



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Δρ Ανδρέας Μελιδώνης

Μιχαλακοπούλου 27 • 115 28 Αθήνα

Υπό την Αιγίδα των:



Με τη συνεργασία των:



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ – ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

5ο Πανελλήνιο Συνέδριο

«Μεταβολικά Νοσήματα 2022: Από τη θεωρία στην πράξη»

23-25 Ιουνίου 2022

Ξενοδοχείο «AKS Porto Heli»

Πόρτο Χέλι

Θα χορηγηθούν 21 Μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης από τον
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Congress World, Μον. ΙΚΕ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7222 518, 📠 210 7210 069
🌐 www.congressworld.gr, ✉ info@congressworld.gr, reception@congressworld.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Το Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.) μετά από μια 10ετία έντονης παρουσίας στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά δρώμενα και αφού οργάνωσε και πραγματοποίησε περισσότερες από είκοσι εκπαιδευτικές Διημερίδες και Τριημερίδες σε όλη την Ελλάδα, εξαγγέλλει και οριοθετεί το **5ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στο Πόρτο Χέλι στις **23-25 Ιουνίου 2022**

Οι δύσκολες συνθήκες της πανδημίας του τοξικού κορονοϊού δεν απέτρεψαν την εξαγγελία του Συνεδρίου. Αντίθετα την επέβαλλαν ως μια απάντηση γνώσης και ενημέρωσης που οφείλουν να δώσουν οι Επιστημονικές Εταιρείες και οι Επιστήμονες Υγείας.

Στο Συνέδριο θα συζητηθούν όλες οι νεότερες εξελίξεις, κατευθύνσεις στα καρδιομεταβολικά νοσήματα. Θα συζητηθούν τα θέματα αιχμής, διάγνωσης και θεραπείας των νοσημάτων αυτών, ενώ θα οργανωθούν Κλινικά Φροντιστήρια με σκοπό την απόκτηση δεξιότητας στην εφαρμογή των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη.

Σας προσκαλούμε να μας τιμήσετε με την παρουσία σας, αλλά και με την αποστολή των ερευνητικών σας προσπαθειών.

Προσβλέπουμε σε ένα Συνέδριο υψηλής εκπαιδευτικής και ερευνητικής ποιότητας, όπου εκλεκτοί και υψηλού κύρους ομιλητές φιλοδοξούμε ότι θα προσθέσουν ψηφίδες στο παζλ της γνώσης μας και της κλινικής μας δεξιότητας.

23-25 Ιουνίου στο Πόρτο Χέλι, στο 5ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν. σας περιμένουμε ελπίζοντας και προσδοκώντας να συνεορτάσουμε εκπαιδευτικά και συνεδριακά την επιστροφή στην επιστημονική - συνεδριακή κανονικότητα.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής



Δρ. Α. Μελιδώνης
Συντονιστής Οργάνωσης



**ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)
& ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
5ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.**

Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης

Μέλη:

Ε. Γιάννου	Μ. Μελετιάδου	Θ. Παναγιώτου
Σ. Ηρακλειανού	Γ. Μπέλλος	Δ. Ρίχτερ
Κ. Κατσαρός	Α. Νικολάου	Α. Τρικκαλινού
Β. Λίοση	Μ. Νούτσου	

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ
5ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.**

Πρόεδροι: Γ. Δημητριάδης, Ν. Τεντολούρης

Μέλη:

Α. Αλαβέρας	Γ. Κολοβού	Κ. Πέτρου
Σ. Αντωνόπουλος	Α. Κουτσοβασίλης	Δ. Ρίχτερ
Α. Βαζαίου	Σ. Λιάτης	Γ. Σαρόγλου
Γ. Βαϊόπουλος	Ε. Λυμπερόπουλος	Α. Σερέτη
Κ. Βέμμος	Α. Μελιδώνης	Δ. Σκούτας
Ε. Βλάχου	Ε. Μπιλιανού	Μ. Σταματελάτου
Γ. Γκουμάς	Α. Μπουρδάκης	Σ. Συμεωνίδης
Ι. Ιωαννίδης	Μ. Νούτσου	Ε. Φουστέρης
Π. Καλογερόπουλος	Θ. Παναγιώτου	Ε. Χελιώτη
Α. Καμαράτος	Α. Παπαζαφειροπούλου	
Δ. Καρανάσιος	Σ. Παππάς	

ΚΡΙΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Ε. Μπιλιανού, Θ. Παναγιώτου



Πέμπτη 23 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄	
16.00	Προσέλευση - Εγγραφές
16.30-18.00	ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Προεδρείο: Α. Φούτρης, Α. Τρικκαλινού, Θ. Παναγιώτου Λευκωματινουρία και ΧΝΝ: Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις Ε. Χελιώτη Διαγνωστική προσπέλαση ασθενούς 50 ετών με ορθόχρωμη αναιμία (Ht=32%, Hb=11) και ασθενής 60 ετών με υπόχρωμη αναιμία (Ht=33%, Hb=10) Β. Λιόση Απεικονιστικά tips and tricks • α/α θώρακος • αξονική στεφανιογραφία Ρ. Ευθυμιάδου
18.00-19.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ COVID-19: Κλινική διαχείριση και νέα δεδομένα Προεδρείο: Γ. Σαρόγλου, Π. Κανελλόπουλος Η αντιμετώπιση ασθενούς με Covid: Ελαφρά νόσηση, νοσηλεία Ε. Χουρδάκη Εμβόλια και νέες αγωγές update προσέγγιση Π. Κανελλόπουλος Οι συστημικές εκφράσεις του long Covid Γ. Σαρόγλου
19.30-20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Χ. Μέλλος, Κ. Κατσαρός Πρωτοβουλίες, θέσεις και δράσεις των Ιατρικών Συλλόγων στην διαχείριση της πανδημίας Sars Cov-2 Α. Μαστοράκου
20.00-21.30	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ Προεδρείο: Α. Μελιδώνης Η ιατρική τεχνολογία στην Αρχαιότητα Μ. Καραμάνου Η διαδικτυακή παρακολούθηση ασθενών με χρόνια νοσήματα Α. Παππάς Η εσωτερική παθολογία και ο παθολόγος στην εποχή της υψηλής τεχνολογίας και της τεχνητής νοημοσύνης Ν. Τεντολούρης

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09.00-10.15	HOW TO TREAT Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης, Ε. Ελ Ντέικ Σχολιασμός: Α. Γκόβα, Ο. Βράνου Ασθενής 58 ετών με πρόσφατο OEM σε διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή παρουσιάζει αιμορραγίες από το γαστρεντερικό. Διαχείριση περιστατικού Α. Μπουρδάκης Διαβητικός 65 ετών μετά παροδικό ΑΕΕ. ΑΠ 160/85, LDL=95, HDL=40, A1C=8%, BMI=31, GFR=50 Λαμβάνει μετφορμίνη 850mg, ροσουβαστατίνη 20mg, Salospir 100mg Μ. Σταματελάτου Διαβητικός ασθενής τύπου 2, ετών 55, με σωματικό βάρος 120Kg λαμβάνει αγωγή με βασική ινσουλίνη 210 μονάδες και 2 g μετφορμίνη. Έχει HbA1c = 9,5 και GFR = 70: Διαχείριση ασθενούς Χ. Μέλλος
10.15-11.00	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ (DEBATE) <i>Τριγλυκερίδια πάνω από 200 σε μη διαβητικό Χρειάζονται θεραπεία;</i> Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ • Ναι Γ. Κολοβού • Όχι Ε. Μπιλιανού

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

09.30-11.00

ΒΙΩΜΑΤΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Ο ρόλος της συναλλακτικής ανάλυσης στην επικοινωνία εντός και εκτός εργασιακού χώρου

Προεδρείο: **Ε. Καγκελάρη, Α. Γανωτοπούλου**

Ομιλήτρια: **Μ. Μελετιάδου**

- Η θεωρία της Συναλλακτικής Ανάλυσης (Σ.Α.)
- Οι τρεις καταστάσεις του Εγώ σύμφωνα με τον Eric Berne (ego states)
- Η κατάσταση του γονέα
- Η κατάσταση του παιδιού
- Η κατάσταση του ενήλικα
- Ανάλυση συναλλαγών - λεκτικές και μη λεκτικές αλληλεπιδράσεις μεταξύ ανθρώπων
- Ανάλυση ψυχολογικών παιχνιδιών
- Ανάλυση σεναρίων

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

11.00-12.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Αντιαιμοπεταλιακές και αντιθρομβωτικές θεραπείες στο διαβήτη και τα μεταβολικά νοσήματα Προεδρείο: Θ. Παναγιώτου Ασπιρίνη στην πρωτογενή πρόληψη Α. Αλαβέρας Χρήση και χρησιμότητα συνδυαστικών αντιαιμοπεταλιακών θεραπειών στο ΣΔ Γ. Γκουμάς Συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών αγωγών; Πότε και πως Δ. Ρίχτερ
12.15-13.00	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (ΠΑ1 - ΠΑ6) Προεδρείο: Ε. Λίβα, Α. Γανωτοπούλου
13.00-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Γ. Μπέλλος Διατροφικά πρότυπα και καρδιαγγειακή προστασία Δ. Βλάχος
13.30-14.00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 17
14.00-16.30	Μεσημβρινή Διακοπή - Γεύμα
	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΑΑ1 - ΑΑ27)

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη Συνεδρία)

11.00-13.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (Role playing) Θεραπευτική εκπαίδευση ασθενών με χρόνια νοσήματα Προεδρείο: Ε. Βλάχου, Μ. Μελετιάδου, Α. Ξάνθης Σακχαρώδης Διαβήτης Γ. Χριστοπούλου Διαβητικό πόδι Ε. Γιάννου Χρόνια νεφρική βλάβη Ε. Μαντζάρα Στεφανιαία νόσο Α. Θεοδωρακοπούλου Εμφύτευση μόνιμου βηματοδότη Ε. Σταματοπούλου Η διατροφική υποστήριξη ατόμων με ΣΔ και συννοσηρότητες Κ. Παπαλαζάρου
13.00-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Καμαράτος Η συμβολή των συστημάτων συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης (CGM) στη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ Μ. Μελετιάδου

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

16.30-18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο: Ειδικές προσεγγίσεις Προεδρείο: Σ. Αντωνόπουλος, Κ. Βέμμος Διαχείριση και στόχοι αρτηριακής πίεσης στην πρόληψη, νοσηλεία και δευτερογενή πρόληψη του ΑΕΕ Π. Καλογερόπουλος Θρομβόλυση και θρομβεκτομή στο ΑΕΕ: Πότε, γιατί και πως Κ. Βέμμος Δευτερογενείς παρεμβάσεις μετά το ΑΕΕ Γ. Κρανιδιώτης
18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ν. Κατσίκη Μικροβίωμα: Είναι τεκμηριωμένη η σχέση του με τις μεταβολικές διαταραχές; Υπάρχουν δυνατότητες θετικής τροποποίησης και παρέμβασης; Γ. Μπέλλος
18.30-19.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Τρικκαλινού Διαβητική νευροπάθεια: νεότερα δεδομένα στη διάγνωση και θεραπεία 2021-2022 Α. Καμαράτος

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄	
19.00-19.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης Ινσουλινοθεραπεία: Παρόν και μέλλον Δ. Σκούτας
19.30-20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Σερέτη Ο νέος ορίζοντας αντιμετώπισης του ΣΔτ2 Α. Μελιδώνης
20.00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 17
20.30-21.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 17
22.00	Δείπνο

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09.00-10.15	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Ηλικιωμένοι και θεραπευτικές αγωγές Πρόεδρος: Σ. Παππάς Μεταβολικοί στόχοι στους ηλικιωμένους A. Τρικκαλινού Οι αντιδιαβητικές αγωγές στους ηλικιωμένους: Ποιες, ποιοι οι συνδυασμοί, ποια τα προβλήματα, ασφάλεια; A. Γανωτοπούλου Αντιμετώπιση υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας στους ηλικιωμένους A. Νικολάου
10.15-11.15	ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΙΔΙΚΟ Συνδυαστικές αγωγές στην υπέρταση και τη δυσλιπιδαιμία: Πότε και πως Προεδρείο: Σ. Αντωνόπουλος Υπέρταση Π. Καλογερόπουλος Δυσλιπιδαιμία Γ. Κολοβού
11.15-12.15	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ Στα άτομα με ΣΔ2 χαμηλού ή μέτριου κινδύνου στο 2ο θεραπευτικό βήμα προσθέτουμε GLP-1 αγωνιστή Προεδρείο: A. Καμαράτος Ναι A. Κουτσοβασίλης Όχι. Εξατομικεύουμε και κατά περίπτωση προσθέτουμε αγωγή Π. Μήτρου
12.15-12.30	Διάλειμμα
12.30-13.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: A. Παπαζαφειροπούλου Η διαχρονική αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου: Ασθενείς υψηλού και λίαν υψηλού κινδύνου. Η σύγχρονη προσέγγιση E. Φουστέρης

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη Συνεδρία)

08.30-09.30	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (ΠΑ7 - ΠΑ14) Προεδρείο: Ε. Λίβα, Ε. Χουρδάκη, Ν. Γεωργιάδης
09.30-11.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ Μεταβολικό Σύνδρομο - Αναδυόμενες συννοσηρότητες Προεδρείο: Ε. Μπιλιανού, Μ. Νούτσου Το Μεταβολικό Σύνδρομο στη σημερινή εποχή: Η σημασία της έγκαιρης αναγνώρισης του Ε. Μπιλιανού Πολυκυστικές ωοθήκες Ε. Κούκκου Υπερουρικαιμία ως παράγων κινδύνου στο πλαίσιο του μεταβολικού συνδρόμου Β. Γκιζλής NAFLD-NASH: Οι νέες διαγνωστικές προσεγγίσεις Ν. Κατσίκη
11.30-13.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ Η σύγχρονη τεχνολογία στη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔτ1 Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης, Α. Βαζαίου Εκτίμηση γλυκαιμικού ελέγχου και συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης: Συσχέτιση διαβητικών επιπλοκών και χρόνου εντός στόχου Α. Παπαζαφειροπούλου Υψηλή τεχνολογία και ΣΔτ1: CGMS και νέες υβριδικές αντλίες. Το μέλλον είναι πλέον εδώ Κ. Μαρκάκης Συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης και αντλίες ινσουλίνης στην Εγκυμοσύνη Ε. Κούκκου Σύγχρονη τεχνολογία και πρόληψη υπογλυκαιμίας Δ. Σκούτας Παρουσίαση κλινικών περιστατικών με τη χρήση σύγχρονης τεχνολογίας Α. Κουτσοβασίλης

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13.00-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Αλαβέρας Η ζωή και ο θάνατος του β-κυττάρου Σ. Παππάς	
13.30-14.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	Σελ. 17
14.00-16.00	Μεσημβρινή Διακοπή	
	ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΤΙΣ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (ΑΑ1 - ΑΑ27)	
16.00-18.00	ΒΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Προεδρείο: Γ. Βαϊόπουλος, Ε. Φωτιάδου-Παππά Θυρεοειδοπάθειες: Διαφοροδιαγνωστικές προσεγγίσεις Κ. Αναγνωστοπούλου Η προσέγγιση της περιφερικής αρτηριακής νόσου των μεταβολικών ασθενών Κ. Νικολακόπουλος Διαβήτης και αυτοάνοσα νοσήματα Ε. Φωτιάδου-Παππά Διαγνωστική προσπέλαση αρθραλγίας-αρθρίτιδας Γ. Βαϊόπουλος	
18.00-18.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Μ. Νούτσου Στόχοι και παρεμβάσεις για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου: Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες του ESC Δ. Ρίχτερ	
18.30-19.00	ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 2022 ΣΤΟ ΣΔ: ADA-EDE 2022 Κριτική προσέγγιση Προεδρείο: Σ. Παππάς Ομιλητής: Ι. Ιωαννίδης	

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

16.00-18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε συνεργασία με την Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ») Διάγνωση και παρακολούθηση Μεταβολικών Νοσημάτων Πρόεδρος: Σ. Συμεωνίδης Διαβήτης Β. Κατσούρη Δυσλιπιδαιμία Β. Γκιζλής Υπέρταση Δ. Καρανάσιος Οι βασικές οφθαλμοπάθειες στα μεταβολικά νοσήματα: Τι πρέπει να γνωρίζει ο γιατρός της ΠΦΥ Κ. Πέτρου

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

19.00-19.30	ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ: ESC & ΑΗΑ 2022 Κριτική προσέγγιση Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ Ομιλητής: Ε. Λυμπερόπουλος
19.30-20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ ΗΜΕΡΑΣ Προεδρείο: Β. Λιόση 2,5 χρόνια Covid: Ψυχικές και σεξουαλικές επιπτώσεις Α. Ασκητής
20.00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 17
20.30-21.00	ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ Προεδρείο: Α. Μελιδώνης Ο ρόλος της αντίστασης στην ινσουλίνη στην υγεία και στη νόσο: Φίλος ή εχθρός; Γ. Δημητριάδης

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 24 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13.30-14.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Πρόεδρος: A. Μελιδώνης Ο ρόλος του Εικοσιπεντανοϊκού οξέος (EPA) στη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου Γ. Μπέλλος	 LIBYTEC® Σελ. 8
20.00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Πρόεδρος: A. Μελιδώνης Η νέα προοπτική στην προστασία των ασθενών με υψηλό καρδιαγγειακό και νεφρικό κίνδυνο με ή χωρίς ΣΔτ2 A. Μπουρδάκης	 AstraZeneca Σελ. 11
20.30-21.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Πρόεδρος: M. Νούτσου Ντουλαγλουτίδη: Προσφέροντας στον ασθενή τα οφέλη που χρειάζεται με τον τρόπο που επιθυμεί B. Γκιζλής	 Lilly Σελ. 11

Σάββατο 25 Ιουνίου 2022

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13.30-14.00	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Πρόεδρος: A. Μελιδώνης «Καρδιο-νεφρο-μεταβολική θεραπευτική προσέγγιση στο Διαβήτη τύπου 2». Από την Ευγλυκαιμία έως την Προστασία Οργάνων Σ. Λιάτης	 Boehringer Ingelheim Σελ. 14
20.00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Πρόεδρος: N. Παπάνας Η εβδομαδιαία σεμαγλουτίδη ως αξιόπιστος σύμμαχος στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 A. Κουτσοβασίλης	 novo nordisk® Σελ. 16

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Αλαβέρας Α.	Παθολόγος - Διαβητολόγος
Αναγνωστοπούλου Κ.	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, MSc, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Αντωνόπουλος Σ.	MD, PhD, Clinical hypertension specialist EHS, Προϊστάμενος Διευθυντής Παθολογίας Α΄ Παθολογικού τμήματος και Διοικητικός Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου Τζάνειου ΓΝ Πειραιά
Ασκητής Α.	Ψυχίατρος - Σεξολόγος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας
Βαζαίου Α.	Παιδίατρος, MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο Παίδων «Π.& Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
Βαϊόπουλος Γ.	Ομ. Καθηγητής Παθολογίας - Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ
Βέμμος Κ.	Παθολόγος, Εξειδικευμένος στα Αγγειακά Εγκεφαλικά Επεισόδια, Συνεργάτης, Hellenic Cardiovascular Research Society, τ. Διευθυντής, Μονάδα Οξέων Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων, Θεραπευτική Κλινική, Πανεπιστήμιο Αθηνών, ΓΝΑ «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»
Βλάχος Δ.	Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής Eurodiet Med
Βλάχου Ε.	Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Μέλος ΔΣ Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND)
Βράνου Ο.	Παθολόγος με Μετεκπαίδευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη
Γανωτοπούλου Α.	Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επισ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Γεωργιάδης Ν.	Ειδικός Παθολόγος

