



ΕΛΛΗΝΙΚΑ

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ

ΧΡΟΝΙΚΑ

ΟΡΓΑΝΟ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 37^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ	63
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	111

HELLENIC DIABETOLOGICAL CHRONICLES

**Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus
Volume 35, Number 2, 2024**

ISSN 1106-3270

ΤΟΜΟΣ 35 - ΤΕΥΧΟΣ 2 - 2024

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΧΡΟΝΙΚΑ

Τριμηνιαία έκδοση
της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη
(πρώην Δ.Ε.Β.Ε.)

Ιδιοκτήτης
Ελληνική Εταιρεία Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη
Διαδικτυακός τόπος: <http://www.hasd.gr>

Εκτύπωση
UNIVERSITY STUDIO PRESS
Αρμενοπούλου 32, 546 35 – Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 209 637

Διευθυντής Σύνταξης
Απόστολος Γ. Τσάπας

Συντακτική Επιτροπή
Δημήτριος Σκούτας, Κυριάκος Καζάκος, Καλλιόπη Κώτσα,
Κύρος Σιώμος, Ιάκωβος Αβραμίδης, Άρης Λιάκος, Χρήστος Μανές

Ειδικοί Σύμβουλοι Σύνταξης
Αθυρος Β., Αναστασιάδης Κ., Αρσος Γ., Βακαλοπούλου Σ., Βασιλείδης Π., Βασιλικός Β.,
Βέβες Α., Γερμανίδης Γ., Γιουλεμέ Ο., Γιώβος Ι., Δαμιανίδης Γ., Δημητριάδης Γ., Δούμα Σ.,
Δούμας Μ., Ευσταθιάδου Ζ., Ζεμπεκάκης Π., Ζιάκας Α., Ζωγράφου Ι., Θανοπούλου Α.,
Καϊάφα Γ., Καλεβρόσογλου Ι., Καραγιάννης Α., Καραμάνος Δ., Καραμήτσος Θ., Καρατζίδου Κ.,
Καρβούνης Χ., Κεφαλογιάννης Ν., Κίτα Μ., Κίτσιος Κ., Κώτσης Α., Λαζαρίδης Α., Διακόπουλος Β.,
Μαμόπουλος Α., Μελιδώνης Α., Μεταλλίδης Σ., Μούσλεχ Ζ., Μπαλατσούκας Δ., Μυγδάλης Η.,
Μωραλίδης Ε., Πάγκαλος Ε., Παζαϊτου-Παναγιώτου Κ., Παπαγιάννη Α., Παπανικολάου Β.,
Περιφάνης Δ., Πετίδης Κ., Πυρπασοπούλου Α., Σαββόπουλος Χ., Σάιλερ Ν., Σαραφίδης Π.,
Στάγκου Μ., Τζατζάγου Γ., Τζιόμαλος Κ., Τουλής Δ., Τούντας Χ., Τρακατέλλη Χ., Τσαταλάς Κ.,
Τσατσούλης Α., Τσιρουκίδου Κ., Χατζητόλιος Α.

Διοικητικό Συμβούλιο
Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη

Πρόεδρος: Δημήτριος Σκούτας
Αντιπρόεδρος: Καζάκος Κυριάκος
Γεν. Γραμματέας: Καλλιόπη Κώτσα
Ταμίας: Κύρος Σιώμος
Μέλη: Ιάκωβος Αβραμίδης,
Άρης Λιάκος, Χρήστος Μανές

Υπεύθυνος Τυπογραφείου
Λ.Α. Μιχάλης, Αρμενοπούλου 32, 546 35 – Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 209 637

Γραφεία Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη,
Γ. Παπανδρέου 39, 546 46 – Θεσσαλονίκη
Τηλ.: 2310 250 034, Fax: 2310 250 084
E-mail: info@hasd.gr
Ετήσια συνδρομή: 10€

Η συντακτική επιτροπή δεν φέρει ευθύνη για οποιαδήποτε βλάβη ηθική ή σωματική προκληθεί από τη χρήση μεθόδων, προϊόντων ή εφαρμογή ιδεών που περιέχονται στις δημοσιεύσεις. Η έγκριση δημοσίευσης οποιασδήποτε μελέτης ή διαφημιστικού υλικού δεν σημαίνει αποδοχή των απόψεων του/της συγγραφέα ή της εταιρείας που διαφημίζει το προϊόν. Η ευθύνη αφορά στους/στις συγγραφείς ή στις διαφημιζόμενες εταιρείες.

HELLENIC DIABETOLOGICAL CHRONICLES

**Quarterly Official Journal
of Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus**

Ownership

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus

Website: <http://www.hasd.gr>

Printing by

UNIVERSITY STUDIO PRESS

32 Armenopoulou str., 546 35 – Thessaloniki, Greece, tel.: +30 2310 209 637

Editor-in-Chief

Apostolos G. Tsapas

Editorial Board

Dimitrios Skoutas, Kyriakos Kazakos, Kalliopi Kotsa,
Kyros Siomos, Iakovos Avramidis, Aris Liakos, Christos Manes

Special Editing Advisers

Anastasiadis K., Arsos G., Athyros V., Chatzitoliou A., Damianidis G., Dimitriadis G.,
Douma S., Doumas M., Efstathiadou Z., Germanidis, G., Gioulema O., Giovos I., Kaiafa G.,
Kalevrosoglou I., Karagiannis A., Karamanos D., Karamitsos Th., Karatzidou K., Karvounis Ch.,
Kefalogiannis N., Kita M., Kitsios K., Kotsis A., Lazaridis A., Liakopoulos V., Mamopoulos A.,
Melidonis A., Metallidis S., Migdalas I., Moravidis E., Mouslech Z., Mpalatsoukas D., Pangalos E.,
Papagianni A., Papanikolaou V., Pazaitou-Panagiotou K., Perifanis D., Petidis K., Pyrpasopoulou A.,
Savopoulos Ch., Sailer N., Sarafidis P., Stangou M., Thanopoulou, A., Toulis D., Tountas Ch.,
Trakatelli Ch., Tsatalas K., Tsatsoulis A., Tsiroikidou K., Tzatzagou G., Tziomalos K., Vakalopoulou S.,
Vasileiadis P., Vasilikos V., Veves A., Zempekakis P., Ziakas A., Zografou I.

Executive Board of

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus

President: D. Skoutas
Vice President: K. Kazakos
Gen. Secretary: K. Kotsa
Treasurer: K. Siomos
Members: I. Avramidis, A. Liakos, Ch. Manes

Hellenic Association for the Study and Education of Diabetes Mellitus Office,
39 Papandreou Str., 546 46 Thessaloniki
Tel.: +30 2310 250 034, Fax: +30 2310 250 084
E-mail: info@hasd.gr

No responsibility is assumed by the Editorial board for any injury or damages from any use or operation of any methods, products, instructions or ideas contained in the material herein. The responsibility is assumed by the authors or the companies advertising their products.

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ

Στα *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* της *Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΕΛ.Ε.Μ.Ε.Δ.)* δημοσιεύονται εργασίες που έχουν διαβητολογικό ενδιαφέρον με κύριο σκοπό την ιατρική εκπαίδευση και επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και φοιτητών. Οι εργασίες που δημοσιεύονται ακολουθούν συγκεκριμένη δομή και ανήκουν σε ορισμένους τύπους άρθρων.

Όλα τα άρθρα πρέπει να συνοδεύονται στα *Ελληνικά* και *Αγγλικά* από τα ονόματα συγγραφέων, τον τίτλο του άρθρου, την περίληψη και τις λέξεις-κλειδιά. Εξαιρέση αποτελούν τα «Εκπαιδευτικά άρθρα» τα οποία δεν συνοδεύονται από περίληψη ούτε από βιβλιογραφία, καθώς και οι «Ενδιαφέρουσες δημοσιεύσεις».

ΕΙΔΗ ΑΡΘΡΩΝ ΠΟΥ ΔΗΜΟΣΙΕΥΟΝΤΑΙ ΣΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ

Άρθρα της σύνταξης: Γράφονται από τον διευθυντή σύνταξης του περιοδικού ή από άλλο πρόσωπο μετά από σχετική ανάθεση από τον διευθυντή σύνταξης ή τον πρόεδρο ή το Δ.Σ. της ΕΛ.Ε.Μ.Ε.Δ.. Δεν υπερβαίνουν τις δυο σελίδες.

Ανασκοπήσεις: Γράφονται κατά προτίμηση από έναν/μία συγγραφέα, κατ' εξαίρεση από δύο ή τρεις, ιδίως όταν το θέμα απαιτεί συγγραφείς διαφορετικών ειδικοτήτων. Η έκταση του άρθρου πρέπει να είναι 15 έως 25 σελίδες στις οποίες περιλαμβάνονται η εικονογράφηση, η βιβλιογραφία και στα Ελληνικά και Αγγλικά: η περίληψη, οι λέξεις-κλειδιά, οι συγγραφείς και ο τίτλος του άρθρου.

Επίκαιρα θέματα: Το αντικείμενο των άρθρων της κατηγορίας αυτής μπορεί να είναι διαγνωστικού ή θεραπευτικού περιεχομένου ή και να αφορά οποιονδήποτε τομέα της ιατρικής επιστήμης. Γράφονται για να κάνουν ευρύτερα γνωστό ένα πρόσφατο επίτευγμα στον τομέα που έχουν επιλέξει οι συγγραφείς.

Η έκταση του άρθρου πρέπει να περιορίζεται σε 4-6 περίπου σελίδες με 10-15 βιβλιογραφικές παραπομπές.

Πρωτότυπες εργασίες: Έχουν κλινικό ή εργαστηριακό ή κλινικοεργαστηριακό περιεχόμενο. Το κείμενο περιλαμβάνει βραχεία εισαγωγή, όπου αναφέρεται ο σκοπός της εργασίας, περιγραφή του υλικού και των μεθόδων, έκθεση των αποτελεσμάτων, συζήτηση στην οποία περιλαμβάνονται και τα τελικά συμπεράσματα. Η περίληψη πρέπει να είναι αυτοτελής και να περιέχει

τον σκοπό της εργασίας, τις βασικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν, τα κύρια ευρήματα και τα σημαντικότερα συμπεράσματα. Η έκταση του άρθρου δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 14 σελίδες, μαζί με τη βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις: Σ' αυτές παρουσιάζονται ενδιαφέρουσες ή σπάνιες περιπτώσεις με κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφονται για πρώτη φορά, ή περιπτώσεις με ιδιαίτερη ατυπία, καθώς και άλλες στις οποίες χρησιμοποιήθηκαν νέες διαγνωστικές ή θεραπευτικές μέθοδοι ή διατυπώνονται νέες απόψεις για την παθογένειά τους.

Έχουν έκταση έως 5 σελίδες και περιλαμβάνουν σύντομη εισαγωγή, περιγραφή της περιπτώσεως, πίνακες ή εικόνες (έως 4), τα κύρια εργαστηριακά ευρήματα, βραχύ σχόλιο-συζήτηση, περιορισμένη βιβλιογραφία (10-15 παραπομπές).

Επιστολές προς τη Σύνταξη: Περιέχουν κρίσεις για δημοσιευμένα άρθρα, παρατηρήσεις για ανεπιθύμητες ενέργειες φαρμάκων, κρίσεις για το περιοδικό κ.τ.λ. Η έκτασή τους δεν υπερβαίνει τις 400 λέξεις. Ο αριθμός των βιβλιογραφικών παραπομπών δεν πρέπει να υπερβαίνει τις οκτώ.

Εκπαιδευτικά άρθρα: Πρόκειται για σύντομα άρθρα (4-5 σελίδων) που αποσκοπούν στη βασική διαβητολογική εκπαίδευση νέων γιατρών ή φοιτητών. Δεν συνοδεύονται από περίληψη ούτε από βιβλιογραφία.

Ενδιαφέρουσες δημοσιεύσεις: Κατόπιν προσκλήσεως παρουσιάζονται αποτελέσματα ερευνών με ιδιαίτερο ενδιαφέρον, τα οποία έχουν προσφάτως δημοσιευτεί σε έγκριτα περιοδικά ή ανακοινώθηκαν σε μεγάλα συνέδρια.

ΤΡΟΠΟΣ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΗΣ

Όλα τα άρθρα υποβάλλονται στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο της Εταιρείας (info@hasd.gr) ως συνημμένα αρχεία.

Μετά τον έλεγχο και εφόσον το άρθρο έχει γραφτεί σύμφωνα με τις οδηγίες που παρέχονται προς τους συγγραφείς, στέλνεται για ανεξάρτητη κρίση σε δύο αρμόδιους επιστημονικούς συμβούλους του περιοδικού (κριτές) χωρίς να φαίνονται τα ονόματα και η προέλευση της εργασίας.

Οι κρίσεις στη συνέχεια στέλνονται προς τους/τις

συγγραφείς προκειμένου να γίνουν οι απαραίτητες τροποποιήσεις. Οι τελικές διορθώσεις που θα κάνει ο/η συγγραφέας σύμφωνα με τις υποδείξεις των κριτών, πρέπει να είναι υπογραμμισμένες ώστε να διευκολυνθεί ο σχετικός έλεγχος. Στη συνέχεια το άρθρο παίρνει σειρά δημοσιεύσεως.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Η γραμματοσειρά του άρθρου πρέπει να είναι Calibri, το μέγεθος της γραμματοσειράς δώδεκα (12) και η απόσταση των σειρών πρέπει να είναι 1,5.

Οι σελίδες των άρθρων πρέπει να είναι αριθμημένες διαδοχικά, ξεκινώντας από τη σελίδα τίτλου.

Οι συγγραφείς πρέπει να διατηρούν στο αρχείο τους αντίγραφα όλων των στοιχείων των εργασιών (εργαστηριακές εξετάσεις, απεικονιστικές εξετάσεις, ηλεκτροκαρδιογραφήματα, πορίσματα βιοψιών κ.τ.λ.) τα οποία θα υποβάλλουν στον διευθυντή σύνταξης εφόσον τους ζητηθεί.

Κάθε άρθρο, ανάλογα με την κατηγορία στην οποία υπάγεται, πρέπει να ακολουθεί τους παρακάτω κανόνες και μορφή:

Πρώτη σελίδα – Σελίδα του τίτλου: Στη σελίδα αυτή αναγράφονται:

- 1) ο τίτλος του άρθρου, ο οποίος πρέπει να είναι κατά το δυνατόν σύντομος (όχι περισσότερες από 20 λέξεις) αλλά κατατοπιστικός,
- 2) το πρώτο όνομα, τα αρχικά του πατρικού (αν το επιθυμείτε), το επίθετο κάθε συγγραφέα και οι υψηλότεροι ακαδημαϊκοί τίτλοι (όχι ο τίτλος της θέσεως),
- 3) το όνομα των κλινικών, εργαστηρίων, τμημάτων ή και ιδρυμάτων στα οποία έγινε η εργασία,
- 4) το όνομα και η διεύθυνση του συγγραφέα που είναι υπεύθυνος για την αλληλογραφία, το e-mail και το τηλέφωνο επικοινωνίας του υπευθύνου σχετικά με την εργασία.

Δεύτερη σελίδα: Περιέχει την περίληψη στα Ελληνικά.

Οι ακόλουθες σελίδες περιέχουν το κείμενο της εργασίας με τον τύπο που ακολουθεί το περιοδικό.

Η τελευταία σελίδα περιέχει τον τίτλο και τα ονόματα του/των συγγραφέων, την περίληψη στην αγγλική γλώσσα και τους πρόσθετους όρους ευρετηρίου στην ελληνική και αγγλική γλώσσα. Η περίληψη δεν πρέπει να υπερβαίνει τις 300 λέξεις και πρέπει να αναφέρει τον σκοπό της εργασίας, τη βασική μεθοδολογία (ασθενείς ή πειραματόζωα, παρατηρήσεις και αναλυτικές μεθόδους), τα κύρια ευρήματα (δώστε ειδικά στοιχεία και αναφέρετε αν τα ευρήματα είναι στατιστικά σημαντικά) και τα κύρια συμπεράσματα. Τονίστε τις νέες και σημαντικές πλευρές της μελέτης ή των παρατηρήσεων. Χρησιμοποιήστε μόνο αποδεκτές συντμήσεις.

Κάτω από την περίληψη, σημειώστε και χαρακτηρίστε τρεις έως δέκα πρόσθετους όρους ευρετηρίου, οι οποίοι θα χρησιμοποιηθούν κατά την ετοιμασία του

καταλόγου περιεχομένων. Χρησιμοποιήστε όρους οι οποίοι είναι γενικώς αποδεκτοί και χρησιμοποιούνται.

Πρωτότυπες εργασίες

Το κείμενο των κλινικών και πειραματικών εργασιών συνήθως διαιρείται σε τμήματα με τις εξής επικεφαλίδες: *Εισαγωγή, Υλικό – Μέθοδοι, Αποτελέσματα και Συζήτηση*. Μεγάλα άρθρα θα χρειαστούν οπωσδήποτε να κατατιμηθούν σε τμήματα με καθορισμένο περιεχόμενο προκειμένου να παρουσιαστούν με σαφήνεια, ιδίως τα Αποτελέσματα και η Συζήτηση.

Εισαγωγή: Καθορίστε σαφώς τον σκοπό του άρθρου. Συνοψίστε τον αποχρώντα λόγο της συγγραφής της μελέτης ή της παρατήρησης. Δώστε τις αυστηρώς απαραίτητες βιβλιογραφίες και μην ανασκοπείτε το θέμα εκτενώς.

Υλικό – Μέθοδοι: Περιγράψτε με σαφήνεια τον τρόπο επιλογής του προς μελέτη υλικού (ασθενείς, πειραματόζωα και μάρτυρες). Περιγράψτε τις μεθόδους, τις συσκευές (όνομα και διεύθυνση του κατασκευαστή σε παρένθεση) και τις τεχνικές με αρκετές λεπτομέρειες, ώστε να επιτρέψετε σε άλλους συγγραφείς να αναπαραγάγουν τα αποτελέσματα. Δώστε βιβλιογραφία για καθιερωμένες μεθόδους, συμπεριλαμβανομένων και των στατιστικών μεθόδων που χρησιμοποιήθηκαν, καθώς και βιβλιογραφίες και βραχεία περιγραφή των μεθόδων, οι οποίες έχουν δημοσιευτεί αλλά δεν είναι γνωστές πολύ καλά. Περιγράψτε καινούριες ή ουσιαστικά τροποποιημένες μεθόδους, εξηγήστε τον λόγο που τις χρησιμοποιήσατε και κάντε μια εκτίμηση των περιορισμών τους.

Περιλάβετε τον αριθμό των παρατηρήσεων και, όταν κρίνεται απαραίτητο, τη στατιστική σημασία τους. Σε ειδικές περιπτώσεις είναι δυνατό να δοθούν λεπτομέρειες με τη μορφή πινάκων, ως παράρτημα, στο τέλος της εργασίας.

Αποτελέσματα: Παρουσιάστε τα αποτελέσματα σε μια λογική σειρά στο κείμενο, τους πίνακες και τα σχεδιαγράμματα. Μην επαναλαμβάνετε στο κείμενο τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στους πίνακες ή τα σχεδιαγράμματα: τονίστε ή αναφερθείτε περιληπτικά μόνο στις σημαντικές παρατηρήσεις.

Συζήτηση: Τονίστε τις νέες και σημαντικές απόψεις που υποστηρίζονται από τη μελέτη και τα συμπεράσματα που προκύπτουν. Μην επαναλαμβάνετε λεπτομερώς τα δεδομένα που περιγράφονται στο κεφάλαιο των αποτελεσμάτων παρά μόνο τα κύρια ευρήματα κατά τη συζήτησή τους. Αναφερθείτε στη σημασία που έχουν τα ευρήματά σας, αξιολογώντας παράλληλα και τους περιορισμούς στην ερμηνεία τους και συσχετίστε τα με παρατηρήσεις που αναφέρονται σε άλλες ανάλογες μελέτες. Συνδέστε τα συμπεράσματα με τους στόχους της μελέτης, αλλά αποφύγετε να πάρετε θέση και να βγάλετε συμπεράσματα όταν δεν είναι τεκμηριωμένα και δεν υποστηρίζονται απόλυτα από τα δικά σας δεδομένα. Μην ανα-

φέρετε συμπεράσματα άλλων συγγραφέων τα οποία όμως δεν προκύπτουν ως δεδομένα από την έρευνά σας.

Αποφεύγετε να δηλώνετε ή να διεκδικείτε προτεραιότητα για εργασία η οποία δεν έχει ακόμη ολοκληρωθεί. Κάντε νέες υποθέσεις, όταν δικαιολογούνται, αλλά χαρακτηρίστε τις έτσι σαφώς. Προτάσεις και εισηγήσεις, όταν κρίνεται απαραίτητο, μπορούν να περιληφθούν.

Ακολουθήστε το σύστημα Vancouver στην παράθεση των βιβλιογραφικών αναφορών (λεπτομερής περιγραφή παρατίθεται παρακάτω).

Περιορισμοί – μειονεκτήματα. Αναφερθείτε σε μειονεκτήματα που θεωρείτε ότι έχει η εργασία σας, π.χ., μικρός αριθμός ασθενών, ετερογενές υλικό, μικρή διάρκεια παρακολούθησης κ.ο.κ.

Ευχαριστίες: Ευχαριστήστε μόνο τα πρόσωπα τα οποία έχουν ουσιαστική συμβολή στη μελέτη.

Λέξεις-κλειδιά: Γράψτε με προσοχή τις λέξεις-κλειδιά στην ελληνική και αγγλική γλώσσα ώστε να βοηθούν στην αναζήτηση σχετικών δημοσιεύσεων σε μια βάση δεδομένων (επισκεφθείτε την ηλεκτρονική βάση του περιοδικού <http://www.hasd.gr/default.aspx?catid=277>).

Ενδιαφέρουσες περιπτώσεις

Πρέπει να διακρίνονται στην **περίληψη**, στην **εισαγωγή**, στην **περιγραφή της περίπτωσης** (ιστορικό, συμπτώματα προσέλευσης, εργαστηριακός έλεγχος, πορεία νόσου, διαγνωστική λογική, έκβαση) και στη **συζήτηση – συμπεράσματα**.

Ανασκοπήσεις

Ακολουθούν έναν επαγωγικό τρόπο παρουσίασης, με επιμέρους επικεφαλίδες, ώστε να διαβάζονται εύκολα. Πρέπει να περιλαμβάνουν πολλές βιβλιογραφικές παραπομπές (συνήθως άνω των πενήντα) και να καλύπτουν πλήρως το υπό πραγμάτευση θέμα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Παραδείγματα τρόπου γραφής των βιβλιογραφιών (κατά το σύστημα Vancouver):

Βιβλιογραφίες: Αριθμήστε τις βιβλιογραφικές παραπομπές διαδοχικά, με τη σειρά με την οποία αναφέρονται στο κείμενο. Χρησιμοποιήστε για τις βιβλιογραφίες στο κείμενο, στους πίνακες και στις λεζάντες, αραβικούς αριθμούς σε εκθέτες (1,2,3 κ.τ.λ.) μετά την τελεία της πρότασης (π.χ. ...διαβητικής κετοξέωσης¹). Αν μια βιβλιογραφία επαναλαμβάνεται ισχύει ο αριθμός της πρώτης αναφοράς.

Οι τίτλοι των περιοδικών πρέπει να γράφονται κατά τον καθιερωμένο τρόπο για κάθε περιοδικό, σε συντομογραφία αν πρόκειται για λέξεις περισσότερες από μια (σύμφωνα με τον Index Medicus), π.χ., Diabet Med.

Προσπαθήστε να αποφύγετε τη χρησιμοποίηση περιλήψεων (abstracts) ως βιβλιογραφικών παραπομπών. «Αδημοσίευτες παρατηρήσεις» μπορεί να χρησιμοποιηθούν κατ' εξαίρεση εφόσον έχουν ανακοινωθεί ή αποτέλεσαν τμήμα βιβλίου. Η «προσωπική επικοινωνία» δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως βιβλιογραφία, αν και η παραπομπή σε γραπτή και όχι προφορική επικοινωνία μπορεί να αναφερθεί εμβόλιμα στο κείμενο (σε παρένθεση). Εργασίες οι οποίες έχουν γίνει δεκτές προς δημοσίευση, αλλά δεν δημοσιεύθηκαν ακόμη, μπορεί να αναφερθούν στη βιβλιογραφία. Στην περίπτωση αυτή σημειώστε το περιοδικό και τη φράση "in press" – «υπό δημοσίευση» (σε παρένθεση). Να μην αναφέρεται στις βιβλιογραφίες ο μήνας δημοσίευσης που συχνά παρέχεται στο pubmed. Αρχούν ο τόμος του περιοδικού, ο χρόνος και οι σελίδες του άρθρου. Η τελευταία σελίδα αναφέρεται συντεταγμένα.

Άρθρα:

Τυπικό άρθρο περιοδικού (Γράψτε όλους τους συγγραφείς, εφόσον είναι έξι ή λιγότεροι· όταν είναι επτά ή περισσότεροι, αναφέρετε μόνο τους πρώτους τρεις και προσθέστε "et al." ή «και συν.» αν πρόκειται για ελληνική δημοσίευση):

You CH, Lee KY, Chey WY, Menguy R, et al. Electrogastrographic study of patients with unexplained nausea, bloating and vomiting. *Gastroenterology* 1980; 79: 311-4.

Ενσωματωμένος συγγραφέας σε ομάδα εργασίας:

Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone marrow graft without preconditioning in posthepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977; 2: 242-4.

Χωρίς συγγραφέα:

Anonymous. Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981; 283: 628.

Συμπληρωματικό τεύχος περιοδικού:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92: (Suppl. 2): 316-8.

Βιβλία και άλλες μονογραφίες:

Με έναν συγγραφέα:

Eisen HN. Immunology: an introduction to molecular and cellular principles of the immune response. 5th ed. New York: Harper and Row, 1974: 406.

Εκδότης, πρόεδρος μιας ομάδας εργασίας ως συγγραφέας:

Dausset J, Colombani J, eds. Histocompatibility testing 1972. Copenhagen: Munksgaard, 1973: 12-8.

Κεφάλαιο σε βιβλίο:

Weistein L, Swartz MN. Pathogenic properties of invading microorganisms. In: Sodeman WA Jr, Sodeman WA, eds. Pathologic physiology; mechanisms of disease. Philadelphia: WB Saunders, 1974; 457-72.

Εργασία που περιέχεται σε τόμο πρακτικών:

DuPont B. Bone marrow transplantation in severe combined immunodeficiency with an unrelated MLC compatible donor. In: White HJ, Smith R, eds. Proceedings of the third annual meeting of the International Society for Experimental Hematology. Houston: International Society for Experimental Hematology, 1974; 44-6.

Μονογραφία σε μια σειρά εκδόσεων:

Hunninghake GW, Gadek JE, Szapiel SV, et al. The human alveolar macrophage. In: Harris CC, ed. Cultured human cells and tissues in biomedical research. New York: Academic Press, 1980; 54-6 (Stoner GD, ed. Methods and perspectives in cell biology; vol 1).

Δημοσίευση επιτροπής:

Ranofsky AL. Surgical operations in short-stay hospitals: United States 1975. Hyattsville, Maryland: National Centre for Health Statistics, 1978; DHEW publication no. (PHS) 78-1785. (Vital and health statistics; series 13; no. 34).

Διδακτορική διατριβή:

Cairns RB. Infrared spectroscopic studies of solid oxygen. Berkeley, California: University of California, 1965. 156 pp. Dissertation.

Άλλα άρθρα

Άρθρο εφημερίδας:

Shaffer RA. Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain: discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. How the messengers work. Wall Street Journal 1977 Aug 12: 1 (col 1), 10 (col 1).

Άρθρο μη ιατρικού περιοδικού:

Roueché B. Annals of medicine: the Santa Claus culture. The New Yorker 1971 Sept 4: 66-81.

