορά στα δύο φύλα ($p = 0,104$). Υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ασθενών με Σ.Ν. και αυτών χωρίς ΣΝ ως προς την ηλικία ($69,7 \pm 8,65$ vs. $64,04 \pm 11,41$, $p < 0,0001$), την διάρκεια του ΣΔΤ2 ($15,19 \pm 9,56$ vs. $11,71 \pm 8,3$, $p < 0,0001$), της HbA1c ($7,29 \pm 1,39$ vs. $7,05 \pm 1,38$, $p = 0,047$), της περιμέτρου μέσης ($104,81 \pm 11,95$ vs. $102,19 \pm 13,32$, $p = 0,020$), του καπνίσματος ($32,4\%$ vs. $17,8\%$, $p < 0,0001$) και της παρουσίας υπέρτασης ($28,9\%$ vs. $12,4\%$, $p < 0,0001$). Στην μονοπαραγοντική ανάλυση η υπέρταση είχε στατιστικά σημαντική συσχέτιση στην εμφάνιση Σ.Ν. ($p < 0,0001$) και αποδεικνύεται ότι οι διαβητικοί με υπέρταση έχουν σχετικό κίνδυνο (RR) να εμφανίσουν Σ.Ν.: 2,88 (95% CI: 1,924-4,323), $p < 0,0001$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Αποδεικνύεται ότι υπάρχει άμεση συσχέτιση μεταξύ της ύπαρξης Α.Υ. και εμφάνισης Σ.Ν. στους διαβητικούς ασθενείς τύπου 2. Οι διαβητικοί δε με Α.Υ. έχουν σχεδόν τριπλάσιο σχετικό κίνδυνο να εμφανίσουν Σ.Ν. σε σχέση με αυτούς χωρίς υπέρταση.

ΛΙΠΩΔΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ

Λ. Μπόργκι, Γ. Χασάν, Α. Κουτσογιάννη Α. Ρησγγίτς, Τ. Εξιάρα, Γ. Γρηγοριάδης,
Σ. Σαρίδου, Α. Παναγιωτίδου

Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν.Ν. Κομοτηνής

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός είναι η εκτίμηση της βαρύτητας της λιπώδους διήθησης του ήπατος σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Έγινε καταγραφή 148 ασθενών με διαβήτη τύπου 2 (62 άνδρες και 86 γυναίκες), που νοσηλεύθηκαν στην καρδιολογική κλινική με οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου, μέσης ηλικίας $50 \pm 7,2$ ετών και μέσης διάρκειας διαβήτη $12,7 \pm 3,4$ έτη τα τελευταία 5 χρόνια. Κριτήρια αποκλεισμού ήταν η γνωστή οξεία και χρόνια ηπατοπάθεια και η κατάχρηση οινοπνεύματος. Η λιπώδης διήθηση του ήπατος διαγνώσθηκε με USG ήπατος. Καταχωρήθηκαν κατά φύλο, ηλικία, BMI, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, HbA1c, ΗΚΓ, ECHO καρδιάς.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η λιπώδης διήθηση του ήπατος διαγνώσθηκε σε 44 ασθενείς διαβητικούς μετά από έμφραγμα μυοκαρδίου.

Από τους 44 ασθενείς οι 18 ήταν άνδρες και οι 26 γυναίκες. Η μέση ηλικία ήταν $63 \pm 13,44$ έτη. Τα δυο φύλα δεν διαφέρανε στατιστικά σημαντικά ως προς την ηλικία τους. Το BMI για τους άνδρες ήταν 30,90 και για τις γυναίκες 36,72, στατιστικά σημαντική διαφορά ($p=0,223$). Η δυσλιπιδαιμία βρέθηκε σε 36 ασθενείς (15 γυναίκες και μάλιστα οι πιο νεαρές με BMI >35), υπέρταση σε 38, HbA1c >6,7 σε 19 (8 άνδρες και 11 γυναίκες), HbA1c >7 στους υπολοίπους 25. Όλα τα ΗΚΓ των ασθενών είχαν εικόνα εμφράγματος είτε προσδίου τοιχώματος (12 ασθενείς) είτε κατώτερου τοιχώματος (32 ασθενείς). Από τον echo καρδιάς οι 16 είχαν διαστολική δυσλειτουργία, οι 8 πάχυνση των τοιχωμάτων με συγκεντρική υπερτροφία αριστεράς κοιλίας, με EF 60% για τα κατώτερα και 55% για τα πρόσδια εμφράγματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Βρέθηκε ότι η βαρύτητα λιπώδους διήθησης του ήπατος δεν παρουσίασε συσχέτιση με την ηλικία, με την HbA1c. Σε νεαρές ηλικίες το σάκχαρο, η στεφανιαία νόσος και η παχυσαρκία μαζί εμφανίζονται ως ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για λιπώδη εκφύλιση του ήπατος.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ HS-CRP ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ
ΤΗΣ ΤΡΟΠΟΝΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕΤΑ
ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Φ. Τρυποσκιάδης¹, Α. Κουτσοβασίλης², Δ. Λεβισιανού², Γ. Κουκούλης¹,
Ι. Σκουλαρίγκης¹, Μ. Ζαΐρης³, Σ. Φούσας³, Α. Μελιδώνης²

¹Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

²Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά

³Καρδιολογική Κλινική, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η τροπονίνη I (TnI) αποτελεί αξιόπιστο δείκτη για τη διάγνωση της μυοκαρδιακής βλάβης σε ασθενείς με ή χωρίς προκάρδιο άλγος, ενώ τα υψηλά επίπεδα της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης αποτελούν σημαντικό παράγοντα κινδύνου καρδιοαγγειακών επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η διερεύνηση της προγνωστικής ικανότητας του συνδυασμού TnI με τα επίπεδα της υψηλής ευαισθησίας C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (hs-CRP) για τις πιθανές επιπλοκές διαβητικών και μη ασθενών κατά το πρώτο έτος μετά από Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