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Γάννου Ε.	Ποδολόγος - Ποδίατρος, Επισ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Γκιζλής Β.	Γενικός Ιατρός, Μετεκπαιδευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Γραμματέας Ελληνικού Δικτύου Διαβήτη στην ΠΦΥ
Γκόβα Α.	Ειδική Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
Γκουμάς Γ.	Διευθυντής Καρδιολογική Κλινική, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών
Δημητριάδης Γ.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Παθήσεων ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική
Ελ Ντέικ Ε.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΕΣΥ, ΚΥ Γλυφάδας
Ευθυμιάδου Ρ.	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
Θεοδωρακοπούλου Α.	Νοσηλεύτρια TE, MSc, PhD, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Ιωαννίδης Ι.	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής - Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Ν. Ιωνίας «ΚΩΝΣΤΑΝΤΟΠΟΥΛΕΙΟ-ΠΑΤΗΣΙΩΝ»
Καγκελάρη Ε.	Ειδικός Παθολόγος
Καλογερόπουλος Π.	Καρδιολόγος, Διευθυντής, Προληπτική Καρδιολογία, Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
Καμαράτος Α.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, MD, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Πειραιά «TZANEIO», Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Κανελλόπουλος Π.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Υπεύθυνος Covid-19, Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Καραμάνου Μ.** MD, PhD, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος, Καθηγήτρια Επιστημολογίας, Ιστορίας και Ηθικής της Ιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Ερευνήτρια Ινστιτούτου Ανθρωπιστικών Επιστημών, Τμήμα Βιολογίας & Ιατρικής Πανεπιστημίου Λωζάννης, Πρόεδρος Ελληνικού Παραρτήματος Βαλκανικής Ιατρικής Ένωσης
- Καρανάσιος Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής & Επιστημονικά Υπεύθυνος, ΚΥ Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικών/Οικογενειακών Ιατρικών ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Μέλος του ΔΣ της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Εκπαιδευτών Γ/Ο Ιατρικής (EURACT). Πρόεδρος Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
- Κατσαρός Κ.** Γενικός Ιατρός, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας
- Κατσίκη Ν.** Ειδική Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Μέλος ΔΣ της Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκληρώσης
- Κατσούρη Β.** Γενικός Ιατρός MD, MSc με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ ΤΖΑΝΕΙΟΥ και στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική
- Κολοβού Γ.** Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Καρδιομεταβολικό Κέντρο, «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Κούκκου Ε.** Ενδοκρινολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Διαβήτου & Μεταβολισμού, ΓΝ «ΕΛΕΝΑ ΒΕΝΙΖΕΛΟΥ»
- Κουτσοβασίλης Α.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Υπεύθυνος Ιατρείου Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 & Διαβήτη κύησης, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Κρανιδιώτης Γ.	Παθολόγος, Επιμελητής Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Λιάτης Σ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
Λίβα Ε.	MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, ΚΥ Ν. Ιωνίας
Λιόση Β.	Παθολόγος, MSc, Αρχίατρο ΓΕΣ, Εξειδικευόμενη Διαβητολόγο, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Λυμπερόπουλος Ε.	Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Μαντζάρα Ε.	Αντιπλοίαρχος(ΥΝ), RN, MCs, Εκπαιδύτρια ERC, Νοσηλεύτρια Αν. Προϊσταμένη Μ.Ε.Θ., Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Μαρκάκης Κ.	MD, PhD, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Μαστοράκου Α.	Ιατρός Πυρηνικής Ιατρικής, Πρόεδρος ΙΣ Πάτρας
Μελετιάδου Μ.	Νοσηλεύτρια ΠΕ, Προϊσταμένη Καρδιολογικού Τμήματος - Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Μελιδώνης Α.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
Μέλλος Χ.	Πρόεδρος ΙΣ Κορινθίας, Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ ΤΕΠ ΓΝ Κορίνθου
Μήτρου Π.	MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Προϊσταμένη Αυτοτελούς Τμήματος Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μητρώων Ασθενών, Υπουργείο Υγείας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Μπέλλος Γ.	Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιδημιολόγος, MD, PhD, MRCP, MΕΡΜΑ
Μπιλιανού Ε.	Καρδιολόγος
Μπουρδάκης Α.	Ειδικός Παθολόγος με Εκπαίδευση στο Διαβήτη στις παθήσεις των Λιπιδίων και της Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
Νικολακόπουλος Κ.	Αγγειοχειρουργός, Επιμελητής Α΄, Παν/μιακό Νοσοκομείο Πατρών, Ρίο
Νικολάου Α.	Γεν. Ιατρός με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Νούτσου Μ.	Παθολόγος- Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Διευθύντρια, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Ξάνθης Α.	Ειδικός Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Κέντρου Υγείας Δραπετσώνας
Παναγιώτου Θ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ
Παπαζαφειροπούλου Α.	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Παπαλαζάρου Κ.	Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, Υπεύθυνος Διαιτολόγος Καρδιομεταβολικού - Διαβητολογικού Κέντρου, «METROPOLITAN HOSPITAL»
Παππάς Α.	Βιολόγος, Marketing Manager Cardiometabolics
Παππάς Σ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης, Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Πέτρου Κ.	Χειρουργός Οφθαλμίατρος, τ. Συντονιστής Διευθυντής Οφθαλμολογικής Κλινικής, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Ρίχτερ Δ.	Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών
Σαρόγλου Γ.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Λοιμώξεων Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής «METROPOLITAN HOSPITAL»
Σερέτη Α.	Παθολόγος Διαβητολόγος, Συντονίστρια - Διευθύντρια, Γ΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Σκούτας Δ.	Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Επιστημονικός Διευθυντής Γεν. Κλιν. Λυσ. Σαραφιανός Θεσσαλονίκη, Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα ΚΑΑ Θεσσαλονίκης «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδος
Σταματελάτου Μ.	Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Δρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Ιατρείου ΓΝ Λασιθίου, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ - ΚΥ Σπείας
Σταματοπούλου Ε.	Νοσηλεύτρια MSc, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Συμεωνίδης Σ.	Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Ν. Μυχανιώνας, Θεσσαλονίκη, Γεν. Γραμματέας Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
Τεντολούρης Ν.	Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Υπεύθυνο Διαβητολογικού Κέντρου & Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Παν/μίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
Τρικαλινού Α.	Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο ΣΔ, Επιμελήτρια, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Φουστέρης Ε.** MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικός Διευθυντής MEDOC
- Φούτρης Α.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη Επιμελητής Α΄, Τμήματος επειγόντων περιστατικών Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Φωτιάδου-Παππά Ε.** Βιοπαθολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Χελιώτη Ε.** MD, PhD, Διευθύντρια Νεφρολογίας, Επιστημονικά Υπεύθυνη του Ιατρείου Σπειραματονεφριτίδων, Νεφρολογικό Τμήμα-Μ.Τ.Ν., ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Χουρδάκη Ε.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Διαβητολογικού - Καρδιομεταβολικού Κέντρου, «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Χριστοπούλου Γ.** Νοσηλεύτρια ΠΕ, PhD, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Γ΄ Παν/μιακή Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις εταιρείες



Votagluc

Φυτικό συμπλήρωμα διατροφής

Για τη διατήρηση των φυσιολογικών επιπέδων γλυκόζης στο αίμα

- ✓ **Portulaca oleracea** (εκχύλισμα γλιστρίδας)
συμβάλλει στην βελτίωση του μεταβολισμού της
γλυκόζης, κλινικά τεκμηριωμένη αποτελεσματικότητα^{1,2}.
- ✓ **Cistus creticus** (εκχύλισμα λαδανιάς)
τιτλοδοτημένο σε 20% ολικές πολυφαινόλες, με ισχυρή
αντιοξειδωτική δράση³.
- ✓ **Βιταμίνη B3, Βιταμίνη B6, χρώμιο και
ψευδάργυρος**



Χωρίς γλουτένη και λακτόζη. Κατάλληλο για vegans.



Συνιστώμενη δοσολογία: Λαμβάνετε 1 κάψουλα την ημέρα ή σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού ή του φαρμακοποιού σας.

Προειδοποιήσεις: Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερήσιας δόσης. Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μίας ισορροπημένης διαίτας. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Το προϊόν πρέπει να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά.

Αρ. Γνωστ. ΕΟΦ: 59913/24-06-21. Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης.

Βιβλιογραφία

1. J. Wainstein et al: Purslane Extract and Glucose Homeostasis in Adults with Type 2 Diabetes: A Double-Blind Placebo-Controlled Clinical Trial of Efficacy and Safety. Journal of Medicinal Food, 19(2) 2016, 133–140.
2. V. Stadlbauer et al: Biomolecular Characterization of Putative Antidiabetic Herbal Extracts. PLOSone, Jan 28, 2016.
3. Gori A, et al. Characterisation and Antioxidant Activity of Crude Extract and Polyphenolic Rich fractions from C. incanus Leaves. Int J Mol Sci, 2016; 17(8): 1344.

Υπεύθυνος κυκλοφορίας:



21^ο χλμ. Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας,
145 68 Κρυονέρι, Αττικής, Ελλάδα

T: 210 8161802, F: 210 8161587,
E: info@demo.gr, W: www.demo.gr

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οργάνωση

Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα • www.ekomenet.net

Δρ Α. Μελιδώνης, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

Τόπος και χρόνος Συνεδρίου

Το **5ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2022: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο «AKS Porto Heli» από 23 έως 25 Ιουνίου 2022

Γραμματεία Συνεδρίου

Η Γραμματεία του Συνεδρίου θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου και σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα:

Congress World Μονοπρόσωπη ΙΚΕ

 Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025,  210 72 10069

Τεχνική Γραμματεία Συνεδρίου

Τεχνική γραμματεία θα λειτουργεί καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Θερμή παράκληση όλες οι παρουσιάσεις και ομιλίες να παραδίδονται στους υπεύθυνους τεχνικούς, τουλάχιστον μία ώρα πριν από την ώρα παρουσίασης τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το συνέδριο αξιολογήθηκε με **21** Μόρια (Credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (EECCME-UEMS) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης (ΣΙΜΕ/CME-CPD) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

Επίσης αξιολογήθηκε με **2** Μόρια (Credits) το ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΥΓΧΡΟΝΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Πιστοποιητικό Συμμετοχής δικαιούνται όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι, οι οποίοι θα παρακολουθήσουν τις εργασίες του Συνεδρίου. Για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Πιστοποιητικού Συμμετοχής, κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση του 60% του συνόλου των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος

Vipidia®

αλογλιπτίνη

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία, Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ** Vipidia 6,25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 6,25 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 12,5 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 12,5 mg αλογλιπτίνης. Vipidia 25 mg επικαλυμμένα με λεπτό υμένιο δισκία Κάθε δισκίο περιέχει βενζοϊκή αλογλιπτίνη που ισοδυναμεί με 25 mg αλογλιπτίνης.

Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB B7x28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB B7x56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB B7x56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB B7x28 (NYL/alu/PVC blister)	37,98 €

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»



Δικαιούχος Σήματος και
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:



Takeda Hellas S.A.
Green Plaza, Building B'
59-61 Ag. Konstantinou Str.
Marousi, 15124, Athens - Greece
Tel.: +30 210 6387810
Fax: +30 210 6387801
www.takeda.com

Προώθηση:



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ
Σεβαστίας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS μπορεί να δημιουργήσει ένα υβριδικό κλειστό κύκλωμα μεταξύ της αντλίας και της συνεχούς καταγραφής σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Σκοπός της μελέτης η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAPS στη γλυκαιμική ρύθμιση ατόμων με ΣΔτ1.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 51 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. 23 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα ινσουλίνης και 28 συνέχισαν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης χωρίς το κλειστό κύκλωμα. Αξιολογήθηκε η χρήση του κλειστού κυκλώματος στη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA_{1c} , γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις 12 ± 1 και 24 ± 1 εβδομάδες. Έγινε καταγραφή της δόσης της ινσουλίνης, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία με τη χρήση του DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποίησαν το OpenAPS παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA_{1c} σε 3 και 6 μήνες ($7,85 \pm 0,91$ vs $7,06 \pm 0,96$ vs $6,70 \pm 0,98$, $p < 0,001$), ενώ η μείωση της HbA_{1c} στην άλλη ομάδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική ($7,81 \pm 1,07$ vs $7,48 \pm 1,12$ vs $7,37 \pm 0,98$, $p = 0,109$). Βελτίωση της γλυκόζης νηστείας για την ομάδα του OpenAPS ($154,14 \pm 26,17$ mg/dL vs $128,33 \pm 21,41$ mg/dL vs $117,74 \pm 8,73$ mg/dL, $p = 0,010$), ενώ δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο στην άλλη ομάδα ($p = 0,112$). Η ομάδα του OpenAPS είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των τιμών γλυκόζης πριν το γεύμα ($144,85 \pm 27,64$ mg/dL vs $139,05 \pm 18,06$ mg/dL vs $112,16 \pm 15,16$ mg/dL, $p < 0,001$), μεταγευματικά ($p = 0,011$), πριν το βραδινό ($p = 0,016$) και πριν την κατάκλιση ($p = 0,028$), ενώ βελτίωση για τη άλλη ομάδα διαπιστώθηκε για τις μεταγευματικές τιμές μετά το μεσημέρι ($p = 0,033$) και μετά το βραδινό ($p = 0,039$). Στατιστικά σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια μεταξύ των γευμάτων για την ομάδα του OpenAPS ($p < 0,0001$) καθώς και μεταγευματικά ($p = 0,010$). Οι ασθενείς στην ομάδα του OpenAPS χρειάζονταν λιγότερες μονάδες ινσουλίνης συνολικά ($p = 0,036$), λιγότερες μονάδες για τον βασικό ρυθμό ($p = 0,031$) καθώς και για την κάλυψη των γευμάτων ($p = 0,040$). Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία με τη χρήση του OpenAPS ($p = 0,022$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες διακυμάνσεις της γλυκόζης, περισσότερο χρόνο εντός των προκαθορισμένων ορίων καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, λιγότερες υπογλυκαιμίες και καλύτερη ποιότητα ζωής.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΕΝΤΟΣ ΕΥΡΟΥΣ ΣΤΟΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΜΕΤΑΒΛΗΤΗΤΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΑΤΟΜΩΝ ΧΩΡΙΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Στυλιανή Παπαντωνίου, Άννα Μωυσίδη, Μαρία Βαρβέρη, Π. Ψαραύτης, Γ. Μπαράκος, Βαλέρια Εμινίδου, Χριστίνα Τσατσάκη, Φιρούζα Κουρτίδου, Σ. Αντωνόπουλος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ Τζάνειο, Πειραιάς, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Οι πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τη χρήση της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (ΣΚΓ) αφορούν αποκλειστικά άτομα με διαβήτη. Στα άτομα με προδιαβήτη τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα όσον αφορά την εκτίμηση των στόχων γλυκόζης με τη χρήση της ΣΚΓ είναι ελάχιστα. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας εργασίας είναι η εκτίμηση των στόχων γλυκόζης με τη χρήση της ΣΚΓ σε άτομα με προδιαβήτη.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 15 άτομα με προδιαβήτη (8 άνδρες, μέσης ηλικίας: $51,8 \pm 10,9$ έτη) με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ): $28,1 \pm 4,9$ kg/m², και 10 άτομα χωρίς διαβήτη (5 άνδρες, μέσης ηλικίας: $45,2 \pm 10,3$ έτη) με ΔΜΣ: $26,8 \pm 4,7$ kg/m². Σε όλα τα άτομα της μελέτης η ΣΚΓ (διάρκειας 14 ημερών) πραγματοποιήθηκε με το σύστημα FreeStyle Libre της Abbott. Η διάγνωση του προδιαβήτη έγινε σύμφωνα με τα κριτήρια της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο χρόνος με τον αισθητήρα ενεργό δεν διέφερε ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης ($86,4 \pm 11,67\%$ στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $89,8 \pm 9,7\%$ στα άτομα χωρίς διαβήτη, $P=0,45$). Αντίστοιχα, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης όσον αφορά τη μεταβλητότητα της γλυκόζης ($16,9 \pm 4,25$ στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $15,8 \pm 2,5\%$ στα άτομα χωρίς διαβήτη, $P=0,43$). Στατικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στο μέσο όρο γλυκόζης ($94,5 \pm 9,1$ mg/dL στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $87,8 \pm 5,6$ mg/dL στα άτομα χωρίς διαβήτη, $P=0,04$), και στο δείκτη διαχείρισης γλυκόζης ($5,6 \pm 0,2\%$ στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $5,4 \pm 0,1\%$ στα άτομα χωρίς διαβήτη, $P=0,05$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στο χρόνο με εύρος στόχου 70-180 mg/dL ($94,9 \pm 8,4\%$ στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $93,6 \pm 7,4\%$ στα άτομα χωρίς διαβήτη, $P=0,75$) και στο χρόνο <70 mg/dL ($4,9 \pm 1,5\%$ στα άτομα με προδιαβήτη έναντι $6,3 \pm 1,4\%$ στα άτομα χωρίς διαβήτη $P=0,68$) ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με προδιαβήτη αλλά και εκείνα χωρίς διαβήτη παρουσιάζουν σημαντικό χρόνο σε επίπεδα γλυκόζης <70 mg/dL, εύρημα που ενδεχομένως θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην κλινική πρακτική. Όσον αφορά τους υπόλοιπους δείκτες της ΣΚΓ, στατικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στο μέσο όρο γλυκόζης και στο δείκτη διαχείρισης γλυκόζης ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

A. Τρικκαλινού, A. Γανωτοπούλου, Σ. Μπακογιάννη, B. Χατζηβασιλόγλου, A. Κουτσοβασίλης, A. Καμαράτος, A. Μελιδώνης

Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Διαβητολογικό Κέντρο-ΓΝΠ «Τζάνειο», Διαβητολογικό Κέντρο ΓΚΝΠ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) αποτελεί μια χρόνια νόσο με σημαντικές επιπλοκές και με σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη. Σκοπός της μελέτης η διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την ψυχολογική και σωματική κατάσταση των ατόμων με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 151 ασθενείς (47,5% άνδρες). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA_{1c} και γλυκόζης νηστείας). Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής και της ψυχολογικής επίδρασης του ΣΔτ2 έγινε κατά την ένταξη στη μελέτη και 12 μήνες μετά με το ερωτηματολόγιο EQ-5D το οποίο έχει επιμέρους συνιστώσες για την ποιότητα ζωής των ασθενών, το ερωτηματολόγιο Beck για την κατάθλιψη, το ερωτηματολόγιο PAID (Problem Areas In Diabetes) και το HFS (Hypoglycemia Fear Survey) για την επίδραση της υπογλυκαιμίας στην ποιότητα ζωής.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα άτομα της μελέτης ήταν ηλικίας $68,13 \pm 9,6$ έτη, με διάρκεια διαβήτη $17,57 \pm 7,9$ έτη με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $29,75 \pm 5,67$ kg και περίμετρο μέσης $105,97 \pm 14,04$ cm και $HbA_{1c} = 7,19 \pm 1,37$ κατά την ένταξη τους στη μελέτη χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή στους 12 μήνες. 34,1% παρουσίαζαν μακροαγγειακές επιπλοκές κατά την ένταξη τους στη μελέτη και 36,3% μικροαγγειακές επιπλοκές. Σε ινσουλινοθεραπεία ήταν το 34,3% των ασθενών. Αρνητική συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο EQ-5D είχαν η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου ($p=0,036$), η ινσουλινοθεραπεία ($p=0,041$) και η παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών ($p=0,044$) και θετική επίδραση η χρήση GLP-1 ($p=0,046$). Συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο HFS παρουσίασε η ινσουλινοθεραπεία ($p=0,016$), η παρουσία νεφροπάθειας ($p=0,044$), η διάρκεια του διαβήτη ($p=0,045$) και η παρουσία καρδιαγγειακών επιπλοκών ($p=0,039$). Συσχέτιση με το ερωτηματολόγιο Beck παρουσίαζε η ηλικία ($p=0,040$), η διάρκεια του διαβήτη ($p=0,044$), το φύλο ($p=0,046$, για τις γυναίκες), η ινσουλινοθεραπεία ($p=0,028$), οι μικροαγγειακές επιπλοκές ($p=0,030$) και η παρουσία μακροαγγειακών επιπλοκών ($p=0,022$), ενώ το PAID συσχετίστηκε με τη διάρκεια του διαβήτη ($p=0,033$), τις μακροαγγειακές επιπλοκές ($p=0,044$), την ινσουλινοθεραπεία ($p=0,036$) και την ηλικία ($p=0,040$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι μακροαγγειακές επιπλοκές, η ινσουλινοθεραπεία, η διάρκεια του διαβήτη και η ηλικία αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη όπως εκφράζεται μέσα από σχετικές κλίμακες εκτίμησης.