Οδηγίες για πίνακες, σχήματα και εικόνες

Πίνακες: Κάθε πίνακας πρέπει να είναι πλήρης, μαζί με τη λεζάντα του και τις υποσημειώσεις στην ελληνική γλώσσα. Η λεζάντα πρέπει να αναγράφεται στο πάνω μέρος του πίνακα και να προηγείται η λέξη «Πίνακας» με τον σχετικό αριθμό του (αραβικοί αριθμοί και όχι λατινικοί). Μην υποβάλλετε τους πίνακες ως φωτογραφίες. Σημειώστε σε κάθε στήλη μια βραχεία ή συντεταγμένη επικεφαλίδα. Γράψτε τις επεξηγηματικές πληροφορίες ως υποσημείωση και όχι στον τίτλο. Εξηγήστε στις υποσημειώσεις όλες τις μη καθιερωμένες συ-

ντημίες που χρησιμοποιούνται σε κάθε πίνακα. Στις υποσημειώσεις χρησιμοποιήστε τα παρακάτω σύμβολα, με την εξής σειρά: *, **, +, ++, §, §§.

Εικόνες: Υποβάλλετε τις απαραίτητες εικόνες αριθμημένες (περιλαμβάνονται και τα σχήματα). Οι εικόνες πρέπει να αναφέρονται και στο κείμενο, ώστε να γνωρίζει ο υπεύθυνος σελιδοποίησης πού πρέπει να τοποθετηθούν. Τα γράμματα, οι αριθμοί και τα σύμβολα πρέπει να είναι σαφή, ομοιόμορφα και κατάλληλου μεγέθους έτσι ώστε, όταν σμικρυνθούν για τη δημοσίευση, να εξακολουθούν να παραμένουν ευανάγνωστα. Οι τίτλοι και οι λεπτομερείς επεξηγήσεις να γράφονται στις λεζάντες των εικόνων μετά την εικόνα (να είναι γραμμένα στο κάτω μέρος) και όχι πάνω στις ίδιες τις εικόνες, και πρέπει να είναι γραμμένα στην ελληνική γλώσσα εκτός από καθιερωμένους όρους σε σύντμηση, π.χ., HDL, TGF κ.τ.λ. Οι εικόνες πρέπει να υποβάλλονται ως χωριστά αρχεία εικόνων.

Μην χρησιμοποιείτε αυτούσια σχήματα ή εικόνες από ξένες δημοσιεύσεις γιατί τότε πρέπει να έχετε την άδεια του ξένου περιοδικού.

Αν υπάρχουν φωτογραφίες ατόμων, θα πρέπει είτε τα πρόσωπά τους να μην διακρίνονται ή να καλύπτονται με παχιά μαύρη επικάλυψη ή αν φαίνονται να συνοδεύονται από γραπτή άδεια των ασθενών για τη δημοσίευση των φωτογραφιών.

Αν μια φωτογραφία έχει δημοσιευθεί κάπου αλλού, σημειώστε στις ευχαριστίες την πηγή προέλευσης. Για όσες εικόνες απαιτείται άδεια από τον συγγραφέα/εκδότη πρέπει οι άδειες να επισυναφθούν στο άρθρο, εκτός και εάν είναι ελεύθερες για χρήση.

Λεζάντες των εικόνων: Οι λεζάντες των εικόνων μπαίνουν κάτω από την εικόνα (αντίθετα από ό,τι συμβαίνει στους πίνακες). Χρησιμοποιήστε για την αρίθμηση αραβικούς αριθμούς. Αν χρησιμοποιήσετε σύμβολα, βέλη, αριθμούς ή γράμματα για να χαρακτηρίσετε τμήματα των εικόνων, σημειώστε τα στο κάτω μέρος μετά την εικόνα και επεξηγήστε τα.

Η τήρηση των παραπάνω οδηγιών είναι απαραίτητη προϋπόθεση για τη δημοσίευση της εργασίας.

Πνευματικά δικαιώματα

Οι εργασίες που δημοσιεύονται στα *Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά* αποτελούν πνευματική ιδιοκτησία του συγγραφέα και του περιοδικού. Η δημοσίευση μιας εργασίας δεν συνεπάγεται αποδοχή των απόψεων των συγγραφέων από μέρους του περιοδικού.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ 37^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Διαχείριση και θεραπεία διαβητικού ποδιού με εκτεταμένη ιστική νέκρωση. Ο ρόλος του εξειδικευμένου νοσηλευτή στην χρήση και εφαρμογή κατάλληλων επιθεμάτων. Μ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ	64
Συγκριτικές επιδράσεις της ορθόδοξης νηστείας και της διαλειμματικής διατροφής στο οξειδωτικό ισοζύγιο γυναικείου μοναστικού και γενικού πληθυσμού της βορείου και κεντρικής Ελλάδας Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Μ. ΑΝΕΜΟΥΛΗΣ, Κ. ΜΙΧΑΛΑΚΗΣ, Α. ΒΛΑΣΤΟΣ, Μ. ΚΥΠΡΑΙΟΥ, Ζ. ΣΚΑΠΕΡΔΑ, Π. ΖΙΑΚΑΣ, Δ. ΚΟΥΡΕΤΑΣ	65
Συγκριτικές επιδράσεις της υποκατάστασης με βιταμίνη D σε συνδυασμό με την ορθόδοξη νηστεία στο οξειδωτικό ισοζύγιο μοναστικού πληθυσμού έναντι εφαρμογής διαλειμματικής διατροφής σε γυναίκες γενικού πληθυσμού Σ. ΚΑΡΡΑΣ, Α. ΒΛΑΣΤΟΣ, Κ. ΜΙΧΑΛΑΚΗΣ, Μ. ΑΝΕΜΟΥΛΗΣ, Μ. ΚΥΠΡΑΙΟΥ, Ζ. ΣΚΑΠΕΡΔΑ, Π. ΖΙΑΚΑΣ, Δ. ΚΟΥΡΕΤΑΣ	66
Η σχέση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με τον κίνδυνο εμφάνισης non-Hodgkin's λεμφωμάτων Γ. ΠΙΝΕΛΗΣ	67
Βοήθημα λήψης αποφάσεων για τη θεραπεία ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: Σχεδιασμός και πιλοτική δοκιμή Ι. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ, Θ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Π. ΚΑΚΟΤΡΙΧΗ, Κ. ΤΣΑΠΑ, Α. ΤΣΑΠΑΣ, Ε. ΜΠΕΚΙΑΡΗ	69
Αξιολόγηση προγράμματος κατ' οίκον εκπαίδευσης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Π. ΠΑΝΑΓΙΩΤΙΔΗΣ, Α. ΣΑΚΑΛΛΕΡΟΥ, Α. ΚΑΛΟΚΑΙΡΙΝΟΥ, Β-Σ. ΒΕΛΟΝΑΚΗ	70
Προσκόλληση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στις θεραπευτικές απαιτήσεις Α. ΚΑΪΣΙΔΗΣ, Μ. ΚΟΥΜΑΚΗ, Ε. ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΗ, Β. ΜΗΤΣΑΝΗ, ΣΤ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΜΩΥΣΙΔΗ, Α. ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	71
Η ακρίβεια του δείκτη Agile-4 στη διάγνωση της κίρρωσης σε ασθενείς με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο του ήπατος (MASLD): Συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση Κ. ΜΑΛΑΝΔΡΗΣ, Α. ΚΑΤΣΟΥΛΑ, Θ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Δ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Ε. ΜΠΕΚΙΑΡΗ, ΓΛ. ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ, Α. ΤΣΑΠΑΣ	72
Η ακρίβεια της ελεγχόμενης παραμέτρου εξασθένησης (CAP) για τη διάγνωση της ηπατικής στεάτωσης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη υποψήφιους για βαριατρική επέμβαση Κ. ΜΑΛΑΝΔΡΗΣ, Α. ΣΑΡΑΚΑΠΙΝΑ, Α. ΛΙΑΚΟΣ, Δ. ΔΑΡΑΒΙΓΚΑΣ, Ε. ΚΟΡΑΚΑΣ, Β. ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ, Ο. ΓΙΟΥΛΕΜΕ, Α. ΤΣΑΠΑΣ	73
Η αθηροσκλήρωση, και όχι η αρτηριοσκλήρωση, διαμεσολαβεί την προοδευτική συσχέτιση των δεικτών αί- ματος της ηπατικής ίνωσης με τον καρδιαγγειακό κίνδυνο: Μια ανάλυση διαμεσολάβησης Σ. ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΓΕΩΡΓΙΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΜΑΥΡΑΓΑΝΗΣ, Χ. ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗ, Μ. ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ, Κ. ΣΟΠΟΒΑ, Δ. ΔΕΛΗΑΛΙΑΣ, Α. ΑΓΓΕΛΙΔΑΚΗΣ, Γ. ΖΕΡΒΑΣ,	

X. ΜΟΥΣΤΟΥ, Α. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Κ. ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ, Α. ΜΗΤΡΑΚΟΥ, Κ. ΣΤΕΛΛΟΣ, Κ. ΣΤΑΜΑΤΕΛΟΠΟΥΛΟΣ	74
Ηπατική εγκεφαλοπάθεια ως πρώτη εκδήλωση κίρρωσης σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Ι. ΟΓΡΟΤΗΣ, Γ.-Δ. ΠΛΥΤΑΣ, Α. ΜΑΚΙΝΑ-ΚΟΥΣΗ	75
Εμφάνιση μελανίζουσας ακάνθωσης σε διαβητικό ασθενή ήδη υπό αγωγή Ν. ΚΑΡΑΚΟΥΣΗΣ, ΣΠ. ΓΑΛΑΝΑΚΟΣ, Ε. ΠΥΡΓΙΩΤΗ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	76
Εκδήλωση εξανθήματος σε διαβητικό ασθενή υπό λιναγλιπτίνη Ν. ΚΑΡΑΚΟΥΣΗΣ, ΣΠ. ΓΑΛΑΝΑΚΟΣ, Ε. ΠΥΡΓΙΩΤΗ, Ν. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ	77
Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές μετά από λήψη αναστολέα της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης Δ. ΨΑΡΟΥΔΑΚΗ, Κ. ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ, Μ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ, Ν. ΒΑΣΙΛΑΚΗ, Χ. ΛΥΔΑΚΗΣ	78
Ενδιαφέρουσα κλινική περίπτωση αιφνίδιας έναρξης σακχαρώδη διαβήτη και πιθανής εξεργασίας χοληφόρων-παγκρέατος Θ. ΤΖΙΟΒΑΝΑΚΗ, Θ. ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ, Κ. ΠΑΠΠΑ, Κ. ΜΑΡΚΑΚΗΣ, Γ. ΧΑΤΖΗΝΑΚΟΣ, Σ. ΜΕΤΑΛΛΙΔΗΣ	79
Οξεία παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαίμιας σε ασθενή με αρρυθμικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Ι. ΟΓΡΟΤΗΣ, Π. ΚΑΤΣΕΛΗ, Γ.-Δ. ΠΛΥΤΑΣ, Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Ζ. ΑΛΕΞΙΟΥ	80
Ο ρόλος της δίαιτας και της άθλησης στη γλυκαιμική ρύθμιση Β. ΓΙΑΝΝΙΩΤΗ, ΧΡ. ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ	81
Επίδραση της έναρξης αγωνιστών GLP-1 σε μεταβολικές παραμέτρους – Δεδομένα πραγματικού κόσμου ΣΤ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΩΥΣΙΔΗ, Ε. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ, ΧΡ. ΤΣΑΤΣΑΚΗ, Ζ. ΤΕΡΖΑΚΗ, Φ. ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	82
Επίδραση της έναρξης αναστολέων SGLT-2 σε μεταβολικές παραμέτρους – Δεδομένα πραγματικού κόσμου ΣΤ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΩΥΣΙΔΗ, Ε. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ, ΧΡ. ΤΣΑΤΣΑΚΗ, Ζ. ΤΕΡΖΑΚΗ, Φ. ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	83
Κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι που προβλέπουν την επιτυχή ανταπόκριση στους SGLT-2 αναστολείς Σ. ΠΙΤΣΙΑΒΑ, Β. ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ	84
Η προκαλούμενη από τους αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2i) πρώιμη μεταβολή του αιματοκρίτη ως προγνωστικός δείκτης εμφάνισης χρόνιας νεφρικής νόσου. Μια μελέτη πραγματικού κόσμου (real-world). Γ. ΚΩΣΤΟΠΟΥΛΟΣ, J. WANG, L. TAN, K. NIRANTHARAKUMAR, ΣΤ. ΜΑΝΔΑΝΑΣ, Α. ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΚΗΣ, Κ. ΤΟΥΛΗΣ	85
Διερεύνηση κλινικών και οικονομικών παραγόντων από τη δημιουργία καθετοποιημένου κέντρου σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ενηλίκων στο εθνικό σύστημα υγείας Ν.Μ. ΦΑΝΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΜΑΝΕΣΗΣ, Ο. ΣΙΣΚΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ	86
Εμβολιαστική κάλυψη ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη Α. ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΚΟΚΟΛΑΚΗ, ΣΤ. ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ, Α. ΜΩΥΣΙΔΗ, Ε. ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ, Ζ. ΤΕΡΖΑΚΗ, Κ. ΜΙΧΟΣ, Α. ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ	88

Σακχαρώδης διαβήτης και βαριά λοίμωξη από τον ιό SARS-COV-2 Θ. ΜΟΣΧΟΠΟΥΛΟΣ, Ι. ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	89
Λοίμωξη του αναπνευστικού από κυτταρομεγαλοϊό, ως αίτιο παρατενόμενου εμπύρετου σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Ι. ΟΓΡΟΤΗΣ, Ε. ΚΑΤΣΑΝΑΚΗ, Γ.-Δ. ΠΛΥΤΑΣ, Ε. ΡΑΨΩΜΑΤΙΩΤΗ, ΣΤ. ΧΙΩΤΗ, Α. ΜΑΚΙΝΑ-ΚΟΥΣΗ	90
Συσχέτιση πολυμορφισμών του μεταβολισμού του ουρικού οξέος με την παρουσία σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Ξ. ΤΣΕΚΜΕΚΙΔΟΥ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ, Μ. ΠΑΠΑΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Φ. ΤΣΕΤΣΟΣ, Μ. ΓΕΩΡΓΙΤΣΗ, Μ. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΗ, ΑΘ. ΡΟΥΜΕΛΙΩΤΗΣ, Ν. ΠΑΠΑΝΑΣ, Δ. ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ, Π. ΠΑΣΧΟΥ, Κ. ΚΩΤΣΑ	91
Αιμάτωμα κάτω άκρου σε ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και χρόνια νεφρική νόσο ΣΤ. ΧΙΩΤΗ, Π. ΚΑΤΣΕΛΗ, Κ. ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ, Ε. ΡΑΨΩΜΑΤΙΩΤΗ, Ε. ΧΑΤΖΗΔΟΥΚΑΣ, Β. ΣΤΑΥΡΟΥ, ΧΡ. ΤΟΥΖΙΟΣ	92
Παρουσίαση περιστατικού ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης Ρ. ΝΙΚΟΛΑΟΥ, Χ. ΚΥΠΡΗ, Ε. ΞΕΝΟΦΩΝΤΟΣ, Α. ΣΑΣΣΗΣ	93
Μεταβολές της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης σε εφήβους με προδιαβήτη που έλαβαν κρόκο Κοζάνης: Τυχαίοποιημένη, διπλά τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο κλινική δοκιμή Ε.Π. ΚΟΤΑΝΙΔΟΥ, Β.Ρ. ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, Κ. ΜΑΡΓΑΡΙΤΗΣ, Ε. ΤΣΟΤΡΙΔΟΥ, ΣΤ. ΓΚΙΖΑ, ΣΤ. ΝΤΟΥΜΑ, Ε. ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ, Α. ΓΑΛΛΗ-ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ	94
Πειραματική πρόκληση ουλίτιδας σε διαβητικούς μύς Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ, Α.-Ι. ΠΑΠΑΝΤΩΝΑΚΗ, Ε. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ, Ε. ΜΟΥΣΤΑΚΑ, Χ. ΑΛΜΠΑΝΗ, Ι. ΑΝΑΣΤΑΣΣΟΠΟΥΛΟΥ, Α. ΒΙΤΣΟΣ, Μ. ΡΑΛΛΗΣ	95
Αξιολόγηση της περιμέτρου μέσης (WC) και του δείκτη μάζας σώματος (BMI) σε παχύσαρκους ασθενείς με πρώτη διάγνωση ΣΔ τύπου 2 σε σχέση με τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη αναφοράς ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Ι. ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ, Μ. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ, Δ. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ	96
Γενετικό υπόβαθρο της μεταβολικά υγιούς παχυσαρκίας: Μια μελέτη ασθενών – μαρτύρων Κ. ΚΑΛΕΣΗΣ, Π. ΡΟΪΔΟΣ, Β. ΝΙΚΟΛΟΠΟΥΛΟΣ, Ν. ΚΑΤΣΙΚΗ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ	97
Συγκριτική αποτελεσματικότητα και ανεκτικότητα των ινκρετινομιμητικών φαρμάκων σε ενήλικες με υπέρβαρο ή παχυσαρκία: Μετα-ανάλυση δικτύου Θ. ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ, Κ. ΜΑΛΑΝΔΡΗΣ, Π. ΚΑΚΟΤΡΙΧΗ, Δ. ΒΑΣΙΛΑΚΟΥ, Ι. ΑΥΓΕΡΙΝΟΣ, Κ. ΤΣΑΠΑ, Δ. ΤΣΑΠΑ, Α. ΛΙΑΚΟΣ	98
Ο ρόλος της μετροφίνης στην θεραπευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και της στεατικής ηπατικής νόσου που σχετίζεται με μεταβολική δυσλειτουργία (MASLD) Β. ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ, Ε. ΚΑΛΑΦΑΤΗΣ, Δ. ΣΤΕΦΑΝΗ, Μ. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗ, Α. ΚΥΡΙΑΖΗ, Κ. ΦΙΛΙΠΠΟΥ, Ι. ΚΥΡΙΑΖΗΣ	99
Αξιολόγηση της σχέσης παχυσαρκίας και διατροφής με τις γνωστικές λειτουργίες και το στρες σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 Α.Μ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Β. ΒΟΣΚΙΔΟΥ, Ε. ΑΦΕΝΤΙΔΟΥ, Α. ΚΟΥΖΝΕΤΣΟΒΑ, Α. ΝΑΛΜΠΑΝΤΗ, Β. ΤΑΠΑΖΙΔΗΣ, Κ. ΚΑΖΑΚΟΣ	100

Αντίσταση στην ινσουλίνη σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 Α.Μ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ, Β. ΒΕΛΙΣΣΑΡΙΔΟΥ, ΣΤ. ΓΚΛΑΒΑ, Α. ΓΚΑΡΓΚΑ, Β. ΤΣΕΛΕΚΙΔΟΥ, Β. ΤΑΠΑΖΙΔΗΣ, Κ. ΚΑΖΑΚΟΣ	101
Καρδιακή ανεπάρκεια ως πρώτη εκδήλωση καρδιαγγειακής νοσηρότητας στον σακχαρώδη διαβήτη επί νοσογόνου παχυσαρκίας Λ. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Ι. ΚΩΣΤΟΓΛΟΥ-ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ, Α. ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ, Ξ. ΠΟΙΜΕΝΙΔΟΥ, Π. ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ	102
Οι επιδράσεις της χρήσης μακροχρόνιων αντιψυχωσικών δεύτερης γενιάς στη λειτουργία του ήπατος και των νεφρών Ε. ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ, Δ. ΕΥΘΥΜΙΟΥ, Μ. ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ, Ε.Μ. ΣΑΚΕΛΛΑΡΙΟΥ, Α. ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΥ	103
Σωματικό βάρος και λιπιδαιμικό προφίλ σε εφήβους και νέους ενήλικες με εξάρτηση από διαδικτυακά παιχνίδια Α. ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ, Ε.Μ. ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ, ΣΤ. ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ, Δ. ΚΑΛΦΟΥΝΤΖΟΣ, Δ. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ, Μ. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ, Α. ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ	104
Η πρεσεψίνη ως εναλλακτικός δείκτης μεταβολικού ελέγχου σε ελεύθερους λοίμωξης ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη Δ. ΚΟΥΡΟΥΠΗΣ, Ι. ΖΩΓΡΑΦΟΥ, ΑΙΚ. ΜΠΑΛΑΣΚΑ, Α. ΣΑΡΒΑΝΗ, Π. ΔΟΥΚΕΛΗΣ, Κ. ΚΩΤΣΑ, Μ. ΔΟΥΜΑΣ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ	105
Συσχέτιση μεταξύ επιπέδων πρεσεψίνης ορού και δεικτών συνεχούς καταγραφής γλυκόζης σε ελεύθερους λοίμωξης ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 Ι. ΖΩΓΡΑΦΟΥ, Δ. ΚΟΥΡΟΥΠΗΣ, ΑΙΚ. ΜΠΑΛΑΣΚΑ, Α. ΒΑΡΟΥΚΤΣΗ, Γ. ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ, Π. ΔΟΥΚΕΛΗΣ, Μ. ΔΟΥΜΑΣ, Θ. ΚΟΥΦΑΚΗΣ	106
Η επίδραση της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη στην ενδοθηλιακή λειτουργία σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών Σ. ΠΙΛΙΔΗΣ, ΑΙΚ. ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ, ΣΤ. ΛΑΜΨΑΣ, Δ. ΠΙΛΙΟΥΤΑ, Κ. ΚΑΤΩΓΙΑΝΝΗΣ, Σ. ΛΙΒΑΔΑΣ, Ι. ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗΣ, Β. ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ	107
Σακχαρώδης διαβήτης και αιδοιοκολπικές παθήσεις Ε. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ, Κ. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ, Δ. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗ, Δ. ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ-ΔΕΡΒΙΣΟΓΛΟΥ, Ι. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ, Π. ΣΦΗΝΙΑΔΑΚΗΣ	108
Η επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης στο νεογνικό μικροβίωμα του εντέρου. Συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας. Ε. ΜΟΣΧΑΡΗ, Ε. ΒΛΑΧΟΥ, Θ. ΑΔΑΜΑΚΙΔΟΥ, Ρ. ΣΩΚΟΥ, Α. ΜΠΑΚΟΣΗ, Μ. ΘΕΟΔΩΡΑΚΗ, Ν. ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ, Α.Ν. ΤΣΑΡΤΣΑΛΗΣ	109
Περιεδρικά αποστήματα και σακχαρώδης διαβήτης – Δυο συσχετιζόμενες καταστάσεις: Βιβλιογραφική ανασκόπηση Σ. ΠΙΤΣΙΑΒΑ, Π. ΑΥΓΕΡΟΥ, Θ. ΘΩΜΙΔΟΥ, Σ. ΤΣΑΝΑΞΙΔΟΥ, Α. ΦΩΤΙΑΔΟΥ, Χ. ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ, Γ. ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ, Κ. ΤΣΙΜΟΓΙΑΝΝΗΣ	110
ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ	111

ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ
37^{ου} ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ
ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 13-16 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2024

ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΕΚΤΕΤΑΜΕΝΗ ΙΣΤΙΚΗ ΝΕΚΡΩΣΗ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΞΕΙΔΙΚΕΥΜΕΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ.

Μ. Βασιλείου

Νοσηλεύτης, Τομέας Εκπαίδευσης, Υπουργείο Υγείας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη έλκους στα πόδια σε ασθενείς με διαβήτη είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή και φροντίδα. Το έλκος που θα αναπτυχθεί ενδέχεται να μολυνθεί, δημιουργώντας λειτουργικές συνέπειες και επιπτώσεις προς τον ασθενή. Η μόλυνση σε ένα διαβητικό τραύμα είναι δύσκολο να αποθεραπευτεί και προκαλεί πολλά προβλήματα, όπου ενδεχομένως σε μερικούς ασθενείς να είναι το πρώτο στάδιο μιας νοσηρής κατάστασης που να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό. Η σωστή αξιολόγηση του έλκους και η επαρκής αναγνώριση της βιωσιμότητας των ιστών βασίζονται αρχικά στην κλινική εξέταση από τη διεπιστημονική ομάδα. Η γνώση των σύγχρονων τρόπων θεραπείας και των κατάλληλων επιθεμάτων αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο στην πρόληψη.

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με διαβητικό έλκος για το οποίο προτάθηκε από την ιατρική ομάδα η διενέργεια ακρωτηριασμού, όμως μετά από παρέμβαση εξειδικευμένου νοσηλευτή, μέλους διεπιστημονικής ομάδας, επιτεύχθηκε επούλωση του έλκους.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Διαβητικός ασθενής 62 ετών, ανέπτυξε έλκος στο μεγάλο δάκτυλο. Η απόφαση από το κέντρο που τον παρακολουθούσε ήταν ακρωτηριασμός λόγω της εκτεταμένης ιστικής νέκρωσης. Με τις σωστές παρεμβάσεις από τη διεπιστημονική ομάδα με διαχειριστή τον εξειδικευμένο νοσηλευτή, αυτό επουλώνεται σε σύντομο σχετικά χρονικό διάστημα, ακολουθώντας τα πρωτόκολλα οδηγιών από διεθνείς οργανισμούς σχετικά με την φροντίδα και διαχείριση τραυμάτων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψη, όσο και στη φροντίδα των τραυμάτων. Η καλή κατανόηση των μηχανισμών επούλωσης των τραυμάτων αποτελεί προϋπόθεση για τη σωστή εφαρμογή των τοπικών θεραπειών. Η εξειδίκευση των επαγγελματιών υγείας στην πρόληψη και διαχείριση του διαβητικού ποδιού μέσα από μία διεπιστημονική ομάδα έχει τεράστια οφέλη για τη δημόσια υγεία.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΕΠΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΟΡΘΟΔΟΞΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΟ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟΥ ΜΟΝΑΣΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΤΗΣ ΒΟΡΕΙΟΥ ΚΑΙ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ. Καρράς¹, Μ. Ανεμούλης², Κ. Μιχαλάκης³, Α. Βλαστός², Μ. Κυπραίου², Ζ. Σκαπερδά⁴, Π. Ζιάκας⁵, Δ. Κουρέτας⁴

¹ Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

² Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

³ Ενδοκρινολόγος

⁴ Τμήμα Βιοχημείας – Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Brown, ΗΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) ασκεί πληθώρα ωφέλιμων επιδράσεων στο οξειδωτικό ισοζύγιο του ενδοθελίου και στην καρδιομεταβολική υγεία. Τα ελληνορθόδοξα μοναστήρια, λόγω των ιδιαίτερων διατροφικών συνηθειών τους, αποτελούν έναν πληθυσμό που περιοδικά τηρεί αυστηρά διατροφικά πρότυπα με συνδυασμό ΜΔ και χρονικά περιοριζόμενης διατροφής (TRE), η οποία συχνά συνοδεύεται από εκσεσημασμένη υποβιταμίνωση D. Η TRE υποδετείται επίσης από μεγάλο μέρος του γενικού ελληνικού πληθυσμού για λόγους υγείας, χωρίς όμως αυστηρούς περιορισμούς στην κατανάλωση ζωικών προϊόντων, όπως επιβάλλει η ορθόδοξη νηστεία. Δεν έχουν καταγραφεί δεδομένα επί της συγκριτικής επίδρασης αυτών των διατροφικών προτύπων στους δείκτες του οξειδωτικού ισοζυγίου.

ΣΚΟΠΟΣ

Η αξιολόγηση της επίδρασης της χριστιανικής ορθόδοξης νηστείας σε ομάδα ορθόδοξων υπέρβαρων γυναικών με έλλειψη βιταμίνης D, από μονές της Κεντρικής και Βόρειας Ελλάδας, σε σύγκριση με την εφαρμογή TRE 16:8 (16 ώρες αποχή από σίτιση) σε ομάδα ενηλίκων γυναικών γενικού πληθυσμού, όσον αφορά στους δείκτες οξειδωτικής κατάστασης του ενδοθελίου.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμπεριλήφθηκαν δυο ομάδες γυναικών από δύο ορθόδοξα μοναστήρια (n=50) και ομάδα υγιών γυναικών γενικού πληθυσμού (n=50). Πραγματοποιήθηκε καταγραφή διατροφικών συνηθειών, καθώς και δημογραφικών, ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών. Ο μοναστικός πληθυσμός ακολούθησε τυπικό σχήμα ορθόδοξης νηστείας (παράθυρο σίτισης: 8 π.μ. έως 4 μ.μ.) ενώ οι γυναίκες γενικού πληθυσμού ακολούθησαν σχήμα TRE 16:8 με το ίδιο χρονικό παράθυρο σίτισης με σύσταση να ακολουθήσουν δίαιτα χαμηλή σε λιπαρά, χωρίς αυστηρά χαρακτηριστικά ΜΔ. Πραγματοποιήθηκε βιοχημική ανάλυση, μελέτη δεικτών οστικής υγείας [ασβέστιο – Ca, Παραθορμόνη – PTH, 25-υδροξυβιταμίνη D – 25(OH)D] καθώς και των δεικτών TAC (ολική αντιοξειδωτική ικανότητα), GSH (γλουταθειόνης) και δραστικών παραγώγων δειοβαρβιτουρικού οξέος (TBARS), ως δεικτών οξειδωτικού ισοζυγίου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές αλβεοιοτρόπων ορμονών, εκτός της υψηλότερης συγκέντρωσης PTH και χαμηλότερης 25(OH)D στον μοναστικό πληθυσμό.