448 ασθενείς, ηλικίας 65,87±12,04 έτη, με ΟΣΣ οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στη μονάδα εμφραγμάτων και εξήλθαν του νοσοκομείου, εντάχθηκαν στη μελέτη. Κατά τη νοσηλεία έγινε καταγραφή της πρότερης αντιδιαβητικής αγωγής στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, της διάρκειας του διαβήτη, του σακχάρου (νηστείας και μεταγευματικού), της HbA1c, του λιπιδαιμικού προφίλ (ολική χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL), του δείκτη μάζας σώματος (BMI), της περιμέτρου μέσης, της παρουσίας αρτηριακής υπέρτασης και γνωστής στεφανιαίας νόσου. Ακολούθησε παρακολούθηση ενός έτους και καταγραφή των τελικών σημείων τα οποία ήταν: θάνατος (καρδιοαγγειακής αιτιολογίας), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια και στηθάγχη (κλινικο-εργαστηριακά τεκμηριούμενη). Όλοι οι μη διαβητικοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (OGTT) τρεις μήνες μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και έγινε η κατηγοριοποίηση των IGTs.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τους 448 ασθενείς, 133 (29,7%) ήταν γνωστοί διαβητικοί (Ομάδα Α), 43 (9,6%) νέοι διαβητικοί (Ομάδα Β), 91 (20,3%) με διαταραχή ανοχής γλυκόζης-IGT (Ομάδα Γ) και 181 (40,4%) με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης. Ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών για τους ασθενείς με TnI στο ανώτερο τεταρτημόριο είναι 2,02 (95% CI: 1,22-4,82, p<0,001), 1,96 (95% CI: 1,19-4,69, p=0,01), 1,74 (95% CI: 1,28-4,43, p=0,016) και 1,65 (95% CI: 1,18-5,01, p=0,033), ενώ αυτοί με TnI και hs-CRP στο ανώτερο τεταρτημόριο έχουν σχετικό κίνδυνο 2,85 (95% CI: 1,28-5,41, p<0,001), 2,62 (95% CI: 1,34-4,81, p<0,001), 2,18 (95% CI: 1,30-3,96, p<0,001) και 2,05 (95% CI: 1,41-4,66, p<0,001), σε σχέση με αυτούς στο κατώτερο τεταρτημόριο για τις Ομάδες Α, Β, Γ, Δ αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η προσθήκη της hs-CRP τροποποιεί την προγνωστική αξία της TnI, σε όλες τις ομάδες ασθενών. Ο προσδιορισμός της hs-CRP κατά τη νοσηλεία των ασθενών μετά από ΟΣΣ μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην αξιολόγηση του κινδύνου εμφάνισης επιπλοκών κατά το πρώτο έτος μετά τη νοσηλεία των ασθενών αυτών.

**ΟΓΚΟΣ ΚΑΙ ΠΑΧΟΣ ΤΟΥ ΑΧΙΛΛΕΙΟΥ ΤΕΝΟΝΤΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ:
ΜΕΛΕΤΗ ΜΕ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ**

**Ν. Παπάνας¹, Ν. Κουρκουτσάκης², Κ. Παπαθεοδώρου¹, Γ. Δασκαλογιαννάκης²,
Π. Πρασόπουλος², Ε. Μαλτέζος¹**

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

²Εργαστήριο Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

ΣΚΟΠΟΣ:

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης μπορεί να οδηγήσει σε πάχυνση του αχιλλείου τένοντα. Ωστόσο, η συσχέτιση μεταξύ πάχους του αχιλλείου τένοντα και περιφερικής νευροπάθειας δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί. Σκοπός λοιπόν της μελέτης ήταν η εκτίμηση με μαγνητική τομογραφία του πάχους και του όγκου του Αχιλλείου Τένοντα (ΑΤ) διαβητικών τύπου 2 ασθενών με και χωρίς περιφερική διαβητική νευροπάθεια.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Εξετάσθηκαν 16 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και περιφερική νευροπάθεια (ομάδα Α, μέση ηλικία 63,88±7,36 έτη) και 19 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 χωρίς περιφερική νευροπάθεια (ομάδα Β, μέση ηλικία 63,58±6,13 έτη). Το μέγιστο πάχος και ο όγκος του ΑΤ μετρήθηκαν σε οβελιαίες τομές T1 ακολουθίας. Ο όγκος υπολογίσθηκε ως άδραιομα των επιφανειών του ΑΤ ανά τομή πολλαπλασιαζόμενο επί το πάχος τομής. Η νευροπάθεια διαγνώστηκε κλινικά με το δείκτη DNI (Diabetic Neuropathy Index) και διακρίθηκε σε σοβαρού βαθμού (δείκτης DNI >5) και μέτριου βαθμού (δείκτης DNI <5).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Δεν παρατηρήθηκε διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες ως προς το πάχος του ΑΤ (6,997±1,152 mm έναντι 7,345±0,999 mm, p=0,0334) και τον όγκο του ΑΤ (9541,36±1927,73 mm³ έναντι 9980,20±2297,28 mm³, p=0,549). Επίσης οι ανωτέρω παράμετροι δεν διέφεραν ανάλογα με το φύλο (p=0,962 και p=0,075 αντίστοιχα). Στην ομάδα Α, ο όγκος του ΑΤ ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους ασθενείς με στεφανιαία νόσο συγκριτικά με αυτούς χωρίς στεφανιαία νόσο (10297,97±1747,99 mm³ έναντι 8280,36±1611,04 mm³, p=0,038) όπως επίσης και στους ασθενείς με περιφερική αρτηριοπάθεια συγκριτικά με αυτούς χωρίς περιφερική αρτηριοπάθεια (10809,85±1844,18 mm³ έναντι 8780±1608,66 mm³, p=0,036). Επίσης, στην ομάδα Α, ο όγκος του ΑΤ ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους ασθενείς με σοβαρού βαθμού συγκριτικά με εκείνους με μέτριου βαθμού νευροπάθεια (8519,26±1490,13 mm³ έναντι 10563,47±1831,61 mm³, p=0,028).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Σε διαβητικούς τύπου 2 ασθενείς το πάχος και ο όγκος του αχιλλείου τένοντα δεν διαφέρουν ανάλογα με την ύπαρξη ή όχι νευροπάθειας. Ωστόσο, σε νευροπαθητικούς ασθενείς, ο αυξημένος όγκος του αχιλλείου τένοντα συσχετίζεται με μακροαγγειακή νόσο (στεφανιαία νόσο ή περιφερική αρτηριοπάθεια) καθώς και με την κλινική βαρύτητα της περιφερικής νευροπάθειας.

ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΟ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΣΤΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΩΤΙΔΩΝ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Σ. Κουγιάλης¹, Χ. Μπυλίνης¹, Δ. Λεβισιανού¹, Α. Κουτσοβασίλης², Α. Ζερβού³, Β. Βερμισώ⁴, Σ. Νικολάου¹, Μ. Μηναδάκη¹, Η. Σκοπελίτης¹

¹Β' Παθολογική κλινική ΓΠΝ Νίκαιας, ²Διαβητολογικό κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

³Βιοχημικό εργαστήριο ΓΠΝ Νίκαιας, ⁴ΜΕΘ ΓΠΝ Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Είναι γνωστή η σχέση μεταξύ σακχάρου νηστείας και θνητότητας σε μη διαβητικούς ασθενείς. Από την άλλη πλευρά, ο βαθμός αθηρωμάτωσης των καρωτίδων αποτελεί γνωστό δείκτη καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας.