ΣΥΝΕΠΙΔΡΑΣΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΥΠΝΟΥ, ΦΥΣΙΚΗΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ, ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΠΡΩ-ΙΝΟΥ & ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Κωνσταντίνα Μωρόγιαννη¹, Ρένα Ι. Κωστή², Αικατερίνη Κανελλοπούλου¹, Βενετία Νοταρά³, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας, Σχολή Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα, ³Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ανεπαρκής ύπνος, η μειωμένη φυσική δραστηριότητα και η παράλειψη του πρωινού γεύματος αποτελούν παράγοντες που μπορεί να επιδράσουν αρνητικά στην κατάσταση βάρους των παιδιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της έρευνας ήταν να μελετηθεί η συνεπίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων αναφορικά με την κατάσταση βάρους των παιδιών προεφηβικής ηλικίας στην Ελλάδα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη σχολική περίοδο 2014-2016 διεξήχθη μια συγχρονική μελέτη σε 1728 Έλληνες μαθητές ηλικίας 10-12 ετών, σε διάφορα σχολεία της χώρας. Μέσω κατάλληλα δομημένων ερωτηματολογίων καταγράφηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά, και τα χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος των παιδιών υπολογίστηκε και ταξινομήθηκε, σύμφωνα με τα κριτήρια που έχουν τεθεί από τη Διεθνή Ομάδα Εργασίας για την Παχυσαρκία [International Obesity Task Force (IOTF)]

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η υπερβαρότητα/παχυσαρκία αφορούσε σχεδόν το 1/3 των αγοριών, ενώ αποτελούσε το 1/5 στα κορίτσια ($p < 0,001$). Η μέση διάρκεια νυχτερινού ύπνου των παιδιών συσχετίστηκε αρνητικά με το αυξημένο σωματικό βάρος ($p = 0,005$). Τα παιδιά με υπερβαρότητα/παχυσαρκία ανέφεραν ότι κοιμούνται λιγότερες ώρες τόσο τις καθημερινές όσο και τα Σαββατοκύριακα, σε σύγκριση με τα παιδιά που είχαν φυσιολογικό βάρος. Παρατηρήθηκε αλληλεπίδραση μεταξύ της διάρκειας ύπνου με τη συνήθεια του πρωινού ($p = 0,002$) και της φυσικής δραστηριότητας ($p < 0,001$). Μεταξύ των παραγόντων που μελετήθηκαν, φάνηκε πως η καθημερινή πρόσληψη πρωινού, μαζί με επαρκή ύπνο και μέτρια/επαρκή επίπεδα σωματικής δραστηριότητας, μείωσαν τις πιθανότητες υπερβαρότητας/παχυσαρκίας κατά 55% [OR 0,45, 95% CI (0,27, 0,72)].

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνεπίδραση της επαρκούς διάρκειας ύπνου με τη συχνή κατανάλωση πρωινού και τη μέτρια/επαρκή φυσική δραστηριότητα φαίνεται να έχει αντίκτυπο στην κατάσταση του βάρους, ως αποτέλεσμα της συνέργειας των τριών παραγόντων, κατά της παιδικής παχυσαρκίας.

ΘΗΛΑΣΜΟΣ, ΕΙΔΟΣ ΤΟΚΕΤΟΥ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Σταματία Κόκκου¹, Αικατερίνη Κανελλοπούλου¹, Βενετία Νοταρά², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα τελευταία χρόνια, έχουν ιδιαίτερο ερευνητικό ενδιαφέρον η περιγεννητική και βρεφική περίοδος ως παράγοντες, οι οποίοι θα μπορούσαν να επηρεάσουν την εμφάνιση υπερβαρότητας/παχυσαρκίας κατά την παιδική ηλικία. Πιο συγκεκριμένα η έναρξη και η διάρκεια του θηλασμού έχει λεχθεί ότι επηρεάζει τη συσσώρευση λίπους και την αύξηση του βάρους στη μετέπειτα ζωή.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκεκριμένη έρευνα μελέτησε τη σχέση μεταξύ του θηλασμού και του είδους τοκετού με την παιδική παχυσαρκία, λαμβάνοντας υπόψιν διάφορα χαρακτηριστικά της οικογένειας σε 1.135 Έλληνες μαθητές, ηλικίας 10-12 ετών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μέσω κατάλληλα δομημένων ερωτηματολογίων καταγράφηκαν το σωματικό βάρος, το ύψος, το είδος τοκετού και διάφορα κοινωνικο-δημογραφικά και περιγεννητικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων τη σχολική περίοδο 2014-2016. Η κατάσταση βάρους των παιδιών μετρήθηκε και ταξινομήθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την Παχυσαρκία [International Obesity Task Force (IOTF)].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός υπερβαρότητας/παχυσαρκίας ήταν 25%. Το 18,5% των παιδιών δεν θήλασαν ποτέ, ενώ από τους υπόλοιπους συμμετέχοντες, μόνο για το 27,5% η περίοδος θηλασμού ήταν μεγαλύτερη από 6 μήνες. Όσον αφορά την επίδραση της διάρκειας του θηλασμού στην παιδική παχυσαρκία, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές συσχετίσεις. Επιπλέον, δεν βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της παιδικής παχυσαρκίας και του είδους τοκετού ($p > 0,05$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η σημασία του μητρικού θηλασμού, τόσο για τα βρέφη όσο και για τις μητέρες, είναι αδιαμφισβήτητη, με πολλά οφέλη και βραχυπρόθεσμες ευεργετικές επιδράσεις κυρίως όσον αφορά τη βέλτιστη σωματική και συναισθηματική ανάπτυξη των νεογνών. Συνεπώς ο θηλασμός θα πρέπει να προωθείται από τους επαγγελματίες υγείας. Μελλοντικές έρευνες ενδέχεται να οδηγήσουν στην αποσαφήνιση του ρόλου του θηλασμού στην κατάσταση βάρους των παιδιών στην εφηβεία.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΕΝΤΕΡΙΚΟΥ ΜΙΚΡΟΒΙΩΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD): ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Αναστασία Ντικούδη¹, Αναστασία Πανναράκη², Ελισσάβετ Λυκούδη³,
Δημήτριος Παπαγεωργίου⁴, Μάρθα Κελέση⁵, Ευγενία Βλάχου⁵

¹ΠΕ Νοσηλεύτρια, PhD (c), Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc (c), Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ³ΤΕ Νοσηλεύτρια, PhD (c), Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ⁴Αναπληρωτής Καθηγητής, Νοσηλευτική, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ⁵Καθηγήτρια, Νοσηλευτική, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το ανθρώπινο εντερικό μικροβίωμα αποτελεί βασικό ρυθμιστή των μεταβολικών και ανοσοποιητικών λειτουργιών του οργανισμού μας, ενώ οποιαδήποτε αλλαγή σε αυτό, η οποία καλείται εντερική δυσβίωση, οδηγεί σε ένα σύνολο ασθενειών και αυτοάνοσων νοσημάτων. Λόγω του αυξανόμενου επιπολασμού της παχυσαρκίας, η μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος (NAFLD) αποτελεί συχνή αιτία που οδηγεί σε χρόνια ηπατική νόσο και τελικά σε κίρρωση. Τις τελευταίες δεκαετίες, το εντερικό μικροβίωμα έχει αξιολογηθεί ως ένας σημαντικός παράγοντας που οδηγεί στην παθογένεση της NAFLD με τη συμμετοχή του ανοσοποιητικού συστήματος του ξενιστή.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση του ανθρώπινου εντερικού μικροβιώματος με την εμφάνιση της NAFLD.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διεξήχθη εκτενής βιβλιογραφική αναζήτηση μέσω ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων (PubMed, Scopus, Cinahl και Medline) με λέξεις-κλειδιά «εντερικό μικροβίωμα», «μη αλκοολική λιπώδης ηπατική νόσος» και «εντερική δυσβίωση». Από την αναζήτηση προέκυψαν 47 μελέτες, 15 από τις οποίες πληρούσαν τα κριτήρια εισαγωγής στην παρούσα συστηματική ανασκόπηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση των μελετών, προέκυψε ότι η *Escherichia coli* και ο *Streptococcus* εμφάνισαν αυξημένη συγκέντρωση, ενώ οι *Corynebacterium*, *Faecalibacterium* και *Ruminococcus* εμφάνισαν μειωμένη συγκέντρωση στο μικροβίωμα των ασθενών με NAFLD σε σύγκριση με τον υγιή πληθυσμό της πλειοψηφίας των μελετών που συμπεριλήφθηκαν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Στη συγκεκριμένη συστηματική ανασκόπηση, φάνηκε πως υπάρχει συσχέτιση του εντερικού μικροβιώματος με την εμφάνιση της NAFLD. Ωστόσο, ακριβής μηχανισμός που να σχετίζεται με την εμφάνιση της NAFLD δεν έχει διαπιστωθεί μέχρι στιγμής. Για τον λόγο αυτό κρίνεται απαραίτητη η πραγματοποίηση πολυκεντρικών μελετών με στόχο να διερευνηθεί η παθογένεση της NAFLD και η συσχέτισή της με το ανθρώπινο εντερικό μικροβίωμα.

Η ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΜΙΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΚΑΙ ΤΙΣ ΜΑΚΡΟΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ;

Α. Τρικκαλινού, Π. Καλογερόπουλος, Β. Κουλοσούσα, Κ. Παπαλαζάρου, Β. Χατζηβασιλόγλου, Α. Κουτσοβασίλης, Γ. Κολοβού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Τμήμα λιπιδίων και προληπτικής καρδιολογίας-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Εργαστήριο Υπερήχων Metropolitan Hospital, 3η Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝ Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Οι μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη τους αποτελούν αντικείμενο διερεύνησης της ιατρικής επιστήμης καθώς και θεραπευτικών χειρισμών για την αποτροπή τους. Στην παρούσα μελέτη διερευνούμε τη συσχέτιση της διάρκειας του διαβήτη με την ανάπτυξη μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 61,5% των ασθενών. Μέση ηλικία των ασθενών $65,21 \pm 10,61$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,367$). BMI $30,54 \pm 4,21$ ($p=0,515$), διάρκεια διαβήτη $18,25 \pm 7,23$ ($p=0,031$ με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 61,5%, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $65,21 \pm 10,61$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,367$), ο δείκτης μάζας σώματος ήταν (BMI) $30,54 \pm 4,21$ ($p=0,515$), η διάρκεια διαβήτη $18,25 \pm 7,23$ ($p=0,031$ με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια). Ως προς τις συννοσηρότητες, δυσλιπιδαιμία εμφάνιζε το 47,6% και Αρτηριακή Υπέρταση το 59,76%. Ως προς τη λαμβανόμενη αγωγή σε ινσουλίνη ήταν το 40,2%, Μετφορμίνη 68,2%, Σουλφονουριδίες 14,2%, DPP-4 44,3%,

Γλιταζόνες 3,05%, GLP-1 29,8%, SGLT2 27,6%, ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αγωγή μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,388$). Από τα εργαστηριακά δεδομένα HbA_{1c} $6,95 \pm 1,21$ ($p=0,228$), LDL $89,22 \pm 30,56$, TG $145,21 \pm 58,22$, Apo A $122,31 \pm 26,27$, Apo B $73,08 \pm 25,9$.

Ολική χοληστερόλη = $153,44 \pm 32,52$ HDL $45,94 \pm 11,67$.

Αμφιβληστροειδοπάθεια παρουσίαζε το 2,3%, Χρόνια Νεφρική νόσο 12,1% (eGFR < 60 ml/min).

Περιφερική αγγειοπάθεια 1,4%, Στεφανιαία Νόσο το 23,2%, By pass 2,9%, Έμφραγμα του μυοκαρδίου 6,3%, PCI 16,9%, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο 4,1%.

Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση της διάρκειας νόσου (κατανομή ανά 5 έτη) με την Περιφερική Αγγειακή Νόσο ($p=0,491$), το By pass ($p=0,422$), την PCI ($p=0,492$), το έμφραγμα του μυοκαρδίου ($p=0,397$) και το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ($p=0,307$). Διαπιστώθηκε στατιστική τάση της διάρκειας του διαβήτη (με κατανομή ανά 5 έτη) με την αμφιβληστροειδοπάθεια ($p=0,087$) και τη Χρόνια Νεφρική Νόσο ($p=0,068$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια του διαβήτη επιβαρύνει σημαντικά τον κίνδυνο ανάπτυξης μικροαγγειοπαθτικών επιπλοκών.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΗΠΑΤΙΚΗΣ ΙΝΩΣΗΣ ΜΕΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΛΑΣΤΟΓΡΑΦΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Ι. Πιερρης, Ε. Χουρδάκη, Α. Τρικκαλινού, Γ. Ψαλτήρας, Φ. Γαφου, Α. Κυριακοπούλου, Α. Κουτσοβασίλης, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Εργαστήριο Υπερήχων Metropolitan Hospital, 3η Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝ Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η NAFLD αποτελεί μία συχνή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη και του μεταβολικού συνδρόμου. Σήμερα υπάρχουν αξιόπιστοι δείκτες ηπατικής ίνωσης που όταν υπάρχει ιδιαίτερη αύξηση τους σημαίνει πως η λιπώδης διήθηση (NAFLD) έχει εξελιχθεί σε φλεγμονή (NASH) και γι' αυτόν τον λόγο χρειάζεται η διενέργεια ελαστογραφίας. Εκ των δεικτών αυτών ο πλέον αξιόπιστος είναι ο FIB4.

Στην παρούσα μελέτη διερευνούμε τη συσχέτιση του FIB4 με τα ευρήματα ηπατικής ακαμψίας από την ελαστογραφία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 25 ασθενείς στους οποίους διενεργήθηκε ελαστογραφία. Εκ των ασθενών αυτών 15 ήταν άνδρες (62,5%), η μέση ηλικία $54,66 \pm 13,7$ έτη χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,370$),

μέση διάρκεια διαβήτη $7,78 \pm 6,88$ (χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων $p=0,139$) BMI $33,27 \pm 5,73$ (χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων $p=0,703$). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 25 ασθενείς, 15 ήταν άνδρες (62,5%), η μέση ηλικία ήταν $54,66 \pm 13,7$ έτη χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,370$),

μέση διάρκεια διαβήτη $7,78 \pm 6,88$ (χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων $p=0,139$) BMI $33,27 \pm 5,73$ (χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων $p=0,703$). $HbA_{1c}=7,54 \pm 1,97$, $LDL=113,86 \pm 57,3$ $TG=183,65 \pm 96,33$.

$SGOT=37,22 \pm 17,7$, $SGPT=56,38 \pm 40,66$, $Ggt=43,53 \pm 20,44$.

Σε ό,τι αφορά τη λαμβανόμενη αγωγή το 45,8% χρησιμοποιούσε GLP-1, το 41,7% SGLT2, ενώ ινσουλίνη χρησιμοποιούσε μόνο το 8,2%. Ως προς τις συννοσηρότητες, δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε το 37,5% και αρτηριακή υπέρταση το 54,2%. Μέση τιμή για FIB4 $2,09 \pm 1,08$ και για την ελαστογραφία $7,73 \pm 5,53$.

Παρουσιάζεται συντελεστής συσχέτισης $r=0,340$ και με $p=0,122$ το οποίο δείχνει πιθανή στατιστική τάση μεταξύ του FIB4 και της ελαστογραφίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Διαπιστώνεται θετική αλλά όχι σημαντική τάση συσχέτισης του FIB4 και των ευρημάτων της ελαστογραφίας.

Ωστόσο είναι ευνόητο ότι απαιτείται μεγαλύτερο δείγμα για τη διερεύνηση της συσχέτισης αυτής.

ΦΟΒΟΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΠΟΥ ΦΕΡΟΥΝ ΑΝΤΛΙΑ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΕΓΧΥΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Φιρούζα Κουρτίδου, Γ. Αθανασάκης, Άννα Μωυσίδη, Μαρία Βαρβέρη, Βαλέρια Εμινίδου, Π. Ψαραύτης, Γ. Μπαράκος, Χριστίνα Τσατσάκη, Σ. Αντωνόπουλος

Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο», Πειραιάς, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) είναι μία χρόνια πάθηση που απαιτεί περίπλοκους χειρισμούς (μετρήσεις γλυκόζης, πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης) με σημαντική επίδραση στην ποιότητα ζωής των ατόμων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μελέτη του φόβου υπογλυκαιμίας μεταξύ ατόμων με αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης και ατόμων σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη συμμετείχαν 95 άτομα (40 άνδρες / 55 γυναίκες, μέσης ηλικίας: $47 \pm 13,9$ έτη) με δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $27,1 \pm 5,9$ kg/m², διάρκεια διαβήτη $24,3 \pm 11,1$ έτη και HbA_{1c} $7,7 \pm 1,5\%$. Ποσοστό της τάξης του 56,8% χρησιμοποιούσε τη συνεχή καταγραφή για την παρακολούθηση των τιμών της γλυκόζης αίματος και το 42,1% ήταν σε αγωγή με αντλία ινσουλίνης. Η εκτίμηση του φόβου υπογλυκαιμίας έγινε με το ερωτηματολόγιο Hypoglycemia Fear Survey (HFS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό της τάξης του 42,1% είχε αρτηριακή υπέρταση, 61,1% δυσλιπιδαιμία, 7,4% στεφανιαία νόσο, 31,6% αμφιβληστροειδοπάθεια, 8,4% χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και 17,9% περιφερική νευροπάθεια. Όσον αφορά την κλίμακα HFS, τα άτομα σε αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης συγκέντρωναν χαμηλότερη συνολική βαθμολογία έναντι εκείνων που ήταν σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας ($18,35 \pm 6,09$ έναντι $26,36 \pm 7,78$, αντίστοιχα, $P=0,03$). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά την κλίμακα HFS μεταξύ των ατόμων σε συνεχή καταγραφή γλυκόζης και εκείνων σε αυτομέτρηση. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης στο σύνολο του πληθυσμού της μελέτης έδειξε ότι οι μεταβλητές που σχετίζονταν με την κλίμακα HFS ήταν η διάρκεια του διαβήτη ($\beta=0,24$, $P=0,01$), η δυσλιπιδαιμία ($\beta=-0,31$, $P=0,002$), και οι συνολικές ημερήσιες μονάδες ινσουλίνης ($\beta=-0,31$, $P=0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έδειξαν ότι τα άτομα με αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης είχαν λιγότερο φόβο υπογλυκαιμίας σε σύγκριση με τα άτομα σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλinoθεραπείας, όπως αυτός εκτιμήθηκε με την κλίμακα HFS, με τη διάρκεια του διαβήτη, τη δυσλιπιδαιμία και τις συνολικές ημερήσιες μονάδες ινσουλίνης να αποτελούν τους κυριότερους ρυθμιστικούς παράγοντες.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΜΙΚΡΟΚΥΤΤΑΡΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ (ΜΑF) ΣΤΗΝ ΠΡΩΙΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου⁸, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος², Παναγιώτης Μπούρας², Αθανασία Γκιντσάκη², Θεόδωρος Τσοπελας², Ελευθέριος Θηραίος², Δαμιανός Ασλάνογλου⁹, Χρήστος Ριφιώτης³, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Αικατερίνη Ζιακού⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Ζαχαρούλα Ταβουλαρέα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Χρυσούλα Ροπου⁶, Ιωάννης Δανδουλάκης⁶, Ειρήνη Ριφιώτη⁷, Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ³Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτριες Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαιευτικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁶Διοικητικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁷Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, ⁸Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ⁹Ειδικός Παθολόγος ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σιδηροπενική αναιμία είναι η πιο συχνή μορφή αναιμίας. Πλήττει κυρίως νεογνά, παιδιά, εφήβους και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας, κυοφορούσες ή μη. Σύμφωνα με τα νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), το 24,8% του ανθρώπινου πληθυσμού πάσχει σήμερα από αναιμία, εκ των οποίων το μεγαλύτερο ποσοστό σχετίζεται με σιδηροπενική αναιμία. Περίπου 3% των γυναικών έχουν σιδηροπενική αναιμία, ενώ το 20% των γυναικών έχουν μειωμένα αποθέματα σιδήρου χωρίς όμως να παρουσιάζουν αναιμία.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης είναι να διαπιστωθεί η προγνωστική αξία του δείκτη MAF σε άτομα που πρόκειται να αναπτύξουν σιδηροπενική αναιμία και στα οποία δεν έχουν ακόμη διαταραχθεί οι ερυθροκυτταρικοί δείκτες.