Ο μοναστικός πληθυσμός εμφάνισε χαμηλότερη διάμεση τιμή GSH (6,0 έναντι 7,2, $p:0,04$) και υψηλότερη διάμεση TAC (0,92 έναντι 0,77, $p<0,001$). Οι συγκρίσεις TBARS δεν έδειξαν σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Δεν προέκυψαν σημαντικές συσχετίσεις του οξειδωτικού ισοζυγίου με τις 25(OH)D, PTH ή τους δείκτες ομοιόστασης γλυκόζης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα δύο διατροφικά σχήματα έχουν πλεονεκτήματα επί των οξειδωτικών δεικτών, χωρίς συγκριτική υπεροχή του ενός έναντι του άλλου. Απαιτούνται μελλοντικές τυχαιοποιημένες δοκιμές για τη διερεύνηση της ανωτερότητας ή της μη κατωτερότητας μεταξύ των ανωτέρω διατροφικών προτύπων.

**ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΜΕ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D
ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΘΟΔΟΞΗ ΝΗΣΤΕΙΑ ΣΤΟ ΟΞΕΙΔΩΤΙΚΟ ΙΣΟΖΥΓΙΟ
ΜΟΝΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΕΝΑΝΤΙ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

**Σ. Καρράς¹, Α. Βλαστός², Κ. Μιχαλάκης³, Μ. Ανεμούλης², Μ. Κυπραίου²,
Ζ. Σκαπερδά⁴, Π. Ζιάκας⁵, Δ. Κουρέτας⁴**

¹ Εργαστήριο Βιολογικής Χημείας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

² Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

³ Ενδοκρινολόγος

⁴ Τμήμα Βιοχημείας και Βιοτεχνολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁵ Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Brown, ΗΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) ασκεί πληθώρα ωφέλιμων επιδράσεων στο οξειδωτικό ισοζύγιο του ενδοθελίου. Η λήψη συμπληρωμάτων βιταμίνης D σε πληθυσμούς με έλλειψη έχει αναφερθεί ότι βελτιώνει το οξειδωτικό ενδοθελιακό ισοζύγιο, αλλά δεν υπάρχουν δεδομένα αναφορικά με τον συνδυασμό θρησκευτικής νηστείας και υποκατάστασης με βιταμίνη D, σε σύγκριση με άλλα διατροφικά πρότυπα.

ΣΚΟΠΟΣ

Η συγκριτική επίδραση της υποκατάστασης με βιταμίνη D σε συνδυασμό με την ορθόδοξη νηστεία στο οξειδωτικό ισοζύγιο σε γυναίκες μοναστικού πληθυσμού έναντι εφαρμογής διαλειμματικής διατροφής σε γυναίκες γενικού πληθυσμού.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ – ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμπεριλήφθηκαν δυο ομάδες γυναικών από δύο ορθόδοξα μοναστήρια (n=50) και ομάδα υγιών γυναικών γενικού πληθυσμού (n=50). Πραγματοποιήθηκε λεπτομερής καταγραφή των διατροφικών συνηθειών, μαζί με αναλυτικό μητρώο δημογραφικών και ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών. Οι ορθόδοξες μοναχές ακολούθησαν ένα τυπικό σχήμα ορθόδοξης νηστείας (ημερήσιο παράθυρο σίτισης 8 π.μ. έως 4 μ.μ.) σε συνδυασμό με χορήγηση από του στόματος συμπληρώματος βιταμίνης D με 2.500 διεθνείς μονάδες χοληκαλσιφερόλης ημερησίως (με τη μορφή σταγόνων και ταμπλετών) για 12 εβδομάδες, ενώ οι γυναίκες γενικού πληθυσμού ακολούθησαν ένα σχήμα διαλειμματικής διατροφής (16:8), με σύσταση να εφαρμόσουν μια δίαιτα χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά, χωρίς χαρακτηριστικά ΜΔ. Έγινε καταγραφή ασβεστιοτρόπου προφίλ [ασβέστιο – Ca, λευκωματίνη, παραθυρεοειδική ορμόνη – PTH, 25-υδροξυβιταμίνη D – 25(OH)D] και μετρήθηκαν οι δείκτες TAC (τριχλωροξικό οξύ, γλουταθειόνη) ως δείκτες οξειδωτικής κατάστασης, πριν και μετά τις παρεμβάσεις στις δύο ομάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Και οι δύο ομάδες εμφάνισαν σημαντική αύξηση 25(OH)D [μοναστικός πληθυσμός (17,31 έναντι 31,05 ng/ml), γυναίκες γενικού πληθυσμού (25,78 έναντι 29,35 ng/ml)]. Οι συγκεκριμένες PTH μειώθηκαν σημαντικά στον μοναστικό πληθυσμό (42,18 έναντι 25,89 pg/ml), χωρίς αλληλεπιδράσεις ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών, καθώς και του τύπου συμπληρώματος. Δεν παρατηρήσαμε σημαντικές διαφορές στους οξειδωτικούς δείκτες μεταξύ των δύο ομάδων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η υποκατάσταση με βιταμίνη D σε συνδυασμό με την ορθόδοξη νηστεία δεν εμφανίζει υπεροχή στους δείκτες οξειδωτικής κατάστασης, συγκριτικά με την εφαρμογή διαλειμματικής διατροφής.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ NON-HODGKIN'S ΛΕΜΦΩΜΑΤΩΝ

Γ. Πινέλης

Αιματολογική Κλινική, ΓΝΘ «Γ. Παπανικολάου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 είναι μία χρόνια, μεταβολική φλεγμονώδης διαταραχή με σοβαρές επιπλοκές και συννοσηρότητα. Εμφανίζεται όταν ο ανθρώπινος οργανισμός δεν είναι πλέον ικανός να παραγάγει επαρκή ποσότητα ινσουλίνης και να ρυθμίζει τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Από την άλλη, τα non-Hodgkin's λεμφώματα (NHL) είναι μία ετερογενής ομάδα αιματολογικών κακοηθειών, που προκαλούν, κυρίως, διόγκωση των λεμφαδένων με άγνωστη προς το παρόν αιτιολογία. Και οι δύο ασθένειες βρέθηκε ότι τις τελευταίες δεκαετίες έχουν μία αυξητική τάση, που οφείλεται, κυρίως, στην αλλαγή του τρόπου ζωής. Επίσης, μοιράζονται κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως η παχυσαρκία, ο αυξημένος ΔΜΣ, η κακή διατροφή, η σωματική αδράνεια και το κάπνισμα.

ΣΚΟΠΟΣ

Σε διάφορες μελέτες έχει αποδειχθεί η συσχέτιση του ΣΔτ2 με τον κίνδυνο εμφάνισης καρκίνου, οπότε σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναζήτηση της σχέσης, αν υπάρχει, του ΣΔτ2 με τον κίνδυνο εμφάνισης NHL.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Για τη συγγραφή της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed/MEDLINE, Web of Science και Embase για τον εντοπισμό ερευνών, μελετών, ανασκοπήσεων ή/και μετα-αναλύσεων που εξέταζαν τη σχέση μεταξύ του ΣΔ γενικά και του λεμφώματος. Εντοπίστηκαν ερευνητικές ή ανασκοπικές μελέτες χρησιμοποιώντας τις ακόλουθες λέξεις-κλειδιά: Σακχαρώδης διαβήτης, λέμφωμα, ΣΔτ2, non-Hodgkin's λεμφώματα και κακοήθεια-καρκίνος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Εντοπίστηκαν συνολικά 50 μελέτες που εξέταζαν τη σχέση του ΣΔ και των λεμφωμάτων. Μεταξύ αυτών, 32 συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία και εξέταζαν συγκεκριμένα τη σχέση του ΣΔτ2 με τον κίνδυνο εμφάνισης NHL, ενώ 18 αποκλείστηκαν. Με βάση τις έρευνες που μελετήθηκαν, βρέθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ του ΣΔτ2 και του κινδύνου εμφάνισης non-Hodgkin's λεμφωμάτων, με μικρή ετερογένεια. Από τις 32 μελέτες, 17 αναφέρουν αυξημένο κίνδυνο και 7 μέτρια αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης NHL σε διαβητικούς με ΣΔτ2. Σε μία μελέτη κοόρτης βρέθηκε ίδιος κίνδυνος ανάμεσα σε διαβητικούς με ΣΔτ2 και μη. Ενώ, σε 7 μελέτες δεν βρέθηκε σχέση μεταξύ ΣΔτ2 και κινδύνου εμφάνισης NHL ή βρέθηκε μειωμένος κίνδυνος. Επίσης, αξίζει να τονιστεί ότι κατά τη βιβλιογραφική αναζήτηση εντοπίστηκαν 5 μετα-αναλύσεις, που συμφωνούν με τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στον ΣΔτ2 και τον κίνδυνο εμφάνισης NHL.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Πέρα από την ίδια την παθοφυσιολογία του ΣΔτ2, στις μελέτες βρέθηκαν χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων που επηρέαζαν τη σχέση του με τον κίνδυνο για NHL. Η ανάλυση των υποομάδων έδειξε διαφορετικές συσχετίσεις ανάλογα με την ηλικία, το φύλο και τη φυλή/εθνικότητα των συμμετεχόντων, τον υποτύπο NHL των ασθενών, τη θεραπεία, τη διάρκεια, την κατάσταση, τις επιπλοκές και τη συννοσηρότητα του διαβήτη και τον χρόνο παρακολούθησης. Επίσης, έδειξε διαφορές και στα ποσοστά θνησιμότητας από αιτίες που αφορούν τα NHL στα άτομα με ΣΔτ2.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Διαπιστώθηκε ότι απαιτούνται περισσότερες διεθνείς, εμπεριστατωμένες και καλά σχεδιασμένες μελέτες για τη διερεύνηση της σχέσης και της αντίστροφης σχέσης μεταξύ των διαφόρων καρκίνων και του σακχαρώδη διαβήτη και ειδικότερα των non-Hodgkin's λεμφωμάτων και του ΣΔτ2. Οι μελέτες θα πρέπει να είναι απαλλαγμένες από οποιαδήποτε μεροληψία και να συμπεριλαμβάνουν παράγοντες κινδύνου, κοινωνικοοικονομικές και δημογραφικές μεταβλητές και τη λεπτομερή αξιολόγηση του διαβήτη (διάγνωση, σοβαρότητα, διάρκεια, στάδιο, θεραπεία) και την επίδρασή τους. Οποιαδήποτε επίδραση του ΣΔτ2 και της θεραπείας του σχετίζεται με τα NHL θα είναι σημαντικό να διερευνηθεί εις βάθος για το καλό της δημόσιας υγείας.

ΒΟΗΘΗΜΑ ΛΗΨΗΣ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ

**Ι. Αυγερινός, Θ. Καραγιάννης, Α. Λιάκος, Π. Κακοτρίχη, Κ. Τσάπα,
Α. Τσάπας, Ε. Μπεκιάρη**

Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η λήψη αποφάσεων για τη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) είναι ιδιαίτερα απαιτητική τόσο λόγω της πολυπλοκότητας των διαθέσιμων θεραπευτικών επιλογών όσο και των διαφορών στην αποτελεσματικότητα και ασφάλειά τους. Τα βοηθήματα λήψης αποφάσεων προάγουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, εναρμονίζοντας τις θεραπευτικές επιλογές με τις αξίες και προτιμήσεις τους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σχεδιασμός ενός ηλεκτρονικού βοηθήματος λήψης αποφάσεων για ασθενείς με ΣΔτ2 σύμφωνα με τις οδηγίες του Διεθνούς Οργανισμού Ανάπτυξης Βοηθημάτων Λήψης Αποφάσεων. Πιλοτική δοκιμή σε ασθενείς με ΣΔτ2 και επαγγελματίες υγείας για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς του στην κλινική πράξη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το βοήθημα λήψης αποφάσεων είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα <https://kwnk7u.axshare.com/?id=4gjde3&p=home>. Η τελική του μορφή περιλαμβάνει διαδραστικούς πίνακες και γραφήματα για την επίδραση των αντιδιαβητικών φαρμάκων σε καρδιαγγειακές εκβάσεις, στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), στο σωματικό βάρος, στη συστολική αρτηριακή πίεση, στον κίνδυνο εμφάνισης υπογλυκαιμίας, καθώς και πληροφορίες για τον τρόπο χορήγησής τους, τις συχνότερες ανεπιθύμητες τους ενέργειες και το κόστος θεραπείας. Συνολικά, 14 ασθενείς με ΣΔτ2 και 2 ιατροί συμμετείχαν στην πιλοτική δοκιμή. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν 71,8 έτη, ο μέσος όρος HbA1c ήταν 7,0%, ενώ το 57,1% των συμμετεχόντων ήταν άνδρες και το 42,9% είχαν ΣΔτ2 περισσότερο από 10 έτη. Η χρήση του βοηθήματος λήψης αποφάσεων βελτίωσε την ποιότητα των θεραπευτικών αποφάσεων, όπως αξιολογήθηκε μέσω της κλίμακας σύγκρουσης κατά τη λήψη αποφάσεων (Decisional Conflict Scale), η οποία μειώθηκε από 70 μονάδες πριν τη χρήση του βοηθήματος σε 10 μονάδες μετά τη χρήση του ($p < 0,001$). Επιπρόσθετα, η χρήση του βοηθήματος συσχετίστηκε με υψηλό ποσοστό ικανοποίησης τόσο των ασθενών όσο και των ιατρών. Η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε ότι ενημερώθηκε επαρκώς για τα θέματα που είναι σημαντικά για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, ενώ το 85,7% δήλωσε ότι η απόφαση που έλαβε ήταν η καλύτερη δυνατή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σχεδιασμένο βοήθημα λήψης αποφάσεων βελτίωσε την ποιότητα των θεραπευτικών αποφάσεων για τον ΣΔτ2. Η δημόσια, ελεύθερη διάθεσή του το καθιστά άμεσα προσβάσιμο στους ασθενείς και τους ιατρούς για χρήση στην κλινική πράξη, ενώ η διαδραστική του μορφή συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη κατανόηση της επίδρασης των αντιδιαβητικών φαρμάκων σε κλινικά σημαντικές εκβάσεις, βοηθώντας τους ασθενείς στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2****Π. Παναγιωτίδης^{1,2,3}, Α. Σακαλλέρου¹, Α. Καλοκαιρινού³, Β-Σ. Βελονάκη³**¹ Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝ Δράμας² Κατ' Οίκον Νοσηλεία, ΓΝ Δράμας³ Τμήμα Νοσηλευτικής ΕΚΠΑ**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός ήταν η διερεύνηση της αποτελεσματικότητας ενός προσαρμοσμένου στην εγγραμματοσύνη υγείας (ΕΥ) ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) προγράμματος κατ' οίκον εκπαίδευσης ως προς την επίτευξη των στόχων που σχετίζονται με τη γλυκαιμική ρύθμιση και την αύξηση της αυτοαποτελεσματικότητας (ΑΑ) διαχείρισης της νόσου. Επίσης, έγινε διερεύνηση πιθανής μεταβολής της ΕΥ των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε πειραματική μελέτη με ομάδα παρέμβασης και ομάδα ελέγχου με τυχαίο δείγμα 120 ασθενών με ΣΔτ2 που παρακολουθούνταν στο Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο και στο τμήμα κατ' οίκον νοσηλείας του Νοσοκομείου Δράμας. Η ομάδα παρέμβασης παρακολούθησε δομημένο πρόγραμμα κατ' οίκον εκπαίδευσης ενώ η ομάδα ελέγχου έλαβε τη συνήδη φροντίδα. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν τη σύντομη μορφή της κλίμακας HLS-EU-Q16 για την αξιολόγηση της ΕΥ και την κλίμακα DMSES για την αξιολόγηση της ΑΑ για τη διαχείριση του ΣΔτ2, σε 3 χρονικές στιγμές: πριν από την παρέμβαση, αμέσως μετά την παρέμβαση και 3 μήνες μετά. Καταγράφηκαν επίσης το ιατρικό ιστορικό, δημογραφικά χαρακτηριστικά, η A1C, η γλυκόζη νηστείας (FPG) και η μεταγευματική γλυκόζη (PPG).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 60 ασθενείς με ΣΔτ2 στην ομάδα ελέγχου και 60 στην ομάδα παρέμβασης (ποσοστό ανταπόκρισης 92,3%). Η μέση ηλικία των συμμετεχόντων στην ομάδα ελέγχου ήταν 64 έτη και στην ομάδα παρέμβασης 66,9 έτη με την πλειονότητα και στις δύο ομάδες να είναι γυναίκες (55% και 51,7% αντίστοιχα). Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα επιμέρους χαρακτηριστικά τους. Το βάρος των ασθενών στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε κατά μέσο όρο 2,5 kg 3 μήνες μετά την παρέμβαση ($p<0,001$). Η A1C στην ομάδα παρέμβασης μειώθηκε κατά μέσο όρο 0,64% 3 μήνες μετά την παρέμβαση ($p<0,001$). Το ποσοστό όσων πέτυχαν τους στόχους της A1C αυξήθηκε από 28,3% σε 56,7% στην ομάδα παρέμβασης. Η μέση τιμή της FPG και της PPG μειώθηκε ($p<0,001$, $p<0,001$) 3 μήνες μετά την παρέμβαση (-21,72 mg/dl και -16,67 mg/dl αντίστοιχα). Το ποσοστό των ασθενών που πέτυχαν τους στόχους FPG και PPG στην ομάδα παρέμβασης αυξήθηκε από 35,6% σε 76,7% και από 64,4% σε 93,3%, αντίστοιχα. Η ΕΥ και η ΑΑ αυξήθηκαν σημαντικά ($p=0,002$, $p<0,001$) αμέσως μετά την παρέμβαση στην ομάδα παρέμβασης, αποτέλεσμα που διατηρήθηκε 3 μήνες μετά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν ότι τα προγράμματα κατ' οίκον παρέμβασης μπορούν να συμβάλουν στην επιτυχή διαχείριση του ΣΔτ2. Μια παρέμβαση προσαρμοσμένη στην ΕΥ των ασθενών με ΣΔτ2 μπορεί να τους βοηθήσει να επιτύχουν τους γλυκαιμικούς στόχους.

ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΙΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

Α. Καϊσίδης¹, Μ. Κουμάκη¹, Ε. Κοντογιάννη², Β. Μητσάνη³, Στ. Μπακογιάννη⁴,
Α. Μωυσίδη⁴, Α. Γαλανοπούλου⁴, Α. Παπαζαφειροπούλου⁴

¹ Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλιο-Πανάνειο»

² Διαιτολόγος – Διατροφολόγος, Πειραιάς

³ ΚΥ Καπανδριτίου, 1η ΥΠΕ

⁴ Α΄ Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η προσκόλληση των ατόμων με ΣΔ στη φαρμακευτική αγωγή και τις υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο για την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων και την πρόληψη των χρόνιων αλλά και των οξείων επιπλοκών της πάθησης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την τήρηση των θεραπευτικών συστάσεων από άτομα με ΣΔ στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Ένα ανώνυμο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε κλινικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, το ερωτηματολόγιο Morisky 8 σημείων (MMAS 8) και ερωτηματολόγιο για τις υγιεινοδιαιτητικές συνήθειες και τις χρόνιες επιπλοκές των ατόμων με ΣΔ, διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε μέσα κοινωνικής δικτύωσης και ομάδες ατόμων με ΣΔ το χρονικό διάστημα μεταξύ Ιουνίου-Αυγούστου 2024.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανταποκρίθηκαν συνολικά 136 άτομα (52,9% άνδρες, και 36,8% με ΣΔτ1) με μέση ηλικία τα 53,99 έτη, μέση διάρκεια θεραπείας τα 15,61 έτη και μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) 6,84%. Χαμηλή προσκόλληση στη θεραπεία (<6 βαθμούς) καταγράφηκε στο 23,4%, μέτρια (6-7,9 βαθμούς) στο 45% και πλήρης προσκόλληση (8 βαθμοί) στο 31,6% των συμμετεχόντων. Το 78,04% πιστεύει ότι τηρεί τις θεραπευτικές συστάσεις, ενώ το 25% ανέφερε αδυναμία λήψης της αγωγής τη συνιστώμενη ώρα κάθε μέρα. Ως προς τις υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις, το 21,3% απέχει πλήρως από κάθε μορφή φυσικής δραστηριότητας, ενώ το 54,4% ασκείται λιγότερο από τις κατευθυντήριες συστάσεις των 5 συνεδριών την εβδομάδα. Το 15,4% δεν ακολουθεί τις διαιτητικές συστάσεις με το 63,2% να αναφέρει μέτρια προσκόλληση με περιθώρια βελτίωσης. Το 29,4% εξακολουθεί να κάνει χρήση προϊόντων καπνού. Η χαμηλή προσκόλληση στη θεραπεία σχετίστηκε αρνητικά με την εμφάνιση χρόνιων επιπλοκών του ΣΔ ($p=0,03$), με πιο συχνές επιπλοκές τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (14,7%) και την καρδιακή ανεπάρκεια (8,8%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η προσκόλληση στη θεραπευτική αγωγή και τις υγιεινοδιαιτητικές συστάσεις μεταξύ των Ελλήνων με ΣΔ κρίνεται υποβέλτιστη, αυξάνοντας τον κίνδυνο μικρο- και μακροαγγειακών επιπλοκών της πάθησης. Η αύξηση της ευαισθητοποίησης των επαγγελματιών υγείας, των ίδιων των ατόμων με ΣΔ αλλά και των υπευθύνων χάραξης πολιτικών υγείας αναφορικά με το θέμα της μη προσκόλλησης στις θεραπευτικές απαιτήσεις κρίνεται απαραίτητη, τόσο για τη βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης όσο και την πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών του ΣΔ.

Η ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ AGILE-4 ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΗ ΣΤΕΑΤΩΤΙΚΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (MASLD): ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

Κ. Μαλανδρής¹, Α. Κατσούλα², Θ. Καραγιάννης¹, Δ. Βασιλάκου¹, Ά. Λιάκος¹,
Ε. Μπεκιάρη¹, Γλ. Τζατζάγου³, Α. Τσάπας¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³ Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η κίρρωση του ήπατος είναι συχνά ασυμπτωματική και η διάγνωσή της πραγματοποιείται μετά από ρήξη της αντιρρόπησης. Η έγκαιρη διάγνωση αυτών των ασθενών επιτρέπει την άμεση έναρξη ενός προγράμματος παρακολούθησης για την πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών που σχετίζονται με την κίρρωση. Ο δείκτης Agile-4 είναι ένας νέος μη επεμβατικός δείκτης για τη διάγνωση της κίρρωσης σε ασθενείς με μεταβολικά σχετιζόμενη στεατωτική νόσο του ήπατος (MASLD). Ο δείκτης αυτός υπολογίζεται λαμβάνοντας υπόψη τις τιμές της ελαστογραφίας, των αιμοπεταλίων, των τρανσαμινασών, καθώς και του φύλου και της ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός μας ήταν η αξιολόγηση της ακρίβειας του δείκτη αυτού για τη διάγνωση και τον αποκλεισμό της κίρρωσης σε ασθενείς με MASLD.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναζητήσαμε σε Medline, Embase, CENTRAL, Scopus και πηγές γκρίζας βιβλιογραφίας μελέτες που αξιολόγησαν την ακρίβεια του Agile-4 για τη διάγνωση ($\text{Agile-4} \geq 0,565$) ή τον αποκλεισμό ($< 0,251$) της κίρρωσης, χρησιμοποιώντας τη βιοψία ήπατος ως εξέταση αναφοράς. Υπολογίσαμε τη συνολική ευαισθησία και ειδικότητα για τα παραπάνω διαγνωστικά όρια εφαρμόζοντας μοντέλα τυχαίων επιδράσεων. Αξιολογήσαμε τον κίνδυνο συστηματικού σφάλματος με το εργαλείο Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies-2.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριλάβαμε επτά μελέτες με 6.037 συμμετέχοντες. Τιμές δείκτη Agile-4 $\geq 0,565$ είχαν υψηλή ειδικότητα για τη διάγνωση της κίρρωσης ίση με 93% [95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 86%-97%]. Αντίστοιχα, για τον αποκλεισμό της νόσου, τιμές του δείκτη Agile-4 $< 0,251$ είχαν ευαισθησία ίση με 90% (95% CI: 80%-95%). Υποθέτοντας επιπολασμό της κίρρωσης ίσο με 30%, η δετική προγνωστική αξία (PPV) του Agile-4 για τη διάγνωση της νόσου ήταν 80%, ενώ η αρνητική προγνωστική αξία για τον αποκλεισμό της ήταν 95%. Οι περισσότερες μελέτες αξιολογήθηκαν ως υψηλού κινδύνου συστηματικού σφάλματος, κυρίως λόγω σφάλματος επιλογής και της μη τυφλοποίησης των ερευνητών κατά την αξιολόγηση του Agile-4 σε σχέση με τα αποτελέσματα της βιοψίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο δείκτης Agile-4 είναι αξιόπιστος τόσο για την επιβεβαίωση όσο και για τον αποκλεισμό της κίρρωσης του ήπατος σε ασθενείς με MASLD. Ωστόσο, η επιπρόσδετη εφαρμογή του Agile-4 μετά από τον προσδιορισμό του δείκτη ίνωσης FIB-4 ενδέχεται να βελτιώσει τη συνολική του διαγνωστική ακρίβεια.

Η ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥ ΕΞΑΣΘΕΝΗΣΗΣ (CAP) ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΣΤΕΑΤΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΥΠΟΨΗΦΙΟΥΣ ΓΙΑ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Κ. Μαλανδράς¹, Α. Σαρακαπίντα², Ά. Λιάκος¹, Δ. Δαραβίγκας³, Ε. Κόρακας⁴,
Β. Λαμπαδιάρη⁴, Ο. Γιουλεμέ⁵, Α. Τσάπας¹

¹ Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

² Α' Παθολογική Κλινική, ΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

³ Διαγνωστικό Κέντρο Θεσσαλονίκης «Affidea»

⁴ Διαβητολογικό Κέντρο Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής ΕΚΠΑ, ΠΓΝΑ «Αττικόν»

⁵ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ελεγχόμενη παράμετρος εξασθένησης (CAP) επιτρέπει τη μη επεμβατική εκτίμηση της ηπατικής στεατώσεως. Η Μεταβολικά Σχετιζόμενη Στεατωτική Νόσος του Ήπατος (MASLD) είναι ιδιαίτερα συχνή στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) και νοσογόνο παχυσαρκία. Ωστόσο, ο αριθμός των μελετών που έχουν εξετάσει την ακρίβεια της CAP σε αυτήν την πληθυσμιακή ομάδα είναι περιορισμένος, με τις περισσότερες από αυτές τις μελέτες να χρησιμοποιούν τη βιοψία ως εξέταση αναφοράς. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της διαγνωστικής ακρίβειας της CAP σε ασθενείς με ΣΔτ2 υποψήφιους για βαριατρική παρέμβαση, χρησιμοποιώντας ως εξέταση αναφοράς τη μαγνητική τομογραφία με πρωτόκολλο proton density fat fraction (MRI-PDFF).