ΣΚΟΠΟΣ:

Η μελέτη αποσκοπεί στην ανίχνευση πιθανής σχέσης μεταξύ σακχάρου νηστείας και βαθμού στένωσης των καρωτίδων σε μη διαβητικούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Στη μελέτη εντάχθηκαν 43 ασθενείς του λιπιδαιμικού ιατρείου χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Καταγράφηκαν στοιχεία από το ιστορικό και ελήφθη βιοχημικός έλεγχος με σάκχαρο νηστείας, λιπίδια ορού και CRP. Η στένωση των καρωτίδων μετρήθηκε υπερηχογραφικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τους ασθενείς της μελέτης ήταν 32 άρρενες (74,4%), μέση ηλικίας 69±8,41 έτη, καπνιστές 24 (55,8%), υπέρτασικοί 26 (60,5%), με ιστορικό ΣΝ 23 (53,5%), με περιφερική αγγειοπάθεια 8 (19,5%) και με καθημερινή χρήση αλκοόλ 18 (41,9%). Οι ασθενείς αυτοί είχαν ολική χοληστερόλη 223,51±43,92 mg/dl, τριγλυκερίδια 123,2±54,24 mg/dl, HDL 56,25±11,9 mg/dl, LDL 142,93±37,24 mg/dl, CRP 2,89±3,77, BMI 26,67±2,71 kg/m², περίμετρο μέσης 95,43±8,62 cm για τους άνδρες και 90,27±7,82 cm για τις γυναίκες και στένωση καρωτίδων 27,9±24,1%. Από τους ανωτέρω παράγοντες την ισχυρότερη συσχέτιση με τη στένωση των καρωτίδων είχε το σάκχαρο νηστείας (συντελεστής συσχέτισης του Pearson $r=0,359$, $p=0,018$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση διαπιστώνεται ότι σημαντικά στατιστική συσχέτιση με τον βαθμό στένωσης των καρωτίδων διατηρούν το σάκχαρο νηστείας ($\beta=0,698$, $p=0,018$) και το κάπνισμα ($\beta=6,48$, $p=0,046$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Τα επίπεδα σακχάρου νηστείας σχετίζονται γραμμικά με τον βαθμό στένωσης των καρωτίδων σε μη διαβητικούς ασθενείς. Συνιστάται σε άτομα με αυξημένο σάκχαρο νηστείας να ελέγχονται για τον προσδιορισμό του βαθμού στένωσης των καρωτίδων με σκοπό τη σταδιοποίηση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

**Η ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ
ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗΣ ΤΗΣ ΑΟΡΤΗΣ**

Δ. Λεβισιανού¹, Μ.Π. Κουκούλη¹, Ε. Φουφοπούλου¹, Γ. Κωνσταντίνου¹,
Ν. Γιαννακόπουλος¹, Σ. Τσαγκλής¹, Κ. Φιλιώτη¹, Β. Αδαμοπούλου¹, Α. Μελιδώνης¹

¹Διαβητολογικό Κέντρο «Τζάνειο» ΓΝΠ

²Καρδιολογική Κλινική «Τζάνειο» ΓΝΠ

ΣΚΟΠΟΣ:

Η ταχύτητα μετάδοσης σφυγμικού κύματος, δείκτης αρτηριοσκλήρυνσης και καρδιαγγειακού κινδύνου, είναι αυξημένη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Η νευροπάθεια του Αυτονομου Νευρικού συστήματος (ΑΝ), πρώιμη επιπλοκή του ΣΔ, σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο αρρυθμιολογικών επιπλοκών και καρδιακής θνησιμότητας. Δεν έχει απόλυτα διευκρινιστεί η σχέση μεταξύ αυτών των δύο δεικτών καρδιακού κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Πενήντα επτά ασθενείς (42 άνδρες και 15 γυναίκες), πάσχοντες από ΣΔ τύπου 2 και στεφανιαία νόσο, εντάχθηκαν στη μελέτη. Καταγράφηκαν Δείκτης μάζας σώματος, Περίμετρος μέσης, Χοληστερόλη, Τριγλυκερίδια, HDL, LDL, σάκχαρα νηστείας, HbA1c και στοιχεία από το ιστορικό (Υπέρταση, Δυσλιπιδαιμία, Κάπνισμα). Μέτρηθηκε η αορτική σκλήρυνση με συσκευή Complior (καρωτιδο-μηριαία ταχύτητα μετάδοσης του σφυγμικού κύματος). Η νευροπάθεια. Το ΑΝΣ αξιολογήθηκε με τις δοκιμασίες κατά Ewing/Clark. Η παρουσία 2 ή περισσότερων θετικών δοκιμασιών θέτει τη διάγνωση της ΑΝΣ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τριάντα τρεις ασθενείς είχαν νευροπάθεια με ΑΝΣ σημαντική διαφορά στο PWV (11,05±3,34 m/s vs 13,65±2,3 m/s, p=0,046). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση όμως το PWV δεν συσχετίστηκε με την νευροπάθεια. Ο συνδυασμός AN-waist-LDL σχετίζεται με τη σκλήρυνση των αγγείων (R²=0,66). Από τις δοκιμασίες της ΑΝΣ μόνο η RR30:RR15 παρουσιάζει συσχέτιση με το PWV (p=0,02). Από την ανάλυση βρέθηκε ότι το PWV αυξάνεται με τον αριθμό των δοκιμασιών που θετικοποιούνται (p=0,032). Έτσι όσοι έχουν 3 θετικές δοκιμασίες έχουν αυξημένο PWV σε σχέση με αυτούς που έχουν 1 (p=0,031). Διαφορά μεταξύ 1 και 2 ή 2 και 3 θετικών δοκιμασιών δεν βρέθηκε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η νευροπάθεια του ΑΝΣ, όταν για τον προσδιορισμό της χρησιμοποιούνται οι κλασικές δοκιμασίες, δεν αποτέλεσε ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σκλήρυνσης της αορτής. Το γεγονός όμως ότι η μια δοκιμασία και ο αυξανόμενος αριθμός των δοκιμασιών της ΑΝ σχετίζονται θετικά με το PWV δείχνει ότι προοπτικές μεγαλύτερου μεγέθους μελέτες απαιτούνται για την οριστική διαλεύκανση της σχέσης PWV και ΑΝ.

ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΣΕ ΑΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ι.Α. Κυριαζής¹, Δ. Μυτάς², Μ. Μπάντερ², Θ. Κοκόλιας³, Ι. Μάλλιος³,
Ζ. Κατσαρέ³, Β. Πυργάκης², Χρ. Παρδενίου¹

¹Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

²Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

³Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ένα από τα προβλήματα στον διαβήτη είναι η μη έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της συνοδού καρδιοπάθειας.

ΣΚΟΠΟΣ:

Εξετάσαμε την αξία της ηχοκαρδιογραφίας ως εργαλείου πρώιμης διάγνωσης (screening test) της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλίας (ΑΚ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) χωρίς κλινικά σημεία καρδιακής ανεπάρκειας ή δομικής καρδιακής νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Μελετήσαμε 22 ασθενείς, μέσης ηλικίας 48 ± 12 έτη, με ΣΔ (7 τύπου I και 15 τύπου II) του τακτικού διαβητολογικού ιατρείου (ομάδα Α) και τους συγκρίναμε με 18 φυσιολογικά άτομα αντίστοιχης ηλικίας και φύλου (ομάδα Β).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

– Όλοι οι εξεταζόμενοι είχαν φυσιολογική συστολική λειτουργία της ΑΚ (υπολογιζόμενη με το κλάσμα εξώθησης – μέθοδος Simpson) και δεν ανιχνεύθηκε υπερτροφία των τοιχωμάτων αυτής.