Ο δείκτης MAF υπολογίζεται από τον τύπο $MCV \times Hb / 100$.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Ελέγχθηκαν 300 άτομα 140 άνδρες και 160 γυναίκες με εύρος ηλικίας από 18 έως 95 ετών. Σ όλους τους ασθενείς της μελέτης μας μετρήθηκε Γενική αίματος και Φερριτίνη ορού.

Στην εξέταση της Γενική αίματος μετρήθηκαν και μελετήθηκαν όλοι οι ερυθροκυτταρικοί δείκτες-RBC, Hb, Hct, MCV, MCH, MCHC και RDW.

Ομάδα Α με ερυθροκυτταρικούς δείκτες εντός των τιμών αναφοράς και MAF χαμηλό ($< 10,3$). Ομάδα Β με ερυθροκυτταρικούς δείκτες και MAF εντός των τιμών αναφοράς, η οποία θα χρησιμοποιηθεί ως Ομάδα-Μάρτυρας.

Ομάδα Γ με χαμηλές τιμές και στους ερυθροκυτταρικούς δείκτες και στον MAF.

ΟΜΑΔΑ Α: 80 άτομα 65 γυναίκες 15 άνδρες με εύρος ηλικίας 18-89 ετών.

ΟΜΑΔΑ Β: 140 άτομα 60 γυναίκες 80 άνδρες με εύρος ηλικίας 18-86 ετών.

ΟΜΑΔΑ Γ: 80 άτομα 70 γυναίκες και 10 άνδρες με εύρος ηλικίας 22-90 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

	RBC	Hb	Hct	MCV	MCH	MAF	RDW	FERR
Ομάδα Α	4,80	12,60	38,80	82,8	27	10,43	15	10
Ομάδα Β	4,95	14,65	42,50	90	29	13,18	14	40
Ομάδα Γ	3,90	9,50	29,00	74	23	7,03	18,9	8

Από τη στατιστική επεξεργασία αναδεικνύεται η διαφορά ανάμεσα στις Ομάδες Α και Β, γεγονός που ενισχύει την υπόθεση ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο MAF σαν δείκτης υποκείμενης σιδηροπενίας πριν ακόμη διαταραχθούν οι ερυθροκυτταρικοί δείκτες.

Στις Ομάδες Α και Β βρέθηκε σημαντική διαφορά και στο RDW. Συγκρίσιμη διαφορά βρέθηκε στο MAF και στις Ομάδες Β και Γ γεγονός αναμενόμενο σε μια εγκατεστημένη σιδηροπενία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Με βάση όλα τα παραπάνω αποδεικνύεται για μια ακόμη φορά η αδιαμφισβήτητη αξία της γενικής αίματος αλλά και όλων των παραμέτρων που αναγράφονται σε αυτήν. Από τη συγκεκριμένη μελέτη αποδεικνύεται και η πρώιμη διαγνωστική αξία του MAF στην έγκαιρη διάγνωση της σιδηροπενικής αναιμίας πριν ακόμη διαταραχθούν οι ερυθροκυτταρικοί δείκτες. Να τονιστεί ότι ο MAF αποτελεί έναν μαθηματικά υπολογίσιμο δείκτη ο οποίος δεν επηρεάζεται από την οξεία φάση όπως συμβαίνει παραδείγματος χάριν με τη φερριτίνη που αποτελεί έναν πολύ εύχρηστο δείκτη που όμως αυξάνεται ψευδώς στην οξεία φάση.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Μεσογειακή διατροφή καθώς και η άσκηση αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν σημαντικά στο επίπεδο ρύθμισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και ο καθορισμός των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμόρφωση σε πρόγραμμα Μεσογειακής διατροφής καθώς και στο επίπεδο άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 322 άτομα (άνδρες) τρίτης και τέταρτης ηλικίας με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών παραγόντων, των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, της διάρκειας του ΣΔτ2, της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των συνοδών νοσημάτων. Ο βαθμός συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή διατροφή εκτιμήθηκε με το MedDiet Score, ενώ αυτός της άσκησης με ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων (International Physical Activity Questionnaire).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ατόμων της μελέτης ήταν $30,09 \pm 4,58 \text{ kg/m}^2$ και η διάρκεια του ΣΔτ2 $18,4 \pm 8,9$ έτη. Το MedDiet Score ήταν $33,79 \pm 3,75$ με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τους άνδρες ($p=0,046$), ενώ και στην άσκηση οι γυναίκες παρουσίασαν και πάλι υψηλότερες τιμές ($p=0,041$). Αρνητική συσχέτιση με το MedDiet Score διαπιστώθηκε με την ηλικία ($p=0,044$), το οικονομικό επίπεδο ($p=0,033$), και την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,028$). Οι παράγοντες οι οποίοι διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο της άσκησης ήταν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα ($p=0,033$), η οικογενειακή κατάσταση ($p=0,026$) και η παχυσαρκία ($p=0,042$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το επίπεδο συμμόρφωσης με τις οδηγίες Μεσογειακής διατροφής και άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα επηρεάζονται σημαντικά από πλειάδα κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω κοινωνικής μέριμνας. Η διαχείριση τους θα συμβάλει στο επίπεδο ρύθμισης και στην αποφυγή επιπλοκών.

ΤΥΠΟΣ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Αικατερίνη Κανελλοπούλου¹, Ρένα Ι. Κωστή², Βενετία Νοταρά³, Μαίρη Γιαννακούλια¹, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφολογίας, Σχολή Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα, ³Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πρόσληψη γάλακτος συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στη διατροφή των παιδιών, διαδραματίζοντας καθοριστικό ρόλο στην ανάπτυξη και τη δομή των οστών τους καθώς και στη λειτουργία του μυοσκελετικού συστήματος και της καρδιάς.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθεί η επίδραση του τύπου γάλακτος στην παιδική υπερβαρότητα/παχυσαρκία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά τη σχολική περίοδο 2014-2016 διεξήχθη μια επιδημιολογική έρευνα σε 1.728 Έλληνες μαθητές προεφηβικής ηλικίας Ε' & Στ' Τάξης δημοτικών σχολείων. Η κατάσταση βάρους των παιδιών μετρήθηκε και ταξινομήθηκε σύμφωνα με τα κριτήρια της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την Παχυσαρκία [International Obesity Task Force (IOTF)].

Τα παιδιά ταξινομήθηκαν σε τέσσερις κατηγορίες με βάση το είδος του γάλακτος που κατανάλωναν ή όχι (λευκό γάλα, σοκολατούχο γάλα, δύο τύποι γάλακτος και μη κατανάλωση γάλακτος).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα παιδιά που κατανάλωναν μόνο λευκό γάλα είχαν 33,1% λιγότερες πιθανότητες να είναι υπέρβαρα/παχύσαρκα σε σύγκριση με εκείνα που δεν κατανάλωναν καθόλου γάλα [OR (95% CI): 0,669 (0,516, 0,867), $p=0,002$]. Η κατανάλωση σοκολατούχου γάλακτος έδειξε προστατευτικό ρόλο έναντι του παιδικού υπερβολικού βάρους/παχυσαρκίας αν και η συσχέτισή του δεν ήταν σταθερά σημαντική.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παρατηρηθείσες αποκλίσεις αναφορικά με την κατάσταση βάρους των παιδιών, μεταξύ των διαφόρων τύπων γάλακτος καθιστούν δύσκολα τα ασφαλή συμπεράσματα. Η συγκεκριμένη μελέτη υπογραμμίζει τη σημαντική συμβολή της κατανάλωσης γάλακτος στη διαχείριση του βάρους και ως εκ τούτου η προώθησή του θα πρέπει να ενθαρρύνεται με συνέπεια.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Βασίλειος Βασιλακόπουλος², Στυλιανός Λαμπρόπουλος², Δημήτριος Πατουλιάς¹, Αθηνά Δημοσιάρη¹, Στέφανος Πούλιος¹, Ιωάννης Γιαννακίδης¹, Ευάγγελος Ρούντος¹, Παρασκευή Καριπίδου¹, Δημήτριος Σαμαράς¹, Σαββίνα Σαμαρά¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Νικόλαος Ζηντζιόβας¹, Ανδρέας Θωμόπουλος¹, Ιωάννης Τσιμούλας¹, Χρήστος Τσουμής², Ευθαλία Ράνδου¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικρο- και μακροαγγειακών επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο καθορισμός του επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Η παρούσα μελέτη συμπεριέλαβε 106 ασθενείς με ΣΔτ2 στους οποίους διενεμήθη ερωτηματολόγιο, με σκοπό την καταγραφή κοινωνικο- οικονομικών χαρακτηριστικών, δημογραφικών παραγόντων, σωματομετρικών χαρακτηριστικών, καθώς και των χρόνιων επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 106 ασθενείς της μελέτης ηλικίας $69,6 \pm 11,6$ έτη, τουλάχιστο μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζαν 61 (57,4%) ασθενείς. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 50 (47,1%) ασθενείς και μικροαγγειακές 44 (41,5%) ασθενείς. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλοαγγειακής νόσου, νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και διαβητικού ποδιού ήταν: 23,2%, 14,7%, 19,7%, 19,2% και 1,6% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες ήταν η ηλικία ($p=0,022$), η διάρκεια του ΣΔτ2 ($p=0,016$), το κάπνισμα ($p=0,004$), το φύλο ($p=0,033$), η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης ($p=0,048$) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ($p=0,010$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν στατιστικά την επίδραση τους είναι η διάρκεια του ΣΔτ2 ($p=0,012$), το κάπνισμα ($p=0,015$) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ($p=0,045$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικός αριθμός ατόμων με ΣΔτ2 παρουσιάζει χρόνιες επιπλοκές, στην εμφάνιση των οποίων ρόλο διαδραματίζει το κάπνισμα, η διάρκεια του ΣΔτ2 και η ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές μονάδες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου⁸, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος², Παναγιώτης Μπούρας², Αθανασία Γκινωσάτη², Θεόδωρος Τσοπελας², Ελευθέριος Θηραίος², Δαμιανός Ασλάνογλου⁹, Χρήστος Ριφιώτης³, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Αικατερίνη Ζιακου⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Ζαχαρούλα Ταβουλαρέα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Χρυσούλα Ροπου⁶, Ιωάννης Δανδουλάκης⁶, Ειρήνη Ριφιώτη⁷, Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β' Έπικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ³Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτριες Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαιευτικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁶Διοικητικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁷Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, ⁸Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ⁹Ειδικός Παθολόγος ΚΥ Βάρης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας ήταν ο έλεγχος των αποτελεσμάτων των αιματολογικών εξετάσεων που διενεργήθηκαν στους ασθενείς του ΚΥ Βάρης τα έτη από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Μάιο του 2022 σε τακτικό έλεγχο ρουτίνας με βάση το ιστορικό τους αλλά και σε ασθενείς που προσήλθαν στα επείγοντα του ΚΥ Βάρης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ελέγχθηκαν συνολικά 9800 άτομα, κατά το χρονικό διάστημα από 1/1/2019 έως 20/6/2022. Πραγματοποιήθηκε πλήρης βιοχημικός έλεγχος, γενική αίματος, αιματινικοί δείκτες, ΤΚΕ και γενική ούρων στην πλειονότητα των ασθενών αυτών από τα τακτικά ιατρεία αλλά και τα επείγοντα του ΚΥ Βάρης.

Οι ασθενείς αυτοί χωρίστηκαν σε 3 ηλικιακές ομάδες όπως αναγράφονται στο παρακάτω πίνακα:

	Άνδρες		
Ηλικιακή ομάδα	20-40 Έτη	40-60 Έτη	>60 Έτη
Συνολικός αριθμός	500	1000	3000
	Γυναίκες		
Ηλικιακή ομάδα	20-40 Έτη	40-60 Έτη	>60 Έτη
	600	1200	3500

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από ομαδοποίηση των τιμών των εργαστηριακών εξετάσεων αίματος στους παραπάνω ασθενείς του Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου του ΚΥ Βάρης προέκυψαν τα εξής:

1. Η ηλικιακή ομάδα >60 ετών εμφάνισε το υψηλότερο ποσοστό σε χαμηλό HCT, χαμηλές τιμές Fe και φερριτίνης, υψηλές τιμές τριγλυκεριδίων, χοληστερόλης και σακχάρου αίματος. Τα συχνότερα υποκείμενα νοσήματα σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα ήταν ΑΥ, αναιμία, ΣΔ τύπου Ι και τύπου ΙΙ, υπερχοληστερολαιμία.

2. Η ηλικιακή ομάδα 40-60 έτη παρουσίασε σχετικά αυξημένες τιμές τρανσαμινασών (SGOT, SGPT), τριγλυκεριδίων, χοληστερόλης καθώς και λιπώδη εκφύλιση ήπατος όπως αυτή προέκυψε από τη μελέτη του ιστορικού των ασθενών αυτών.

Οι άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας με υποκείμενα νοσήματα (ΣΔ Ι και ΙΙ, υπερχοληστερολαιμία, αναιμία, αρτηριακή υπέρταση, λιπώδη διήθηση του ήπατος) ελάμβαναν σε μικρότερο ποσοστό (70%) από τις γυναίκες ειδική θεραπευτική αγωγή για τα νοσήματα αυτά. Αντίθετα, σε ποσοστό 85% οι γυναίκες αυτής της ηλικιακής ομάδας με τα ίδια υποκείμενα νοσήματα, ελάμβαναν συστηματικά την ειδική φαρμακευτική αγωγή.

3. Η ηλικιακή ομάδα 20-40 έτη αποδείχθηκε η πιο υγιής σε σχέση με τις υπόλοιπες, τόσο στον

ανδρικό όσο και στον γυναικείο πληθυσμό.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ηλικιακή ομάδα >60 ετών, ειδικότερα ο ανδρικός πληθυσμός εμφάνισε μεγαλύτερο ποσοστό παθολογικών αποτελεσμάτων εξετάσεων αίματος σ όλες τις εξετάσεις που διενεργήθηκαν.

Είναι σημαντικό λοιπόν να συμπεριληφθούν περισσότερες διαγνωστικές εργαστηριακές εξετάσεις αιματολογικές και ακτινολογικές καθώς και γαστροσκόπηση/κολοноσκόπηση ως προληπτικό μέτρο στην ηλικιακή αυτή ομάδα αλλά και να υιοθετήσουν οι ασθενείς των ηλικιών αυτών τη συνήθεια να έχουν σταθερά Οικογενειακό Γατρό που θα έχουν επιλέξει ώστε να έχουν σωστά κατευθυνόμενη τακτική και συνεχή ιατρική παρακολούθηση.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΑΓΟΡΙ 7 ΕΤΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΜΕ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΑΠΟ COVID-19

Α. Μαυρουδής¹, Βασιλική Πετροπούλου²

¹Παιδιατρική Κλινική, Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ²Ιδιώτης Ιατρός-Πνευμονολόγος, Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η Διαβητική Κετοξέωση θεωρείται επείγουσα κατάσταση και γι' αυτό είναι απαραίτητο να διαγνωσθεί εγκαίρως. Το κύριο αίτιο θανάτου σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι. Η θνητότητα είναι μεταξύ 0.5% έως 15%.

ΣΚΟΠΟΣ: Περιγραφή περίπτωσης αγοριού 7 ετών με διαβητική κετοξέωση.

ΥΛΙΚΟ: Αγόρι ηλικίας 7 ετών με ελεύθερο ατομικό ιστορικό και οικογενειακό περιβάλλον λοίμωξης από Covid-19, προσέρχεται στα εξωτερικά ιατρεία με πολλαπλά επεισόδια εμέτων, αδυναμία και απώλεια βάρους τις τελευταίες δέκα ημέρες. Λαμβάνει αντιβιοτική αγωγή με αζιθρομυκίνη και εισπνεόμενα φάρμακα, λόγω λοίμωξης του κατωτέρου αναπνευστικού.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την κλινική εξέταση παρουσιάζει οξεωτική αναπνοή, σημεία αφυδάτωσης, όπως μείωση σπαργής δέρματος, ξηρότητα βλεννογόνων, ταχυκαρδία, υπόταση και έντονο κοιλιακό άλγος διάχυτο στην περιομφαλική χώρα. Λαμβάνεται εργαστηριακός έλεγχος και αέρια αίματος με ευρήματα συμβατά με λοίμωξη, υπεργλυκαιμία και μεταβολική οξέωση. Τίθεται η διάγνωση της διαβητικής κετοξέωσης και ο ασθενής μετά τη σταθεροποίησή του παραπέμπεται σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο παιδών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια ενυδάτωση και διάλυμα ινσουλίνης με συνεχή αντλία έγχυσης υγρών. Ακολουθεί αποκατάσταση των ηλεκτρολυτικών διαταραχών και έναρξη αντιβίωσης με αμπικιλίνη. Αφού παρέμεινε στα εξωτερικά ιατρεία για σταθεροποίηση, διακομίσθηκε σε παιδιατρικό νοσοκομείο των Αθηνών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κρίνεται απαραίτητο ένας ενδελεχής κλινικοεργαστηριακός έλεγχος για την αναζήτηση και θεραπεία παθολογικών καταστάσεων που οδηγούν στη διαβητική κετοξέωση. Η βαριά εικόνα της κετοξέωσης είναι δυνατόν να συνυπάρχει ή να καλύπτει ακόμα και μια λοίμωξη.