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στο πλαίσιο υπο-ανάλυσης μίας ευρύτερης μελέτης διαγνωστικής ακρίβειας συμπεριλάβαμε ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ ή $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ και συνοδό ΣΔτ2. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ελαστογραφία ήπατος με μέτρηση της CAP χρησιμοποιώντας την κεφαλή XL. Ως εξέταση αναφοράς χρησιμοποιήθηκε η MRI-PDFF, με τη λιπώδη διήθηση να ορίζεται ως MRI-PDFF $\geq 5\%$. Υπολογίσαμε το βέλτιστο διαχωριστικό όριο (cut-off) με βάση τον δείκτη Youden.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην ανάλυση συμμετείχαν 33 ασθενείς (42,4% άνδρες), όλοι με ΣΔτ2 και μέση ηλικία τα 58,7 έτη. Ο μέσος ΔΜΣ ήταν $38,1 \text{ kg/m}^2$ και το μέσο βάρος $106,7 \text{ kg}$. Η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c ήταν 7,2%. Το 66,7% και 72,7% των ασθενών είχαν τιμές FIB-4 και FAST κάτω από 1,3 και 0,35 αντίστοιχα. Η μέση διάμεση τιμή της CAP ήταν 314 dB/m και το 85% των ασθενών είχε τιμές ελαστογραφίας ήπατος $< 8 \text{ kPa}$. Η περιοχή κάτω από την καμπύλη ROC (AUCROC) για τη διάγνωση της λιπώδους διήθησης (MRI-PDFF $\geq 5\%$) ήταν 0,81 (95% CI 0,64-0,93). Το βέλτιστο διαχωριστικό όριο της CAP ήταν 254 dB/m με ευαισθησία 96,2% και ειδικότητα 57,1%. Παρόμοια, η AUCROC για την ανίχνευση στεατώσεως $\geq 10\%$ (MRI-PDFF $\geq 10\%$) ήταν 0,79 με βέλτιστο διαγνωστικό όριο τα 328 dB/m με ευαισθησία και ειδικότητα 76,2% και 83,3% αντίστοιχα. Η AUCROC για την ανίχνευση στεατώσεως $\geq 20\%$ (MRI-PDFF $\geq 20\%$) ήταν 0,62 (0,43-0,78).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ελεγχόμενη παράμετρος εξασθένησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της ηπατικής στεατώσεως σε ασθενείς με ΣΔτ2 υποψήφιους για βαριατρική παρέμβαση. Ωστόσο, η διαγνωστική της ικανότητα μειώνεται σε υψηλότερους βαθμούς στεατώσεως.

Η ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗ, ΚΑΙ ΟΧΙ Η ΑΡΤΗΡΙΟΣΚΛΗΡΩΣΗ, ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΕΙ ΤΗΝ ΠΡΟΟΔΕΥΤΙΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕ ΤΟΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ: ΜΙΑ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ

Σ. Αθανασόπουλος¹, Γ. Γεωργιόπουλος¹, Γ. Μαυραγάνης¹, Χ. Κωνσταντάκη¹, Μ. Παπαϊωάννου¹, Κ. Σοπόβα², Δ. Δελιάλιας¹, Λ. Αγγελιδάκης¹, Γ. Ζέρβας¹, Χ. Μούστου¹, Α. Καλογερόπουλος¹, Κ. Καλογερόπουλος¹, Α. Μητράκου¹, Κ. Στέλλος², Κ. Σταματελόπουλος¹

¹ Θεραπευτική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «Αλεξάνδρα»

² Πανεπιστήμιο της Χαϊδελβέργης, Γερμανία

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) με προχωρημένη ηπατική ίνωση σχετίζεται με καρδιαγγειακές παθήσεις (ΚΑΠ). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσει εάν οι δείκτες αγγειακής βλάβης διαμεσολαβούν τη σύνδεση μεταξύ των μη επεμβατικών δοκιμών για την ηπατική ίνωση (LFNITs) και των καρδιαγγειακών συμβάντων, και να συγκρίνει την πρόοδετη προγνωστική αξία των LFNITs σε σχέση με τους καθιερωμένους δείκτες καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Αναλύθηκαν διαδοχικά στρατολογημένα άτομα (n=1.692) με ή χωρίς κλινικά εμφανή στεφανιαία νόσο (ΣΝ) από την Καρδιομεταβολική Μελέτη της Αθήνας. Ο δείκτης ίνωσης-4 (FIB-4), το σκορ ίνωσης NAFLD (NFS) και το σκορ BARD αξιολογήθηκαν για άμεσες και έμμεσες συσχετίσεις με δείκτες υποκλινικής αρτηριακής βλάβης, όπως το μέγιστο πάχος τοιχώματος της καρωτίδας (maxWT) και την ταχύτητα κύματος σφυγμού (PWV), καθώς και με ένα σύνθετο καταληκτικό σημείο σοβαρών ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβάντων (MACE), το οποίο περιελάμβανε καρδιακό θάνατο, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή στεφανιαία επαναιμιάτωση (διάμεση παρακολούθηση 39 μηνών).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το FIB-4 ήταν η μόνη μη επεμβατική δοκιμή για την ίνωση του ήπατος που συσχετίστηκε σταθερά με πολλούς δείκτες αγγειακής βλάβης, ανεξαρτήτως της παρουσίας ΣΝ και αφού ελέγχθηκαν οι παραδοσιακοί παράγοντες κινδύνου, οι δείκτες αντίστασης στην ινσουλίνη ή η παχυσαρκία (προσαρμοσμένο $p < 0,05$ για όλα). Το FIB-4 συνδέθηκε επίσης ανεξάρτητα με την παρουσία ΣΝ [προσαρμοσμένος λόγος πιθανοτήτων (OR) 6,55· 3,48-12,3 $p < 0,001$]. Αυξημένο FIB-4, μεγαλύτερο από 2,67, συσχετίστηκε επιπλέον με αυξημένο κίνδυνο για MACE [OR (95% CI) 2,00 (1,12-3,55), ΔAUC (95% CI) 0,014 (0,002-0,026)]. Αυτές οι συσχετίσεις μεσολαβήθηκαν από το max WT παρά από το PWV. Μόνο το FIB-4 ($> 3,25$) συσχετίστηκε ανεξάρτητα και προοδευτικά με τη συνολική θνησιμότητα (προσαρμοσμένο $p < 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σε έναν καρδιομεταβολικά ποικίλο πληθυσμό, οι προοδευτικές συσχετίσεις των LFNITs με τα καρδιαγγειακά αποτελέσματα μεσολαβήθηκαν από την αθηροσκληρωτική επιβάρυνση και όχι από την αρτηριακή σκλήρυνση. Το FIB-4 επέδειξε σταθερά συσχετίσεις με όλα τα τελικά σημεία της μελέτης. Αυτά τα ευρήματα παρέχουν μηχανιστικές γνώσεις και υποστηρίζουν την κλινική εφαρμογή του FIB-4 στην πρόληψη των καρδιαγγειακών παθήσεων.

ΗΠΑΤΙΚΗ ΕΓΚΕΦΑΛΟΠΑΘΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΙΡΡΩΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Ογρότης, Γ.Δ. Πλυτάς, Α. Μακίνα-Κούση

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι κίρρωτικοί ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ηπατικής εγκεφαλοπάθειας. Επιπλέον η ηπατική εγκεφαλοπάθεια εμφανίζεται με μεγαλύτερη βαρύτητα και συχνά σε προωρότερο στάδιο βιοχημικής αντιρρόπησης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, ιδιαίτερα όταν αυτός είναι αρρύθμιστος.

Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη και ηπατική εγκεφαλοπάθεια ως πρώτη εκδήλωση μη αντιρροπούμενης κίρρωσης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 52 ετών, δθλν, διεκομίσθη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, ούσα συγχυτική από ωρών, παραπονούμενη για αίσθημα ζάλης. Χωρίς εστιακή νευρολογική συμπτωματολογία ή πυρετό. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC= 10,8 K/mL, Hgb= 9,5 g/dL, Hct= 28,5%, Plts= 253 L/mL, PT= 16,1 sec, INR= 1,42, Ur= 44 mg/dL, Cr= 1,12 mg/dL, Alb= 2,97 gr/dL, SGOT= 68 U/L, SGPT= 19 U/L και CRP<3,2 mg/l. Λήφθηκαν αέρια αρτηριακού αίματος, όπου ανεδείχθη ήπια αναπνευστική αλκάλωση. Ατομικό αναμνηστικό: ΣΔτ2 από 20ετίας, υπό ινσουλινοθεραπεία και αγωγή με σεμαγλουτίδη, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, αρτηριακή υπέρταση και σπληνεκτομή (τραυματική ρήξη σπληνός προ 7ετίας). Πραγματοποιήθηκε αξονική τομογραφία εγκεφάλου και οσφυονωτιαία παρακέντηση, χωρίς όμως ιδιαίτερα ευρήματα.

Ένα 24ωρο μετά την εισαγωγή της, το περιβάλλον της ασθενούς ανέφερε ότι έχει διαγνωσθεί με ηπατίτιδα C. Η ασθενής δεν είχε εμφανή ασκτική συλλογή κατά την κλινική εξέταση, επίφλεβο ή ίκτερο. Στάλθηκε αμμωνία ορού, η οποία και βρέθηκε αυξημένη (110 mmol/L). Ακολούθως ξεκίνησε αγωγή με λακτουλόζη, σπειρονολακτόνη και φουροσεμίδα. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας της πραγματοποιήθηκε γαστροσκόπηση, από την οποία δεν ανευρέθησαν κιρσοί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Το επίπεδο της ασθενούς κατά τη συνέχεια της νοσηλείας της σταδιακά βελτιώθηκε, τα επίπεδα της αμμωνίας στον ορό υποχώρησαν και έλαβε εξιτήριο 8 ημέρες μετά την εισαγωγή της, με διακοπή της σεμαγλουτίδης και προσθήκη στην αγωγή σπειρονολακτόνης, φουροσεμίδης και λακτουλόζης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι κρίσιμη για την επιβίωση των ασθενών με ηπατική εγκεφαλοπάθεια, χωρίς όμως να είναι πάντα εύκολη. Δύναται να διαλάθει την προσοχή, ιδιαίτερα αν απουσιάζει γνωστό ιστορικό κίρρωσης ή τα χαρακτηριστικά κλινικοεργαστηριακά ευρήματα της κίρρωσης. Κάτι τέτοιο συνηθέστερα συμβαίνει σε διαβητικούς ασθενείς. Απαιτείται επομένως αυξημένη κλινική υποψία σε διαβητικούς ασθενείς, αφού φυσικά αποκλειστούν πιο συχνά αίτια νευροψυχιατρικών διαταραχών.

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΜΕΛΑΝΙΖΟΥΣΑΣ ΑΚΑΝΘΩΣΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΗΔΗ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ

Ν. Καρακούσης¹, Σπ. Γαλανάκος², Ε. Πυργιώτη³,
Ν. Γεωργακόπουλος⁴, Π. Γεωργακόπουλος²

¹ Παθολόγος

² ΚΥ Αμαρουσίου, 1^η ΥΠΕ

³ Φαρμακοποιός

⁴ Φοιτητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού εμφάνισης μελανίζουσας ακάνθωσης για πρώτη φορά σε ασθενή με ήδη διαγνωσμένο Σακχαρώδη Διαβήτη υπό αγωγή.

ΥΛΙΚΟ

Ασθενής 63 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη υπό αγωγή παρουσιάστηκε στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο λόγω δερματικής αλλοίωσης (Εικόνα 1).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το ιστορικό η ασθενής, η οποία πάσχει από Σακχαρώδη Διαβήτη διαγνωσμένο προ 10ετίας, λαμβάνει σταθερή αγωγή με μετφορμίνη, ντουλαγλουτίδη, γλικλαζίδη. Επιπλέον, λαμβάνει σταθερή αγωγή για δυσλιπιδαιμία (εξετιμίμπη) και αρτηριακή υπέρταση (βισοπρολόλη και ιρβεσαρτάνη). Αναφέρει ότι δεν είχε παλαιότερα εμφανίσει τη συγκεκριμένη δερματική αλλοίωση στη μασχαλιαία χώρα, ακόμη και όταν πρωτοδιαγνώστηκε με διαβήτη. Από τον εργαστηριακό της έλεγχο, αναδείχθηκε διαταραγμένη τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c): 7,9%, παρά την αγωγή της, ενώ το λιπιδαιμικό της προφίλ ήταν χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα. Από στοιχεία του φακέλου της προέκυψε επίσης αύξηση του δείκτη μάζας σώματος από 29 kg/m² σε 34,8 kg/m², εντός έτους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μελανίζουσα ακάνθωση μπορεί να είναι παρούσα σε περιπτώσεις αντίστασης στην ινσουλίνη και να αποτελεί κλινικό διαγνωστικό σημείο του Σακχαρώδη Διαβήτη γενικότερα. Ωστόσο, μπορεί να παρουσιαστεί και σε καταστάσεις αύξησης του δείκτη μάζας σώματος – παχυσαρκίας και γενικευμένης λιποδυστροφίας.



Εικόνα 1. Μελανίζουσα ακάνθωση στη μασχαλιαία χώρα.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΕΞΑΝΘΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΛΙΝΑΓΛΙΠΤΙΝΗ
Ν. Καρακούσης¹, Σπ. Γαλανάκος², Ε. Πυργιώτη³, Ν. Γεωργακόπουλος⁴, Π. Γεωργακόπουλος²

¹ Παθολόγος

² ΚΥ Αμαρουσίου, 1^η ΥΠΕ

³ Φαρμακοποιός

⁴ Φοιτητής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού εμφάνισης εξανθήματος στο δεξιό άνω άκρο και ηπίως στον κορμό δεξιά σε ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη και τροποποίηση της αντιδιαβητικής του αγωγής από μηνών.

ΥΛΙΚΟ

Ασθενής 78 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη υπό αγωγή προσήλθε σε τακτικό παθολογικό ιατρείο λόγω πρόσφατης εμφάνισης εξανθήματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από το ατομικό του αναμνηστικό καταγράφηκε Σακχαρώδης Διαβήτης διαγνωσμένος από το 2010 και χρόνια νεφρική ανεπάρκεια σταδιακά επιδεινούμενη σχετιζόμενη με τον ΣΔ. Από το χειρουργικό του ιστορικό καταγράφηκε κακοήθεια παχέος εντέρου χειρουργηθείσα το 2000. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) του ήταν στο 6,8 %, ενώ η κρεατινίνη του ήταν στο 3,29 mg/dl κατά την επίσκεψη στο τακτικό παθολογικό ιατρείο. Προ 5 μηνών πραγματοποιήθηκε αλλαγή της αντιδιαβητικής του αγωγής λόγω της περαιτέρω νεφρικής επιδείνωσής του, από μετφορμίνη σε λιναγλιπτίνη, ενώ εμφάνισε κνιδωτικό εξάνθημα από ημερών (Εικόνα 1). Αποφασίστηκε εκ νέου τροποποίηση της αντιδιαβητικής αγωγής του, στηριζόμενη στο γεγονός ότι η λιναγλιπτίνη θα μπορούσε να οδηγήσει σε εμφάνιση πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς. Η διάγνωση επιβεβαιώθηκε κλινικά από δερματολόγο. Το εξάνθημα υποχώρησε μέσα σε έναν μήνα σταδιακά τόσο με τη διακοπή του φαρμάκου, όσο και με την προσεκτική χορήγηση κορτιζόνης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι αναστολείς διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης-4 δύνανται να προκαλέσουν ακόμη και μήνες μετά την έναρξή τους εμφάνιση πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς, κάτι το οποίο οι κλινικοί ιατροί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους στη διαφορική τους διάγνωση.



Εικόνα 1. Πομφολυγώδες πεμφιγοειδές μετά τη χορήγηση λιναγλιπτίνης.

**ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΛΗΨΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΑ
ΤΗΣ ΔΙΠΕΠΤΙΔΥΛΙΚΗΣ ΠΕΠΤΙΔΑΣΗΣ**

Δ. Ψαρουδάκη, Κ. Παπαδοπούλου, Μ. Καραγιάννη, Ν. Βασιλάκη, Χ. Λυδάκης

Β' Παθολογική, ΓΝ Ηρακλείου «Βενιζέλειο-Πανάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Παρουσίαση περιστατικού ασθενούς με πομφολυγώδες πεμφιγοειδές μετά από λήψη βιλνταγλιπτίνης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανδρας ασθενής 85 ετών με ατομικό αναμνηστικό νόσου Parkinson, αρτηριακής υπέρτασης και ΣΔτ2 (υπό βασική ινσουλίνη και βιλνταγλιπτίνη / υδροχλωρική μετφορμίνη) προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών λόγω κνησμού σε κορμό κι άκρα. Από κλινική εξέταση παρουσίαζε πομφόλυγες με αιμορραγικό περιεχόμενο σε ράχη, άνω άκρα κι έσω επιφάνεια των μηρών χωρίς συμμετοχή των βλεννογόνων, εικόνα συμβατή με πομφολυγώδες πεμφιγοειδές.

Με βάση το ιστορικό του ασθενούς και τη χρόνια φαρμακευτική αγωγή το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές αποδόθηκε στη λήψη της βιλνταγλιπτίνης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Έγινε έναρξη πρεδνιζολόνης και τοπική χρήση ηωσίνης στις περιοχές των βλαβών, ενώ διεκόπη άμεσα η βιλνταγλιπτίνη. Ο ασθενής έλαβε θεραπεία με κορτιζόνη προσοδευτικά μειούμενη συνολικής διάρκειας ενός μήνα, με άμεση ύφεση της συμπτωματολογίας του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η βιλνταγλιπτίνη, όπως υποδεικνύει και η βιβλιογραφία, σχετίζεται με την εμφάνιση πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς. Η ορδή λήψη ιστορικού αλλά και η αξιολόγηση της φαρμακευτικής αγωγής του ασθενούς είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση της αιτίας του πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς, ειδικά στους ηλικιωμένους που εμφανίζεται συχνά. Καθώς η χρήση αναστολέων της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης στους ηλικιωμένους είναι συχνή στην καθ' ημέρα κλινική πράξη, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η συσχέτισή τους με το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές.

ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΥΣΑ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΙΦΝΙΔΙΑΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΗΣ ΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΧΟΛΗΦΟΡΩΝ – ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΣ

Θ. Τζιοβανάκη¹, Θ. Μιχαηλίδης¹, Κ. Παππά¹, Κ. Μαρκάκης¹,
Γ. Χατζηνάκος², Σ. Μεταλλίδης¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

² Ιδιώτης Ιατρός

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο καρκίνος του παγκρέατος αποτελεί μια κακοήθεια με πτωχή πρόγνωση. Διαγιγνώσκεται συνήθως σε προχωρημένο στάδιο, με συχνότερο τύπο το αδενοκαρκίνωμα παγκρεατικού πόρου. Το χολαγγειοκαρκίνωμα περιλαμβάνει μία ομάδα πρωτοπαθών νεοπλασιών του χοληφόρου δέντρου και ταξινομούνται ως ενδοηπατικά και εξωηπατικά. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης, μια χρόνια ιατρική πάθηση που χαρακτηρίζεται από ανεπαρκή παραγωγή ινσουλίνης από τον οργανισμό ή αδυναμία αποτελεσματικής χρήσης της ινσουλίνης που παράγεται, αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη καρκίνου μεταξύ των οποίων περιλαμβάνεται ο καρκίνος του παγκρέατος και χοληφόρων. Παράλληλα, ο νεοεμφανιζόμενος διαβήτης μπορεί να αποτελεί έναν πρώιμο δείκτη-σύμπτωμα του καρκίνου παγκρέατος-χοληφόρων.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ

Ασθενής 81 ετών με προ μηνός διάγνωση ΣΔτ2 υπό αγωγή με μετφορμίνη 2.000 mg ημερησίως και ελλιπή ρύθμιση παρά την αγωγή, προσέρχεται στο ΤΕΠ αιτώμενος εμπύρετο από 48ωρου και συνοδό επιγαστραλγία. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώνεται ικτερική χροιά δέρματος και επιπεφυκώτων, ενώ από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδεικνύεται τρανσαμινασαιμία με συνοδό αύξηση χολοστατικών ενζύμων, αμυλάσης αλλά και αυξημένους δείκτες φλεγμονής. Διενεργήθηκε υπερηχογράφημα άνω κοιλίας το οποίο κατέδειξε διάταση ενδοηπατικών χολαγγείων και ίζημα εντός της χοληδόχου κύστης. Στην αξονική τομογραφία κοιλίας, καταδείχθηκε διάταση κεντρικών και περιφερικών ενδοηπατικών χολαγγείων και κεντρικού χοληδόχου πόρου έως το φύμα του Vater.

Με βάση τα παραπάνω ευρήματα, πραγματοποιήθηκε πλαιοσκοπηση, στην οποία το φύμα του Vater περιγράφεται φυσιολογικό χωρίς ενδοσκοπική εικόνα διήθησης και βλάβης εκ του λεπτού εντέρου. Σε συνέχεια της διερεύνησης και καθώς η εργαστηριακή εικόνα του ασθενούς επιδεινωνόταν με επίταση του ικτέρου διενεργήθηκε μαγνητική τομογραφία άνω κοιλίας – MRCP από την οποία προέκυψε έντονη διάταση του κοινού χοληδόχου πόρου με μέγιστο εύρος 2,4 εκ (στον ηπατοδωδεκαδακτυλικό σύνδεσμο) και 1,5 εκ στο ενδοπαγκρεατικό τμήμα του, ο οποίος φαίνεται να στενεύει σταδιακά στην τελική του μοίρα, στην προ του φύματος περιοχή, όπου και παρέχεται εικόνα εντοπισμένου εμπλουτισμού του παγκρεατικού παρεγχύματος, χωρίς όμως να διακρίνεται ογκόμορφη εξεργασία ή άλλο παθολογικό MR σήμα.

Στη διαφορική διάγνωση τέθηκε το νεόπλασμα χοληφόρων/παγκρέατος και το αδένωμα φύματος Vater οπότε και προχωρήσαμε σε ενδοσκοπική παλίνδρομη χολαγγειο-παγκρεατογραφία (ERCP) για τη λήψη βιοψίας και την περαιτέρω αντιμετώπιση. Επιπλέον τοποθετήθηκε παρηγορικά stent καθώς ο ασθενής παρουσίαζε επίταση του ικτέρου στο πλαίσιο απόφραξης. Ωστόσο το αποτέλεσμα της βιοψίας ήταν μη διαγνωστικό οπότε και προβήκαμε σε χολαγγειοσκοπηση και νέα βιοψία, της οποίας τα αποτελέσματα αναμένονται.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Καταληκτικά τεκμηριώνεται η πολύπλοκη και αμφίδρομη σχέση μεταξύ καρκίνου των χοληφόρων ή/και παγκρεατικού καρκίνου και ΣΔτ2. Είναι σημαντικό να υπάρχει υψηλή κλινική υποψία και διερεύνηση για πιθανή κακοήθεια χοληφόρων ή παγκρέατος σε περιπτώσεις αιφνίδιας εμφάνισης Σακχαρώδη Διαβήτη με δυσχέρεια στη ρύθμιση με τις αγωγές πρώτης γραμμής, σε ασθενείς μέχρι πρότινος ασυμπτωματικούς, και ιδιαίτερα ηλικιωμένους.

ΟΞΕΙΑ ΠΑΓΚΡΕΑΤΙΤΙΔΑ ΛΟΓΩ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΑΡΡΥΘΜΙΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ι. Ογγρότης, Π. Κατσέλη, Γ.Δ. Πλυτάς, Κ. Ηλιοπούλου, Ζ. Αλεξίου

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι διαταραχές της ομοιόστασης της γλυκόζης και των λιπιδίων είναι βασικά χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου που επηρεάζει εκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως. Αν και η σοβαρή υπερτριγλυκεριδαιμία ευθύνεται για το 9% των επεισοδίων οξείας παγκρεατίτιδας στον γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, παρουσιάζει ιδιαίτερα υψηλή επίπτωση σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο.

Παρουσίαση περίπτωσης οξείας παγκρεατίτιδας οφειλόμενης σε υπερτριγλυκεριδαιμία σε ασθενή με αρρυθμιστικό ΣΔτ2, με follow-up 9 μήνες μετά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Άνδρας 52 ετών προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με έντονο κοιλιακό άλγος από ημέρας. Ατομικό αναμνηστικό: ΣΔτ2, αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Δεν ανέφερε συστηματική κατανάλωση αλκοόλ. Υπό αγωγή με μετφορμίνη, δαπαγλιφλοζίνη, ινσουλίνη degludec, λιραγλουτίδη, πιταβαστατίνη και ομεπραζόλη. Όψη πάσχοντος, με έντονη ευαισθησία στην ψηλάφηση του δεξιού υποχονδρίου. Χωρίς κάτι άλλο αξιολογικό από την κλινική εξέταση. Εργαστηριακός έλεγχος: WBC= 21,0 K/μL, Neut= 80%, Hct= 50, CRP= 109 mg/l, Ca= 9,75 mg/dl και αμυλάση ορού= 170 IU/l, LDL χοληστερόλη= 120 mg/dl, HDL χοληστερόλη= 35 mg/dl, τριγλυκερίδια= 532 mg/dl και HbA1c= 9,3%. Από τον απεικονιστικό έλεγχο αναδείχθηκε οιδηματώδες πάγκρεας και θολερότητα του περιπαγκρεατικού λίπους, χωρίς χολολιθίαση. Βάσει αυτών των ευρημάτων διαγνώθηκε με οξεία παγκρεατίτιδα λόγω υπερτριγλυκεριδαιμίας και τέθηκε σε συντηρητική αγωγή με ενδοφλέβια ενυδάτωση και γαστροπροστασία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η συμπτωματολογία και οι δείκτες φλεγμονής υποχώρησαν και την 5^η μέρα από την εισαγωγή του έλαβε εξιτήριο, με πλήρη υποχώρηση της συμπτωματολογίας. Πραγματοποιήθηκε υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση, ενώ στην αγωγή του προστέθηκε στατίνη υψηλής έντασης και φαινοφιβράτη. Αφού παρήλθαν 20 ημέρες από το εξιτήριο, προστέθηκε εκ νέου στην αγωγή του GLP-1 RA, με στενή παρακολούθηση, λόγω του ιστορικού παγκρεατίτιδας. Εννέα μήνες μετά, χάρη στην υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση και τη συμμόρφωσή του στη φαρμακευτική αγωγή, ο ασθενής έχει πετύχει σημαντική βελτίωση του λιπιδαιμικού και γλυκαιμικού του προφίλ (HbA1c= 6,9%, LDL= 66 mg/dL, HDL= 42 mg/dL, τριγλυκερίδια= 220 mg/dL), καθώς και σημαντική απώλεια βάρους (≈10 κιλά), χωρίς να εμφανίσει νέο επεισόδιο παγκρεατίτιδας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η οξεία παγκρεατίτιδα που σχετίζεται με υπερτριγλυκεριδαιμία αποτελεί μία οντότητα που λανθάνει την έγκαιρη διάγνωση και μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρή νοσηρότητα και θνητότητα. Η εφαρμογή κατάλληλων υγιεινοδιαιτητικών συνηθειών και άσκησης, η αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου με HbA1c ≤ 6,5%, η επίτευξη τιμών τριγλυκεριδίων ορού <150 mg/dl και LDL χοληστερόλης εντός θεραπευτικού στόχου, βάσει του εκτιμώμενου καρδιαγγειακού κινδύνου, αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της αντιμετώπισης των ασθενών αυτών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΘΛΗΣΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ

Β. Γιαννιώτη, Χρ. Αναγνωστόπουλος

ΚΥ Βασιλικής Λευκάδας, 6^η ΥΠΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης είναι μια μεταβολική διαταραχή η οποία απασχολεί ασθενείς σε παγκόσμιο επίπεδο με συνεχώς αυξανόμενο επιπολασμό. Είναι γεγονός πως εκτός από τις φαρμακευτικές μεθόδους οι ασθενείς μπορούν να συμβάλλουν στη ρύθμιση του γλυκαιμικού δείκτη με τη σωστή καθοδήγηση για ισορροπημένη διατροφή και άδληση.