– Η διαταραχή της διαστολικής λειτουργίας της ΑΚ των ατόμων της ομάδας Α διαπιστώθηκε αρχικά με την εφαρμογή του παλμικού Doppler και το ληφθέν pattern διαμτροειδικής ροής: παρατηρήθηκε μείωση του πρώιμου διαστολικού κύματος Ε, αύξηση του όψιμου κύματος Α και μείωση του λόγου Ε/Α ($0,9 \pm 0,5$ έναντι $1,6 \pm 0,4$ της ομάδας Β, $p < 0,01$).

– Η διαστολική δυσλειτουργία επιβεβαιώθηκε και από τη διενέργεια του ιστικού Doppler στη βάση του πλάγιου μιτροειδικού δακτυλίου: στην ομάδα Α διαπιστώθηκε μείωση του πρώιμου διαστολικού κύματος Em, αύξηση του όψιμου Am και μείωση του λόγου Em/Am ($1,1 \pm 0,7$ έναντι $1,6 \pm 0,6$ της ομάδας Β, $p < 0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η διαστολική δυσλειτουργία της ΑΚ είναι πρώιμα παρούσα ακόμα και στους ασυμπτωματικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη πιθανότατα στα πλαίσια της διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας. Η ηχοκαρδιογραφία αποτελεί ικανή μέθοδο πρώιμης ανίχνευσής της.

Ο ΛΟΓΟΣ ΛΕΠΤΙΝΗΣ/ΑΔΙΠΟΝΕΚΤΙΝΗΣ ΩΣ ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΟΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ 10ΕΤΟΥΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**N. Κατσίκη¹, A. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου², Φ. Ηλιάδης¹, T. Διδάγγελος¹,
I. Γιώβος³, Δ. Καραμήτσος¹**

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

²B΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ του λόγου λεπτινής/αδιπονεκτίνης (Λ/Α) και του 10ετούς καρδιαγγειακού (ΚΑ) κινδύνου σε διαβητικούς ασθενείς πριν και 6 μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 45 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 (26 άνδρες, 57,8%) με μέσο όρο ηλικίας 64,7±9,8 χρόνια και μέση διάρκεια διαβήτη 12,2±6,9 χρόνια που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής και στους οποίους τέθηκε ένδειξη έναρξης ινσουλινοθεραπείας λόγω κακής γλυκαιμικής ρύθμισης. Σε κάθε ασθενή μετρήθηκαν τα επίπεδα HbA1c, λιπιδίων, λεπτινής και αδιπονεκτίνης στον ορό και υπολογίστηκε ο 10ετής ΚΑ κίνδυνος, τόσο κατά την έναρξη όσο και κατά το πέρας της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Μεταβλητές	Έναρξη	6 μήνες	p
ΔΜΣ (Kg/m ²)	26,7±5,6	28,1±5,9	<0,001
HbA1c (%)	9,98±1,7	6,9±1,5	<0,001
Ολική χοληστερόλη (mg/dl)	205,3±43,1	192,9±51,9	0,009
Τριγλυκερίδια (mg/dl)	187,5±119,6	139,9±67,7	0,001
Λεπτίνη (ng/ml)	10,44±8,57	15,92±11,75	<0,001
Αδιπονεκτίνη (μg/ml)	13,34±8,59	17,85±11,41	0,027
Λόγος Λ/Α	1,3±1,6	1,9±3,3	ns

Διαπιστώθηκε επίσης σημαντική μείωση του 10ετούς κινδύνου θανατηφόρου και μη θανατηφόρου στεφανιαίας νόσου (33,4±17,5 vs. 23,2±14,8; p<0,001 και ±16,1 vs. 17,5±12,7; p<0,001, αντίστοιχα). Δεν παρατηρήθηκε καμία συσχέτιση μεταξύ του λόγου Λ/Α και του 10ετούς ΚΑ κινδύνου, τόσο κατά την έναρξη της μελέτης, όσο και 6 μήνες μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στην παρούσα μελέτη, ο λόγος Λ/Α δεν συσχετίστηκε με τον 10ετή ΚΑ κίνδυνο σε ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με ΣΔ τύπου 2. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την τεκμηρίωση της χρήσης του λόγου Λ/Α ως αθηροσκληρωτικού δείκτη στην κλινική πράξη.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ
ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

**Ι.Α. Κυριαζής¹, Κ. Κοροβέσης², Δ. Πρέσβελος², Α. Λαλούσης¹, Δ. Μενδρινός²,
Μ. Μπαλλά¹, Ζ. Κατσαρέ², Χρ. Παρθενίου¹**

¹Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

²Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η Διαβητική Περιφερική Νευροπάθεια (ΔΠΝ) είναι μία από τις πιο κοινές επιπλοκές των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

ΣΚΟΠΟΣ:

Η ανίχνευση των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνιση ΔΠΝ σε ασθενείς με ΣΔΤ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

784 (424 γυναίκες-359 άνδρες) ασθενείς με ΣΔΤ2 εντάχθηκαν στη μελέτη. Έγινε καταγραφή της διάρκειας του ΣΔ και της HbA1c. Η ΔΠΝ διαγνώσθηκε βάσει των συμπτωμάτων και της φυσικής εξέτασης, συμπεριλαμβανομένων νευρολογικών και αισθητικών δοκιμασιών. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 13.0. Ως επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Από τους 784 ασθενείς, οι 724 (92,5%) ήταν σε φαρμακευτική αγωγή και οι 60 (7,5%) σε υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση. Μεταξύ των ασθενών σε φαρμακευτική αγωγή και εκείνων σε υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την HbA1c ($7,19 \pm 1,39$ vs $6,21 \pm 1,16$, $p < 0,001$), τη διάρκεια του ΣΔΤ2 ($12,92 \pm 8,81$ vs $8,02 \pm 7,66$, $p < 0,001$) και το BMI ($29,05 \pm 5,12$ vs $27,58 \pm 4,37$, $p = 0,037$), ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ηλικία ($65,51 \pm 10,92$ vs $63,03 \pm 13,05$, $p = 0,105$). Στατιστικά σημαντική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των δύο ομάδων, με τους ασθενείς σε φαρμακευτική αγωγή να έχουν 55% υψηλότερο κίνδυνο νευροπάθειας, RR=0,45 (95% CI:0,248-0,838), $p = 0,011$. Το 69,1% των ασθενών με νευροπάθεια είναι σε ινσουλίνη έναντι του υπόλοιπου 34,1% οι οποίοι ήταν σε δισκία ($p < 0,0001$). Η ρύθμιση του ΣΔ όπως εκφράζεται μέσα από τις τιμές της HbA1c επίσης έπαιξε σημαντικό ρόλο στην νευροπάθεια (ασθενείς με HbA1c $> 7,0\%$ έχουν 1,9 φορές (95% CI:1,441-2,542) μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν νευροπάθεια έναντι αυτών με HbA1c $< 7,0\%$) $p < 0,001$. Οι ασθενείς σε Ινσουλίνη είχαν 37,5% μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν νευροπάθεια έναντι αυτών σε αγωγή με δισκία (95% CI:1,177-1,606) $p < 0,001$. Αυτοί δε που βρίσκονται υπό αγωγή με ινσουλίνη και έχουν και HbA1c $> 7,0\%$ έχουν 22,8% (95% CI:1,093-1,378) μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν νευροπάθεια έναντι αυτών σε ινσουλίνη και HbA1c $< 7,0\%$, ($p = 0,001$). Σε μια πολυπαραγοντική ανάλυση με όλους τους παράγοντες που θα μπορούσαν ενδεχομένως να επηρεάσουν την παρουσία της νευροπάθειας, οι παράγοντες εκείνοι οι οποίοι διατηρούν τη στατιστική τους σημαντικότητα είναι: η ινσουλινοθεραπεία ($p = 0,024$), η ηλικία ($p < 0,0001$) και η HbA1c $> 7,0\%$ ($p < 0,0001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Ο μεγαλύτερος αριθμός ασθενών με ΣΔτ2 βρίσκεται υπό φαρμακευτική αγωγή. Φαίνεται ότι οι μεγάλης ηλικίας ασθενείς υπό ινσουλινοθεραπεία και με κακή ρύθμιση έχουν μεγάλη πιθανότητα να έχουν ήδη αναπτύξει ΔΠΝ.

**ΜΕΛΕΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
Η ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Ι.Α. Κυριαζής¹, Δ. Πρέσβελος², Α. Μανιάς², Ζ. Κατσαρέ², Ι. Μάλλιος², Μ. Μπαλλά¹, Λ. Μπάρτζης², Χρ. Παρδενίου¹

¹Διαβητολογικό Ιατρείο Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

²Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 είναι μια από τις μάστιγες της σύγχρονης εποχής με τ ρύθμισή του να αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μείωσης των επιπλοκών του και με πολλά σκευάσματα να αποτελούν το σύγχρονο οπλοστάσιο ρύθμισής του.

ΣΚΟΠΟΣ:

Διερευνούμε τη συσχέτιση της ρύθμισης του ΣΔτ2 με τη χορηγούμενη αγωγή, μονοθεραπεία ή συνδυασμένη αγωγή.

ΥΛΙΚΟ:

Στην αναδρομική αυτή μελέτη εντάξαμε 813 ασθενείς (447 γυναίκες και 366 άνδρες) με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο του νοσοκομείου μας.

ΜΕΘΟΔΟΣ:

Έγινε καταγραφή της HbA1c, των διαβητικών επιπλοκών και της φαρμακευτικής αγωγής. Για τον καθορισμό της συσχέτισης μεταξύ των υπό εξέταση παραμέτρων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson με όριο στατιστικής σημαντικότητας το $p < 0,05$.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Οι 813 ασθενείς της μελέτης ήταν ηλικίας $65,5 \pm 11,01$, με ΔΜΣ $29,14 \pm 5,24$, με ΠΜ $102,66 \pm 13$ και HbA1c $7,12 \pm 1,39$, με το 46,8% των ασθενών να έχουν HbA1c $> 7\%$. Σε υγιεινοδietetική παρέμβαση ήταν το 2,1% των ασθενών, σε μονοθεραπεία με μετφορμίνη το 21,3%, με σουλφονουλουρίες το 11,4%, με γλιταζόνες το 1%, με ακαρβόζη το 1,5%, με μετγλινίδες το 3,7% και με ινσουλίνη το 14,5%. Σε συνδυασμένη αγωγή με μετφορμίνη και σουλφονουλουρίες ήταν το 25,1%, με μετφορμίνη και ακαρβόζη το 2,9%, ινσουλίνη και μετφορμίνη το 11,3%, ινσουλίνη και σουλφονουλουρίες το 3,3%. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ είδους θεραπείας και ρύθμισης του ΣΔτ2 παρουσιάζεται στη χρήση ινσουλίνης ($r=0,223$, $p < 0,0001$), στο συνδυασμό ινσουλίνης και μετφορμίνης ($r=0,277$, $p < 0,0001$) και ινσουλίνης-σουλφονουλουρίας ($r=0,276$, $p < 0,0001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η απαραίτητα καλή γλυκαιμική ρύθμιση στους ασθενείς με ΣΔτ2 επιτυγχάνεται με τη χρήση ινσουλίνης είτε ως μονοθεραπείας είτε σε συνδυασμό με μετφορμίνη ή με σουλφονουλουρίες, έχοντας πάντα κατά νου ότι η φαρμακευτική αγωγή των ασθενών με ΣΔτ2 πρέπει να είναι εξατομικευμένη.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΣΙΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ ΣΤΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΟΥΝ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΔΙΣΚΙΑ

Θ. Τζώτζας, Α. Καπράρα, Θ. Καλτσάς, Φ. Παπαδοπούλου, Μ. Μπουγουλιά, Ν. Ποντικίδης, Η. Ευθυμίου, Γ. Κρασσάς

Κλινική Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη και Μεταβολισμού, Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ (Παναγία), Θεσσαλονίκη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ:

Η σιταγλιπτίνη (ΣΙΤ), η μετφορμίνη (ΜΤ) και η γλιμεπιρίδη (ΓΛΙ) βελτιώνουν τη ρύθμιση γλυκόζης στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) μέσω διαφορετικού μηχανισμού δράσης. Η επίδραση της ΣΙΤ σε άτομα με ΣΔ2 που λαμβάνουν διπλή θεραπεία με ΜΤ και ΓΛΙ δεν έχει επαρκώς μελετηθεί.

ΣΚΟΠΟΣ:

Να εκτιμηθεί η επίδραση της ΣΙΤ στο μεταβολικό προφίλ ασθενών με ΣΔ2 που βρίσκονται σε διπλή θεραπεία με ΜΤ και ΓΛΙ και παρουσιάζουν πλημμελή ρύθμιση.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Στην παρούσα μελέτη παρατήρησης συμμετείχαν 25 άτομα (14 Γ, 11 Α), ηλικίας $63,8 \pm 10,7$ έτη με ΣΔ2 διάρκειας $10,8 \pm 6,9$ έτη, τα οποία ελάμβαναν διπλή αντιδιαβητική θεραπεία με ΜΤ (850-1700 mg/24ωρο και ΓΛΙ (2-6 mg/24ωρο) για τουλάχιστον 6 μήνες χωρίς επαρκή ρύθμιση (επίπεδα HbA1c >7,5%). Προστέθηκε ΣΙΤ σε δόση 100 mg/24ωρο, το πρωί εφάπαξ και μετρήθηκαν πριν και 4 μήνες μετά τη χορήγησή της οι εξής παράμετροι: Βάρος, Ύψος, Δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ), Περίμετρος μέσης (ΠΜ), Συστολική και διαστολική πίεση (ΣΑΠ-ΔΑΠ), Γλυκόζη πριν και 2 ώρες μετά το πρόγευμα (μέσος όρος 3 μετρήσεων), Γλυκ. Αιμοσφαιρίνη (HbA1c), Ολ. χοληστερόλη (ΧΟΛ), Τριγλ/δια (ΤΓΛ), HDL, LDL, Ουρία, Κρεατινίνη, Τρανσαμινάσες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	Πριν	Μετά	p
ΔΜΣ (kg/m ²)	29,7±4,6	29,1±4,4	0,001
ΠΜ (cm)	104,7±10,1	102,9±9,8	0,027
ΣΑΠ (mmHg)	138,8±18,3	138,5±19,7	0,959
ΔΑΠ (mmHg)	79,0±6,6	80,0±11,1	0,832
Γλυ (mg/dl)	187,7±44,6	163,2±42,9	0,017
Γλυμ (mg/dl)	200,3±53,3	159,3±54,8	0,006
HbA1c (%)	8,6±1,3	7,0±1,3	0,000
ΧΟΛ (mg/dl)	217,6±47,7	198,4±46,3	0,154
ΤΓΛ (mg/dl)	203,4±137,2	147,6±74,5	0,067
HDL (mg/dl)	48,9±12,6	50,4±11,3	0,44
LDL (mg/dl)	131,2±35,4	125,8±37,6	0,51