ΤΟ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ: ΜΙΑ ΣΥΓΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΟΡΕΙΝΗ ΑΠΟΜΑ-ΚΡΥΣΜΕΝΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Ν. Κονδύλης¹, Δ. Γουγουρέλας², Αθηνά-Μαρία Κουφαδάκη³, Τ. Πολυκανδριώτης⁴, Ευπραξία Γουγουρέλα⁵, Ελευθερία Λελεκάκη⁶, Αναστασία Γαλανοπούλου²

¹Κεντρικά Ιατρεία ΕΛ.ΑΣ, ²Κέντρο Υγείας Γκούρας Κορινθίας, ³Παιδιατρική Κλινική Μετροπόλι-ταν, ⁴Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, ⁵Κέντρο Υγείας Τζερμιάδου Λασιθι, ⁶Ναυτικό Νοσοκο-μείο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το καρδιομεταβολικό σύνδρομο αποτελεί άθροισμα παραγόντων κινδύνου με-ταβολικής αιτιολογίας, που οριοθετεί ανάγκη κλινικής αντιμετώπισης παχύσαρκων, οι οποίοι παρουσιάζουν πολλαπλούς παράγοντες κινδύνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Εκτίμηση της συχνότητας μεταβολικού συνδρόμου [ΜΣ] και των χαρακτηριστικών του, της συσχέτισης με το κάπνισμα, καθώς και την παρουσία καρδιαγγειακών επεισοδίων σε αγροτικό πληθυσμό.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Σε 230 ασθενείς (51,75% άνδρες, διάμεσης ηλικίας 74 ετών, εύρος 16-99 έτη) που προσήλθαν στα τακτικά ιατρεία, έγινε καταγραφή παραμέτρων ΠΣ (περίμετρος μέσης, αρτηριακή πίεση [ΑΠ], γλυκόζη νηστείας [ΓΝ], τριγλυκερίδια [TG], HDL χοληστερόλης), ιστορικού καπνίσματος και καρδιαγγειακής νόσου. Για τη διάγνωση του ΜΣ χρησιμοποιήθηκε ο ορισμός του National Cholesterol Education Program (NCEP).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συχνότητα ΜΣ ήταν 45%. Δεν υπήρχε διαφορά μεταξύ των φύλων. Οι ασθενείς με ΜΣ είχαν μεγαλύτερη ηλικία ($73,7 \pm 14,4$ έτη) έναντι των υπολοίπων ($65,8 \pm 21,5$ έτη, $p=0,002$). Συχνότητα επιμέρους παραμέτρων: αυξημένη ΑΠ 82,1%, αυξημένη ΓΝ 87,8%, μειωμένη HDL 85,4%, αυξημένα TG 29,3% και αυξημένη ΠΜ 82,5%. Ασθενείς με ΜΣ είχαν σημαντικά μεγαλύτερη ΓΝ ($p<0,0001$), συστολική ΑΠ ($p<0,0001$) και ολική χοληστερόλη ($p=0,0001$). Η συχνότητα καπνίσματος δεν διέφερε ανάμεσα σε εκείνους με ή χωρίς ΜΣ. Η στεφανιαία νόσος (ΣΝ) και το ιστορικό εγκεφαλικών επεισοδίων (ΕΕ) σχετίστηκαν με ηλικία ($p=0,0001$), παρουσία Σακχαρώδη Διαβήτη ($p<0,0001$), ΑΠ ($p<0,0001$) και υπερλιπιδαιμία ($p<0,0001$), ενώ δε σχετίστηκαν με κάπνισμα ($p=0,25$). Στην υποομάδα ασθενών χωρίς ΜΣ, το κάπνισμα σχετίστηκε σημαντικά με αυξημένη συχνότητα ΣΝ και ΕΕ ($p=0,001$).

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΛΟΓΩ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Β. Βασιλακόπουλος, Π. Ροδίτης, Σοφία Θεοδωρίδου, Χρ. Τσουμής, Γ. Παπαγόρας, Ελεωνόρα Κυπριτίδου, Αικατερίνη Παπανικολάου, Στ. Λαμπρόπουλος

Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Κατά καιρούς έχει προταθεί πλήθος παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Εν τούτοις οι κλασικοί παράγοντες κατέχουν ακόμα κυρίαρχη θέση. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του επιπολασμού των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην καρδιολογική κλινική εξαιτίας στεφανιαίας νόσου (ΣΝ).

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της παρούσης μελέτης αποτέλεσε το πλήθος των ασθενών που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική κατά το έτος 2021 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου που επιβεβαιώθηκαν σε δεύτερο χρόνο με στεφανιογραφικό έλεγχο που ανέδειξε στεφανιαία νόσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά κατεγράφησαν 83 ασθενείς (84,9% άνδρες), ηλικίας 47- 88 ετών (μέση τιμή τα 63,67 έτη), στην πλειοψηφία τους μη καπνίζοντες. Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ ανέφεραν 15 ασθενείς (18,07%), ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης 58 ασθενείς (69,8%), δυσλιπιδαιμίας 47 ασθενείς (56,6%), σακχαρώδους διαβήτη 29 ασθενείς (34,9%), ενώ γνωστή ΣΝ 27 ασθενείς (32,5%) των ασθενών της μελέτης.

		count	Column N %
Φύλο	Άρρεν	70	84,3
	Θήλυ	13	15,7
Κάπνισμα	Όχι	56	67,4
	Ναι	27	32,6
Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ	Όχι	68	81,9
	Ναι	15	18,1

		Count	Column N %
Αρτηριακή Υπέρταση	Άρρεν	15	25,8
	Θήλυ	43	74,2
Γνωστή ΣΝ	Όχι	56	67,4
	Ναι	27	32,6
Δυσλιπιδαιμία	Όχι	36	43,3
	Ναι	47	56,7
Γνωστός ΣΔ	Όχι	56	67,4
	Ναι	27	32,6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεγαλύτερο ποσοστό του πληθυσμού που νοσηλεύτηκε στην Καρδιολογική Κλινική παρουσίαζε περισσότερους του ενός παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο. Συχνότερη εξ αυτών ήταν η αρτηριακή υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία. Η ρύθμιση των παραγόντων αυτών μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική μείωση της επίπτωσης της στεφανιαίας νόσου.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΑΙΤΙΑΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Σοφία Θεοδωρίδου¹, Π. Ροδίτης¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹,
Ελεωνόρα Κυπριτίδου¹, Αικατερίνη Παπανικολάου¹, Ευθαλία Ράνδου², Στ. Λαμπρόπουλος¹

¹Καρδιολογική Κλινική, ²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) μείζονα παράγοντα κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου. Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA_{1c}) χρησιμοποιείται, τόσο για τη διάγνωση του ΣΔ, όσο και για την εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου. Σκοπός της παρούσης μελέτης, είναι η καταγραφή των επιπέδων της HbA_{1c} στους ασθενείς που νοσηλεύονται σε καρδιολογική κλινική συνεπεία στεφανιαίας νόσου.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της παρούσης μελέτης αποτέλεσε το πλήθος των ασθενών που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική κατά το έτος 2021 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου που επιβεβαιώθηκαν σε δεύτερο χρόνο με στεφανιογραφικό έλεγχο που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους τους ασθενείς μετρήθηκε η τιμή της HbA_{1c} (φυσιολογικές τιμές 4,3- 6,1%) σε δείγμα αίματος που ελήφθη κατά την εισαγωγή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά κατεγράφησαν 83 ασθενείς (84,9% άνδρες), ηλικίας 47- 88 ετών (μέση τιμή τα 63,67 έτη), στους οποίους μετρήθηκε η HbA_{1c}, οι τιμές της οποίας κυμάνθηκαν από 4,3 έως 10,8 και η μέση τιμή ήταν 6,457. Κατηγοριοποιώντας τις τιμές αυτές φαίνεται ότι 35 (42,1%) ξεπερνά το όριο των παθολογικών τιμών, ενώ οι υπόλοιπες 48 (57,9%) ανήκουν στο φυσιολογικό φάσμα.

		count	Column N %
Κατηγορία HbA _{1c}	<5,5	9	18,75
	5,5- 5,7	11	22,91
	5,8- 6,1	9	18,75
	>6,1	19	39,58
Κατηγορία HbA _{1c}	Φυσιολογική	48	57,9
	Παθολογική	35	42,1

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η τιμή της HbA_{1c} ήταν παθολογική σε ένα σημαντικό κομμάτι των ατόμων που νοσηλεύτηκαν με στεφανιαία νόσο. Καταδεικνύεται λοιπόν ο κυρίαρχος ρόλος του αδιάγνωστου ή πλημμελώς θεραπευόμενου σακχαρώδη διαβήτη στη διαμόρφωση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Π. Ροδίτης¹, Σοφία Θεοδωρίδου¹, Χρ. Τσουμής¹, Γ. Παπαγόρας¹,
Ελεωνόρα Κυπριτίδου¹, Αικατερίνη Παπανικολάου¹, Στ. Λαμπρόπουλος¹

¹Καρδιολογική Κλινική, ²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Το φάσμα των κλινικών εκδηλώσεων της στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) περιλαμβάνει τη σταθερή στηθάγχη, τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα [οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST (STEMI), χωρίς ανάσπαση του ST (NSTEMI) και ασταθής στηθάγχη (UA)], τον αιφνίδιο θάνατο και φυσικά την ασυμπτωματική νόσο. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η καταγραφή των κλινικών εκδηλώσεων στεφανιαίας νόσου για τις οποίες εισήχθησαν ασθενείς στην καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου μας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της παρούσης μελέτης αποτέλεσε το πλήθος των ασθενών που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Κοζάνης κατά το έτος 2021 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου που επιβεβαιώθηκαν σε δεύτερο χρόνο με στεφανιογραφικό έλεγχο που ανέδειξε στεφανιαία νόσο.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά κατεγράφησαν 83 ασθενείς (84,9% άνδρες), ηλικίας 47- 88 ετών (μέση τιμή τα 63,67 έτη). Η συχνότερη κλινική εκδήλωση ΣΝ ήταν το NSTEMI και ακολούθως η σταθερή στηθάγχη με ποσοστά 36,1% και 31,3% αντίστοιχα. Ανάμεσα στα STEMI συχνότερο ήταν το STEMI κατώτερου τοιχώματος.

		count	Column N %
Κλινικές εκδηλώσεις ΣΝ	UA	11	13,2
	NSTEMI	30	36,1
	STEMI 16 (19,2%)	9	10,8
	Κατώτερο Πρόσθιο	7	8,4
Σταθερή στηθάγχη		26	31,3

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανομή των κλινικών εκδηλώσεων της στεφανιαίας νόσου στον πληθυσμό της μελέτης συμπίπτει με δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας. Πιο συγκεκριμένα η ΣΝ εκδηλώνεται είτε με τη μορφή της σταθερούς στηθάγχης είτε με τη μορφή των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων. Τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ευρωπαϊκής Καρδιολογικής Εταιρίας εμφανίζονται με σειρά φθίνουσας συχνότητας ως NSTEMI, STEMI και λιγότερο ως ασταθής στηθάγχη, όπως συμβαίνει και στην παρούσα μελέτη.

ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΑ, ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ

Β. Βασιλακόπουλος¹, Ευθαλία Ράνδου², Αθηνά Δημοσιάρη², Π. Ροδίτης¹,
Σοφία Θεοδωρίδου¹, Στ. Λαμπρόπουλος¹

¹Καρδιολογική Κλινική, ²Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Κοζάνης «Μαμάτσειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Είναι γνωστό ότι η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η εκτίμηση του ποσοστού των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική του νοσοκομείου μας με ΚΑ είτε ως αιτία εισαγωγής είτε ως συννοσηρότητα.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 206 συνολικά ασθενείς (51,6% άνδρες, μέσης ηλικίας $69,8 \pm 15,4$ έτη) που νοσηλεύτηκαν στην Παθολογική Κλινική κατά το έτος 2021. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή της αιτίας εισαγωγής καθώς και των συννοσηροτήτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των εισαγωγών 25 ασθενείς (12,1%) νοσηλεύτηκε λόγω επιδείνωσης της ΚΑ. Δεν παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα, όσον αφορά στη νοσηλεία για ΚΑ (άνδρες: γυναίκες, 14,5% έναντι 10,3%, $p=0,49$). Όσον αφορά στις υπόλοιπες αιτίες εισαγωγής των ασθενών, αυτές περιγράφονται στον κάτωθι πίνακα:

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	count	Column N %
Λοίμωξη ουροποιητικού	22	10,6%
Λοίμωξη αναπνευστικού	42	20,3
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	32	15,5
Παθήσεις χοληφόρων & παγκρέατος	13	6,3
Αιμορραγία Πεπτικού Συστήματος	28	13,5
Αναιμία	28	13,5
Ηλεκτρολυτικές διαταραχές	12	5,8
Κακοήθειες	10	4,8
Φαρμακευτική Υπερδοσολογία	6	2,9
Επιδείνωση Νεφρικής Λειτουργίας	13	6,3

Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν $6,2 \pm 1,6$ ημέρες και η νοσοκομειακή θνητότητα 5,3%. Οι μόνες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δυο φύλα (άνδρες έναντι γυναικών) αφορούσαν τη νοσηλεία λόγω λοίμωξης του ουροποιητικού (5,8% έναντι 12,9% αντίστοιχα, $p=0,003$) και του αναπνευστικού συστήματος (22,3% έναντι 8,5% αντίστοιχα, $p=0,01$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σημαντικό ποσοστό των ασθενών με ΚΑ νοσηλεύεται σε παθολογική κλινική. Τα ευρήματα της παρούσης μελέτης, καταδεικνύουν την αναγκαιότητα της ολιστικής παρέμβασης στη θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με ΚΑ.

ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος², Στυλιανός Λαμπρόπουλος², Δημήτριος Πατουλιάς¹, Αθηνά Δημοσιάρη¹, Στέφανος Πούλιος¹, Ιωάννης Γιαννακίδης¹, Ευάγγελος Ρούντος¹, Παρασκευή Καριπίδου¹, Δημήτριος Σαμαράς¹, Σαββίνα Σαμαρά¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Αθηνά Καρατζέτζου¹, Νικόλαος Ζηντζιόβας¹, Ανδρέας Θωμόπουλος¹, Ιωάννης Τσιμούλας¹, Χρήστος Τσουμής², Ευθαλία Ράνδου¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι λοιμώξεις του κατώτερου αναπνευστικού έχουν πολύπλοκο χαρακτήρα, η δε έκβασή τους επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

ΣΚΟΠΟΣ: της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κοιλιακής παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη στο χρόνο νοσηλείας των ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 45 νοσηλευόμενοι ασθενείς λόγω λοίμωξης του κατώτερου αναπνευστικού κατά τη διάρκεια ενός έτους. Κατεγράφησαν οι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου καθώς και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν $5,2 \pm 1,3$ ημέρες. Το 42% των ανδρών και το 15% των γυναικών παρουσίαζαν σακχαρώδη διαβήτη ($p=0,027$). Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 83,4% των ασθενών, ενώ παθολογική περίμετρο μέσης παρουσίαζε το 73,2% των ασθενών, με τους άνδρες να υπερτερούν σημαντικά ($p=0,019$). Υψηλότερη συννοσηρότητα (περισσότερα από 2 χρόνια νοσήματα) στους άνδρες ($p=0,032$). Χρόνια αναπνευστική νόσο παρουσίαζε το 11,5% των ασθενών. Οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά τη διάρκεια νοσηλείας είναι η ηλικία ($OR=1,22$, $CI: 1,12-2,94$, $p=0,001$), η αυξημένη περίμετρος μέσης ($OR=1,16$, $CI: 1,06-3,18$, $p=0,045$) και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου ($OR=1,33$, $CI: 1,13-2,86$, $p<0,001$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια νοσηλείας ασθενών με λοίμωξη κατώτερου αναπνευστικού επηρεάζεται από την παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου και την ηλικία, αλλά και από μεταβολικούς παράγοντες όπως είναι η παθολογική περίμετρος μέσης και η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Βασίλειος Βασιλακόπουλος², Στυλιανός Λαμπρόπουλος², Αθηνά Καρατζέτζου¹, Δημήτριος Πατουλιάς¹, Αθηνά Δημοσιάρη¹, Στέφανος Πούλιος¹, Ιωάννης Παννακίδης¹, Ευάγγελος Ρούντος¹, Παρασκευή Καριπίδου¹, Δημήτριος Σαμαράς¹, Σαββίνα Σαμαρά¹, Βασιλική Καραχισαρίδου¹, Νικόλαος Ζηντζιόβας¹, Ανδρέας Θωμόπουλος¹, Ιωάννης Τσιμούλας¹, Χρήστος Τσουμής², Ευθαλία Ράνδου¹

¹Παθολογική Κλινική, ²Καρδιολογική Κλινική ΓΝ Κοζάνης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι από τις σημαντικότερες αιτίες θνησιμότητας και αναπηρίας στις αναπτυγμένες χώρες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη έχει ως σκοπό, την ανάλυση της επίδρασης της υπεργλυκαιμίας κατά την εισαγωγή στη βραχυπρόθεσμη έκβαση του ΑΕΕ.

ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 55 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν λόγω ΑΕΕ κατά τη διάρκεια 2 ετών. Όλοι οι ασθενείς υπεβλήθησαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, έγινε καταγραφή του σακχάρου αίματος εισαγωγής, ενώ η βαρύτητα του ΑΕΕ αξιολογήθηκε με βάση την Scandinavian Stroke Scale (SSS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 55 ασθενείς, οι 32 (58,1%) παρουσίαζαν υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή τους, ενώ σε 23 (41,8%) δεν ανεδείχθη υπεργλυκαιμία, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δυο φύλων ($p=0,688$). Οι ασθενείς με την υπεργλυκαιμία ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ($83,61 \pm 7,87$ έναντι $79,81 \pm 10,11$ έτη, $p=0,402$) και παρουσίαζαν μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας ($6,12 \pm 4,86$ έναντι $5,53 \pm 2,37$ ημέρες, $p=0,169$) χωρίς να υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι ασθενείς με βαρύτερη κλινική εικόνα ($SSS < 25$) παρουσίαζαν σε υψηλότερη συχνότητα αυξημένες τιμές σακχάρου κατά την εισαγωγή ($p=0,016$). Από τους 55 ασθενείς, 5 (9,09%) απεβίωσαν κατά τις πρώτες 30 ημέρες μετά από το ΑΕΕ. Από τους ασθενείς που απεβίωσαν το 58,03% παρουσίαζε υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή έναντι του 39,23% που είχε φυσιολογικές τιμές σακχάρου αίματος ($p=0,018$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή μεταξύ των ασθενών με ΑΕΕ παρατηρείται συχνά και φαίνεται να σχετίζεται με τη βαρύτητα και την έκβαση του ΑΕΕ.

ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ

Κωνσταντίνα Αρσενίου

Νοσηλεύτρια Χειρουργείου, Επισκέπτρια Υγείας ΠΕ, MSc, ΓΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μεταβολικό σύνδρομο ορίζεται ως μια συνιστώσα μεταβολικών ανωμαλιών, από έναν συνδυασμό φυσιολογικών, βιοχημικών, κλινικών και μεταβολικών παραγόντων, που αυξάνουν άμεσα τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και θνησιμότητας όλων των αιτιών.