Σκοπός να αναδειχθεί η σημασία της χρήσης μη φαρμακολογικών μεθόδων, όπως η δίαιτα και η σωματική άσκηση, στη γλυκαιμική ρύθμιση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Άντληση δεδομένων από τη διεθνή ιατρική βιβλιογραφία και στοιχεία από τα αρχεία διαβητολογικών κέντρων παγκοσμίως.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Με τον συνδυασμό ασκησιολογίου και σωστής διατροφής παρατηρείται σημαντική μείωση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) καθώς και μείωση του σωματικού βάρους με ευεργετική επίδραση στη συνολική κλινική εικόνα των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το σωστά καδοηγούμενο διαιτολόγιο και η σωματική άσκηση παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή συμβάλλουν στον ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ GLP-1 ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Στ. Μπακογιάννη, Α. Γαλανοπούλου, Α. Μωυσίδη, Ε. Καγκελάρη, Χρ. Τσατσάκη, Ζ. Τερζάκη, Φ. Κουρτίδου, Α. Παπαζαφειροπούλου

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Είναι κοινώς αποδεκτή η αποτελεσματικότητα της θεραπείας με ανάλογα GLP-1 τόσο στον γλυκαιμικό έλεγχο όσο και σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και στη λιπώδη διήθηση του ήπατος σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της έναρξης χορήγησης GLP-1 αγωνιστών σε μεταβολικές παραμέτρους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 99 άτομα (61 άνδρες, μέσης ηλικίας $\pm$ σταθερή απόκλιση: 61,26 $\pm$ 10,15 έτη) που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του νοσοκομείου μας το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2023 – Ιούλιος 2024. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων, του ιατρικού ιστορικού τους και πρόσφατου εργαστηριακού ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα άτομα της μελέτης ποσοστό της τάξης του 21,8% είχε στεφανιαία νόσο, 1% καρδιακή ανεπάρκεια, 16,8% χρόνια νεφρική νόσο, 5,9% διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και 6,9% διαβητική νευροπάθεια. Ποσοστό 71,3% ανέφερε αρτηριακή υπέρταση, 88,1% δυσλιπιδαιμία και 19,8% κάπνιζε. Η έναρξη GLP-1 αγωνιστή είχε ως αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική μείωση της HbA1c (7,88 $\pm$ 1,74 έναντι 6,76 $\pm$ 1,16%, $p<0,001$), του σωματικού βάρους (95,25 $\pm$ 12,41 έναντι 88,23 $\pm$ 10,62 kg, $p=0,003$), της LDL χοληστερόλης (96,14 $\pm$ 18,09 έναντι 85,71 $\pm$ 19,81 mg/dl, $p=0,03$), των τριγλυκεριδίων (176,85 $\pm$ 28,12 έναντι 143,13 $\pm$ 21,44 mg/dl, $p=0,006$), της συστολικής αρτηριακής πίεσης (141,53 $\pm$ 20,65 έναντι 128,66 $\pm$ 17,33 mmHg, $p=0,001$) και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης (81,85 $\pm$ 15,72 έναντι 76,46 $\pm$ 14,47 mmHg, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η έναρξη χορήγησης GLP-1 αγωνιστών είχε ως συνέπεια τη σημαντική μείωση της HbA1c, του σωματικού βάρους, της LDL χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα των μεγάλων κλινικών μελετών με δεδομένα πραγματικού κόσμου.

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΝΑΡΞΗΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT-2 ΣΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΥΣ – ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

Στ. Μπακογιάννη, Α. Γαλανοπούλου, Α. Μωυσίδη, Ε. Καγκελάρη, Χρ. Τσατσάκη, Ζ. Τερζάκη, Φ. Κουρτίδου, Α. Παπαζαφειροπούλου

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η διεθνής βιβλιογραφία επικεντρώνεται στα πολλαπλά οφέλη των αναστολέων SGLT-2 τόσο σε θέματα γλυκαιμικής ρύθμισης, όσο και στη μείωση του κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων, στη μείωση του αριθμού νοσηλείων που σχετίζονται με καρδιακή ανεπάρκεια, καθώς επίσης και στην πρόληψη νεφρικών επιπλοκών. Καθοριστικής σημασίας είναι η χρήση τους σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη, των οποίων το ιστορικό συχνά περιλαμβάνει συννοσηρότητες.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της έναρξης SGLT-2 αναστολέων σε μεταβολικές παραμέτρους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στη μελέτη συμμετείχαν 82 άτομα (61 άνδρες, μέσης ηλικίας $\pm$ σταθερή απόκλιση: $65 \pm 9,6$ έτη) που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του νοσοκομείου μας το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2023 – Ιούλιος 2024. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων, του ιατρικού ιστορικού τους και πρόσφατου εργαστηριακού ελέγχου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα άτομα της μελέτης ποσοστό της τάξης του 32,9% είχε στεφανιαία νόσο, 8,5% καρδιακή ανεπάρκεια, 22% χρόνια νεφρική νόσο, 6,1% διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και 12,2% διαβητική νευροπάθεια. Ποσοστό 84,1% ανέφερε αρτηριακή υπέρταση, 90,2% δυσλιπιδαιμία και 18,3% κάπνιζε. Η έναρξη χορήγησης SGLT-2 αναστολέα είχε ως αποτέλεσμα τη στατιστικά σημαντική μείωση της HbA1c ($7,70 \pm 1,45$ έναντι $6,84 \pm 0,93\%$, $p < 0,001$), του σωματικού βάρους ($89,09 \pm 10,46$ έναντι $86,21 \pm 9,52$ kg, $p = 0,003$), της LDL χοληστερόλης ($91,74 \pm 21,24$ έναντι $81,91 \pm 17,61$ mg/dl, $p = 0,001$), των τριγλυκεριδίων ($172,85 \pm 26,08$ έναντι $141,17 \pm 20,38$ mg/dl, $p = 0,001$), της διαστολικής αρτηριακής πίεσης ($80,89 \pm 14,18$ έναντι $72,55 \pm 14,29$ mmHg, $p < 0,001$) και του ουρικού οξέος ($5,55 \pm 1,40$ έναντι $5,09 \pm 1,65$ mg/dl, $p = 0,02$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η έναρξη χορήγησης SGLT-2 αναστολέα είχε ως συνέπεια τη σημαντική μείωση της HbA1c, του σωματικού βάρους, της LDL χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της διαστολικής αρτηριακής πίεσης και του ουρικού οξέος. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώνουν τα αποτελέσματα των μεγάλων κλινικών μελετών με δεδομένα πραγματικού κόσμου.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΥΝ ΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΣΗ ΣΤΟΥΣ SGLT-2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ

Σ. Πιτσιάβα¹, Β. Τσιμικόδημος², Κ. Κώτσα³, Θ. Κουφάκης⁴

¹ Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

² Τομέας Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

³ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

⁴ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της μελέτης ήταν η αναγνώριση κλινικών και εργαστηριακών παραμέτρων που σχετίζονται με την ανταπόκριση στη θεραπεία με SGLT-2 αναστολείς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ανασκοπήθηκαν αναδρομικά οι ιατρικοί φάκελοι ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στους οποίους έγινε έναρξη θεραπείας με SGLT-2 αναστολέα, χωρίς ταυτόχρονη έναρξη άλλου φαρμακευτικού παράγοντα. Καταγράφηκαν κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι πριν την έναρξη καθώς και στους 3 και 6 μήνες από τη χορήγηση του SGLT-2 αναστολέα. Ως καλή ανταπόκριση στη γλυκαιμία ορίστηκε η παρουσία τουλάχιστον ενός από τα παρακάτω στους 3 ή 6 μήνες: i. Τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) <7%, ii. Μείωση της HbA1c κατά τουλάχιστον 1%, iii. Διατήρηση HbA1c <7% την οποία ο ασθενής είχε πριν την έναρξη του SGLT-2 αναστολέα. Ως επιτυχής ανταπόκριση στη μείωση του βάρους ορίστηκε η απώλεια κατά τουλάχιστον 3% στους 3 ή 6 μήνες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συμπεριελήφθησαν 50 ασθενείς (64% άνδρες) με μέση ηλικία $65,8 \pm 8,5$ έτη. 86% και 64% των ασθενών ταξινομήθηκαν ως καλοί απαντητές σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμία και το βάρος, αντίστοιχα. Οι καλοί απαντητές στη γλυκαιμία είχαν χαμηλότερη HDL χοληστερόλη στην έναρξη από τους κακούς (43,3 vs 57,4 mg/dl, $p=0,044$). Τόσο οι καλοί όσο και οι κακοί απαντητές ως προς το βάρος εμφάνισαν σημαντική μείωση στη HbA1c μεταξύ έναρξης και 3 μηνών (-0,6%, $p=0,002$ και -0,8%, $p=0,003$, αντίστοιχα). Μόνο οι καλοί απαντητές σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμία και το βάρος βελτίωσαν τον ρυθμό σπειραματικής διήθησης στους 3 μήνες συγκριτικά με την έναρξη ($+2,9$ ml/min/1,73 m², $p=0,015$ και $+3,68$ ml/min/1,73 m², $p=0,006$, αντίστοιχα). Στην ανάλυση λογιστικής παλινδρόμησης, το υψηλότερο βάρος στην έναρξη συσχετίστηκε με καλύτερη ανταπόκριση σε ό,τι αφορά τη μείωση αυτού ($p=0,04$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συγκεκριμένες κλινικές και εργαστηριακές παράμετροι σχετίζονται με την απάντηση στους SGLT-2 αναστολείς, ενώ η ανταπόκριση σε ό,τι αφορά τη γλυκαιμία και το σωματικό βάρος φαίνεται να αποτελούν εν μέρει διακριτές εκβάσεις, παρά τον κοινό υποκείμενο μηχανισμό.

**Η ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΟΥ ΣΥΜΜΕΤΑΦΟΡΕΑ
ΝΑΤΡΙΟΥ-ΓΛΥΚΟΖΗΣ 2 (SGLT2I) ΠΡΩΙΜΗ ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΚΡΙΤΗ
ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.
ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΥ ΚΟΣΜΟΥ (REAL-WORLD).**

Γ. Κωστόπουλος¹, J. Wang², L. Tan², K. Nirantharakumar², Στ. Μανδάνας¹,
Α. Αναστασιλάκης¹, Κ. Τουλής¹

¹ Ενδοκρινολογική Κλινική, 424 ΓΣΝΕ

² Institute of Applied Health Research, University of Birmingham, UK

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Νεότερα δεδομένα υποδηλώνουν ότι η προκαλούμενη από τους αναστολείς του συμμεταφορέα νατρίου-γλυκόζης 2 (SGLT2i) μεταβολή του αιματοκρίτη ενδέχεται να οδηγεί στη μείωση των καρδιαγγειακών και νεφρικών συμβαμάτων. Η μεταβολή αυτή ποικίλλει, ωστόσο εμφανίζεται νωρίς μετά την έναρξη της θεραπείας. Σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει εάν η πρώιμη μεταβολή του αιματοκρίτη (εντός έξι μηνών) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που λαμβάνουν SGLT2i μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προγνωστικός δείκτης της εμφάνισης χρόνιας νεφρικής νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πρόκειται για μελέτη «ανοικτής» κοόρτης, χρησιμοποιώντας δεδομένα πραγματικού κόσμου από τις βάσεις CPRD GOLD και Augum. Συμμετείχαν άτομα με ΣΔτ2 χωρίς εγκατεστημένη νεφρική νόσο, που κατηγοριοποιήθηκαν περαιτέρω σε τρεις υπο-ομάδες (βάσει της μεταβολής του αιματοκρίτη) μετά την έναρξη SGLT2i [αρνητική <0, μέτρια αύξηση =0-4 (ομάδα ελέγχου), σημαντική αύξηση >4]. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο αποτελούσε την εμφάνιση χρόνιας νεφρικής νόσου (ΧΝΝ). Μελετήθηκαν επιπλέον και άλλες δευτερεύουσες καρδιαγγειακές εκβάσεις. Για τη στατιστική ανάλυση εφαρμόστηκαν μοντέλα ανταγωνιστικού κινδύνου με κυβικά τμηματικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Συνολικά, συμπεριελήφθησαν 33.846 άτομα με ΣΔτ2 και επακόλουθη χορήγηση SGLT2i, με παρακολούθηση για περίπου 2,5 έτη. Τα άτομα που παρουσίασαν πτώση του αιματοκρίτη είχαν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΧΝΝ συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου [HR= 1,43 95% CI (1,23, 1,66)], ο οποίος ήταν ανεξάρτητος από το φύλο [HRmale= 1,54 95% CI (1,22, 1,94) και HRfemale 1,42 95% CI (1,15, 1,75)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αύξηση του αιματοκρίτη σε άτομα με ΣΔτ2 στο άμεσο διάστημα μετά την εισαγωγή SGLT2i ενδέχεται να είναι επιβεβαιωτική της νεφροπροστατευτικής του δράσης στα συγκεκριμένα άτομα. Ωστόσο, απαιτείται επικύρωση των ευρημάτων και σε άλλους ανεξάρτητους πληθυσμούς καθώς και περαιτέρω αναλύσεις σε άλλες κατηγορίες αντιδιαβητικών φαρμάκων.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΑΠΟ ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΚΑΘΕΤΟΠΟΙΗΜΕΝΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΤΥΠΟΥ 1 ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

N.M. Φαναροπούλου¹, A. Μάνεσης², O. Σίσκου³, K. Κώτσα⁴, Θ. Κουφάκης⁵

¹ Τμήμα Ιατρικής, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

² Grossman School of Medicine, New York University

³ Τμήμα Τουριστικών Σπουδών, Πανεπιστήμιο Πειραιά

⁴ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού – Διαβητολογικό Κέντρο,
Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

⁵ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔτ1) χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη ενδογενούς ινσουλίνης και σύνθετες ανάγκες διαχείρισης. Η βέλτιστη φροντίδα προϋποθέτει μια διεπιστημονική ομάδα διαβητολόγων, εκπαιδευτών διαβήτη, εξειδικευμένων διατροφολόγων και ψυχολόγων. Επί του παρόντος, δεν υπάρχει καθετοποιημένο κέντρο ΣΔτ1 ενηλίκων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, ενώ οι γεωγραφικές αποστάσεις και οι χρόνοι αναμονής δυσχεραίνουν τη συμμόρφωση των ασθενών και την επίτευξη των κλινικών στόχων. Λαμβάνοντας υπόψη τη συμμόρφωση των διαβητολόγων με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ) και τις σχετιζόμενες δαπάνες, διερευνήθηκαν οι οικονομικές προεκτάσεις ανάπτυξης ενός καθετοποιημένου κέντρου στο Εθνικό Σύστημα Υγείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ένα ανώνυμο ερωτηματολόγιο διαμοιράστηκε σε 21 εν ενεργεία διαβητολόγους δημοσίων δομών σε Αθήνα, Θεσσαλονίκη και επαρχία, σχετικά με ασθενείς 18-50 ετών με ΣΔτ1 χωρίς μείζονες διαγνωσμένες επιπλοκές. Οι υπό διερεύνηση άξονες ήταν (1) συμμόρφωση με τις κατευθυντήριες οδηγίες ως προς την τακτική διαχείριση, (2) διαθεσιμότητα ραντεβού κατόπιν παραπομπών και (3) διαθεσιμότητα και απόψεις για τις υπηρεσίες τηλεϊατρικής, εκπαιδευτών διαβήτη και δημιουργίας καθετοποιημένου κέντρου. Υπολογίστηκε το ετήσιο κόστος ανά ασθενή ανά ειδικό (από την οπτική της κοινωνικής ασφάλισης) και συγκρίθηκε με το κόστος που θα προέκυπτε στην περίπτωση που τηρούνταν πιστά οι οδηγίες της ΕΔΕ. Για τη διερεύνηση στατιστικά σημαντικών διαφορών χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Wilcoxon signed-rank. Η δοκιμασία Fisher's exact χρησιμοποιήθηκε για την ανίχνευση συσχετίσεων μεταξύ των απαντήσεων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ελήφθησαν 15 απαντήσεις, με εκπροσώπηση άνω του 50% των εθνικών κέντρων ΣΔ. Η πλειοψηφία των ειδικών ανέφερε χαμηλή διαθεσιμότητα ραντεβού με τη διεπιστημονική ομάδα και για προσυμπτωματικό έλεγχο όπως βυθοσκόπηση, που συχνά οδηγεί τους ασθενείς στον ιδιωτικό τομέα. Η δοκιμασία Wilcoxon signed-rank κατέδειξε σημαντικά υψηλότερο ετήσιο κόστος τακτικού ελέγχου (διάμεσος 190,32 € σε σχέση με προβλεπόμενο 94,80 €) ανά ασθενή. Η πλειοψηφία ανέφερε μη διαθεσιμότητα εκπαιδευτών διαβήτη και υπηρεσιών τηλεϊατρικής, ενώ θεώρησε σκόπιμη τη δημιουργία καθετοποιημένου κέντρου ΣΔτ1 ενηλίκων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πιλοτική μελέτη συνέκρινε τις κατευθυντήριες οδηγίες της ΕΔΕ με τις real-world πρακτικές των διαβητολόγων σε δημόσιες δομές στην Ελλάδα, ταυτοποιώντας διαφορές που έχουν οικονομικές προεκτάσεις παρόμοιες με διεθνείς παρατηρήσεις. Το κύριο εύρημα του

αυξημένου κόστους μπορεί να αποδοθεί σε αμυντικές πρακτικές λόγω μειωμένης διαθεσιμότητας ραντεβού και λοιπών ειδικοτήτων, καθώς και στη μη υψηλή συμμόρφωση των ασθενών. Τα ευρήματα αυτά συνηγορούν υπέρ της δημιουργίας καθετοποιημένου κέντρου για τη μείωση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας. Ωστόσο, λόγω της περιγραφικής φύσης της μελέτης και του περιορισμένου δείγματος, τα αποτελέσματα πρέπει να ερμηνευθούν ως πρώιμα, κατευθύνοντας εκτενέστερη έρευνα.

ΕΜΒΟΛΙΑΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Γαλανοπούλου¹, Α. Κοκολάκη², Στ. Μπακογιάννη¹, Α. Μωυσίδη¹, Ε. Καγκελάρη¹,
Ζ. Τερζάκη¹, Κ. Μίχος¹, Α. Παπαζαφειροπούλου¹

¹ Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»

² ΚΥ Βύρωνα, 1^η ΥΠΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Τα άτομα που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για πολλές από τις αρνητικές επιπτώσεις που συνδέονται με κοινές λοιμώξεις. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της εμβολιαστικής κάλυψης ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που παρακολουθούνται σε εξειδικευμένα ιατρεία.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Στη μελέτη συμμετείχαν 142 άτομα (65 άνδρες, μέσης ηλικίας $\pm$ σταθερή απόκλιση: $67,78 \pm 9,98$ έτη, HbA1c: $7,0 \pm 1,1\%$) που προσήλθαν στο τακτικό διαβητολογικό ιατρείο κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2023 – Ιούλιος 2024. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών δεδομένων, του ιατρικού ιστορικού τους καθώς και της εμβολιαστικής τους κάλυψης σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τα άτομα της μελέτης ποσοστό της τάξης του 38,7% είχε στεφανιαία νόσο, 3,5% καρδιακή ανεπάρκεια, 12% χρόνια νεφρική νόσο, 6,3% διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και 14,1% διαβητική νευροπάθεια. Ινσουλινοθεραπεία ελάμβανε το 27,5% των ατόμων της μελέτης. Όσον αφορά την εμβολιαστική κάλυψη: το 73,2% ανέφερε ότι είχε κάνει τον ετήσιο αντιγριπικό εμβολιασμό, το 61,3% είχε ολοκληρώσει τον εμβολιασμό έναντι της πνευμονιοκοκκικής νόσου, το 33,8% έναντι του έρπητα ζωστήρα, το 93% έναντι της νόσου COVID-19 και 7,7% έναντι του τετάνου. Μόλις το 3,5% των ατόμων της μελέτης είχε κάνει το σύνολο των συνιστώμενων εμβολίων, το 34,5% τέσσερα εμβόλια, 26,8% τρία εμβόλια, 16,2% δύο εμβόλια, 16,2% ένα εμβόλιο και 2,8% κανένα εμβόλιο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ατόμων με ΣΔτ2 έχει εμβολιαστεί έναντι της γρίπης, της πνευμονιοκοκκικής νόσου και της COVID-19. Αντίθετα, ο εμβολιασμός έναντι του έρπητα ζωστήρα, της ηπατίτιδας και του τετάνου υπολείπεται σημαντικά.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΒΑΡΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΟ SARS-COV-2

Θ. Μοσχόπουλος¹, Ι. Κώστογλου-Αθανασίου²

¹ ΠΠΙ Αρχανών, 7^η ΥΠΕ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη, Μεταβολισμού, ΓΝ «Ασκληπείο» Βούλας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η λοίμωξη από τον ιό SARS-CoV-2 μπορεί να εμφανίζεται ως ήπια νόσος ή να σχετίζεται με σοβαρή νόσο και υψηλή θνητότητα. Αν και η πλειονότητα των ατόμων που έχουν προσβληθεί από τον ιό έχει ευσύννη πρόγνωση, χρόνιες παθήσεις, όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ), ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς, μπορεί να αποτελέσουν παράγοντα κινδύνου για δυσμενή έκβαση. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση της σχέσης του ΣΔ με τη λοίμωξη από τον COVID-19, της επίδρασής του στη διάρκεια νοσηλείας και στην έκβαση της νόσου.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε αναδρομική μελέτη κοόρτης στους ασθενείς με επιβεβαιωμένη COVID-19 που εξετάστηκαν στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Βενιζέλειου Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης κατά τις ημέρες εφημέρευσης αυτού (15 ημέρες/μήνα), από την 1^η Μαρτίου 2021 έως την 31^η Αυγούστου 2021.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μελετήθηκαν 775 ενήλικες ασθενείς (384 άνδρες και 391 γυναίκες) διάμεσης ηλικίας 47 ετών. Από το σύνολο των ασθενών που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ-COVID οι 129 (16,62%) είχαν ΣΔ, εκ των οποίων οι 106 επιβίωσαν και οι 23 κατέληξαν (17,83%, $p < 0,001$). Οι 70 (54,26%) ήταν άνδρες και οι 59 (45,74%) ήταν γυναίκες με διάμεση ηλικία 66 έτη (51-76). Το 80% των εξεταζόμενων με ΣΔ στο ΤΕΠ-COVID εισήχθησαν στο νοσοκομείο. Από αυτούς, 23 ασθενείς (17,83%) χρειάστηκε να εισαχθούν στη ΜΕΘ και δυστυχώς όλοι απεβίωσαν. Ο μέσος όρος ημερών νοσηλείας των διαβητικών ασθενών στην κλινική COVID-19 ήταν σημαντικά μεγαλύτερος συγκριτικά με τους υπόλοιπους (10,2 vs 6 ημέρες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Φάνηκε ότι ο ΣΔ επιδρά σημαντικά ως συνυπάρχον νόσημα τόσο στη διάρκεια νοσηλείας όσο και στη θνητότητα από τη λοίμωξη από τον COVID-19. Τα δεδομένα της μελέτης μας συνάδουν με τα δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας αναφορικά με τη δυσμενή επίδραση του ΣΔ στη λοίμωξη από τον ιό SARS-COV-2. Παρότι οι ακριβείς υποκείμενοι μηχανισμοί αυτής της επίδρασης παραμένουν σε μεγάλο βαθμό ασαφείς, αποδεικνύεται ότι ο ΣΔ αποτελεί επιπρόσθετο και ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για βαριά νόσο COVID-19.

ΛΟΙΜΩΞΗ ΤΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΑΠΟ ΚΥΤΤΑΡΟΜΕΓΑΛΟΪΟ, ΩΣ ΑΙΤΙΟ ΠΑΡΑΤΕΙΝΟΜΕΝΟΥ ΕΜΠΥΡΕΤΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Ι. Ογρότης, Ε. Κατσανάκη, Γ.Δ. Πλυτάς, Ε. Ραψωματιώτη,
Στ. Χιώτη, Α. Μακίνα-Κούση**

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη εμφανίζουν ιογενείς λοιμώξεις με μεγαλύτερη συχνότητα και βαρύτητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό. Ο κυτταρομεγαλοϊός (CMV) είναι ένα επικρατούν παθογόνο στους ανοσοκατεσταλμένους ασθενείς. Συγκεκριμένα η διεισδυτική πνευμονία από CMV είναι μια δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή του ιού που παρατηρείται στον πληθυσμό αυτό. Η λοίμωξη του αναπνευστικού από CMV, αν και είναι συχνή κατά την παιδική ηλικία, στον ενήλικο πληθυσμό παραμένει μια διαγνωστική πρόκληση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η περιγραφή περιστατικού παρατεινόμενου εμπύρετου σε ασθενή με ΣΔτ2, οφειλόμενου σε πνευμονία από κυτταρομεγαλοϊό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Η ασθενής προσκομίστηκε στο ΤΕΠ με παραγωγικό βήχα από 7ημέρου, υπό αγωγή με μοξιφλοξασίνη. Από το ατομικό αναμνηστικό: ΣΔτ2 υπό αντιδιαβητικά δισκία, αρτηριακή υπέρταση, υποθυρεοειδισμός και βρογχικό άσθμα. Αντικειμενική εξέταση: ζωτικά σημεία στο ΤΕΠ: ΑΠ: 111/83 mmHg, σφύξεις: 95/min, SpO₂: 98%, θ: 37,8°. Καρδιά: S1, S2 ευκρινείς, ρυθμικοί, χωρίς φυσήματα. Αναπνευστικό: τρίζοντες στις βάσεις, μουσικοί ρόχοι άμφω.

Εισήχθη στην κλινική ως πνευμονία της κοινότητας και αντιμετωπίστηκε με κεφτριαξόνη 2 g × 1, κλαριθρομυκίνη 500 mg × 2 iv και εισπνεόμενα βρογχοδιασταλτικά. Η ασθενής συνέχισε να εμφανίζει πυρετικά κύματα έως 38,5° κυρίως τις απογευματινές ώρες. Στο πλαίσιο διερεύνησης παρατεινόμενου εμπύρετου, διενεργήθηκε αξονική εγκεφάλου με απουσία παθολογικών ευρημάτων, αξονική θώρακος με ήπιες βρογχεκτασίες, ιδία στον δεξιό άνω λοβό, ινωδοατελεκτατικά και πυκνοατελεκτατικά στοιχεία στον δεξιό άνω λοβό και στους κάτω λοβούς και αξονική άνω-κάτω κοιλίας με ηπατομεγαλία και σπληνομεγαλία με επιμήκη διάμετρο σε εγκάρσια τομή 13,5 εκατ.