Διαπιστώθηκε σημαντική μείωση των ΔΜΣ και ΠΜ, καθώς και των επιπέδων γλυκόζης, πριν και μετά το γεύμα, και HbA1c. Δεν παρατηρήθηκαν ιδιαίτερες παρενέργειες. Δύο ασθενείς διέκοψαν τη θεραπεία άνευ σοβαρού λόγου, ενώ ένας ασθενής παρουσίασε ήπια κεφαλαλγία και ένας αιμωδίες άκρων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στην παρούσα μελέτη, η προσθήκη σιταγλιπτίνης σε διπλή θεραπεία με μετφορμίνη και γλιμεπιρίδη σε ασθενείς με ΣΔ2 είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική βελτίωση της ρύθμισης του ΣΔ και της HbA1c. Η ανεκτικότητα του φαρμάκου ήταν ικανοποιητική.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΛΕΠΤΙΝΗΣ ΚΑΙ ΓΚΡΕΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΡΙΝ ΚΑΙ 6 ΜΗΝΕΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Ν. Κατοίκη¹, Α. Γκοτζαμάνη-Ψαρράκου², Φ. Ηλιάδης¹, Τ. Διδάγγελος¹,
Ι. Γιώβος³, Δ. Καραμήτσος¹

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

²Β' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

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

ΣΚΟΠΟΣ:

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση α) της μεταβολής των επιπέδων λεπτίνης και γκρελίνης σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 πριν και 6 μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας και β) της πιθανής συσχέτισης αυτής με την παρατηρούμενη αλλαγή του σωματικού τους βάρους.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 45 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 (26 άνδρες, 57,8%) με μέσο όρο ηλικίας 64,7±9,8 χρόνια και μέση διάρκεια διαβήτη 12,2±6,9 χρόνια που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο της Κλινικής μας και στους οποίους τέθηκε ένδειξη έναρξης ινσουλινοθεραπείας λόγω κακής γλυκαιμικής ρύθμισης. Για κάθε ασθενή καταγράφηκαν τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και η περίμετρος μέσης, μετρήθηκαν τα επίπεδα HbA1c, λιπιδίων, λεπτίνης και γκρελίνης στον ορό και υπολογίστηκε το ποσοστό λίπους του σώματος με τη χρήση ειδικού λιπόμετρου, τόσο κατά την έναρξη, όσο και κατά το πέρας της μελέτης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Έξι μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας παρατηρήθηκε σημαντική ελάττωση των επιπέδων HbA1c (9,98±1,7 vs. 6,9±1,5 p<0,001), ολικής χοληστερόλης (205,3±43,1 vs. 192,9±51,9 p=0,009) και τριγλυκεριδίων (187,5±119,6 vs. 139,9±67,7 p=0,001), ενώ ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) αυξήθηκε (26,7±5,6 vs. 28,1±5,9 p<0,001), καθώς επίσης αυξήθηκαν η περίμετρος μέσης (96,3±14,4 vs. 99,7±14,6 p=0,001) και τα επίπεδα λεπτίνης (10,44±8,57 vs. 15,92±11,75; p<0,001). Το ποσοστό σωματικού λίπους αυξήθηκε, όχι όμως σημαντικά (35,7±9,5 vs. 37,4±11,9, p=ns), ενώ τα επίπεδα γκρελίνης παρουσίασαν μη σημαντική ελάττωση (907,39±269,58 vs. 833,88±293,48 p=ns).

Η μεταβολή των επιπέδων λεπτίνης συσχετίστηκε σημαντικά με την αντίστοιχη του ΔΜΣ (rho=0,316, p=0,034), ενώ η μεταβολή των επιπέδων γκρελίνης με την αντίστοιχη του σωματικού λίπους (rho=0,39, p=0,008).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Στην παρούσα μελέτη, σε ασθενείς με ΣΔ τύπου 2, τα επίπεδα λεπτίνης, ο ΔΜΣ και το ποσοστό σωματικού λίπους αυξήθηκαν και τα επίπεδα γκρελίνης μειώθηκαν ύστερα από 6 μήνες ινσουλινοθεραπείας. Η παρατηρούμενη αύξηση των επιπέδων της λεπτίνης συσχετίστηκε με την αύξηση του ΔΜΣ, ενώ η ελάττωση των επιπέδων της γκρελίνης με την αύξηση του ποσοστού σωματικού λίπους των υπό μελέτη ασθενών.

Η ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ 2

Κ. Καζάκος, Η. Κοβάνης, Α. Γκόγκου, Μ. Ζωγράφου, Β. Αμπεριάδου,
Ε. Μουχταροπούλου, Μ. Γιαβροπούλου, Ι. Γιώβος

Διαβητολογικό κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική, ΓΠΝ ΑΧΕΠΙΑ, Θεσσαλονίκη

Οι συσκευές συνεχούς υποδόριας μέτρησης γλυκόζης δίνουν σήμερα τη δυνατότητα της εκτίμησης, εκτός των άλλων, της διακύμανσης της γλυκόζης.

ΣΚΟΠΟΣ:

Να εκτιμηθεί ο συντελεστής διακύμανσης των επιπέδων της γλυκόζης MAGE (Mean Amplitude of Glycemic Excursions) σε άτομα με ΣΔ τύπου 1 και 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:

Στη μελέτη συμμετείχαν 80 άτομα με ΣΔ2 (ομάδα Α) και 30 άτομα με ΣΔ1 (ομάδα Β). Έγινε συνεχής μέτρηση των επιπέδων της γλυκόζης με τη συσκευή Glucoday της εταιρείας Menarini για δύο 24ωρα και εκτιμήθηκε η μέση τιμή γλυκόζης, η HbA1c, η σταθερά απόκλιση των τιμών γλυκόζης και ο συντελεστής διακύμανσης, για κάθε 24ωρο ξεχωριστά στα άτομα με ΣΔ2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Η μέση τιμή γλυκόζης, το πρώτο 24ωρο ήταν $198,6 \pm 68,4$ mg/dl και $186,8 \pm 59,2$ mg/dl το δεύτερο 24ωρο (NS). Οι αντίστοιχες τιμές στα άτομα με ΣΔ1 ήταν $152,16 \pm 31,2$ και $147,12 \pm 28,8$ mg/dl (NS).