ΣΚΟΠΟΣ: Να συσχετιστεί το μεταβολικό σύνδρομο και η ποιότητα ζωής των πασχόντων. Έγινε επίσης προσπάθεια ανεύρεσης ενός ορισμού του μεταβολικού συνδρόμου και διερευνήθηκε η έννοια της ποιότητας ζωής και των εργαλείων που χρησιμοποιούνται σήμερα για την εκτίμησή της.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε αναζήτηση, με λέξεις κλειδιά όπως: Metabolic Syndrome, Risk Factors, Nutrition, Lifestyle, Quality of life, σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Google Scholar), ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, ενώ τέθηκε χρονολογικός περιορισμός πενταετίας, ώστε να συμπεριληφθούν οι πιο πρόσφατες έρευνες. Από το σύνολο των μελετών, συμπεριλήφθηκαν όσες σχετίζονταν άμεσα με το υπό διερεύνηση θέμα, ενώ αποκλείστηκαν άρθρα που δεν σχετίζονταν με το υπό διερεύνηση θέμα και δεν ήταν γραμμένα στην αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με μελέτες, ο επιπολασμός του μεταβολικού συνδρόμου παρουσιάζει αυξητική τάση στην Ελλάδα, καθώς στους άνδρες ο ξεκινάει από 9,45% για ηλικίες κάτω των 35 ετών και φτάνει το 37,5% στις ηλικίες των 55-65 ετών, ενώ στις γυναίκες ο επιπολασμός αγγίζει το 5,5% στις ηλικίες κάτω των 35 ετών και ανέρχεται στο 23,9% στις ηλικίες 55-65 ετών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μεταβολικό σύνδρομο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής των πασχόντων, λόγω των ιδιαίτερα σοβαρών επιπλοκών που το συνοδεύουν. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, υπάρχει ελαττωμένη καρδιοαναπνευστική λειτουργία, διαταραχές της περιφερικής κυκλοφορίας, μειωμένη ικανότητα για επιτέλεση σωματικού έργου και συνεπώς σοβαρά επηρεασμένη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη σύγχρονη βιβλιογραφία, η φυσική δραστηριότητα και η γενική υγεία των πασχόντων είναι σαφώς επηρεασμένες. Επιπλέον, η επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου στην ποιότητα ζωής συνδέεται με τον υψηλό δείκτη μάζας σώματος. Η μεγάλη αύξηση της συχνότητας του μεταβολικού συνδρόμου, έχει στρέψει μεγάλο μέρος της σύγχρονης έρευνας στη διερεύνηση της αιτιολογίας του, στην αντιμετώπισή του και στο βαθμό που επηρεάζει την ποιότητα ζωής των πασχόντων.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΤΥΠΟΥ2 ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

Ευγενία Γιάννου¹, Γ.Κ. Λαδάς¹, Χριστίνα Παπαδάτου¹, Εφροσύνη Σαξιώνη²

¹Footcenter Κέντρο Ποδολογίας Γιάννου Ευγενία, ²Δερματολογικό Ιατρείο Ευφροσύνης Σαξιώνη - Δερματολόγος Αφροδισιολόγος, Εκπαιδ. Νοσοκομείο Addenbrooke's Cambridge UK

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει στην ανάπτυξη λοιμώξεων του δέρματος και των εξαρτημάτων του. Ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια, κακή ρύθμιση σακχάρου, υψηλό δείκτη μάζας σώματος και Συνοδά νοσήματα (ρευματοειδή αρθρίτιδα, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.ά.) αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη διαβητικών ελκών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρουσίασης του συγκεκριμένου περιστατικού είναι να τονιστεί η σπουδαιότητα της έγκαιρης ανίχνευσης μυκητιασικών λοιμώξεων άκρου ποδός σε διαβητικά άτομα.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Πρόκειται για διαβητική ασθενή 70 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, από 20ετίας, με ιστορικό υπέρτασης, καρδιοπάθειας, σκλήρυνση κατά πλάκας και διαβητικής νευροπάθειας. Παρακολουθείται σε ποδολογικό κέντρο εδώ και αρκετά χρόνια εκτός από την τελευταία διετία που λόγω πανδημίας δεν μπόρεσε να προσέλθει. Εμφάνισε δι-αβροχή μεσοδακτυλίων διασπημάτων με έντονη ερυθρότητα και εικόνα ελκωτικής βλάβης και στα δύο πόδια. Παράλληλα παρατηρήθηκε δυστροφία ονύχων και υπονύχια υπερκεράτωση. Παραπέμφθηκε σε δερματολογικό ιατρείο για εκτίμηση και λήψη αγωγής. Η ασθενής λαμβάνει αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη παρόλα αυτά είναι αρρυθμιστη με τιμές εκτός στόχου (HbA_{1c} : $7,0 \pm 1,2\%$). Στην καλλιέργεια υλικού από τις βλάβες βρέθηκε *Trichophyton rubrum*. Ο ίδιος μύκητας απομονώθηκε και από ξέσμα ονύχων της ασθενούς. Εκτός από την εργαστηριακή επιβεβαίωση των δερματόφυτων αναγνωρίστηκαν και άλλοι μικροοργανισμοί, που συνήθως συνυπάρχουν σε αυτές τις περιπτώσεις (*staphylococcus aureus*, *staphylococcus epidermis* τα οποία είναι και ανθεκτικά στην πενικιλίνη), καθώς και gram(-) βακτηρίδια. Στο αντιμυκητόγραμμα βρέθηκε ευαισθησία αυτού του δερματόφυτου σε Κυκλοπιροξολαμίνη και ιμιδαζολικά παράγωγα καθώς και αμορολφίνη. Λόγω των πολλαπλών προβλημάτων υγείας, του ιστορικού και της φαρμακευτικής αγωγής, στην ασθενή συνεστήθη μόνο τοπική αγωγή με αμορολφίνη στα νύχια, 2 φορές/εβδομάδα, καθώς και ιμιδαζολικό παράγωγο σε κρέμα (βράδυ) και σκόνη (πούδρα) στις μεσοδακτύλιες πτυχές (πρωί) για ένα μήνα. Στο θεραπευτικό σχήμα προστέθηκε αντιβιοτική κρέμα (αντισταφυλοκοκκική για MRS στελέχη, όπως και για gram- βακτηρίδια), αμικασίνη σε μορφή gel. Στην ασθενή έγινε ποδολογικός καθαρισμός με αφαίρεση των υπερκερατώσεων των ονύχων, καθαρισμός των μεσοδακτυλίων διασπημάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ασθενής αξιολογήθηκε 30 ημέρες μετά με μέγιστη ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή και ίαση της λοίμωξης στις μεσοδακτύλιες περιοχές. Παραμένουν οι βλάβες των ονύχων λόγω της χρονιότητας της νόσου, για το λόγο αυτό η ασθενής θα πρέπει να επανεξετάζεται κάθε 30 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά οι ασθενείς με Σακχαρώδη διαβήτη και συνυπάρχοντα νοσήματα πρέπει να είναι εντός γλυκαιμικού στόχου, επιπλέον χρήζουν εξέτασης και θεραπείας των κάτω άκρων για την αποφυγή δημιουργίας διαβητικών ελκών.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 3c ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΜΕΡΙΚΗ, ΟΛΙΚΗ ΠΑΓΚΡΕΑΤΕΚΤΟΜΗ ΚΑΙ ΠΑΓΚΡΕΑΤΟΔΩΔΕΚΑΔΑΚΤΥΛΙΚΗ ΕΚΤΟΜΗ - ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Γεωργία Σ. Κιμουλιάτη, Μαρία Μπουραζάνη, Ελένη Δοκουτσίδου, Αντωνία Καλογιάννη, Ευγενία Βλάχου

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (Σ.Δ.) τύπου 3c ή παγκρεατογενής διαβήτης, ο οποίος εμφανίζεται μετά από μερική ή ολική παγκρεατεκτομή ή παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή, αποτελεί μία υπό διερεύνηση παθολογική οντότητα παγκοσμίως. Η εμφάνιση του παγκρεατογενή διαβήτη σε συνδυασμό με τη φύση του καρκίνου του παγκρέατος και τη μετεγχειρητική κατάσταση των ασθενών από τη χειρουργική αφαίρεση τμήματος ή και ολόκληρου του παγκρέατος, επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων αυτών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας αναφορικά με την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 3c μετά την υποβολή τους σε μερική, ολική παγκρεατεκτομή και παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Πραγματοποιήθηκε συστηματική ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας στις μηχανές αναζήτησης MedLine (Pubmed), Google Scholar και Scopus, με λέξεις-κλειδιά «total pancreatectomy», «partial pancreatectomy», «pancreaticoduodenectomy», «type 3c diabetes mellitus», «pancreatogenic diabetes», «quality of life», «pancreatic cancer». Κριτήρια επιλογής των 6 μελετών που συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία αποτέλεσαν πρωτογενείς μελέτες στην αγγλική ή ελληνική γλώσσα, δημοσιευμένες μετά το 2012, με δείγμα ασθενών ενήλικες που υποβλήθηκαν σε παγκρεατεκτομή και εμφάνισαν Σ.Δ. τύπου 3c.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με Σ.Δ. τύπου 3c μετά από μερική, ολική παγκρεατεκτομή και παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή έχουν συγκρίσιμη ποιότητα ζωής. Ωστόσο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική παγκρεατεκτομή έχουν χειρότερη σωματική και συναισθηματική λειτουργία, μεγαλύτερη διάρκεια κόπωσης, αϋπνία, συχνότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια και πιο έντονα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα όπως δυσπεψία και μετεωρισμό συγκριτικά με τους ασθενείς μετά από μερική παγκρεατεκτομή ή παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή. Επιπρόσθετα, ο συνδυασμός της αυξανόμενης ηλικίας των ασθενών με την παγκρεατική ανεπάρκεια, επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα τελευταία χρόνια, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε ολική παγκρεατεκτομή έχουν παρόμοια επιδείνωση των συμπτωμάτων αλλά και της συνολικής ποιότητας ζωής με τους ασθενείς που υποβάλλονται σε μερική παγκρεατεκτομή ή παγκρεατοδωδεκαδακτυλική εκτομή, με κυριότερο παθολογικό παράγοντα τον παγκρεατογενή διαβήτη.

ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΑΤΟΜΑ ΠΟΥ ΚΑΝΟΥΝ ΧΡΗΣΗ ΑΝΤΛΙΩΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

Αλκέτα-Θεοδώρα Σπύρου¹, Αναστασία Ντικούδη¹, Ευγενία Βλάχου²

¹Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD(c), Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η θεραπεία με συνεχή υποδόρια έγχυση ινσουλίνης (αντλία ινσουλίνης) γίνεται πιο διαδεδομένη επειδή προσφέρει ταχεία και ακριβή δοσολογία στη χορήγηση ινσουλίνης, ελάχιστη μεταβλητότητα στην τιμή της γλυκόζης αίματος, περισσότερη ευελιξία και βελτιωμένη ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν να διερευνηθεί, μέσω της ανασκόπησης της διεθνούς βιβλιογραφίας, η επίπτωση των δερματικών επιπλοκών αλλά και των παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση αυτών σε άτομα που φέρουν αντλία ινσουλίνης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας και αναζήτηση άρθρων στις διεθνείς βάσεις δεδομένων (Pubmed, Cinahl, Google Scholar, Cochrane Library). Χρησιμοποιήθηκαν Λέξεις-κλειδιά: duration, insulin pump, patch pump, skin reactions. Τέθηκε χρονικός περιορισμός αναφορικά με την ημερομηνία δημοσίευσης των άρθρων (πρωτογενή άρθρα που έχουν δημοσιευθεί την τελευταία 10ετία).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι, η χρήση αντλιών ινσουλίνης σχετίζεται με δερματολογικές επιπλοκές όπως έκζεμα, κνησμός, πληγές, μικροβιακός αποικισμός, υπερτροφία και ατροφία του δέρματος, και ουλές. Δερματικές επιπλοκές που σχετίζονται με τη χρήση αντλιών ινσουλίνης είναι ο ερεθισμός του δέρματος στη θέση του εμφλάστρου με αυτοκόλλητο αισθητήρα (0,66%), η μόλυνση του σημείου εισόδου (0,96%) ή ακόμα και δερματίτιδα εξ επαφής που προκαλείται από την κόλλα του σετ έγχυσης. Επιπλέον, φορώντας το ίδιο σετ για παραπάνω από 72 ώρες μπορεί να οδηγήσει σε κακή απορρόφηση ινσουλίνης, ερεθισμό στο σημείο ή ακόμα μόλυνση. Ωστόσο, ο αριθμός των μελετών που εμφανίζουν δερματολογικές επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς που χρησιμοποιούν αντλία ινσουλίνης είναι περιορισμένη, και λίγοι έχουν διερευνήσει τους προδιαθεσικούς παράγοντες αυτών των επιπλοκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ: Με απώτερο σκοπό τη βέλτιστη ικανοποίηση από τη θεραπεία που λαμβάνουν τα άτομα που ρυθμίζουν τη γλυκόζη του αίματος με συσκευές συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης πρέπει πρωτίστως να υπάρχει μείωση αυτών των δερματικών αντιδράσεων μέσω της στοχευόμενης εκπαίδευσης, μεθόδους πρόληψης αλλά και θεραπείας αυτών των επιπλοκών.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΙΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΚΥΤΤΑΡΩΣΗΣ-ΑΛΗΘΟΥΣ ΠΟΛΥΚΥΤ-ΤΑΡΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ζωή Χρονα², Διομήδης Παπαδοπούλου³, Ελευθέριος Θηραίος⁴, Χρήστος Ριφιώτης⁵, Μιχαήλ Δανδουλάκης⁴

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός Επιμελήτρια Α΄ ΚΥ Βάρης, ³Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ⁴Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁵Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Δι-οικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Ασθενής άρρεν 75 ετών, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης για διενέργεια πλήρη εργαστηριακού έλεγχου μετά από επεισόδιο προ ημερών κεφα-λαλγίας, τάσης προς λιποθυμίας και αδυναμίας που ιάθηκε χωρίς να προσέλθει στα επείγοντα κάποιου νοσοκομείου η ΚΥ.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Από το ιστορικό αναφέρει μόνο κεφαλαλγία και τάση προς λι-ποθυμία για την οποία όταν την ένωσε προ 5ημερου δε προσήλθε σε κάποιο ιατρό όταν του συνέβη αλλά μετά επικοινωνία με τον Οικογενειακό του Ιατρό του στο ΚΥ Βάρης του συνεστήθη εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος καθώς και πλήρης βιοχημικός έλεγχος καθώς και μέτρηση της πίεσεως καθημερινά πρωί, βράδυ για μια εβδομάδα.

Από φαρμακευτική αγωγή ο ασθενής λάμβανε έως τότε μόνο σιμβαστατίνη για ΥΠΕΡΧΟΛΗΣ-ΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑ και είχε ελεύθερο αναμνηστικό ιστορικό ως προς τις υπόλοιπες παθήσεις.

Ο εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο στο ΚΥ Βάρης έδειξε τα εξής:

Γενική αίματος με πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων με WBC 9.200, MCV 90,0, RDW-CV 25,2, RBC 9.090.000, MCH 18,0, RDW-SD 65,1, HGB 15,0, MCHC 27,8, PLT 600.000, HCT 45,0.

Εκτελέστηκε και πλήρης βιοχημικός έλεγχος στον ασθενή που ήταν καθόλα φυσιολογικός.

Έγινε καταμέτρηση των αιμοπεταλίων σε επίχρισμα περιφερικού αίματος όπου επιβεβαιώθηκε ο αριθμός των αιμοπεταλίων στις 6 15.000 χωρίς παρουσία σωρών αιμοπεταλίων.

Μετά συνεννόηση και αгаστή συνεργασία με τη συνάδερφο Οικογενειακή Ιατρό, ο ασθενής επανήλθε στο εργαστήριο για περαιτέρω έλεγχο πήξης PT-INR, CRP, TKE που εκτελέστηκαν στο εργαστήριο του ΚΥ Βάρης αλλά και APTT, ινωδογόνο, d-dimers, πρωτεΐνη C και S καθώς και αντιθρομβίνη που πραγματοποιήθηκαν στο Αιματολογικό εργαστήριο του Ασκληπείου Βούλας. Τα αποτελέσματα του ελέγχου πήξης αλλά και φλεγμονής ήταν όλα εντός φυσιολογικών επί-πεδων.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: Ο ασθενής παραπέμφθηκε σε Αιματολόγο Ιατρό όπου έχοντας όλες τις εξετάσεις που είχαμε διενεργήσει στο ΚΥ Βάρης μετά και από επιπλέον εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις κατέληξε ότι ο ασθενής έπασχε από Ιδιοπαθή Θρομβοκυττάρωση και του συνέστησε την ενδεδειγμένη φαρμακευτική αγωγή αλλά και παρακολούθηση με γενική αίματος και επίχρισμα περιφερικού αίματος στα οποία καταμετρώνται τα αιμοπετάλια του ασθενούς σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Μάλιστα ο συνάδερφος Αιματολόγος επικοινωνήσε με την Ιατρό Βιοπαθολόγο που διεκπεραί-ωσε εργαστηριακά το περιστατικό του συγκεκριμένου ασθενή για να την ευχαριστήσει επειδή σε σύντομο χρονικό διάστημα εκτελέστηκαν προτού καν πάει στον συνάδελφο Αιματολόγο ένας σημαντικός αριθμός εξετάσεων με προεξέχον το επίχρισμα περιφερικού αίματος που επανέλαβε και ο ίδιος ο Αιματολόγος συνάδερφος, με αποτέλεσμα όταν προσήλθε στον ίδιο ο ασθενής να πρέπει να τον υποβάλλει μόνο στις εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις που δε δύναται να γίνουν σε ένα ΚΥ.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω καταδεικνύεται για μια ακόμα φορά η σημασία του επι-
χρίσματος περιφερικού αίματος για τη διερεύνηση και διάγνωση των αιματολογικών παθήσεων
αλλά και ότι η αгаστή συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα στον Οικογενειακό Ιατρό και τον
Ιατρό Βιοπαθολόγο οδηγεί στην καλύτερη, ταχύτερη και αποτελεσματικότερη διερεύνηση και
τελικώς διάγνωση και θεραπεία φυσικά μετά από παραπομπή και σε Αιματολόγο Ιατρό, παθή-
σεων όπως η Ιδιοπαθής Θρομβοκυττάρωση απ την οποία έπασχε ο ασθενής που προσήλθε
στο ΚΥ Βάρης.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ 25-ΟΗ-ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕ ΘΕΤΙΚΑ ΑΝΤΙΠΥΡΗΝΙΚΑ ΑΝΤΙ-ΣΩΜΑΤΑ (ΑΝΑ)

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου², Χρήστος Ριφιώτης³,
 Παύλος Σκλαβούνος⁴, Ζωή Χρονα⁴, Ελευθέριος Θηραίος⁵, Θεόδωρος Τσοπελας⁵,
 Παναγιώτης Μπούρας⁶, Αθανασία Γκιννοσάτη⁵, Μιχαήλ Δανδουλάκης⁵

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ³Ιατρός Ορθοπαιδικός /Αντιπρόεδρος Τριμελούς Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁴Ιατρός Γενικής Ιατρικής Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁵Ιατρός Γενικής Ιατρικής Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁶Ιατρός Γενικής Ιατρικής Επιμελητής Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην εργασία αυτή διερευνάται ο ρόλος της Βιταμίνης D πέρα από τον μεταβολισμό του ασβεστίου-φωσφόρου σε σχέση με τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος.

ΣΚΟΠΟΣ: Η αναζήτηση συσχέτισης επιπέδων της βιταμίνης D με διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως η αυτοανοσία που επιβεβαιώνεται με παρουσία θετικών αντιπυρηνικών αντισωμάτων-ΑΝΑ.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 170 ασθενείς που προσήλθαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης, εκ των οποίων 120 γυναίκες και 50 άντρες για το χρονικό διάστημα από 1/1/2020 έως 1/5/2022.

Εξετάστηκαν ταυτόχρονα τα επίπεδα της 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και η παρουσία αντιπυρηνικών αντισωμάτων (ΑΝΑ).

Η μέτρηση των επιπέδων της 25-ΟΗ-Βιταμίνης D πραγματοποιήθηκε σε βιοχημικό αναλυτή Alinity I με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας.

Ανάλογα με τα επίπεδα της 25-ΟΗ-Βιταμίνης D, οι εξεταζόμενοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες:

1. Επάρκεια (>30,0 ng/mL).
2. Σχετική έλλειψη (10,0-30,0 ng/mL).
3. Ανεπάρκεια (<10,0 ng/mL).

Η εξέταση των ΑΝΑ πραγματοποιήθηκε σε βιοχημικό αναλυτή Alinity I με τη μέθοδο της χημειοφωταύγειας.