Λόγω του παρατεινόμενου εμπύρετου, την 5^η ημέρα της νοσηλείας της, η αντιβιοτική της αγωγή τροποποιήθηκε σε πιπερακιλλίνη/ταζομιπακτάμη και λινεζολίδη. Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες, οι οποίες ανεδείχθησαν στείρες, και εστάλη πλήρης ιολογικός έλεγχος από τον οποίο ανευρέθησαν θετικά IgM αντισώματα έναντι του CMV. Κατά τη διάρκεια των επόμενων ημερών, η ασθενής σταδιακά απυρέτησε και η κλινική της εικόνα βελτιώθηκε, φτάνοντας να πάρει εξιτήριο 16 ημέρες μετά την εισαγωγή της.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η πνευμονία από CMV είναι συχνή στην παιδική ηλικία, σπάνια όμως περιγράφεται σε ανοσοεπαρκείς ενήλικες. Χαρακτηρίζεται από μακρά πορεία και μπορεί να είναι αίτιο παρατεινόμενου εμπύρετου. Η επιβεβαίωση της λοίμωξης με PCR στο βρογχοκυψελιδικό έκπλυμα (BAL) οδηγεί συχνά σε ψευδώς θετικά αποτελέσματα, δυσχεραίνοντας επιπλέον την ορθή διάγνωση των ασθενών αυτών.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΟΥΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΙΑ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ξ. Τσεκμεκίδου¹, Θ. Κουφάκης², Μ. Παπαβασιλείου³, Φ. Τσέτσος⁴, Μ. Γεωργίτη³,
Μ. Γραμματική¹, Αθ. Ρουμελιώτης⁵, Ν. Παπάνας⁶, Δ. Παπάζογλου⁶,
Π. Πάσχου⁷, Κ. Κώτσα¹

¹ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

² Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

³ Τμήμα Μοριακής Βιολογίας και Γενετικής, ΔΠΘ

⁴ Τμήμα Επιστήμης Τροφίμων και Διατροφής, Πανεπιστήμιο Αιγαίου

⁵ Β' Νεφρολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

⁶ Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, ΔΠΘ

⁷ Department of Biological Sciences, Purdue University, USA

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Σύμφωνα με επιδημιολογικά και πειραματικά δεδομένα, η υπερουρικαιμία εμπλέκεται στην παθοφυσιολογία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) επάγοντας την αντίσταση στην ινσουλίνη και την ανεπάρκεια του β-κυττάρου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αναζήτηση πιθανών συσχετισμών των γονιδίων που εμπλέκονται στον μεταβολισμό του ουρικού οξέος με την παρουσία ΣΔτ2.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Πρόκειται για μελέτη ασθενών-μαρτύρων με συνολικά 980 συμμετέχοντες ελληνικής καταγωγής. Οι 624 είναι ασθενείς με ΣΔτ2 και οι 356 συμμετέχουν στην ομάδα ελέγχου. Στην ομάδα ελέγχου επιλέχθηκαν άτομα με HbA1c <6,5% άνω των 65 ετών, ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα παρουσίας ΣΔτ2. Συλλέχθηκε γενετικό υλικό μετά τη λήψη του έντυπου συγκατάδεσης συμμετοχής σε γενετική μελέτη και τα δείγματα γονοτυπήθηκαν στην πλατφόρμα Illumina Human PsychArray-24 v1.1. Επιλέχθηκαν συνολικά 30 γονίδια που εμπλέκονται στον μεταβολισμό του ουρικού οξέος. Η γονοτυπική και αλληλική ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος PLINK v1.9, ενώ η στατιστική σημαντικότητα καθορίστηκε με τη χρήση της ανάλυσης μετάδεσης για κάθε τύπο δοκιμασίας. Ακολούθησε απλοτυπική ανάλυση με τη χρήση του πακέτου BEAGLE v3.2.3. Πολυμορφισμοί (SNPs) με τιμή $p < 0,05$ επιλέχθηκαν ως στατιστικά σημαντικοί.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την αλληλική ανάλυση προκύπτει η παρουσία ενός σπάνιου πολυμορφισμού, rs35008345, που βρίσκεται στο γονίδιο *SLC22A1*. Ο εν λόγω πολυμορφισμός εντοπίζεται μόνο στην ομάδα ελέγχου, SNP, πιθανόν προσφέροντας προστασία από την εμφάνιση ΣΔτ2 ($p < 0,001$). Η γονοτυπική ανάλυση ανέδειξε πέντε συνολικά πολυμορφισμούς, τέσσερις στο γονίδιο *ABCG4* (rs4301800: OR 1,269· 95% CI 1,053, 1,530, $p = 0,012$, rs643423: OR 1,210· 95% CI 1,001, 1,463, $p = 0,048$, rs4245191: OR 1,213· 95% CI 1,004, 1,467, $p = 0,045$, rs7234: OR 0,801· 95% CI 0,666, 0,963, $p = 0,018$) και έναν στο γονίδιο *REN* (rs6693954: OR 0,748· 95% CI 0,613, 0,914, $p < 0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας αναδεικνύουν την παρουσία συσχέτισης γονιδίων του μεταβολισμού του ουρικού οξέος με την παρουσία ΣΔτ2. Περαιτέρω μελέτες είναι απαραίτητες για να επιβεβαιωθούν τα ευρήματά μας καθώς και να αναζητηθεί πιθανή αιτιολογική συσχέτιση.

ΑΙΜΑΤΩΜΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

**Στ. Χιώτη, Π. Κατσέλη, Κ. Ηλιοπούλου, Ε. Ραψωματιώτη, Ε. Χατζηδούκας,
Β. Σταύρου, Χρ. Τούζιος**

Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ελευσίνας «Θριάσιο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) είναι ένα σύνδρομο με ετερογενές και πολυ-παραγοντικό υπόστρωμα. Η μακροχρόνια παρουσία του σε συνδυασμό με πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο οδηγεί σε μακροαγγειακές και μικροαγγειακές επιπλοκές. Η αθηροσκλήρυνση, όπως αλλιώς ονομάζεται η μακροαγγειοπάθεια, είναι το κυριότερο αίτιο νοσηρότητας στον διαβήτη, καθώς προσβάλλονται αρτηρίες μεσαίου και μεγάλου μεγέθους, με συχνότερη εντόπιση στις περιφερικές αρτηρίες των άκρων, τις στεφανιαίες και τις εγκεφαλικές αρτηρίες. Η θεραπεία της διαβητικής μακροαγγειοπάθειας εστιάζεται κατά βάση στη μεταβολική ρύθμιση του διαβήτη και στη λήψη ειδικών μέτρων για την πρόληψη σοβαρότερων επιπλοκών.

Σκοπός η παρουσίαση περίπτωσης ασθενούς με αιμάτωμα κάτω άκρου μετά από τραυματισμό σε έδαφος μακροαγγειοπάθειας λόγω ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Γυναίκα 72 ετών προσκομίστηκε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών με αναφερόμενη δύσπνοια και άλγος δεξιού κάτω άκρου μετά από τραυματισμό. Από το ατομικό αναμνηστικό: ΣΔτ2, αρτηριακή υπέρταση, χρόνια νεφρική νόσος και περιφερική αρτηριακή νόσος υπό αγωγή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ. Εκ της κλινικής εξέτασης επισκοπικά: αιμάτωμα κνήμης με νεκρωτικές σχάρες δέρματος στην έσω και έξω επιφάνεια. Από τον εργαστηριακό έλεγχο: WBCs: 20.000/μL, NE: 80%, Hct: 20%, Hgb: 6,9 g/dL, Glu: 210 mg/dl, Ur=217 mg/dL, Cr=3,7 mg/dL, CRP: 217 mg/dl, HbA1c: 7%. Υποβλήθηκε σε αξονική τομογραφία δεξιού κάτω άκρου και διαπιστώθηκε ευμέγεθες αιμάτωμα 8×3×17 εκ. στον υποδόριο ιστό της έσω επιφάνειας της κνήμης. Η ασθενής μεταγγίστηκε συνολικά με δύο μονάδες συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων, ετέθη σε εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία, ενδοφλέβια ενυδάτωση και εμπειρική αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και τεικοπλανίνη. Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε χειρουργικός καθαρισμός από πλαστικό χειρουργό καθώς και παροχέτευση του αιματώματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η αποκατάσταση του τραύματος με τον χειρουργικό καθαρισμό και την παροχέτευση δεν κατέστη δυνατή και ακολούθως η ασθενής υποβλήθηκε σε χειρουργική επέμβαση με σκοπό την τοποθέτηση δερματικού μοσχεύματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Σχεδόν όλοι οι ασθενείς με κακή γλυκαιμική ρύθμιση παρουσιάζουν αυξημένο θρομβωτικό κίνδυνο, για αυτό και επιβάλλεται η βέλτιστη θεραπεία για την πρόληψη των επιπλοκών που έχουν παρατηρηθεί. Ωστόσο, στη συγκεκριμένη περίπτωση η λήψη αντι-αιμοπεταλιακής αγωγής, που χορηγούνταν με σκοπό την αποφυγή υπερπηκτικότητας, σε συνδυασμό με την διαβητική χρόνια νεφρική νόσο καθώς και με τη διαβητική μακροαγγειοπάθεια, επέτειναν τον κίνδυνο αιμορραγίας οδηγώντας τελικά στην πρόκληση εκτεταμένου αιματώματος. Είναι επιτακτική ανάγκη, λοιπόν, η εκτενής μελέτη και η συνεχής επαγρύπνηση ιδιαίτερος στους διαβητικούς ασθενείς με βλάβη σε όργανα-στόχους, με σκοπό την έγκαιρη αντιμετώπιση των επιπλοκών που μπορεί να δημιουργηθούν λόγω της δευτερογενούς πρόληψης.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗΣ**P. Νικολάου, X. Κυπρή, E. Ξενοφώντος, Λ. Σασσής**

Παθολογική Κλινική, ΓΝ Λεμεσού

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η διαβητική κετοξέωση αποτελεί μία από τις πιο σοβαρές και οξείες καταστάσεις της εσωτερικής παθολογίας, η οποία χρήζει έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης, καθώς και εντατικής παρακολούθησης για πιθανές επιπλοκές στο πλαίσιο θεραπείας. Συναντάται συχνότερα σε ασθενείς με ΣΔτ1, σε ένα μεγάλο ποσοστό των οποίων είναι ήδη εγκατεστημένη τη χρονική στιγμή της διάγνωσής του. Σε ασθενείς με ΣΔτ2 παρατηρείται λιγότερο συχνά και συνήθως σε καταστάσεις στρες. Κλινικά, χαρακτηρίζεται από ναυτία, εμέτους, κοιλιακό άλγος και βραδυψυχισμό, ενώ εργαστηριακά από υπεργλυκαιμία, κετοναιμία και μεταβολική οξέωση. Σκοπός είναι η παρουσίαση περιστατικού ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης σε ασθενή με ΣΔ τύπου 2 υπό φαρμακευτική αγωγή με αναστολείς SGLT-2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ασθενής 58 ετών, ουκρανικής καταγωγής με ατομικό αναμνηστικό αρτηριακής υπέρτασης (υπό καπτοπρίλη και υδροχλωροθειαζίδη) και ΣΔτ2 (υπό εμπαγλιφλοζίνη και μετφορμίνη), προσήλθε στο ΤΑΕΠ αιτιώμενη γενικευμένη αδυναμία και καταβολή από εβδομάδας, με συνοδό ζάλη και φωτοφοβία, με επιδείνωση από διημέρου. Η ασθενής ήταν αιμοδυναμικά σταθερή και απύρετη κατά την κλινική εξέταση, με δυσχέρεια στη διάνοιξη οφθαλμών λόγω αποστροφής στο φως, προσανατολισμένη σε χώρο – χρόνο – πρόσωπα, με λεκτική ανταπόκριση, τετρακινητική, χωρίς μηνιγγικά σημεία και χωρίς εστιακή νευρολογική σημειολογία. Κλινική εξέταση χωρίς παθολογικά ευρήματα. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου πέρα από ήπια υπονατριαιμία της τάξης του 130 meq/L και ήπια λευκοκυττάρωση με πολυμορφοκυτταρικό τύπο, δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα. Ελήφθη δείγμα για προσδιορισμό αερίων αρτηριακού αίματος, το οποίο ανέδειξε μεταβολική οξέωση με pH 7,16, με φυσιολογικές τιμές γαλακτικού οξέος και γλυκόζης. Ελήφθη στη συνέχεια δείγμα ούρων το οποίο έδειξε κετονουρία σε εξέταση με στικ. Η ασθενής αντιμετωπίστηκε ως ΔΚΟ με εντατική ενυδάτωση και ενδοφλέβια συνεχή έγχυση ινσουλίνης, με ταυτόχρονη όμως εντατική ενδοφλέβια χορήγηση διαλύματος γλυκόζης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η ασθενής εντός εικοσιτετράωρου εξήλθε της διαβητικής κετοξέωσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ευγλυκαιμία δεν αποτελεί σε καμία περίπτωση αίτιο εφησυχασμού σχετικά με το ενδεχόμενο ο ασθενής να παρουσιάζει ΔΚΟ, ούτε αποτελεί τροχοπέδη στην έναρξη ενδοφλέβιας ινσουλίνης. Το συγκεκριμένο περιστατικό αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον σε μια εποχή που η χρήση των φαρμάκων της κατηγορίας των αναστολέων SGLT-2 επεκτείνεται ραγδαία.

**ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑΣ ΑΝΟΧΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ
ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΕΛΑΒΑΝ ΚΡΟΚΟ ΚΟΖΑΝΗΣ: ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ,
ΔΙΠΛΑ ΤΥΦΛΗ, ΕΛΕΓΧΟΜΕΝΗ ΜΕ ΕΙΚΟΝΙΚΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΟΚΙΜΗ**

Ε.Π. Κοτανίδου, Β.Ρ. Τσινοπούλου, Κ. Μαργαρίτης, Ε. Τσοτρίδου, Στ. Γκίζα,
Στ. Ντούμα, Ε. Ευστρατίου Α. Γαλλή-Τσινοπούλου

Β' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Ο κρόκος Κοζάνης (*Crocus sativus* L.) αποτελεί άρτυμα από στίγματα του ομώνυμου φυτού της οικογένειας των Ιριδοειδών (*Iridaceae*) με κύριους μεταβολίτες τις κροκίνη, πικροκροκίνη και τη σαφρανάλη. Η χορήγηση κρόκου Κοζάνης σε πειραματόζωα και ενήλικες με παχυσαρκία και δυσγλυκαιμία αναφέρεται να έχει πλείστες ευεργετικές ιδιότητες. Ο προδιαβήτης στους εφήβους αποτελεί συννοσηρότητα της παχυσαρκίας και πολλαπλασιαστικό παράγοντα του φορτίου της νόσου στην υγεία τους. Τα διαθέσιμα θεραπευτικά μέσα για τη διαχείριση του προδιαβήτη σε εφήβους είναι περιορισμένα. Σκοπός της παρούσας κλινικής δοκιμής ήταν η μελέτη της επίδρασης της από του στόματος χορήγησης κρόκου Κοζάνης στη γλυκαιμική κατάσταση εφήβων με παχυσαρκία και προδιαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Εβδομήντα τέσσερις έφηβοι με παχυσαρκία και προδιαβήτη τυχαιοποιήθηκαν σε μια διπλά τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο δοκιμή τριών σκελών, και έλαβαν είτε διάλυμα κρόκου Κοζάνης ($n=25$, 60 mg/ημέρα), είτε διάλυμα μετφορμίνης ($n=25$, 1000 mg/ημέρα) είτε διάλυμα εικονικού φαρμάκου ($n=24$) για συνεχές διάστημα δώδεκα εβδομάδων μαζί με διατροφική συμβουλευτική από κλινικό διαιτολόγο. Η γλυκαιμική κατάσταση των συμμετεχόντων μελετήθηκε προ και μετά την παρέμβαση με τον προσδιορισμό της HbA1c, τη διενέργεια δοκιμασίας από του στόματος ανοχής γλυκόζης (OGTT) μετά από 8ωρη νηστεία, τον προσδιορισμό των επιπέδων ινσουλίνης ορού κατά τη δοκιμασία OGTT και τον υπολογισμό του δείκτη HOMA-IR.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο τέλος της παρέμβασης, καταγράφηκε σημαντικό όφελος για τους εφήβους που έλαβαν μετφορμίνη με μείωση των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης νηστείας, των επιπέδων ινσουλίνης κατά την OGTT και βελτίωση του HOMA-IR. Η χορήγηση κρόκου Κοζάνης δεν επέφερε καμία σημαντική μεταβολή στα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης νηστείας, της HbA1c και HOMA-IR. Η χορήγηση κρόκου Κοζάνης επέφερε σημαντική μείωση των επιπέδων γλυκόζης στους χρόνους 90 min ($p<0,001$) και 120 min ($p:0,025$) της OGTT με συνοδό αριθμητική μείωση των επιπέδων ινσουλίνης στους ίδιους χρόνους (90 min: $p=0,049$, 120 min: $p=0,067$). Τέλος, είναι αξιοσημείωτο ότι μετά από 12 εβδομάδες συμμετοχής στην κλινική δοκιμή, το 44% του συνόλου των εφήβων συμμετεχόντων ($n=33$) δεν πληρούσε πλέον τα διαγνωστικά κριτήρια του προδιαβήτη. Καμία διαφορά δεν παρατηρήθηκε στη συχνότητα διάγνωσης προδιαβήτη στο πέρας της κλινικής δοκιμής, μεταξύ των τριών παρεμβάσεων που μελετήθηκαν [συχνότητα προδιαβήτη στο πέρας της μελέτης στην ομάδα κρόκου Κοζάνης: 15/25 (60%) vs ομάδα μετφορμίνης: 12/25 (48%) vs ομάδα placebo: 15/24 (62,5%), $p:0,546$].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο κρόκος Κοζάνης σε συνδυασμό με την υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση προσφέρει στατιστικά σημαντικό όφελος στη γλυκαιμική κατάσταση εφήβων με παχυσαρκία και προδιαβήτη.

ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗ ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΟΥΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΥΣ

Ι. Σφηνιαδάκης¹, Α.Ι. Παπαντωνάκη², Ε. Σφηνιαδάκη³, Ε. Μουστάκα²,
Χ. Αλμπάνη², Ι. Αναστασοπούλου², Α. Βίτσος², Μ. Ράλλης²

¹ Παθολογοανατόμος, Γενικός Ιατρός

² Τομέας Φαρμακευτικής Τεχνολογίας, Τμήμα Φαρμακευτικής ΕΚΠΑ

³ Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ελενα Βενιζέλου»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η περιοδοντική νόσος είναι μια φλεγμονώδης νόσος που οδηγεί στην καταστροφή των περιοδοντικών ιστών και την απώλεια φατνιακού οστού. Κύριος αιτιολογικός παράγοντας είναι η δυσβίωση του μικροβιώματος της στοματικής κοιλότητας, σε συνδυασμό με την ανοσολογική απόκριση του ξενιστή. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού μοντέλου πρόκλησης ουλίτιδας σε φυσιολογικούς και διαβητικούς μυς τύπου SKH-hr2, μιμούμενου την παθογένεση της νόσου στον άνθρωπο και η ανάπτυξη νέων πειραματικών μοντέλων τα οποία να προσομοιώνουν τη νόσο στον άνθρωπο, προκειμένου να γίνει εφικτή η μελέτη της παθογένεσής της και η δοκιμή νέων θεραπευτικών μεθόδων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ο ΣΔ προκλήθηκε μέσω ενδοπεριτοναϊκής έγχυσης στρεπτοζοτοκίνης (STZ) και η επαγωγή της ουλίτιδας επετεύχθη με τη μέθοδο της περίδεσης. Πραγματοποιήθηκε ιστοπαθολογική αξιολόγηση δειγμάτων ουλικού ιστού, κλινικές αξιολογήσεις, φωτογραφική απεικόνιση, μέτρηση του pH και της άδηλης απώλειας ύδατος (TEWL) του περιοδοντίου, καθώς και μετρήσεις του σωματικού βάρους και της γλυκόζης αίματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φλεγμονή, ερύθημα, οίδημα, αιμορραγία, αλλά και τερηδόνα παρατηρήθηκαν, ενώ ιστολογικά αναγνωρίστηκε παρουσία άφθονων ουδετερόφιλων πολυμορφοπύρηνων και λεμφοκυττάρων διάχυτα κατανεμημένων στους περιοδοντικούς ιστούς των φυσιολογικών και διαβητικών μυών που έλαβαν περίδεση καθώς και διάταση και υπεραιμία των αγγείων με συνοδό οίδημα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αναπτύχθηκε ένα εύκολο και αποτελεσματικό μοντέλο πειραματικής πρόκλησης ουλίτιδας, τόσο σε φυσιολογικούς, όσο και σε διαβητικούς μυς.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΜΕΤΡΟΥ ΜΕΣΗΣ (WC) ΚΑΙ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ (BMI) ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΩΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ ΑΝΑΦΟΡΑΣ
Στ. Παπαδάτος¹, Ι. Κουτσονάσιος², Μ. Μπουρδάκη³, Δ. Μπουρδάκη⁴, Α. Μπουρδάκης⁵

¹ Παθολογική Κλινική και Εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο, ΠΝΑ Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη»

² ΚΥ Πύλης Τρικάλων, 5^η ΥΠΕ

³ Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

⁴ Φοιτήτρια Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

⁵ Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Λιπιδίων-Παχυσαρκίας, ΓΝ Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η συσχέτιση του ΣΔτ2 με την παχυσαρκία μέσω της παθοφυσιολογίας της ινσουλινοα-ντίστασης είναι πλέον καλά τεκμηριωμένη. Η HbA1c αποτελεί δείκτη ρύθμισης του διαβήτη. Ποικίλες μέθοδοι εκτίμησης της παχυσαρκίας έχουν περιγραφεί, με συχνότερα χρησιμοποιούμενες τον δείκτη μάζας σώματος (BMI) και την περίμετρο μέσης (WC). Σκοπός της παρούσας είναι η μελέτη της συσχέτισης της HbA1c με το BMI και την WC στους παχύσαρκους ασθενείς κατά την πρωτοδιάγνωση του ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Στην αναδρομική αυτή μελέτη συμπεριλήφθηκαν οι παχύσαρκοι ασθενείς με ΣΔτ2 που επισκέφθηκαν το διαβητολογικό ιατρείο του ΓΝ Τρικάλων εντός του τελευταίου έτους. Οι ασθενείς είτε πρωτοδιαγνώθηκαν στο Διαβητολογικό Ιατρείο του νοσοκομείου, είτε παραπέμφθηκαν σε αυτό αμέσως μετά τη διάγνωση. Τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά (σωματικό βάρος, ύψος, περίμετρος μέσης) εντοπίστηκαν από τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών, όπως επίσης και η τιμή της HbA1c. Για τη στατιστική επεξεργασία των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό IBM SPSS 24.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι συμμετέχοντες ασθενείς (N=66, 66,7% άνδρες) είχαν μέση ηλικία 59,03±11,82 έτη (min 41, max 79), μέση HbA1c 9,96%±1,64% (min 7,0%, max 12,3%). Το μέσο BMI ήταν 32,59 ± 1,56 και η μέση περίμετρος μέσης 121,52 cm ± 15,07 cm. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων φάνηκε στατιστικά σημαντική ($p<0,05$) θετική συσχέτιση τόσο του BMI όσο και της WC με την HbA1c, με σαφώς ισχυρότερη συσχέτιση αυτή της WC ($r=0,706$ vs $r=0,385$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η εκτίμηση της περιμέτρου μέσης σε κάθε ασθενή με ΣΔτ2 είναι ένα απλό και χρήσιμο κλινικό εργαλείο και δεν θα πρέπει να παραλείπεται στην καθημερινή κλινική πράξη καθώς φαίνεται να συσχετίζεται καλά με το μεταβολικό προφίλ αυτών των ασθενών.

**ΓΕΝΕΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΥΓΙΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ:
ΜΙΑ ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ – ΜΑΡΤΥΡΩΝ**

Κ. Καλέσης¹, Π. Ρόιδος², Β. Νικολόπουλος³, Ν. Κατσίκη⁴, Κ. Κώτσα⁵, Θ. Κουφάκης⁶

¹ Τμήμα Ιατρικής ΑΠΘ

² Εργαστήριο Μοριακής Βιολογίας DNA Therapeutics, Θεσσαλονίκη

³ Τμήμα Κτηνιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

⁴ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδας

⁵ Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

⁶ Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η συνεχής αύξηση των περιστατικών παχυσαρκίας και Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) στον πληθυσμό αποτελεί μία από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για την παγκόσμια δημόσια υγεία. Η σύγχρονη έρευνα έχει αρχίσει να αποκαλύπτει τους γενετικούς πολυμορφισμούς που συνδέουν αυτές τις δύο καταστάσεις, προσφέροντας έτσι μια κατεύθυνση για πιο πλήρη κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η γενετική προδιάθεση συμβάλλει στην εμφάνισή τους. Ωστόσο, το γενετικό υπόβαθρο του φαινότυπου της «μεταβολικά υγιούς παχυσαρκίας» δεν έχει πλήρως αποσαφηνιστεί.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ασθενών – μαρτύρων ήταν η διερεύνηση της διαφοράς της συχνότητας των γονιδιακών πολυμορφισμών *TCF7L2* rs7903146, *FTO* rs9939609 και *PPARγ* rs1801282 μεταξύ δύο ομάδων πληθυσμού: Η πρώτη με παχυσαρκία ($\Delta\text{ΜΣ}>30 \text{ kg/m}^2$) χωρίς ΣΔτ2 (n=136, 54,4% γυναίκες, μέση ηλικία 50 έτη) και η δεύτερη με παχυσαρκία και ΣΔτ2 (n=121, 53,7% γυναίκες, μέση ηλικία 54 έτη). Επιπρόσθετος σκοπός ήταν η διερεύνηση της σχέσης αυτών των πολυμορφισμών με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι γονότυποι TT για τα γονίδια *TCF7L2* και *FTO* ήταν συχνότεροι στην ομάδα των ατόμων με ΣΔτ2 συγκριτικά με την ομάδα χωρίς ΣΔτ2 ($p<0,001$ και $p=0,006$ αντίστοιχα), υποδηλώνοντας πιθανό προδιαθεσικό ρόλο τους στην ανάπτυξη ΣΔτ2. Αντίθετα, ο ομόζυγος πολυμορφισμός στο *PPARγ*(GG) φαίνεται να διαδραματίζει προστατευτικό ρόλο με 79% μικρότερη πιθανότητα των φορέων να εμφανίσουν ΣΔτ2 ($p<0,001$). Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση κανενός πολυμορφισμού με τα επίπεδα της HbA1c.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η ύπαρξη συγκεκριμένων πολυμορφισμών στα γονίδια *TCF7L2*, *FTO* και *PPARγ* ενδεχομένως να σχετίζεται με τον κίνδυνο ανάπτυξης ΣΔτ2 σε άτομα με παχυσαρκία. Τα ευρήματα αυτά αναμένεται να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση της μοριακής υπογραφής αυτών των νοσημάτων που θα βελτιώσει και θα εξατομικεύσει την αντιμετώπιση.