Ο συντελεστής διακύμανσης MAGE1 του πρώτου 24ώρου και του MAGE2 του δεύτερου 24ώρου δεν διέφεραν σημαντικά και στις δύο ομάδες. Στην ομάδα Α το MAGE1 ήταν $144,8 \pm 66,2$ και το MAGE2 ήταν $136,2 \pm 55,6$ (NS), ενώ στην ομάδα Β οι τιμές ήταν $114 \pm 38,2$ και $108 \pm 31,6$ αντίστοιχα (NS). Αντίθετα, το MAGE1 και το MAGE2 της ομάδας Α με ΣΔ2 ήταν σημαντικά υψηλότερα από το MAGE1 και το MAGE2 της ομάδας Β με ΣΔ1 ($p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η διακύμανση των επιπέδων της γλυκόζης, όπως αυτή εκφράζεται με τον συντελεστή διακύμανσης MAGE, δεν φαίνεται να διαφέρει σημαντικά όταν εκτιμάται σε διαφορετικά 24ωρα. Τα άτομα με ΣΔ2 είχαν υψηλότερη μέση τιμή γλυκόζης και υψηλότερο δείκτη διακύμανσης από ό,τι τα άτομα με ΣΔ1.

**ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΝΑΡΞΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΟΙ ΑΠΟΨΕΙΣ ΕΙΔΙΚΩΝ ΓΙΑΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΣΕ ΤΡΕΙΣ ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΠΟΛΕΙΣ**

Τ. Διδάγγελος¹, Η. Ευθυμίου², Κ. Καζάκος³, Χ. Μανές⁴, Ε. Πάγκαλος⁵, Α. Παππάς⁶,
Χ. Σαμπάνης⁷, Ε. Ψημμένος⁸, Α. Ψυρόγιαννης⁹, Ρ. Raskin¹⁰

¹Α' Προπ. Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

²Ενδοκρινολογική Κλινική του 2ου θεραπευτηρίου ΙΚΑ «ΠΑΝΑΓΙΑ» Θεσσαλονίκη.

³Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Π ΑΠΘ, Νοσοκομείου. ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης,

⁴Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης,

⁵Α' Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης,

⁶Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ-ΠΑΝΑΝΕΙΟ Ηρακλείου.

⁷Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Θεσσαλονίκης.

⁸Diabetes Business Unit, Novo Nordisk Ελλάς ΕΠΕ

⁹Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Πάτρας

¹⁰Department of Internal Medicine, University of Texas Southwestern
Medical Center at Dallas

ΣΚΟΠΟΣ:

Να διερευνηθεί η στάση των ιατρών και οι επιλογές τους στην επίτευξη καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου, μέσω έγκαιρης έναρξης και εντατικοποίησης της θεραπείας με ινσουλί-νη σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η μελέτη διεξήχθη σε 186 παθολόγους (η πλειονότητα με εξειδίκευση στον ΣΔ) και ενδοκρινολόγους στη Θεσσαλονίκη, το Ηράκλειο και την Πάτρα. Ήταν μία ποιοτική μελέτη, κατά την οποία ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να δηλώσουν τις προτιμήσεις τους στις ακόλουθες ερωτήσεις, χρησιμοποιώντας κάρτες διαφορετικού χρώματος: 1) Ποιο σχήμα προτιμάτε όταν αρχίζετε θεραπεία με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2 και 2) Όταν αρχίζετε θεραπεία με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2, συνήθως συνεχίζετε (ή αρχίζετε) τη θεραπεία με μετφορμίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα αποτελέσματα της μελέτης αναγράφονται στους πίνακες 1 και 2.

Πίνακας 1. Προτιμώμενο από τον ιατρό σχήμα έναρξης της θεραπείας με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2

	Μόνο βασική (±μετφορμίνη)	Βασική + εκκριταγωγό (±μετφορμίνη)	Μίγμα ινσουλίνης (±μετφορμίνη)	Καμία απάντηση	Αριθμός ιατρών
Θεσσαλονίκη	17 (18,5%)	24 (26,1%)	43 (46,7%)	8 (8,7%)	92
Ηράκλειο	12 (21,1%)	19 (33,3%)	22 (38,6%)	4 (7,0%)	57
Πάτρα	7 (18,9%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	25 (67,6%)	37
Σύνολο	36 (19,4%)	47 (25,3%)	66 (35,5%)	37 (19,9%)	186

Πίνακας 2. Προτίμηση του ιατρού σχετικά με τη χορήγηση μετφορμίνης σε συνδυασμό με την έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη στον ΣΔΤ2

	Συνήθως συνέχιση (ή έναρξη) μετφορμίνης	Συνήθως διακοπή της μετφορμίνης	Καμία απάντηση	Αριθμός ιατρών
Θεσσαλονίκη	57 (62,0%)	16 (17,4%)	19 (20,6%)	92
Ηράκλειο	36 (63,2%)	5 (8,8%)	16 (28,0%)	57
Πάτρα	24 (64,9%)	0 (0,0%)	13 (35,1%)	37
Σύνολο	117 (62,9%)	21 (11,3%)	48 (25,8%)	186

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Οι περισσότεροι ιατροί προτιμούν να ξεκινούν τη θεραπεία με ινσουλίνη με την προσθήκη μίας ένεσης βασικής ινσουλίνης στην από του στόματος αντιδιαβητική θεραπεία και να εντατικοποιούν με δύο ενέσεις προαναμεμειγμένης ινσουλίνης. Επιπλέον, τείνουν να συνεχίζουν τη μετφορμίνη όταν αρχίζουν τη θεραπεία με ινσουλίνη. Εντούτοις, υπάρχουν διαφορές στις προτιμήσεις των ιατρών στις διάφορες πόλεις. Η ολοκληρωμένη εκπαίδευση των ιατρών, όπως και η ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την ανάγκη για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, είναι απαραίτητες και μπορεί να συμβάλουν στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΕΛΛΗΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΣΤΗ ΜΕΛΕΤΗ IMPROVE

**Μ. Μπενρουμπή¹, Ν. Μυτακίδης² και η Ομάδα των Ελλήνων Ερευνητών
της IMPROVE**

¹Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Πολυκλινική», Αθήνα, ²Ιατρικό Τμήμα Novo Nordisk Ελλάς, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ:

Η Μελέτη IMPROVE™ είναι μια πολυκεντρική, μη τυχαιοποιημένη, ανοιχτής ετικέτας μελέτη παρατήρησης 26 εβδομάδων, που σχεδιάστηκε για να εκτιμήσει την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα της σύγχρονης διφασικής ινσουλίνης aspart (BIAsp 30) στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 στη συνήδη κλινική πρακτική.

Πάνω από 58.000 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 έχουν ήδη εισαχθεί στη μελέτη σε 11 χώρες της Βόρειας Αμερικής, της Ευρώπης και της Ασίας. Σκοπός αυτής της αναφοράς είναι να παρουσιάσει τα δημογραφικά δεδομένα και χαρακτηριστικά των Ελλήνων ασθενών κατά την ένταξή τους στη μελέτη.

ΜΕΘΟΔΟΙ:

Μελετήθηκαν ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 που οι θεράποντες ιατροί αποφάσιζαν να ξεκινήσουν BIAsp 30. Στην Ελλάδα, λόγω διάταξης του ΕΟΦ, οι ασθενείς έπρεπε να παίρνουν BIAsp 30 για τουλάχιστον 1 μήνα, πριν εισαχθούν στη μελέτη.