Ως θετικά δείγματα χαρακτηρίστηκαν αυτά με τίτλο ΑΝΑ > 1/160.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η συσχέτιση επιπέδων Βιταμίνης D με την παρουσία ή όχι θετικών ΑΝΑ φαίνεται στα παρακάτω αποτελέσματα:

Ασθενείς με ανεπάρκεια 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (-) 105, ασθενείς με ανεπάρκεια 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (+) 20.

Ασθενείς με σχετική έλλειψη 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (-) 15, ασθενείς με σχετική έλλειψη 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (+) 5.

Ασθενείς με επάρκεια 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (-) 13, ασθενείς με επάρκεια 25-ΟΗ-Βιταμίνης D και ΑΝΑ (+) 12.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των εξεταζόμενων ασθενών ανεξάρτητα της παρουσίας ή όχι θετικών ΑΝΑ παρουσιάζει ανεπάρκεια 25-ΟΗ-Βιταμίνης D.

Τα επίπεδα ανεπάρκειας της 25-ΟΗ-Βιταμίνης D δεν φαίνεται να σχετίζονται με παρουσία θετικών ΑΝΑ.

Παρότι η ανεπάρκεια της 25-ΟΗ-Βιταμίνης D είναι συχνή στον ενήλικο πληθυσμό που μελετήσαμε ευτυχώς δεν ακολουθείται από την παρουσία θετικών ΑΝΑ αντισωμάτων και πιθανής αυτοανοσίας. Αν και η χώρα μας έχει ηλιοφάνεια το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα του έτους η ανεπάρκεια της ολικής 25-ΟΗ-Βιταμίνης D είναι αυξημένη στον ενήλικο πληθυσμό, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην ανεπάρκεια πρόσληψης της από τις τροφές αλλά και στην επίδραση της πανδημίας COVID-19 στον ενήλικο πληθυσμό, δεδομένα που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης επ' αυτών των δύο πιθανών αιτιών σε νέες μελέτες προς αυτή την κατεύθυνση.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου⁸, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος², Παναγιώτης Μπούρας², Αθανασία Γκινωσάτη², Θεόδωρος Τσοπελας², Ελευθέριος Θηραίος², Δαμιανός Ασλάνογλου⁹, Χρήστος Ριφιώτης³, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Αικατερίνη Ζιακου⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Ζαχαρούλα Ταβουλαρέα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Χρυσούλα Ροπου⁶, Ιωάννης Δανδουλάκης⁶, Ειρήνη Ριφιώτη⁷, Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ³Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτριες Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαιευτικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁶Διοικητικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁷Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, ⁸Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ⁹Ειδικός Παθολόγος ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υπερλιπιδαιμία είναι νόσος που για να διαγνωστεί εκτός των κλινικών κριτηρίων που μπορεί να πληρεί ο εκάστοτε ασθενής, επιβεβαιώνεται διερευνώντας εργαστηριακά το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με εξέταση ορού αίματος στην οποία ελέγχουμε τα επίπεδα των λιπιδίων στον όρο των ασθενών. Με βάση το λιπιδαιμικό αυτό προφίλ δύναται ο εκάστοτε κλινικός ιατρός να προβεί σε εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου που διατρέχουν οι ασθενείς λόγω αθηρωμάτωσης.

ΣΚΟΠΟΣ της συγκεκριμένης εργασίας ήταν η καταγραφή του λιπιδαιμικού προφίλ (ολική χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL) σε γυναίκες και άνδρες ασθενείς ενήλικες ηλικιών από 18-89 ετών που προσήλθαν για εξετάσεις στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Τα τελευταία 2,5 χρόνων από 1/1/2020-1/5/2022 προσήλθαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του κέντρου υγείας μας συνολικά 1800 ασθενείς για έλεγχο λιπιδαιμικού προφίλ. Ο προσδιορισμός πραγματοποιήθηκε σε δείγματα ορού με τη χρήση της φασματομετρίας ροής στον βιοχημικό αναλυτή INDIKO της εταιρείας KEKH.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους ασθενείς που προσήλθαν για εξετάσεις λιπιδαιμικού προφίλ, 59,5% είχαν ολική χοληστερίνη 130-200 mg/dL (φυσιολογικές τιμές), ενώ 40,5% είχαν παθολογικές τιμές (>200 mg/dL), HDL (>40 mg/dL) 51% είχαν φυσιολογικές τιμές, ενώ 49% είχαν παθολογικές τιμές (<40 mg/dL), LDL (60-160 mg/dL) είχαν 49% φυσιολογικές τιμές, ενώ 51% είχαν παθολογικές τιμές (>160 mg/dL) και τέλος τριγλυκερίδια (35-150 mg/dL) είχαν 63% φυσιολογικές τιμές, ενώ 37% είχαν παθολογικές τιμές (>150 mg/dL).

Τέλος οι ασθενείς που εξετάστηκαν ήταν 51% γυναίκες και 49% άντρες και η επικρατέστερη ηλικία ήταν κατά μέσο όρο τα 60 έτη για τους άνδρες και τα 63 έτη για τις γυναίκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς του Κέντρου Υγείας Βάρης παρουσιάζουν σε ποσοστό 51% παθολογικές τιμές LDL αν και οι παθολογικές τιμές της ολικής χοληστερίνης κυμαίνονται σε ποσοστό 40,5% και οι παθολογικές τιμές της HDL σε 49%. Επίσης τριγλυκεριδαίμια εμφανίζεται στο 37% των ασθενών του ΚΥ Βάρης.

Παρατηρείται επίσης μια μικρή υπεροχή στο πληθυσμό μελέτης έναντι των γυναικών και ακόμα οι άντρες εμφανίζουν σε μικρότερη ηλικία (60 ετών) διαταραγμένες τιμές στο λιπιδαιμικό προφίλ και συγκεκριμένα κατά μια 3ετία νωρίτερα σε σχέση με τις γυναίκες (διαταραγμένο λιπιδαιμικό προφίλ γυναικών στα 63 έτη κατά μέσο όρο στο πληθυσμό μελέτης της έρευνας). Το γεγονός αυτό ίσως να οφείλεται στον προστατευτικό ρόλο που διαδραματίζουν οι ορμόνες του γυναικείου φύλου αλλά και στις συνήθειες διατροφικές αλλά και ζωής ανάμεσα στα δύο φύλα που αφορούν το κάπνισμα καθώς και την τήρηση της μεσογειακής διατροφής αλλά αυτό χρήζει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας.

ΜΕΛΕΤΗ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΧΕΤΙΖΟΜΕΝΩΝ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ-ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΑΠΟ 1/1/2020 ΕΩΣ 1/5/2022

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος², Ελευθέριος Θηραίος³, Θεόδωρος Τσοπελας³, Αθανασία Γκινოსάτη³, Παναγιώτης Μπούρας⁷, Δαμιανός Ασλάνογλου⁶, Άγγελος Παπακωνσταντίνου⁴, Γεωργία Λιλικάκη⁴, Δημήτριος Νεσσερης⁴, Αναστάσιος Κουκαλιώτης⁸, Ιωάννα Γκίνη⁸, Μαρία Γεμελιάρη⁵, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁵, Αικατερίνη Ζιακου⁵, Ζαχαρούλα Ταβουλαρέα⁵, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁶, Μιχαήλ Δανδουλάκης³

¹Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος ΚΥ Βάρης, ²Επιμελητής Α΄ Γενικός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ³Διευθυντής Γενικός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ⁴Ειδικευόμενος Γενικής Ιατρικής ΚΥ Βάρης, ⁵Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁶Διευθυντής Ειδικός Παθολόγος ΚΥ Βάρης, ⁷Επιμελητής Β΄ Επικουρικός Γενικός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ⁸ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων και ΔΕ Ιατρικών Εργαστηρίων ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Το μεταβολικό σύνδρομο αποτελεί ένα πολύ διαδεδομένο σύνδρομο στην ενήλικη ζωή πολλών ασθενών δυστυχώς και στη χώρα μας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αναδρομική μελέτη των βιοχημικών δεικτών που σχετίζονται με το μεταβολικό σύνδρομο των ασθενών που έρχονται για εξετάσεις στο ΚΥ Βάρης.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΥΛΙΚΟ: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν τα αποτελέσματα των βιοχημικών εξετάσεων που πραγματοποιήθηκαν στον ως άνω πληθυσμό για το χρονικό διάστημα 01/01/2020-1/05/2022 και κατεγράφησαν ως αρχείο του Microsoft Excel 2010. Συγκεκριμένα, ελέγχθηκαν οι βιοχημικές εξετάσεις: Σάκχαρο νηστείας (GLU), ουρικό οξύ (URIC ACID), Ολική χοληστερόλη (TCOL), HDL, LDL, Τριγλυκερίδια (TRG), Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}). Οι βιοχημικές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με τον βιοχημικό αναλυτή INDIKO της εταιρείας ΚΕΚΗ. Εξετάστηκαν συνολικά 1200 ασθενείς 51% άνδρες, 49% γυναίκες, ηλικίας 18-85 ετών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο μέσος όρος ηλικίας των εξεταζόμενων ήταν 53 ετών για τους άνδρες και 56 ετών για τις γυναίκες. Διαπιστώσαμε ότι ο μέσος όρος της τιμής του σακχάρου νηστείας υπερέβαινε την τιμή των 130 mg/dL, ενώ υψηλές τιμές παρατηρούνταν και σε σχέση με την ολική χοληστερόλη της οποίας αντίστοιχα ο μέσος όρος τιμής ξεπέρασε τα 240 mg/dL, ενώ η τιμή για την LDL 135 mg/dL και HDL 50 mg/dL αντίστοιχα. Ενδιαφέρον παρουσίασε επίσης το γεγονός ότι η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κυμαίνονταν από 7,1-7,6. Επίσης τα τριγλυκερίδια εμφάνιζαν κατά μέσο όρο τιμής 150 mg/dL. Τέλος το ουρικό οξύ είχε μέσο όρο τιμής 7,5.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μελέτη αυτή αποδεικνύει ότι στον εξετασθέντα πληθυσμό είναι παρόντες με αυξημένη επίπτωση παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση μεταβολικού συνδρόμου. Τα παραπάνω αποτελέσματα ενισχύονται από το γεγονός ότι ποσοστό περίπου στο 60% στον ανδρικό και 65% στον γυναικείο πληθυσμό ήταν προδιαβητικοί ή διεγνωσμένοι διαβητικοί ασθενείς αλλά και έπαιρναν θεραπεία για την καταπολέμηση της υπερλιπιδαιμίας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΤΥΧΑΙΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Παύλος Σκλαβούνος², Ελευθέριος Θηραίος³, Χρήστος Ριφιιώτης⁴, Μιχαήλ Δανδουλάκης³

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁴Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Ασθενής άρρεν 70 ετών, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης για έλεγχο ρουτίνας (ετήσιο check up) και παρακολούθησης της υπερχοληστερολαιμίας για την οποία λαμβάνει θεραπευτική αγωγή.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Ο ασθενής πάσχει από ΑΥ και υπερχοληστερολαιμία για τα οποία λαμβάνει φαρμακευτική αγωγή.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε:

Γενική αίματος με λεμφοκυτταρικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων, WBC 2.100, MCV 100, HGB 9,0, PLT 80.000, HCT 28,0.

Ο βιοχημικός έλεγχος του ασθενή ήταν καθόλα φυσιολογικός.

Έγινε καταμέτρηση των αιμοπεταλίων σε επίχρισμα περιφερικού αίματος όπου επιβεβαιώθηκε ο αριθμός των αιμοπεταλίων στις 90.000 χωρίς παρουσία σωρών αιμοπεταλίων και έγινε καταμέτρηση του τύπου λευκών όπου όντως υπήρχε υπεροχή των λεμφοκυττάρων έναντι των πολυμορφοπύρηνων 50% λεμφοκύτταρα, 42% πολυμορφοπύρηννα, 6% μονοκύτταρα και 2% ηωσινοφιλία. Από την ερυθρά σειρά κατά τη μικροσκοπήση παρατηρήθηκε μακροκυττάρωση. Τα αποτελέσματα του ελέγχου πήξης αλλά και φλεγμονής ήταν όλα στα φυσιολογικά επίπεδα.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: Ο ασθενής παραπέμφθηκε με γνώμονα τις εργαστηριακές εξετάσεις από τον συνάδελφο Γενικό Ιατρό σε εφημερεύον Νοσοκομείο όπου εξετάστηκε από Αιματολόγο Ιατρό. Μετά και από επιπλέον εξειδικευμένες αιματολογικές εξετάσεις και παραμονή κάποιων ημερών οι συνάδερφοι εκεί κατέληξαν ότι έπασχε από Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω καταδεικνύεται η σημασία του επιχρίσματος περιφερικού αίματος για τη διερεύνηση και διάγνωση των αιματολογικών παθήσεων αλλά και ότι η αгаστή συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα στον Οικογενειακό Ιατρό και τον Ιατρό Βιοπαθολόγο σε ένα Κέντρο Υγείας, οδηγεί στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη διερεύνηση και τελικώς διάγνωση και θεραπεία φυσικά μετά από παραπομπή σε Αιματολόγο, παθήσεων όπως το Μυελοδυσπλαστικό Σύνδρομο απ το οποίο έπασχε ο ασθενής που προσήλθε για το ετήσιο check up στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕ-
ΝΩΝ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ
ΑΠΟ ΤΟΝ ΙΑΝΟΥΑΡΙΟ ΤΟΥ 2019 ΕΩΣ ΤΟΝ ΜΑΪΟ ΤΟΥ 2022**

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου⁸, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος²,
Παναγιώτης Μπούρας², Αθανασία Γκινωσάτη², Θεόδωρος Τσοπελας², Ελευθέριος Θηραίος²,
Δαμιανός Ασλάνογλου⁹, Χρήστος Ριφιώτης³, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁹, Μαρία Γεμελιάρη⁴,
Αικατερίνη Ζιακου⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Ζαχαρούλα Ταβουλαρέα⁴,
Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Χρυσούλα Ροπου⁶, Ιωάννης Δανδουλάκης⁶, Ειρήνη Ριφιώτη⁷,
Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β ΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός ΚΥ Βάρης, ³Ορθοπαιδικός Ιατρός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτριες Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαιευτικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁶Διοικητικό Τμήμα ΚΥ Βάρης, ⁷Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, ⁸Ιατρός Βιοπαθολόγος Διευθυντήρια ΚΥ Βάρης, ⁹Ειδικός Παθολόγος ΚΥ Βάρης

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η εποχική επιδημιολογική διερεύνηση των γενικών αίματος που πραγματοποιήθηκαν στο ΚΥ Βάρης την περίοδο από τον Ιανουάριο του 2019 έως τον Μάιο του 2022.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Έγινε έλεγχος σε 9.800 δείγματα γενικής αίματος, στον αυτόματο αιματολογικό αναλυτή NIHON KOHDEN CelltacA.

Κατατάξαμε τις γενικές αίματος ανάλογα με τις 4 εποχές του έτους (Α. Χειμώνας, Β. Άνοιξη, Γ. Καλοκαίρι, Δ. Φθινόπωρο) και ελέγχθησαν αντιπροσωπευτικά οι μήνες Ιανουάριος, Μάρτιος, Ιούνιος και Σεπτέμβριος κάθε έτους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

2019	2000	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 90% Λεμφοκυτταρικός τύπος 10%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 80% Λεμφοκυτταρικός τύπος 20%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 85% Λεμφοκυτταρικός τύπος 15%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 75% Λεμφοκυτταρικός τύπος 25%
2020	3000	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 88% Λεμφοκυτταρικός τύπος 12%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 78% Λεμφοκυτταρικός τύπος 22%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 83% Λεμφοκυτταρικός τύπος 17%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 73% Λεμφοκυτταρικός τύπος 27%
2021	3500	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 85% Λεμφοκυτταρικός τύπος 15%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 75% Λεμφοκυτταρικός τύπος 25%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 81% Λεμφοκυτταρικός τύπος 19%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 71% Λεμφοκυτταρικός τύπος 29%
2022	1300	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 92% Λεμφοκυτταρικός τύπος 18%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 80% Λεμφοκυτταρικός τύπος 20%	Γενική αίματος Πολυμορφοκυρηνικός τύπος 82% Λεμφοκυτταρικός τύπος 18%	—

Παραθέτουμε τα ποσοστά πολυμορφοπυρηνικού ή λεμφοκυτταρικού τύπου των λευκών αιμοσφαιρίων στο σύνολο των δειγμάτων για κάθε μήνα και έτος.

Παρατηρείται μια σταδιακή αύξηση των λεμφοκυτταρικών τύπων καθ' όλη τη χρονική περίοδο που μελετάμε, με κορύφωση του ποσοστού αυτών τον Σεπτέμβριο του 2021. Από 12% τον Ιανουάριο του 2019 έφτασε 29% τον Σεπτέμβριο του 2021. Ακόμα το ποσοστό των λεμφοκυττάρων αυξήθηκε κατά 5% τον Ιανουάριο του 2021 (15%) έναντι του Ιανουαρίου το 2019 (10%).

Συγκεκριμένα το έτος 2019 εξετάστηκαν 2000 δείγματα γενικών αίματος, το έτος 2020 εξετάστηκαν 3000 δείγματα γενικών αίματος, το έτος 2021 εξετάστηκαν 3500 δείγματα γενικών αίματος και το έτος 2022 έως τον Μάιο εξετάστηκαν 1300 δείγματα γενικών αίματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Παρατηρείται μεγαλύτερη αύξηση των λεμφοκυττάρων στα εξετασθέντα δείγματα γενικής αίματος με την έναρξη της φθινοπωρινής περιόδου μέχρι το τέλος της χειμερινής περιόδου, κατά την οποία υπάρχει πτώση της θερμοκρασίας, αυξημένα επίπεδα υγρασίας και αύξηση των ιογενών λοιμώξεων με προεξάρχον τον ιό της γρίπης.

Επίσης, μεγαλύτερα ποσοστά λεμφοκυτταρώσεων παρουσιάζονται τα έτη 2019-2021 που συμπίπτουν με την έναρξη και την ύπαρξη της πανδημίας COVID-19.

Απ' όλα τα παραπάνω γίνεται εμφανές ότι η αύξηση των ιογενών λοιμώξεων οφείλεται τόσο στην ύπαρξη ιογενών λοιμώξεων με προεξέχουσα αυτής της γρίπης στα έτη προ της πανδημίας COVID-19 και στη συνέχεια κατά κύριο λόγο στην εμφάνιση και την εξάπλωση του ιού SARS COV-2 και των μεταλλάξεων αυτού.