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΝΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΙΝΚΡΕΤΙΝΟ-ΜΙΜΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΟ Η ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ: ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΚΤΥΟΥ

**Θ. Καραγιάννης, Κ. Μαλανδρή, Π. Κακοτρίχη, Δ. Βασιλάκου, Ι. Αυγερινός,
Κ. Τσάπα, Δ. Τσάπα, Ά Λιάκος**

Β' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Υπάρχει έλλειψη τυχαιοποιημένων ελεγχόμενων δοκιμών που να συγκρίνουν άμεσα την τιρζεπατίδη, την υποδόρια σεμαγλουτίδη και τη λιραγλουτίδη σε ενήλικες με υπέρβαρο ή παχυσαρκία. Πραγματοποιήσαμε μια μετα-ανάλυση δικτύου για να συγκρίνουμε αυτά τα τρία φάρμακα όσον αφορά την αποτελεσματικότητα και την ανεκτικότητά τους σε αυτόν τον πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ψάξαμε στο PubMed και στο Cochrane Central Register of Controlled Trials για τυχαιοποιημένες κλινικές μελέτες που αξιολογούσαν την τιρζεπατίδη 10 ή 15 mg άπαξ εβδομαδιαίως, τη σεμαγλουτίδη 2,4 mg άπαξ εβδομαδιαίως ή τη λιραγλουτίδη 3,0 mg άπαξ ημερησίως έναντι εικονικού φαρμάκου, σε ενήλικες με υπέρβαρο ($BMI \geq 27 \text{ kg/m}^2$ έως $<30 \text{ kg/m}^2$ και τουλάχιστον μία συνυπάρχουσα πάθηση σχετιζόμενη με το βάρος) ή με παχυσαρκία ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Πραγματοποιήσαμε μετα-ανάλυση δικτύου εφαρμόζοντας το μοντέλο τυχαίων επιδράσεων και υπολογίσαμε τη μέση διαφορά για την % μεταβολή από το αρχικό σωματικό βάρος και τον σχετικό κίνδυνο (Risk Ratio, RR) για την επίτευξη μείωσης του βάρους $\geq 5\%$ και για τη συχνότητα εμφάνισης γαστρεντερικών ανεπιθύμητων ενεργειών (ναυτία, έμετος και διάρροια).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τριάντα έξι μελέτες (35.378 συμμετέχοντες) συνεισέφεραν δεδομένα στη μετα-ανάλυση δικτύου. Η τιρζεπατίδη 15 mg ήταν η πιο αποτελεσματική όσον αφορά την % μείωση του σωματικού βάρους έναντι του εικονικού φαρμάκου ($-17,28\%$, $95\% \text{ CI } -19,39$ έως $-15,16$), ακολουδούμενη από την τιρζεπατίδη 10 mg, τη σεμαγλουτίδη 2,4 mg και τη λιραγλουτίδη 3,0 mg ($-4,80\%$, $-5,99$ έως $-3,60$). Στις συγκρίσεις μεταξύ των φαρμάκων, η τιρζεπατίδη 15 mg ήταν πιο αποτελεσματική σε σύγκριση με τα άλλα τρία συγκριτικά φάρμακα, ενώ η τιρζεπατίδη 10 mg και η σεμαγλουτίδη 2,4 mg ήταν πιο αποτελεσματικές από τη λιραγλουτίδη 3,0 mg. Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, ο RR για την επίτευξη μείωσης του βάρους $\geq 5\%$ ήταν 2,65 (2,06 έως 3,42) για την τιρζεπατίδη 15 mg, 2,61 (1,92 έως 3,55) για την τιρζεπατίδη 10 mg, 2,48 (2,02 έως 3,03) για τη σεμαγλουτίδη 2,4 mg και 2,07 (1,77 έως 2,42) για τη λιραγλουτίδη 3,0 mg, χωρίς διαφορές μεταξύ των φαρμάκων. Σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο, όλα τα φάρμακα αύξησαν τον κίνδυνο για γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες. Αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των φαρμάκων παρατηρήθηκαν για την τιρζεπατίδη 15 mg έναντι της λιραγλουτίδης στον έμετο και για τις δύο δόσεις τιρζεπατίδης έναντι της σεμαγλουτίδης και της λιραγλουτίδης στη διάρροια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η τιρζεπατίδη υπερέιχε έναντι της σεμαγλουτίδης 2,4 mg και της λιραγλουτίδης 3,0 mg όσον αφορά τη μείωση του βάρους αλλά συσχετίστηκε με υψηλότερο κίνδυνο για γαστρεντερικές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΤΕΑΤΙΚΗΣ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ (MASLD)

Β. Αναστασόπουλος¹, Ε. Καλαφάτης¹, Δ. Στεφανή¹, Μ. Οικονομίδη¹, Α. Κυριαζή², Κ. Φιλίππου³, Ι. Κυριαζής³

¹ Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ ΚΑΤ

² Τμήμα Φαρμακευτικής, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου

³ Ιατρείο Διαταραχών Σωματικού Βάρους, ΓΝΑ ΚΑΤ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Πολλές και σημαντικές είναι οι μελέτες που υποστηρίζουν τις επιδράσεις της μετφορμίνης στην απώλεια βάρους σε ενήλικες με παχυσαρκία και χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

34 παχύσαρκα άτομα, ασθενείς του ιατρείου διαταραχών σωματικού βάρους του νοσοκομείου μας, συμμετείχαν σε διπλά τυφλή, τυχαιοποιημένη μελέτη. Το εικονικό φάρμακο (P, n=17) και η μετφορμίνη (M, n=17) χορηγήθηκαν για 180 ημέρες σε συνδυασμό με ολιγοθερμιδική διαίτα (-700 kcal ημερησίως από την υπολογισμένη εξατομικευμένη ημερήσια ενεργειακή κατανάλωση) και ήπιο πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών στοιχείων και μέτρηση λεπτίνης στην αρχή και στο τέλος του προγράμματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι κύριες πηγές αποδεικτικών στοιχείων για την απώλεια βάρους με μετφορμίνη σε άτομα χωρίς ΣΔτ2 προέρχονται από το Πρόγραμμα Πρόληψης Διαβήτη (DPP) και τη μακροπρόθεσμη παρακολούθησή της, καθώς και τη Μελέτη Αποτελεσμάτων του Προγράμματος Πρόληψης Διαβήτη (DPPOS). Στους δικούς μας ασθενείς, σε σχέση με το placebo η χορήγηση μετφορμίνης επέτρεψε μεγαλύτερη μείωση στο σωματικό βάρος (BW) ($-3,4 \pm 1,8$ έναντι $-0,8 \pm 0,6$ kg, $p<0,01$), το σωματικό λίπος (BF) ($-1,5 \pm 0,9$ vs $-0,5 \pm 0,7$ kg, $p<0,01$), τη συγκέντρωση λεπτίνης πλάσματος ($-4,9 \pm 8,1$ έναντι $-2,1 \pm 9,9$ ng/mL, $p<0,05$). Επιπρόσθετα, στα άτομα που έλαβαν θεραπεία με μετφορμίνη, διαπιστώθηκε αυτόβουλη ενίσχυση της ολιγοθερμιδικής διαίτας που τους είχε δοθεί κατά -200 έως -300 kcal ημερησίως. Οι προτεινόμενοι μηχανισμοί που διέπουν τις επιδράσεις της μετφορμίνης στο σωματικό βάρος ενδεχομένως να είναι: α) Καταστολή της όρεξης μέσω αυξημένης έκκρισης γλυκαγόνης πεπτιδίου 1 και πεπτιδίου YY και αυξημένης ευαισθησίας του υποθαλάμου στη λεπτίνη, β) Αλλοίωση του μικροβιώματος του εντέρου και προκαλούμενη έκφραση και έκκριση του GDF15 (growth-differentiating factor 15), ο οποίος μειώνει την πρόσληψη τροφής, τη μάζα σώματος, την ινσουλίνη νηστείας και τη δυσανεξία στη γλυκόζη. Σε ό,τι αφορά τη MASLD, κατά την έναρξη η μέση βαθμολογία FIB-4 ήταν 1,51. 6,4% των ασθενών είχε προχωρημένη ηπατική ίνωση και 33,2% είχε λιπώδες ήπαρ. Στο τέλος της καταγραφής η μέση βαθμολογία FIB-4 μειώθηκε από 1,51 σε 1,38 ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Το μέγεθος της απώλειας βάρους που προκαλείται από τη μετφορμίνη σε παχύσαρκους ασθενείς χωρίς διαβήτη είναι μέτριο αλλά κλινικά σημαντικό και επιτυγχάνεται με χαμηλό κόστος με έναν παράγοντα που έχει αποδεδειγμένη μακροχρόνια ασφάλεια, λίγες σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες και καλά τεκμηριωμένα ευνοϊκά μη γλυκαιμικά αποτελέσματα. Τέλος, τα δεδομένα μας αναφορικά με την υπάρχουσα MASLD υποδεικνύουν ότι η μετφορμίνη μπορεί να βελτιώσει την ηπατική νόσο σε ασθενείς με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ
ΜΕ ΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΣΤΡΕΣ
ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Α.Μ. Βασιλείου¹, Β. Βοσκίδου², Ε. Αφεντίδου², Λ. Κουζνέτσοβα², Α. Ναλμπάντη², Β. Ταπαζίδης¹, Κ. Καζάκος¹

¹ Πανεπιστημιακό Εργαστήριο Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού ΔΙΠΑΕ, ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»

² Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», ΔΙΠΑΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η παχυσαρκία αποτελεί νόσο με σημαντικές συννοσηρότητες και επιπτώσεις, μεταξύ αυτών και η επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών. Αυτό αφορά και τα άτομα με ΣΔτ2. Επιπλέον, τα αυξημένα επίπεδα στρες στην καθημερινή ζωή επηρεάζουν αρνητικά τις γνωστικές λειτουργίες των ατόμων αυτών.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμήσει τον ρόλο της παχυσαρκίας και της διατροφής σε σχέση με τις γνωστικές λειτουργίες και το στρες σε άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 30 ασθενείς με ΣΔτ2 (51% άνδρες και 49% γυναίκες), ηλικίας 62 ± 10 , με μέση διάρκεια διαβήτη $9,5 \pm 7$ έτη, μέσο BMI 32 ± 7 και μέση WC 111 ± 11 cm. Εξ αυτών, το 40% ήταν καπνιστές. Η εκτίμηση της προσκόλλησης στα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής έγινε με το ερωτηματολόγιο Mediterranean Diet Score-11 (MDS-11). Για την αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών χρησιμοποιήθηκε το Mini Mental State Examination (MMSE) και για την καταγραφή και αξιολόγηση στρεσογόνων παραγόντων στην καθημερινή ζωή χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Perceived Stress Scale (PSS-14).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση HbA1c των υπό μελέτη ατόμων ήταν $7,1 \pm 1,1$. Παρουσίαζαν συστολική υπέρταση σε ποσοστό 65% και το μέσο CV score (SCORE2-DIABETES) ήταν 18 ± 7 . Οι μέσες βαθμολογίες που επιτεύχθηκαν στα ερωτηματολόγια ήταν 28 ± 2 στο MMSE, 33 ± 5 στο MDS-11 και 26 ± 8 στο PSS-14. Οι τιμές αυτές αντικατοπτρίζουν ικανοποιητικές γνωστικές λειτουργίες, μέση προς αυξημένη προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή και μέτρια έως αυξημένα επίπεδα στρες στην καθημερινή ζωή αντίστοιχα. Σημαντικές συσχετίσεις διαπιστώθηκαν ανάμεσα στην ηλικία και το MDS-11 ($r = 0,4$, $p = 0,01$), ανάμεσα στο BMI και τα αποτελέσματα του PSS-14, του MDS-11 και το CV score ($r = 0,3$, $p = 0,5$, $r = -0,3$, $p = 0,05$ και $r = -0,3$, $p = 0,05$ αντίστοιχα) και ανάμεσα στο MMSE και την HbA1c ($r = -0,4$, $p = 0,02$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η μεσογειακή διατροφή αποτελεί σημαντικό όπλο στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη και ικανοποιητικός αριθμός ατόμων με ΣΔτ2 ακολουθεί τις συστάσεις. Επιπλέον, υπάρχουν αμφίδρομες σχέσεις μεταξύ του σακχαρώδη διαβήτη, της τήρησης των διατροφικών συστάσεων και του στρες, που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης. Για τον λόγο αυτό, απαιτούνται περισσότερες συγκριτικές μακροχρόνιες μελέτες και σε μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.

ΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Α.Μ. Βασιλείου¹, Β. Βελισσαρίδου², Στ. Γκλαβά², Α. Γκάργκα², Β. Τσελεκίδου²,
Β. Ταπαζίδης¹, Κ. Καζάκος¹

¹ Πανεπιστημιακό Εργαστήριο Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, ΔΙΠΑΕ, ΓΝΘ «Άγιος Δημήτριος»

² Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», ΔΙΠΑΕ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Είναι πλέον αδιαμφισβήτητο το γεγονός ότι και οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 μπορεί να παρουσιάσουν με την πάροδο του χρόνου αντίσταση στην ινσουλίνη (IR). Η αντίσταση αυτή δύναται να πυροδοτηθεί από πλειάδα παραγόντων και αποτελεί κυρίως το αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ γενετικής προδιάθεσης του ατόμου και του τρόπου ζωής του, αυξάνει δε τον κίνδυνο διαβητικών επιπλοκών. Αίτια IR επί ΣΔτ1 αποτελούν μεταξύ άλλων, η γενετική προδιάθεση, η ηλικία, η φυλή, το φύλο, η παχυσαρκία, η διάρκεια του διαβήτη κ.ά.

Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν να εκτιμήσει την παρουσία αντίστασης στην ινσουλίνη σε άτομα με ΣΔτ1.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Μελετήθηκαν 64 άτομα με ΣΔτ1 (40% άνδρες και 60% γυναίκες), ηλικίας $49 \pm 1,3$, με μέση διάρκεια ΣΔτ1 24 ± 14 έτη και μέσο BMI $27,8 \pm 7,9$. Εξ αυτών, το 38% ήταν καπνιστές. Για την αξιολόγηση της IR χρησιμοποιήθηκαν οι δείκτες Triglyceride-Glucose Index (TyG) και Estimated Glucose Disposal Rate (eGDR), ενώ παράλληλα εκτιμήθηκαν και τα AGEs του δέρματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση HbA1c των υπό μελέτη ατόμων ήταν $8,4 \pm 2,1$, ο δείκτης TyG $6,5 \pm 2,0$ και η eGDR $6,2 \pm 2,6$. Επίσης, το μέσο CV score (SCORE2-DIABETES) ήταν $11,5 \pm 7,5$ και δεν διέφερε ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, αλλά συσχετίστηκε σημαντικά με την ηλικία ($r=0,7$, $p=0,000$). Οι άνδρες είχαν κατά μέσο όρο σημαντικά μεγαλύτερη WC από τις γυναίκες ($r=0,4$, $p=0,03$). Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές συσχετίσεις των δεικτών TyG και eGDR με τη διάρκεια διαβήτη, το BMI, τα επίπεδα AGEs του δέρματος και το κάπνισμα. Σημαντική συσχέτιση διαπιστώθηκε ανάμεσα στην περιφέρεια μέσης (WC) και τον δείκτη TyG ($r=0,4$, $p=0,02$) καθώς επίσης και ανάμεσα στη συστολική πίεση (SP) και τον δείκτη eGDR ($r=0,9$, $p=0,000$). Σημαντικές επίσης συσχετίσεις διαπιστώθηκαν ανάμεσα στο BMI και τη διάρκεια διαβήτη αλλά και με τα AGEs του δέρματος ($r=0,5$, $p=0,01$, $r=0,4$, $p=0,05$), αντίστοιχα. Τέλος, στατιστικά σημαντική ήταν και η συσχέτιση του δείκτη TyG προς τον δείκτη eGDR ($r=0,39$, $p=0,07$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση της παρουσίας IR αποτελεί σημαντική παράμετρο της συνολικής εκτίμησης των ατόμων με ΣΔτ1, γιατί παρέχει πληροφορίες απαραίτητες για την καλύτερη εκτίμηση και παρακολούθηση των ασθενών. Παρ' όλα αυτά οι δείκτες TyG και eGDR δεν φαίνεται να είναι αξιόπιστοι και θα πρέπει να χρησιμοποιούνται με επιφύλαξη.

ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΠΙ ΝΟΣΟΓΟΝΟΥ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ

**Λ. Αθανασίου¹, Ι. Κώστογλου-Αθανασίου², Α. Κωνσταντίνου³,
Ξ. Ποιμενίδου³, Π. Αθανασίου⁴**

¹ Ρευματολογικό Τμήμα, ΓΝ «Ασκληπείο Βούλας»

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτη, Μεταβολισμού, ΓΝ «Ασκληπείο Βούλας»

³ Β' Παθολογική Κλινική, ΓΝ «Ασκληπείο Βούλας»

⁴ Ρευματολογική Κλινική, ΓΝΘ «Άγιος Παύλος»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η νοσογόνος παχυσαρκία συνοδεύεται από πολλαπλές συννοσηρότητες και μπορεί να σχετίζεται με αυξημένο κίνδυνο θνητότητας. Εκδηλώσεις από το κυκλοφορικό μπορεί να συνοδεύουν τη νοσογόνο παχυσαρκία και μπορεί να ευθύνονται για την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) μπορεί να συνοδεύει τη νοσογόνο παχυσαρκία. Ωστόσο, η καρδιακή ανεπάρκεια ως πρώτη εκδήλωση νόσου του καρδιαγγειακού συστήματος σε ασθενείς με ΣΔτ2 και νοσογόνο παχυσαρκία είναι μια λιγότερο αναγνωρισμένη επιπλοκή της νόσου. Σκοπός ήταν η περιγραφή της καρδιακής ανεπάρκειας ως πρώτης εκδήλωσης καρδιαγγειακής συννοσηρότητας σε ασθενείς με ΣΔτ2 και νοσογόνο παχυσαρκία.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Περιγράφεται ομάδα 10 ασθενών με νοσογόνο παχυσαρκία (3 ασθενών θήλεος και 7 αρρενος φύλου) ηλικίας $43,8 \pm 6,9$ ετών (μέση τιμή $\pm$ SD). Οι ασθενείς είχαν MBI $51,3 \pm 3,8$ kg/m². Όλοι είχαν ΣΔτ2. 2 ασθενείς ελάμβαναν δισκία για τη ρύθμιση του ΣΔτ2, 2 ελάμβαναν ινσουλίνη και οι λοιποί ασθενείς ρυθμιζονταν με δίαιτα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς προσήλθαν για εκτίμηση συμπτωμάτων όπως η πλημμελής ικανότητα για άσκηση και το οίδημα κάτω άκρων. Εκτιμήθηκαν μεταβολικά. Η καρδιολογική εκτίμηση ανέδειξε την παρουσία καρδιακής ανεπάρκειας. Τέθηκαν σε αγωγή με GLP-1 αγωνιστές και SGLT-2 αναστολείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η νοσογόνος παχυσαρκία επηρεάζει πολλαπλώς δυσμενώς την ποιότητα ζωής. Η νόσος είναι δύσκολη και ανθεκτική στην προσπάθεια θεραπείας. Οι ασθενείς παρά το γεγονός ότι γνωρίζουν το πρόβλημα και μπορεί να προσπαθούν να χάσουν βάρος, είτε δεν επιτυγχάνουν τον στόχο τους είτε υποτροπιάζουν. Η καρδιακή ανεπάρκεια ως πρώτη εκδήλωση προσβολής του καρδιαγγειακού συστήματος στη νοσογόνο παχυσαρκία επηρεάζει έτι περαιτέρω δυσμενώς την ποιότητα ζωής και μπορεί να οδηγήσει σε πρόωγη θνητότητα. Σε μελέτες που έγιναν σε διάφορους πληθυσμούς η παχυσαρκία που συνοδεύεται από διατροφικές ανεπάρκειες μπορεί να επηρεάζει δυσμενώς το remodeling της καρδιάς. Οι ασθενείς με νοσογόνο παχυσαρκία θα πρέπει να ενημερώνονται από τους θεράποντες για τις πιθανές πρόωμες και σοβαρές επιπώσεις της νόσου στο καρδιαγγειακό. Η εισαγωγή των αγωνιστών GLP-1 και των αναστολέων SGLT-2 στη θεραπευτική του ΣΔτ2 μπορεί να συμβάλει στην πρόληψη αυτής της σοβαρής εκδήλωσης της νοσογόνου παχυσαρκίας.

ΟΙ ΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΤΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΔΕΥΤΕΡΗΣ ΓΕΝΙΑΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΝΕΦΡΩΝ

Ε. Παπατριανταφύλλου¹, Δ. Ευθυμίου², Μ. Μαρκοπούλου³,
Ε.Μ. Σακελλαρίου⁴, Α. Βασιλοπούλου¹

¹ Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, ΔΙΠΑΕ

² Ψυχίατρος

³ Τμήμα Ιατροδικαστικής Ψυχιατρικής, ΨΝΘ

⁴ Ψυχιατρική Κλινική, ΠΓΝ Λάρισας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς (SGAPs) προκαλούν μεταβολικές και φλεγμονώδεις παρενέργειες, αλλά η τεκμηρίωση των επιδράσεών τους στο ήπαρ και τα νεφρά είναι σπάνια.

ΣΚΟΠΟΣ ΚΑΙ ΥΛΙΚΟ

Μελέτη τριετούς διακύμανσης επιλεγμένων δεικτών νεφρικής και ηπατικής λειτουργίας σε ιατροδικαστικούς ψυχιατρικούς ασθενείς (N=35) που λαμβάνουν αντιψυχωσικά δεύτερης γενιάς για περισσότερα από πέντε χρόνια.

ΜΕΘΟΔΟΙ

Οι ιατροδικαστικοί ψυχιατρικοί ασθενείς με ψυχωσικές διαταραχές ταξινομήθηκαν σε δύο ομάδες με βάση τον τύπο των αντιψυχωσικών με τα οποία θεραπεύονταν, ανάλογα με τον κίνδυνο αύξησης βάρους και μεταβολικών επιπλοκών. Το τριετές ιστορικό φαρμακευτικής αγωγής, τα ανθρωπομετρικά δεδομένα και τα βιοχημικά δεδομένα σχετικά με τη νεφρική και ηπατική λειτουργία ανακτήθηκαν από τα μεμονωμένα ιατρικά αρχεία και συγκεκριμένα τα επίπεδα ουρίας, ουρικού οξέος, κρεατινίνης, αλκαλικής φωσφατάσης, αμυλάσης, SGOT, SGPT, γ-GT, καθώς και C-αντιδρώσα πρωτεΐνης (CRP).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Οι ασθενείς που έλαβαν τα SGAP με χαμηλό κίνδυνο αύξησης βάρους δεν εμφάνισαν σημαντική διακύμανση στους βιοχημικούς δείκτες κατά την τριετία. Οι ασθενείς που έλαβαν τα αντιψυχωσικά με υψηλό κίνδυνο αύξησης βάρους εμφάνισαν σημαντικές διαφορές μεταξύ τουλάχιστον δύο μετρήσεων ουρικού οξέος ($p=0,015$), SGOT ($p=0,018$) και SGPT ($p=0,051$). Επιπλέον, έδειξαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα κρεατινίνης το τρίτο έτος σε σύγκριση με το δεύτερο έτος ($p=0,029$) και SGOT το δεύτερο έτος σε σύγκριση με το πρώτο ($p=0,038$) και χαμηλότερα επίπεδα SGPT τον τρίτο χρόνο σε σύγκριση με τον δεύτερο ($p=0,024$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Εκτός από την εξέταση πιθανών μεταβολικών και φλεγμονωδών επιπλοκών, η επιλογή ενός αντιψυχωσικού φαρμάκου για μακροχρόνια θεραπεία θα πρέπει επίσης να λαμβάνει υπόψη τον κίνδυνο ηπατοτοξικότητας και νεφρικής βλάβης.

ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΚΑΙ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΚΑΙ ΝΕΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΜΕ ΕΞΑΡΤΗΣΗ ΑΠΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΑ ΠΑΙΧΝΙΔΙΑ

**Α. Παπαδάτου¹, Εμ. Μανιαδάκης², Στ. Παπαδάτος³, Δ. Καλφούντζος³,
Δ. Μπουρδάκη⁴, Μ. Μπουρδάκη⁵, Α. Μπουρδάκης⁶**

¹ Université de Strasbourg, Partenariat avec le Scientific College of Greece

² Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

³ Παθολογική Κλινική και Εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο, ΠΝΑ Σπηλιοπούλειο «Η Αγία Ελένη»

⁴ Φοιτήτρια Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

⁵ Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

⁶ Διαβητολογικό Ιατρείο και Ιατρείο Λιπιδίων-Παχυσαρκίας, ΓΝ Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάπτυξη των νέων τεχνολογιών και η αυξανόμενη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης έχει σχετιστεί με φαινόμενα εξάρτησης από το διαδίκτυο. Πλέον στην πέμπτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-5) περιλαμβάνεται η Διαταραχή Διαδικτυακών Παιχνιδιών (IGD), με συγκεκριμένα διαγνωστικά κριτήρια και φαίνεται, βιβλιογραφικά, να επηρεάζει τη συνολική υγεία των νέων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Αναδρομική μελέτη 101 ιατρικών φακέλων εφήβων και νέων ενηλίκων που εξετάστηκαν στο εξωτερικό ιατρείο – ιατρείο λιπιδίων το τελευταίο έτος. Ρωτήθηκαν τηλεφωνικά για το αν ασχολούνται με διαδικτυακά παιχνίδια και όσοι απάντησαν θετικά ελέγχθηκαν σε επανεξέταση για πιθανή IGD. Καταγράφηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι προσέλευσης, η πιθανή λήψη φαρμακευτικής αγωγής, έξεις και συνήθειες. Εξαιρέθηκαν οι διαγνωσθέντες με οικογενείς ή δευτεροπαθείς μορφές υπερλιπιδαιμίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Πάνω από 7 στους 10 εφήβους και νέους ενήλικες με κάθε τύπο υπερλιπιδαιμίας φάνηκε πως ασχολούνται με διαδικτυακά παιχνίδια. Συγκριτικά με όσους δεν ασχολούνται με αυτά, οι παίκτες ηλεκτρονικών παιχνιδιών έχουν υψηλότερες τιμές τριγλυκεριδίων ($p<0,01$) και χαμηλότερες τιμές HDL ($p<0,01$), οι δε ώρες ενασχόλησης με το διαδίκτυο συσχετίστηκαν θετικά με τα επίπεδα τριγλυκεριδίων. Πέντε άρρενες πληρούσαν τα κριτήρια για IGD και παραπέμφθηκαν για ψυχιατρική συναξιολόγηση και ψυχοθεραπευτική παρέμβαση. Όλοι εξ αυτών παρουσίαζαν, μεταξύ των υπολοίπων, τις ακρότατες τιμές LDL, πλημμελή συμμόρφωση στις υγιεινοδιαιτητικές παρεμβάσεις και είχαν τεθεί εξ αρχής σε υπολιπιδαιμικό παράγοντα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Μεγάλο ποσοστό των εφήβων και νέων ενηλίκων με διαταραχές λιπιδίων που εξετάστηκαν αφιερώνουν πολλές ώρες σε ηλεκτρονικά παιχνίδια. Στο μικρό δείγμα ασθενών η γενίκευση συμπερασμάτων δεν είναι δυνατή. Απαιτούνται μεγαλύτερες και καλά σχεδιασμένες μελέτες προκειμένου να αποδειχθεί σύνδεση της διαταραχής των λιπιδαιμικών παραμέτρων με την εξάρτηση από διαδικτυακά παιχνίδια.