Πρωτεύον τελικό σημείο ήταν η καταγραφή της επίπτωσης των σοβαρών ανεπιθύμητων αντιδράσεων από τη BIAsp 30, ενώ δευτερεύοντα οι ανεπιθύμητες αντιδράσεις από το φάρμακο, η συχνότητα των υπογλυκαιμιών, η μεταβολή του σωματικού βάρους και του ΔΜΣ, η HbA1c, το ποσοστό των ασθενών που επιτυγχάνουν τους στόχους της HbA1c (<6,5% και <7%), η γλυκόζη νηστείας και η μεταγευματική, η ποιότητα ζωής και ο βαθμός χρησιμοποίησης των διαθέσιμων ιατρικών πόρων. Οι ασθενείς επανεξετάζονταν 13 και 26 εβδομάδες μετά από την εισαγωγή τους στη μελέτη. Οι ιατροί αποφάσιζαν για τη δόση και τον χρόνο χορήγησης της BIAsp 30, όπως και για κάθε συγχορηγούμενο φάρμακο, όπως στην καθημερινή κλινική τους πράξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

Τα χαρακτηριστικά των 1.009 Ελλήνων ασθενών (53,8% γυναίκες, 46,2% άνδρες) ήταν: Μέση ηλικία 65,4 (±10,4) έτη, Μέση διάρκεια διαβήτη 15,38 (±8,47) έτη, ΔΜΣ 30,00 (±5,27) kg/m².

Ο γλυκαιμικός έλεγχος ήταν πτωχός, με μέση HbA1c 8,94 (±1,54) %, μέση FBG 197,79 (±63,10) mg/dl, PBG μετά το πρωινό 219,97 (±58,89) mg/dl, PBG μετά το γεύμα 234,63 (±64,99) mg/dl και PBG μετά το δείπνο 225,31 (±61,07) mg/dl.

Μακρο- και μικροαγγειακές επιπλοκές είχε 39,0% και 46,4% των ασθενών αντιστοίχως.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Η αντιπαράθεση των παγκοσμίων με τα ελληνικά δεδομένα της μελέτης IMPROVE αντανακλά τον πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο στον διαβήτη τύπου 2 και τον παγκόσμιο χαρακτήρα του προβλήματος. Ταυτόχρονα ενισχύει τις ανησυχίες σχετικά με την έναρξη της κατάλληλης αγωγής για τον διαβήτη, ιδιαίτερα της ινσουλινοθεραπείας, που φαίνεται να καθυστερεί στην κλινική πράξη. Πτωχός έλεγχος και μεγάλο ποσοστό ασθενών με αγγειακές επιπλοκές κατά την έναρξη της μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι πολλοί ασθενείς θα είχαν ωφεληθεί από πιο πρόωμη έναρξη ή πιο έγκαιρη εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας.

**ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΟΡΩΝ ΚΑΙ ΣΤΟ ΚΟΣΤΟΣ 12 ΜΗΝΕΣ
ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΠΡΙΝ ΚΑΙ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ
ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ INSTIGATE**

**Μ. Μπενρουμπή¹, Β. Δροσινός², Δ. Λαγός² και
η Ελληνική Ομάδα της Μελέτης INSTIGATE**

¹Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Πολυκλινική», ²Γιατρικό Τμήμα, ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-Lilly A.E.B.E., Αθήνα
Benroubi, M., Drossinos, V., Nicolay, C, Sourmeli, S. and the Hellenic INSTIGATE Study Group

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ:

Η INSTIGATE σχεδιάστηκε για να απαντήσει ερωτήματα σχετικά με τους πρώτους 246 μήνες ινσουλινοθεραπείας. Η εργασία αυτή παρουσιάζει στοιχεία για τις άμεσες δαπάνες του διαβήτη τύπου 2 σε Έλληνες ασθενείς, για τους πρώτους 12 μήνες ινσουλινοθεραπείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:

Η INSTIGATE είναι ευρωπαϊκή μελέτη παρατήρησης με ασθενείς που έχουν ξεκινήσει ινσουλινοθεραπεία στο πλαίσιο της συνήθους υγειονομικής φροντίδας. Οι άμεσες δαπάνες του διαβήτη εκτιμώνται για τους 6 μήνες πριν, καθώς επίσης για τους 6 και 12 μήνες μετά την έναρξη ινσουλίνης, μέσω της χρήσης υγειονομικών πόρων λαμβάνοντας υπόψη και το τυπικό κόστος υπηρεσιών/προϊόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

262 ασθενείς εντάχθηκαν στη μελέτη, ενώ 6 και 12 μήνες μετά συλλέχθηκαν δεδομένα από 257 και 2376 ασθενείς αντίστοιχα. Ο Μέσος Όρος (ΜΟ) των επαφών με επαγγελματίες υγείας (επισκέψεις και τηλεφωνική επικοινωνία) ήταν 7,5 (6 μήνεςπριν την έναρξη ινσουλινοθεραπείας), 9,8 (πρώτο εξάμηνο ινσουλινοθεραπείας) και 5,4 (δεύτερο εξάμηνο). Η μεγαλύτερη αλλαγή παρατηρήθηκε στις επισκέψεις σε διαβητολόγους/ενδοκρινολόγους, όπου αυξήθηκε ο ΜΟ των επισκέψεων από 1,9 στο 1ο εξάμηνο πριν, σε 3,2 στο 1ο εξάμηνο μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας, ενώ στο 2ο εξάμηνο ινσουλινοθεραπείας σημειώθηκε μείωση του ΜΟ των επισκέψεων σε 1,7.

Οι άμεσες δαπάνες του διαβήτη αναλύθηκαν με στόχο την εκτίμηση του συνολικού κόστους της θεραπείας του διαβήτη. Ο ΜΟ του κόστους ανά ασθενή για τους 6 μήνες πριν, 6 και 12 μήνες μετά την έναρξη ινσουλινοθεραπείας ήταν 496€, 538€ και 498€ αντίστοιχα. Για τα ίδια χρονικά διαστήματα το διάμεσο κόστος α) για την εξειδικευμένη φροντίδα του διαβήτη κυμάνθηκε από 12.9€ σε 19€ και 9.3€, β) μέτρησης σακχάρου αίματος κυμάνθηκε από 126.5€ σε 193.5€ και 143.5€ και γ) των αντιδιαβητικών δισκίων ελαττώθηκε σταθερά από 289.5€ σε 74.5€ και 64.9€. Το διάμεσο κόστος της χρήσης ινσουλίνης μειώθηκε από 253€ σε 249€ μεταξύ πρώτου και δεύτερου εξαμήνου ινσουλινοθεραπείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

Από την ανάλυση των αλλαγών στη χρήση υγειονομικών πόρων από τους 6 μήνες πριν, έως και 12 μήνες μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, έγινε φανερή η ιδιαίτερη σημασία του 1ου εξαμήνου της ινσουλινοθεραπείας, όπου απαιτείται στενότερη παρακολούθηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας ενώ και η χρήση υγειονομικών πόρων είναι αυξημένη.