Η ΠΡΕΣΕΨΙΝΗ ΩΣ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Δ. Κουρούπης¹, Ι. Ζωγράφου¹, Αικ. Μπαλάσκα¹, Α. Σαρβάνη¹, Π. Δουκέλης¹, Κ. Κώτσα², Μ. Δούμας¹, Θ. Κουφάκης¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

² Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η συστηματική φλεγμονή συνιστά καλά αναγνωρισμένη αιτία αλλά και συνέπεια της μεταβολικής απορρύθμισης στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Η πρεσεψίνη αποτελεί πρόσφατα ανακαλυφθέντα δείκτη βακτηριακής λοίμωξης και σήψης. Πρόδρομα δεδομένα καταδεικνύουν πως τα επίπεδα του λιποπολυσακχαρίτη των Gram αρνητικών βακτηρίων, ο οποίος αποτελεί προσδότη της πρεσεψίνης, είναι αυξημένα σε άτομα με ΣΔ ως αποτέλεσμα της εντερικής δυσβίωσης και της επακόλουθης διάσπασης του εντερικού φραγμού. Συνεπώς, υποθέσαμε ότι η πρεσεψίνη μπορεί να αντανakλά τη μεταβολική απορρύθμιση στον ΣΔ. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν ο προσδιορισμός των επιπέδων πρεσεψίνης σε ελεύθερους λοιμώξης ασθενείς με ΣΔ και η συσχέτισή τους με κλινικές, εργαστηριακές και δημογραφικές παραμέτρους.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Συνολικά 72 άτομα συμπεριλήφθησαν στη μελέτη χωρισμένοι στις ακόλουθες ομάδες: καλά ρυθμισμένος ΣΔτ2 (n=19), αρρύθμιστος ΣΔτ2 (n=23), καλά ρυθμισμένος ΣΔτ1 (n=10), αρρύθμιστος ΣΔτ1 (n=10) και νορμογλυκαιμικοί μάρτυρες (n=10). Αποκλείστηκαν άτομα με χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα, όπως κολλαγονώσεις και κακοήθειες, καθώς και πρόσφατες (εντός τριμήνου) λοιμώξεις. Ως κριτήριο καλής γλυκαιμικής ρύθμισης χρησιμοποιήθηκε η τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης <7%. Κλινικές, εργαστηριακές και δημογραφικές παράμετροι συλλέχθηκαν από τους συμμετέχοντες, ενώ η πρεσεψίνη μετρήθηκε στον ορό με τη μέθοδο ELISA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παρατηρήσαμε θετική, σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στα επίπεδα της πρεσεψίνης και τη διάρκεια του ΣΔ ($p=0,008$). Μετά από προσαρμογή για την επίδραση της διάρκειας του ΣΔ, παρατηρήθηκαν σημαντικά χαμηλότερα επίπεδα πρεσεψίνης στην ομάδα του καλά ρυθμισμένου ΣΔτ2 συγκριτικά με την ομάδα του καλά ρυθμισμένου ΣΔτ1 ($1,86 \pm 1,24$ vs $5,00 \pm 7,60$ ng/ml, $p=0,01$). Ως αναμενόταν, η χρήση στατινών, αντιυπερτασικών και μη ινσουλινικών αντιδιαβητικών αγωγών ήταν συντριπτικά συχνότερη στην ομάδα του καλά ρυθμισμένου ΣΔτ2 συγκριτικά με την αντίστοιχη του ΣΔτ1 ($p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη στη βιβλιογραφία στην οποία η πρεσεψίνη μετρείται σε άτομα με ΣΔ χωρίς λοίμωξη. Φαίνεται πως τα επίπεδα πρεσεψίνης μειώνονται στον καλά ρυθμισμένο ΣΔτ2. Αν και ο συγχρονικός χαρακτήρας της μελέτης δεν επιτρέπει την αναγνώριση αιτιολογικών συσχετίσεων, οι αντιφλεγμονώδεις δράσεις των φαρμακευτικών παραγόντων που χρησιμοποιούνται στη διαχείριση του νοσήματος πιθανώς να διαμεσολαβούν τα ευρήματα.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΠΡΕΣΕΨΙΝΗΣ ΟΡΟΥ ΚΑΙ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΕΛΕΥΘΕΡΟΥΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ι. Ζωγράφου¹, Δ. Κουρούπης¹, Αικ. Μπαλάσκα¹, Α. Βαρουκτσή¹, Γ. Δημακόπουλος²,
Π. Δουκέλης¹, Μ. Δούμας¹, Θ. Κουφάκης¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΝΘ «Ιπποκράτειο»

² BIOSTATS, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η εντερική δυσβίωση η οποία παρατηρείται στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) οδηγεί σε αυξημένα κυκλοφορούντα επίπεδα του βακτηριακού λιποπολυσακχαρίτη (LPS) μέσω διάσπασης του εντερικού φραγμού. Το φαινόμενο αυτό πιστεύεται ότι συμβάλλει στη γένεση και διατήρηση της συστηματικής φλεγμονής στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Η πρεσεψίνη, η οποία εκφράζεται στην επιφάνεια των μακροφάγων, συνδέεται με τον LPS στο πλαίσιο της ανοσιακής απάντησης και αποτελεί πρόσφατα ανακαλυφθέντα βιοδείκτη σήψης. Δεδομένης της αμφίδρομης σχέσης της γλυκαιμικής μεταβλητότητας με τη φλεγμονή, υποθέσαμε ότι τα κυκλοφορούντα επίπεδα πρεσεψίνης μπορεί να σχετίζονται με δείκτες συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (ΣΚΓ) σε άτομα με ΣΔτ1 ακόμη και αν αυτά είναι ελεύθερα λοίμωξης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Συμπεριλάβαμε 20 άτομα με ΣΔτ1 τα οποία δεν είχαν ιστορικό πρόσφατης λοίμωξης ή χρόνιας φλεγμονώδους διαταραχής, όπως αυτοάνοσα νοσήματα ή κακοήθειες. Έξι συμμετέχοντες χρησιμοποιούσαν αντλία ινσουλίνης και οι υπόλοιποι ήταν σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων. Δώδεκα ασθενείς χρησιμοποιούσαν ΣΚΓ. Από τις καταγραφές των τελευταίων 14 ημερών, εξήχθησαν ο χρόνος εντός στόχου (TIR), ο χρόνος άνω του στόχου, ο χρόνος κάτω του στόχου, ο δείκτης διαχείρισης γλυκόζης (GMI), ο συντελεστής μεταβλητότητας και ο μέσος όρος των τιμών γλυκόζης. Το εύρος στόχου για όλους τους ασθενείς τέθηκε μεταξύ 70 και 180 mg/dl. Οι συμμετέχοντες χωρίστηκαν σε ομάδες καλής και κακής ρύθμισης με βάση τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη τους (<7% και ≥7% αντίστοιχα), ενώ η πρεσεψίνη μετρήθηκε στον ορό με τη μέθοδο ELISA.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα πρεσεψίνης μεταξύ των ομάδων καλής και πτωχής ρύθμισης [2,22 (4,20) vs 2,48 (4,04) ng/ml, $p=0,43$]. Οι τιμές πρεσεψίνης παρουσίασαν θετική συσχέτιση με τον δείκτη GMI ($r=0,575$) και αρνητική συσχέτιση με τον δείκτη TIR ($r=-0,525$). Και στις δύο περιπτώσεις τα αποτελέσματα άγγιξαν τη στατιστική σημαντικότητα (p : 0,06 και 0,07 αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη στη βιβλιογραφία στην οποία η πρεσεψίνη συσχετίζεται με δείκτες ΣΚΓ σε άτομα με ΣΔτ1. Τα ευρήματα υποστηρίζουν πως η εντερική δυσβίωση στον ΣΔτ1 σχετίζεται με τη γλυκαιμική ρύθμιση, είτε ως αιτία είτε ως συνέπεια. Επίσης, επιβεβαιώνουν προηγούμενες παρατηρήσεις μας σχετικά με την αξία της πρεσεψίνης ως πιθανού δείκτη μεταβολικού ελέγχου σε ασθενείς με ΣΔ ελεύθερους λοίμωξης. Μεγαλύτερες μελέτες απαιτούνται για την επιβεβαίωση αυτών των ευρημάτων.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΣΤΗΝ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ

Σ. Πιλήλης, Αικ. Κουντούρη¹, Στ. Λάμπας¹, Λ. Πλιούτα¹, Κ. Κατωγιάννης¹,
Σ. Λιβαδάς², Ι. Οικονομίδης³, Β. Λαμπαδιάρη¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

² Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

³ Β' Καρδιολογική Κλινική, ΠΓΝ «Αττικόν»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Η αντίσταση στην ινσουλίνη και οι επακόλουθες καρδιομεταβολικές διαταραχές αποτελούν βασικές συνιστώσες της παθογένειας του συνδρόμου των πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ). Τα δεδομένα σχετικά με την παρουσία υποκλινικής ή κλινικής καρδιαγγειακής νόσου στο ΣΠΩ ανεξάρτητα από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι αντικρουόμενα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση των μεταβολών στο πάχος του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα και η συσχέτιση με την οξεία μεταβολή των επιπέδων γλυκόζης και ινσουλίνης κατά τη διάρκεια δοκιμασίας ανοχής στη γλυκόζη (OGTT).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 30 γυναίκες με ΣΠΩ στις οποίες διενεργήθηκε OGTT. Στους χρόνους 0', 60', 120' της OGTT προσδιορίστηκαν η γλυκόζη, η ινσουλίνη και το perfused boundary region (PBR) του υπογλώσσιου τριχοειδικού δικτύου. Υψηλές τιμές PBR αντιστοιχούν σε μειωμένο πάχος γλυκοκάλυκα. Η αντίσταση στην ινσουλίνη εκτιμήθηκε με τον δείκτη Matsuda.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Η μέση ηλικία του υπό μελέτη πληθυσμού ήταν 33±10 έτη και ο δείκτης μάζας σώματος 30±8 kg/m². Στον χρόνο 0' της OGTT ο δείκτης Matsuda (3±0,9) συσχετίσθηκε με την τιμή του PBR (r=0,310, p=0,019). Κατά τη διάρκεια της OGTT παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική αύξηση στην τιμή του PBR (F=8,26, p=0,025). Στον χρόνο 60', η ποσοστιαία μεταβολή της γλυκόζης και της ινσουλίνης συσχετίστηκε με την ποσοστιαία μεταβολή του PBR (r=0,278, p=0,038 και r=0,299, p=0,0025 αντίστοιχα). Στον χρόνο 120', η ποσοστιαία μεταβολή της γλυκόζης συσχετίσθηκε με την ποσοστιαία μεταβολή του PBR (r=0,245, p=0,041) (Πίνακας 1).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι γυναίκες με ΣΠΩ παρουσιάζουν διαταραχή της ενδοθηλιακής λειτουργίας όπως αυτή υποδηλώνεται από τη μείωση του πάχους του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα κατά τη διάρκεια της OGTT. Η οξεία μεταβολή της γλυκόζης σε συνδυασμό με την αντίσταση στην ινσουλίνη οδηγούν σε οξεία διαταραχή του ενδοθηλιακού γλυκοκάλυκα σε γυναίκες με ΣΠΩ. Περισσότερες μελέτες απαιτούνται για να αποσαφηνιστεί αν οι γυναίκες με ΣΠΩ πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου με την επιλογή αντίστοιχων θεραπευτικών παρεμβάσεων.

Χρόνος (λεπτά)	0'	60'	120'
Γλυκόζη (mg/dl)	94±15,82	144±18,5	124±20,07
Ινσουλίνη (μU/ml)	23,51±10,27	85,78±38,46	69,21±25,56
PBR 5-25	2,20±0,28	2,34±0,28	2,24±0,26

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΑΙΔΟΙΟΚΟΛΠΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

Ε. Σφηνιαδάκη¹, Κ. Σφηνιαδάκης², Δ. Σφηνιαδάκη³, Δ. Βασιλείου-Δερβισόγλου⁴,
Ι. Σφηνιαδάκης⁵, Π. Σφηνιαδάκης⁶

¹ Δ' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, ΓΝΑ «Ελενα Βενιζέλου»

² Αγροτικός Ιατρός, ΚΥ Αρεόπολης, 6^η ΥΠΕ

³ Φαρμακοποιός

⁴ Βιοπαθολόγος

⁵ Παθολογοανατόμος, Γενικός Ιατρός

⁶ Φοιτητής Ιατρικής, Κρατικό Πανεπιστήμιο Σόφιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης επηρεάζει σημαντικά την υγεία των γυναικών, αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης τόσο λοιμωδών όσο και μη λοιμωδών αιδοιοκολπικών παθήσεων.

Σκοπός της μελέτης ήταν η ανάδειξη της σύνδεσης της κακής ρύθμισης του ΣΔ με αυξημένη επίπτωση αιδοιοκολπικών λοιμώξεων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα εξέτασης κολπικών εκκρινμάτων κατά τη διάρκεια ενός ημερολογιακού έτους από βιοπαθολογικό εργαστήριο της περιοχής του Πειραιά. Πραγματοποιήθηκε μικροσκοπική εξέταση και στη συνέχεια διενεργήθηκαν τεστ αμινών, καλλιέργεια για αερόβια, αναερόβια και μυκόπλασμα – ουρεόπλασμα καθώς και τεστ μονοκλωνικών αντισωμάτων για ανίχνευση χλαμυδίων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανευρέθησαν 120 θετικά αποτελέσματα από τα οποία τα 72 αφορούσαν σε διαβητικές ασθενείς (με πρωινό σάκχαρο μεγαλύτερο του 140) και τα 48 σε μη διαβητικές ασθενείς. Αναλυτικά από τις διαβητικές ασθενείς ήταν θετικές 49 σε *Candida albicans*, 2 σε τριχομονάδες, 16 σε *Gardnerella vaginalis*, 1 σε χλαμύδια και 4 σε μυκόπλασμα *hominis*. Από τις μη διαβητικές ασθενείς βρέθηκαν θετικές 20 σε *Candida albicans*, 5 σε τριχομονάδες, 6 σε *Gardnerella vaginalis*, 6 σε χλαμύδια και 11 σε μυκόπλασμα *hominis*.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η κακή ρύθμιση της γλυκόζης στο αίμα συνδέεται με συχνές και επαναλαμβανόμενες αιδοιοκολπικές λοιμώξεις καθώς τα αυξημένα επίπεδα σακχάρου μεταβάλλουν το pH του κόλπου και ευνοούν την ανάπτυξη μυκήτων και βακτηρίων.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΟ ΝΕΟΓΝΙΚΟ ΜΙΚΡΟ-ΒΙΩΜΑ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΟΥ. ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΤΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑΣ.

**Ε. Μόσχαρη^{1,2}, Ε. Βλάχου¹, Θ. Αδαμακίδου¹, Ρ. Σώκου^{2,3}, Α. Μπακόση⁴,
Μ. Θεοδωράκη², Ν. Ιακωβίδου³, Α.Ν. Τσαρτσαλής^{1,5}**

¹ Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

² Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

³ Νεογνολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Αρεταίειο Νοσοκομείο

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

⁵ Κλινική Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη, ΝΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Είναι γνωστό ότι ο ΣΔ κύησης αποτελεί σημαντικό πρόβλημα του μεταβολισμού. Τελευταία γίνεται λόγος για το μικροβίωμα του εντέρου και πώς αυτό δρα δυσμενώς στην υγεία τόσο της εγκύου όσο και του εμβρύου.

Σκοπός της μελέτης ήταν η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την επίδραση του ΣΔΚ στο μικροβίωμα του εντέρου των νεογνών και την πιθανή συσχέτισή του με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα των νεογνών των μητέρων με ΣΔΚ.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Πραγματοποιήθηκε συστηματική αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane χωρίς γεωγραφικό ή χρονικό περιορισμό. Τα δεδομένα σχετικά με τα δημογραφικά, τη μεθοδολογία και τις αλλαγές στο μικροβίωμα εξήχθησαν και ταξινομήθηκαν ανά ομάδα νεογνών βάσει ιστορικού έκθεσης ή μη στον ΣΔΚ. Για την παρούσα συστηματική ανασκόπηση σχεδιάστηκε ένα πρωτόκολλο, το οποίο έχει καταχωρηθεί στη βάση δεδομένων PROSPERO (CRD42024556383).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση αυτή ανασύρθηκαν συνολικά 343 μελέτες, από τις οποίες μόνο 16 πληρούσαν όλα τα κριτήρια εισαγωγής και αφορούσαν σε δημοσιεύσεις της τελευταίας δεκαετίας. Από τη μελέτη αυτή φάνηκε μια ετερογένεια και μεταβλητά ευρήματα ως προς το επίπεδο των αλλαγών στην α- και β-ποικιλότητα, τον εμπλουτισμό, τη μείωση σε φύλα, γένη, είδη και Λειτουργικές Ταξινομικές Μονάδες (OTU) στο νεογνικό εντερικό μικροβίωμα. Παρά τις διαφοροποιήσεις μεταξύ των αποτελεσμάτων, παρατηρήθηκε ένα πρότυπο σημαντικών αλλαγών στο εντερικό μικροβίωμα των απογόνων των μητέρων με ΣΔΚ. Περιορισμένα ήταν τα δεδομένα που αφορούσαν στη συσχέτιση του μικροβιώματος με την έκβαση των νεογνών των μητέρων με ΣΔΚ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το μικροβίωμα των νεογνών από μητέρες με ΣΔΚ φαίνεται να διαφέρει από αυτό των νεογνών υγιών μητέρων, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της α- και β-ποικιλότητας και αλλαγών στη σχετική αφθονία ορισμένων βακτηριακών ειδών. Χρειάζονται περαιτέρω πολυκεντρικές τυχαιοποιημένες μελέτες και κλινικές δοκιμές για να κατανοήσουμε πώς αυτές οι αλλαγές στο μικροβίωμα επηρεάζουν την ανοσολογική απόκριση και την ανάπτυξη χρόνιων νοσημάτων στους απογόνους μητέρων με ΣΔΚ.

**ΠΕΡΙΕΔΡΙΚΑ ΑΠΟΣΤΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ –
ΔΥΟ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ**

**Σ. Πιτσιάβα¹, Π. Αυγέρου¹, Θ. Θωμίδου¹, Σ. Τσαναξίδου¹, Α. Φωτιάδου¹,
Χ. Δημόπουλος¹, Γ. Κούρτογλου¹, Κ. Τσιμογιάννης²**

¹ Παθολογικό Τμήμα, Κλινική «Άγιος Λουκάς»

² Χειρουργικό Τμήμα, Κλινική «Άγιος Λουκάς»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ

Το περιεδρικό αποτελεί την πιο συχνή μορφή αποστήματος του ορδού, ενώ συχνότερα εμφανίζεται σε ενήλικες άνδρες. Καταστάσεις που προκαλούν ανοσοκαταστολή όπως ο Σακχαρώδης Διαβήτης δύναται να οδηγήσουν στην εκδήλωσή του. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον αποτελεί η καταγραφή περιστατικών της βιβλιογραφίας που αφορούν διαβητικούς ασθενείς με ιστορικό χειρουργηθέντος περιεδρικού αποστήματος προ της διάγνωσης του διαβήτη. Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι η αναζήτηση αιτιών αλληλεπίδρασης των αποστημάτων πρωκτού και του Σακχαρώδη Διαβήτη και η διατύπωση προτάσεων προσυμπτωματικού ελέγχου για την πρόληψη εμφάνισής τους σε ασθενείς που ήδη έχουν εμφανίσει μία από αυτές.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

Μελετήθηκαν δημοσιευμένες έρευνες της διεθνούς βιβλιογραφίας, όπως National Library of Medicine και Δεδομένα του Εθνικού Αρχείου Διαβήτη της Σουηδίας, με στοιχεία βάσεων δεδομένων από το 2000 και έπειτα. Καταγράφηκαν δεδομένα και εξήχθησαν συμπεράσματα. Ανευρέθηκαν 2 δημοσιευμένες μελέτες που αφορούν στην εμφάνιση αποστήματος πρωκτού σε ασθενείς με διαβήτη. Ωστόσο είναι σημαντική η διαπίστωση μιας άλλης μελέτης στοιχείων από τη “Longitudinal Health Insurance 2000”, ότι ασθενείς που διεγνώσθησαν με περιεδρικό απόστημα έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης ΣΔτ2 κατά τη διάρκεια της επόμενης πενταετίας της ζωής τους. Σημαντικά στοιχεία ήταν η συχνότητα εμφάνισης των δύο καταστάσεων, το είδος διαβήτη και παράμετροι που επηρέασαν την εκδήλωση των παθήσεων όπως η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματά μας έδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης περιεδρικού αποστήματος είναι μεγαλύτερη σε ασθενείς με ΣΔτ2 συγκριτικά με ασθενείς με ΣΔτ1. Ο πωχός γλυκαιμικός έλεγχος είναι ένας προδιαθεσικός παράγοντας. Μελετήθηκε ο ρόλος της ηλικίας και του δείκτη μάζας σώματος των ασθενών. Επίσης, φάνηκε ότι οι ασθενείς που εκδήλωσαν περιεδρικό απόστημα σε κάποια φάση της ζωής τους έχουν αυξημένη πιθανότητα διάγνωσης ΣΔτ2 μέσα στην επόμενη πενταετία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Υπάρχει αμφίδρομη σχέση ανάμεσα στον διαβήτη και τα περιεδρικά αποστήματα, ιδιαιτέρως στους ασθενείς τύπου 2. Είναι λιγοστές οι σχετικές έρευνες της βιβλιογραφίας, επομένως είναι αναγκαία η διεξαγωγή και άλλων ανάλογων μελετών. Η αναγνώριση και αντιμετώπιση προδιαθεσικών παραγόντων κάθε μιας από τις δύο αυτές παθολογικές οντότητες ελαττώνει τον κίνδυνο εμφάνισης της άλλης. Επομένως είναι σημαντικός ο προσυμπτωματικός έλεγχος του γενικού πληθυσμού, η καλή γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών και η έγκαιρη αντιμετώπιση των αποστημάτων πρωκτού προς αποφυγή επιδείνωσής τους.

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΥΓΓΡΑΦΕΩΝ

Nirantharakumar K. 85
Tan L. 85
Wang J. 85

Αγγελιδάκης Α. 74
Αδαμακίδου Θ. 109
Αθανασίου Α. 102
Αθανασίου Π. 102
Αθανασόπουλος Σ. 74
Αλεξίου Ζ. 80
Αλμπάνη Χ. 95
Αναγνωστόπουλος Χρ. 81
Αναστασιλάκης Α. 85
Αναστασόπουλος Β. 99
Αναστασοπούλου Ι. 95
Ανεμούλης Μ. 65, 66
Αυγερινός Ι. 69, 98
Αυγέρου Π. 110
Αφεντίδου Ε. 100

Βαρουκτσή Α. 106
Βασιλάκη Ν. 78
Βασιλάκου Δ. 72, 98
Βασιλείου Α.Μ. 100, 101
Βασιλείου Μ. 64
Βασιλείου-Δερβισόγλου Δ. 108
Βασιλοπούλου Α. 103
Βελισσαρίδου Β. 101
Βελονάκη Β-Σ. 70
Βίτσος Α. 95
Βλαστός Α. 65, 66
Βλάχου Ε. 109
Βοσκίδου Β. 100

Γαλανάκος Σπ. 76, 77
Γαλανοπούλου Α. 71, 82, 83, 88
Γαλλή-Τσινοπούλου Α. 94
Γεωργακόπουλος Ν. 76, 77
Γεωργακόπουλος Π. 76, 77
Γεωργιόπουλος Γ. 74
Γεωργίτη Μ. 91
Γιαννιώτη Β. 81
Γιουλεμέ Ο. 73
Γκάργκα Α. 101
Γκίζα Στ. 94
Γκλαβά Στ. 101
Γραμματική Μ. 91

Δαραβίγκας Δ. 73
Δεληάλιας Δ. 74
Δημακόπουλος Γ. 106
Δημόπουλος Χ. 110
Δουκέλης Π. 105, 106

Δούμας Μ. 105, 106

Ευθυμίου Δ. 103
Ευστρατίου Ε. 94

Ζέρβας Γ. 74
Ζιάκας Π. 65, 66
Ζωγράφου Ι. 105, 106

Ηλιοπούλου Κ. 80, 92

Θεοδωράκη Μ. 109
Θωμίδου Θ. 110

Ιακωβίδου Ν. 109

Καγκελάρη Ε. 82, 83, 88
Καζάκος Κ. 100, 101
Καϊσίδης Α. 71
Κακοτρίχη Π. 69, 98
Καλαφάτης Ε. 99
Καλέσης Κ. 97
Καλογερόπουλος Α. 74
Καλογερόπουλος Κ. 74
Καλοκαιρινού Α. 70
Καλφούντζος Δ. 104
Καραγιάννη Μ. 78
Καραγιάννης Θ. 69, 72, 98
Καρακούσης Ν. 76, 77
Καρράς Σ. 65, 66
Κατσανάκη Ε. 90
Κατσέλη Π. 80, 92
Κατσίκη Ν. 97
Κατσούλα Α. 72
Κατωγιάννης Κ. 107
Κοκολάκη Α. 88
Κοντογιάννη Ε. 71
Κόρακας Ε. 73
Κοτανίδου Ε.Π. 94
Κουζνέτσοβα Α. 100
Κουμάκη Μ. 71
Κουντούρη Αικ. 107
Κουρέτας Δ. 65, 66
Κουρούπης Δ. 105, 106
Κουρτίδου Φ. 82, 83
Κούρτογλου Γ. 110
Κούση-Μακίνα Α. 75
Κουτσονάσιος Ι. 96
Κουφάκης Θ. 84, 86, 91, 97, 105, 106
Κυπραίος Μ. 65, 66
Κυπρή Χ. 93
Κυριαζή Α. 99
Κυριαζής Ι. 99
Κωνσταντάκη Χ. 74
Κωνσταντίνου Α. 102

- Κώστογλου-Αθανασίου Ι. 89, 102
 Κωστόπουλος Γ. 85
 Κώτσα Κ. 84, 86, 91, 97, 105
 Λαμπαδιάρη Β. 73, 107
 Λάμπρας Στ. 107
 Λιάκος Α. 69, 72, 73, 98
 Λιβαδάς Σ. 107
 Λυδάκης Χ. 78
 Μακίνα-Κούση Α. 90
 Μαλανδρής Κ. 72, 73, 98
 Μανδάνας Στ. 85
 Μάνεσης Α. 86
 Μανιαδάκης Εμ. 104
 Μαργαρίτης Κ. 94
 Μαρκάκης Κ. 79
 Μαρκοπούλου Μ. 103
 Μαυραγάνης Γ. 74
 Μεταλλίδης Σ. 79
 Μητράκου Α. 74
 Μητσάνη Β. 71
 Μιχαηλίδης Θ. 79
 Μιχαλάκης Κ. 65, 66
 Μίχος Κ. 88
 Μόσχαρη Ε. 109
 Μοσχόπουλος Θ. 89
 Μουστάκα Ε. 95
 Μούστου Χ. 74
 Μπακογιάννη Στ. 71, 82, 83, 88
 Μπακόση Α. 109
 Μπαλάσκα Αικ. 105, 106
 Μπεκιάρη Ε. 69, 72
 Μπουρδάκη Δ. 96, 104
 Μπουρδάκη Μ. 96, 104
 Μπουρδάκης Α. 96, 104
 Μωυσίδη Α. 71, 82, 83, 88
 Ναλμπάντη Α. 100
 Νικολάου Ρ. 93
 Νικολόπουλος Β. 97
 Ντούμα Στ. 94
 Ξενοφώντος Ε. 93
 Ογρότης Ι. 75, 80, 90
 Οικονομίδης Μ. 99
 Οικονομίδης Ι. 107
 Παναγιωτίδης Π. 70
 Παπαβασιλείου Μ. 91
 Παπαδάτος Στ. 96, 104
 Παπαδάτου Α. 104
 Παπαδοπούλου Κ. 78
 Παπαξαφειροπούλου Α. 71, 82, 83, 88
 Παπάζογλου Δ. 91
 Παπαϊωάννου Μ. 74
 Παπάνας Ν. 91
 Παπαντωνάκη Α.-Ι. 95
 Παπατριανταφύλλου Ε. 103
 Παππά Κ. 79
 Πάσχου Π. 91
 Πιλήλης Σ. 107
 Πινέλης Γ. 67
 Πιτσιάβα, Σ. 84, 110
 Πλιούτα Α. 107
 Πλυτάς Γ.-Δ. 75, 80, 90
 Ποιμενίδου Ξ. 102
 Πυργιώτη Ε. 76, 77
 Ράλλης Μ. 95
 Ραψωματιώτη Ε. 90, 92
 Ρόιδος Π. 97
 Ρουμελιώτης Αθ. 91
 Σακαλέρου Α. 70
 Σακελλαρίου Ε.Μ. 103
 Σαρακαπίνα Α. 73
 Σαρβάνη Α. 105
 Σασσής Λ. 93
 Σίσκου Ο. 86
 Σκαπερδά Ζ. 65, 66
 Σοπόβα Κ. 74
 Σταματελόπουλος Κ. 74
 Σταύρου Β. 92
 Στέλλος Κ. 74
 Στεφανή Δ. 99
 Σφηνιαδάκη Δ. 108
 Σφηνιαδάκη Ε. 95, 108
 Σφηνιαδάκης Ι. 95, 108
 Σφηνιαδάκης Κ. 108
 Σφηνιαδάκης Π. 108
 Σώκου Ρ. 109
 Ταπαζίδης Β. 100, 101
 Τερζάκη Ζ. 82, 83, 88
 Τζατζάγου Γ. 72
 Τζιοβανάκη Θ. 79
 Τούζιος Χρ. 92
 Τουλής Κ. 85
 Τσαναξίδου Σ. 110
 Τσάπα Δ. 98
 Τσάπα Κ. 69, 98
 Τσάπας Α. 69, 72, 73
 Τσαρτσαλής Α.Ν. 109
 Τσατσάκη Χρ. 82, 83
 Τσεκμεκίδου Ξ. 91
 Τσελεκίδου Β. 101
 Τσέτσος Φ. 91
 Τσιμηχόδημος Β. 84
 Τσιμογιάννης Κ. 110
 Τσινοπούλου Β.Ρ. 94
 Τσοτρίδου Ε. 94
 Φαναροπούλου Ν.Μ. 86
 Φιλίππου Κ. 99
 Φωτιάδου Α. 110
 Χατζηδούκας Ε. 92
 Χατζηγάκης Γ. 79
 Χιώτη Στ. 90, 92
 Ψαρουδάκη Δ. 78