Σημαντικό επίσης είναι ότι τα έτη της πανδημίας παρατηρούνται αυξημένα περιστατικά λεμφοκυτταρώσεων και την άνοιξη και το καλοκαίρι σε σχέση με τις αντίστοιχες εποχές της προ COV-2 πανδημίας που οφείλεται στην επιβίωση και τη διασπορά στην κοινότητα του ιού SARS-COV-2 και τις δύο αυτές εποχές (Άνοιξη και Καλοκαίρι) πράγμα που δε παρατηρούνταν με τις υπόλοιπες ιογενείς ιώσεις του ανωτέρου αναπνευστικού των προηγούμενων ετών.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΙΜΩΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΕΝΗΛΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΩΝ ΔΗΜΩΝ ΒΑΡΗΣ-ΒΟΥΛΑΣ-ΒΟΥΛΙΑΓΜΕΝΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΥΟ ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΤΕΣΣΑΡΩΝ ΜΗΝΩΝ (2020-2022)

Μερόπη Σαλούστρου¹, Διομήδης Παπαδοπούλου², Ζωή Χρονα³, Παύλος Σκλαβούνος³, Ελευθέριος Θηραίος⁴, Θεόδωρος Τσοπελας⁴, Αθανασία Γκινιοσάτη⁴, Παναγιώτης Μπούρας⁵, Δαμιανός Ασλάνογλου⁶, Πρόδρομος Χαριτωνίδης⁶, Γεωργία Λιλικάκη⁷, Άγγελος Παπακωνσταντίνου⁷, Δημήτριος Νεσσερης⁷, Ευάγγελος Σπανός⁷, Χρήστος Ριφιώτης⁸, Μαρία Γεμελιάρη⁹, Μιχαήλ Δανδουλάκης⁴

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Διευθύντρια ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁵Γενικός Ιατρός Επιμελητής Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ⁶Ειδικός Παθολόγος Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁷Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Ιατρικής ΚΥ Βάρης, ⁸Ιατρός Ορθοπαιδικός /Αντιπρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης, ⁹Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA_{1c}) είναι η χημική ένωση της αιμοσφαιρίνης (Hb) με τη γλυκόζη, μέσω γλυκοζυλίωσης. Αποτελεί ένα σημαντικό και αξιόπιστο δείκτη παρακολούθησης της τιμής του σακχάρου αίματος τους τελευταίους 3 μήνες αλλά και ένα από τα κριτήρια πρωτοδιάγνωσης σακχαρώδους διαβήτη καθώς μας πληροφορεί για τη συνολική γλυκαιμική έκθεση του οργανισμού, τη ρύθμιση της γλυκόζης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αλλά και τον κίνδυνο εμφάνισης πιθανών επιπλοκών.

ΣΚΟΠΟΣ: Η καταγραφή των τιμών γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε ενήλικους ασθενείς 18 έως 90 ετών που προσήλθαν στο Κέντρο Υγείας Βάρης κατά τη διάρκεια δύο ετών και συγκεκριμένα από 1/1/2020 έως 31/4/2022.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Ελέγχθηκαν συνολικά 2160 δείγματα σε ενήλικους ασθενείς 18 έως 90 ετών από τον Ιανουάριο του 2020 έως τις 31 Απριλίου του 2022, με ενζυμική μέθοδο στον βιοχημικό αναλυτή INDIKO της εταιρείας KEKH.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 1404 (65%) δείγματα από ισάριθμους ενήλικες ασθενείς ήσαν φυσιολογικά, ενώ 756 (35%) είχαν παθολογικές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Τα 320 δείγματα από αυτά άνηκαν σε άνδρες ασθενείς και τα 436 σε γυναίκες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αποδεικνύεται λοιπόν από όλα τα παραπάνω ότι ένα ποσοστό 35% των ασθενών που προσήλθαν για έλεγχο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στο ΚΥ Βάρης εμφάνισαν παθολογικές τιμές κατά τη μέτρηση αυτής.

Οι περισσότεροι από αυτούς τους ασθενείς ήταν γυναίκες.

Παρόλα ταύτα σε ποσοστό 65% επί του συνόλου όσων εξετάστηκαν για γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, οι ασθενείς του ΚΥ Βάρης εμφάνισαν φυσιολογικές τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πράγμα που αποδεικνύει είτε ότι δεν έπασχαν από ΣΔ τύπου I και II είτε ότι ήταν επιτυχώς ρυθμισμένοι με τη λήψη των αντιδιαβητικών φαρμάκων που ελάμβαναν κατά τη χρονική περίοδο που διεξήχθη η συγκεκριμένη στατιστική μελέτη.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΑΤΥΠΗΣ ΠΝΕΥΜΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΜΥΚΟΠΛΑΣΜΑ ΑΠΟ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΓΕΝΙΚΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ζωή Χρονα², Παύλος Σκλαβούνος², Ελευθέριος Θηραίος³, Χρήστος Ριφιώτης⁴, Μιχαήλ Δανδουλάκης³

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελήτρια Β΄ Επικουρικός ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ⁴Ιατρός Ορθοπαιδικός/Αναπληρωτής Πρόεδρος Τριμελούς Διοικούσας Επιτροπής ΚΥ Βάρης

ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ: Ασθενής θήλυ 45 ετών, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης για εργαστηριακό έλεγχο όπως της είχε συστήσει Ιδιώτης Ιατρός Παθολόγος μετά από επίμονο βήχα, εμπύρετο από διημέρου έως 38,5, μυαλγίες και κόπωση.

ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ: Ελεύθερο.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε:

Γενική αίματος με πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων και μάλιστα ουδετεροφιλία, WBC 8.100, MCV 90, HGB 13, PLT 210.000, HCT 28,0.

Ο βιοχημικός έλεγχος της ασθενούς κατέδειξε αυξημένους δείκτες φλεγμονής με CRP 60 mg/dL. Όλος ο υπόλοιπος βιοχημικός έλεγχος ήταν καθόλα φυσιολογικός.

Επειδή στη συγκεκριμένη γενική αίματος υπήρχε μεγάλη απόκλιση ανάμεσα στην τιμή της αιμοσφαιρίνης και τον αιματοκρίτη (δεν τηρείται ο κανόνας Hb επί 3 = Ht), έγινε επίχρισμα γενικής αίματος στο οποίο υπήρχαν έντονες συγκολλήσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων και στη συνέχεια επωάσαμε τη γενική αίματος της ασθενούς σε υδρόλουτρο για 30 min στους 37 βαθμούς Κελσίου και έγινε νέο επίχρισμα γενικής αίματος στο οποίο δεν υπήρχαν πλέον συγκολλήσεις ερυθρών αιμοσφαιρίων, όπως και αναμέναμε.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ: Από όλα τα παραπάνω αποδεικνύεται η ύπαρξη Ψυχροσυγκολλητινών στον όρο του ασθενούς.

Συγκολλητίνες γενικά, ονομάζονται τα αντισώματα τα οποία προκαλούν τα ερυθρά αιμοσφαίρια να συσσωματώνονται ή να συγκολλούνται. Αυτά τα αντισώματα μπορούν να προκαλέσουν αιμολυτική αναιμία. Είναι σημαντικό να γνωρίζουμε ποιο είδος συγκολλητινών προκαλούν την αιμολυτική αναιμία, έτσι ώστε να μπορεί να ξεκινήσει η κατάλληλη θεραπεία. Οι ψυχροσυγκολλητίνες είναι δραστικές σε χαμηλές θερμοκρασίες. Αυτά τα αντισώματα, τα οποία είναι κυρίως της κλάσης IgM, είναι πιο δραστικά σε θερμοκρασίες κάτω των 37° C και γι' αυτό χρησιμοποιείται ο όρος «ψυχρό-».

Η εξέταση χρησιμοποιείται για τη διάγνωση αιμολυτικής αναιμίας λόγω της παρουσίας ψυχροσυγκολλητινών (νόσος εκ ψυχροσυγκολλητινών) και συχνά για την έμμεση διάγνωση της άτυπης πνευμονίας που προκαλείται από το *Mycoplasma pneumoniae*. Οι ψυχροσυγκολλητίνες συνήθως αυξάνονται 8 έως 10 ημέρες μετά την έναρξη της άτυπης πνευμονίας, κορυφώνονται 12 έως 25 ημέρες μετά και αρχίζουν να μειώνονται 30 ημέρες μετά την εκδήλωση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά επικοινωνία με τον θεράποντα Ιδιώτη Παθολόγο που την παρακολουθούσε, ετέθη η υποψία με γνώμονα όλα τα παραπάνω στα πλαίσια της διαφορικής διάγνωσης να πάσχει η ασθενής από άτυπη πνευμονία λόγω μυκοπλάσματος η οποία και επιβεβαιώθηκε μετά από συνεκτίμηση με την κλινική εικόνα και τη φυσική εξέταση αλλά και την ακτινολογική εικόνα του συναδέρφου Παθολόγου Ιατρού.

Καταδεικνύεται λοιπόν για ακόμη μια φορά ότι η γενική αίματος και κυρίως το επίχρισμα περιφερικού αίματος από τον έμπειρο Ιατρό Βιοπαθολόγο μπορεί να δώσει πληροφορίες που παίζουν σημαντικό ρόλο στη διαφορική διάγνωση και τελικώς την ορθή διάγνωση και θεραπεία του εκάστοτε ασθενούς που προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο ενός Κέντρου Υγείας.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ Lp (a) ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ ΣΤΟΝ ΣΔτ2

Α. Τρικκαλινού, Κ. Τσαρούχας, Ε. Χουρδάκη, Γ. Χουρσαλάς, Γ. Κολοβού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται σημαντικά με την ανάπτυξη χρόνιων επιπλοκών και ιδιαίτερα καρδιαγγειακών επιπλοκών. Παρότι είναι ενδελεχώς μελετημένη η επίδραση της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας στην ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου, τα τελευταία χρόνια διερευνάται ο ρόλος και άλλων γενετικών καθοριζόμενων παραγόντων όπως η Lp (a).

ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η συσχέτιση της Lp (a) με παράγοντες κινδύνου γλυκαιμική ρύθμιση και καρδιαγγειακές επιπλοκές του ΣΔ.

Για τον σκοπό αυτό έγινε πλήρης καταγραφή δημογραφικών κλινικών και εργαστηριακών δεδομένων, συννοσηροτήτων καθώς και το είδος της λαμβανόμενης αγωγής. Τα δεδομένα των ασθενών μελετήθηκαν στατιστικά με τις μεθόδους T-τεστ, τεστ Mann and Whitney.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ελέγχθηκαν 292 άτομα με ΣΔτ2 στους οποίους υπήρχαν δεδομένα για την Lp (a) και όλες τις λιπιδαιμικές παραμέτρους. Η μέση Lp (a) του δείγματος ήταν 22,8 mg/dL ($sd \pm 24,6$).

Δεν υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα της Lp (a) μεταξύ των ασθενών που λαμβάνουν μετφορμίνη ή βασική ινσουλίνη ή σουλφονουλουρία ή DPP-4 ή GLP-1 ή SGLT-2 ή ήταν υπερτασικοί (προφανώς λόγω του γενετικού καθορισμού των επιπέδων της Lp (a) καθώς και μεταξύ των ασθενών με $HbA_{1c} > 8\%$ και $< 8\%$.

Τιμές Lp (a) μεγαλύτερες του 50 συσχετίστηκαν με την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου (Chi square=4,2, $p=0,04$), και αγγειοπλαστικής στεφανιαίων (Chi square=7,1, $p=0,008$).

Με χρήση logistic regression σε μοντέλο πρόβλεψης της ύπαρξης στεφανιαίας νόσου που λάμβανε υπόψιν την ολική χοληστερόλη, LDL, τριγλυκερίδια και επίπεδα Lp(a) > 50 και ποσοστό πρόβλεψης 88,4%, η ύπαρξη Lp (a) > 50 εμφάνισε OR=5,2 για την ύπαρξη στεφανιαίας νόσου.

Για την πρόβλεψη της PCI (αγγειοπλαστική Stent), σε μοντέλο πρόβλεψης που περιλαμβάνει τη χοληστερόλη, την ηλικία και την ύπαρξη τιμών Lp (a) > 50 και προβλεπτική ικανότητα 91%, η ύπαρξη Lp (a) > 50 συνδέθηκε με OR=5,84 για PCI έναντι τιμών Lp (a) < 50 .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Υπάρχει ανεξάρτητη και ισχυρή συσχέτιση των τιμών Lp (a) με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου στα άτομα με ΣΔτ2, ενώ φαίνεται ότι η Lp (a) μπορεί να αποτελέσει προβλεπτικό παράγοντα για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου και ιδιαίτερα σοβαρής στεφανιαίας νόσου (στεφανιαίας νόσου με PCI).

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΣΔτ2 ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΟΠΩΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΖΕΤΑΙ ΣΤΟ EQ5 D

Α. Τρικκαλινού, Ε. Χουρδάκη, Β. Γαβρά, Α. Κυριακοπούλου, Σ. Μπακογιάννη, Α. Καμαράτος, Α. Κουτσοβασίλης, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Διαβητολογικό Κέντρο-ΓΚΝΠ, Διαβητολογικό Κέντρο-ΓΝΠ «Τζάνειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) είναι μια χρόνια νόσος με σοβαρές βραχυπρόθεσμες και μακροπρόθεσμες συνέπειες για τους πάσχοντες. Οι συνθήκες αντιμετώπισης σε συνδυασμό με τις επιπλοκές οι οποίες παρουσιάζονται επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών. Σκοπός της μελέτης η διερεύνηση των παραγόντων οι οποίοι τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 151 ασθενείς (47,5% άνδρες) ηλικίας $68,13 \pm 9,6$ έτη και με διάρκεια διαβήτη $17,57 \pm 7,9$ έτη. Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA_{1c} και γλυκόζης νηστείας). Η εκτίμηση της ψυχολογική κατάσταση κατά την ένταξη στη μελέτη και 12 μήνες μετά έγινε με το ερωτηματολόγιο EQ-5D το οποίο έχει επιμέρους συνιστώσες για τη σωματική (κινητικότητα) και την ψυχολογική κατάσταση (ανησυχία/κατάθλιψη) των ασθενών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς της μελέτης ήταν ηλικίας $68,13 \pm 9,6$ έτη, με διάρκεια διαβήτη $17,57 \pm 7,9$ έτη, δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) $29,75 \pm 5,67$ kg και περίμετρο μέσης $105,97 \pm 14,04$ cm και $HbA_{1c} = 7,19 \pm 1,37$ κατά την ένταξη τους στη μελέτη χωρίς στατιστικά σημαντική μεταβολή στους 12 μήνες. 34,1% παρουσίαζαν μακροαγγειακές επιπλοκές κατά την ένταξη τους στη μελέτη και 36,3% μικροαγγειακές επιπλοκές. Κατά τη μονοπαραγοντική ανάλυση αρνητική συσχέτιση με την ψυχολογική κατάσταση είχαν οι καρδιαγγειακές επιπλοκές ($p=0,039$), η διάρκεια νόσου ($p=0,44$), η χρήση ινσουλίνης ($p=0,033$) και η παρουσία αμφιβληστροειδοπάθειας ($p=0,046$), ενώ θετική συσχέτιση παρουσίαζε η χρήση GLP-1 ($p=0,049$). Τη σωματική συνιστώσα στη μονοπαραγοντική ανάλυση επηρέαζαν σημαντικά η παρουσία καρδιαγγειακών επιπλοκών ($p=0,037$) και η χρήση ινσουλίνης ($p=0,040$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση η ψυχολογική κατάσταση επηρεάζεται αρνητικά από την παρουσία καρδιαγγειακών επιπλοκών ($p=0,033$) και από τη χρήση ινσουλίνης ($p=0,042$) και η σωματική κατάσταση από τις καρδιαγγειακές επιπλοκές ($p=0,041$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία καρδιαγγειακών επιπλοκών και η ινσουλινοθεραπεία είναι οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ψυχολογική κατάσταση των ατόμων με ΣΔ2.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Αικατερίνη Κατσαβριά, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) συχνά παρουσιάζουν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν ακόμα και τον βαθμό γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της παρουσίας καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής και την παρουσία κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 158 ασθενείς τρίτης και τέταρτης ηλικίας (56,4% άνδρες) με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, του επιπέδου ρύθμισης, συνοδών καρδιαγγειακών νοσημάτων, της ποιότητας ζωής με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-12 καθώς και της παρουσίας κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο PHQ-9.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 158 ασθενείς της μελέτης ηλικίας $74,68 \pm 8,64$, 88% παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) υπό αγωγή, 78% υπερλιπιδαιμία, 36,4% ήταν καπνιστές και 46% ήταν παχύσαρκοι. Από τους υπό εξέταση συνδυασμούς καρδιαγγειακών παραγόντων αυτός ο οποίος παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ήταν η συνύπαρξη παχυσαρκίας και ΑΥ. Τα άτομα με ΑΥ και παχυσαρκία παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς την ψυχική συνιστώσα (51,8 vs 54,2, $p=0,024$), όσο και ως προς τη σωματική συνιστώσα (41,4 vs 48,9, $p=0,010$) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής. Υψηλότερος βαθμός κατάθλιψης σύμφωνα με τη βαθμολογία του PHQ-9 στα άτομα με παχυσαρκία και ΑΥ (5,9 vs 2,8, $p=0,028$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες στα άτομα με ΣΔτ2 επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής καθώς και την παρουσία κατάθλιψης. Η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης και παχυσαρκίας αποτελεί τον συνδυασμό με τη μεγαλύτερη επίδραση.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αλεξάνδρα Κυριακοπούλου, Αικατερίνη Κατσαβριά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔ. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση των διαφορετικών επιπλοκών στην ποιότητα ζωής των ασθενών με ΣΔτ2, όπως αυτή καταγράφεται από την κλίμακα αξιολόγησης SF-36.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 403 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο της Κλινικής. Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη απάντησαν το δομημένο ερωτηματολόγιο της SF-36 το οποίο περιλαμβάνει 8 διαφορετικές κλίμακες (γενικής υγείας (GH), σωματικής λειτουργικότητας (PH), κοινωνικής λειτουργικότητας (SH), διανοητικής υγείας (MH), σωματικός ρόλος (PR), συναισθηματικός ρόλος (RE), σωματικός πόνος (BP), ζωτικότητα (VT)] και σε όλους έγινε καταγραφή των χρόνιων επιπλοκών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους 403 ασθενείς της μελέτης (53% άνδρες) μέσης ηλικίας $68,9 \pm 14,26$ έτη τουλάχιστο μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζε το 67,8% των ασθενών. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 36,7% ασθενείς και μικροαγγειακές 49,8% ασθενείς. Οι ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές σε 4 κλίμακες (GH, PH, RP, VT) ($p=0,010$). Η παρουσία νευροπάθειας συνοδεύεται από σημαντική μείωση σε 5 κλίμακες (GH, PH, PR, BP, VT) ($p=0,001$). Από τις υπόλοιπες χρόνιες επιπλοκές η παρουσία στεφανιαίας νόσου ήταν η επιπλοκή η οποία σχετιζόταν με σημαντική μείωση σε 4 κλίμακες (GH, PH, PR, VT) ($p=0,013$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διαβητική νεφροπάθεια, η παρουσία νευροπάθειας καθώς και η στεφανιαία νόσος επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔτ2. Οι διαφορετικοί τύποι χρόνιων επιπλοκών έχουν διαφορετική επίδραση στην ποιότητα ζωής.

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

Αικατερίνη Κανελλοπούλου¹, Χριστίνα Βάσσου¹, Αικατερίνα Ν. Κορνηλάκη²,
Βενετία Νοταρά³, Μαίρη Παννακούλια¹, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Παιδαγωγικό Τμήμα Προσχολικής Εκπαίδευσης, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Πανεπιστήμιο Κρήτης, Ρέθυμνο, ³Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Όπως είναι γνωστό η παχυσαρκία αποτελεί ένα σοβαρό ζήτημα δημόσιας υγείας που τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις. Επιπλέον έχει βρεθεί πως υπάρχει σύνδεση του ψυχοκοινωνικού στρες με την παχυσαρκία στις νεότερες ηλικίες.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο της να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ του άγχους και της υπερβαρότητας/παχυσαρκίας, σε προ-εφήβους Έλληνες μαθητές διαφόρων δημοτικών σχολείων της χώρας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Μια συγχρονική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2014-2016. Σε αυτήν έλαβαν μέρος 1728 παιδιά και οι γονείς τους, οι οποίοι συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες και παράγοντες του άγχους. Ο Δείκτης Μάζας Σώματος των παιδιών υπολογίστηκε και ταξινομήθηκε, με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την Παχυσαρκία [International Obesity Task Force (IOTF)]. Η Πολυπαραγοντική Ανάλυση Αντιστοιχίας (Multivariate Correspondence Analysis) χρησιμοποιήθηκε για τη δημιουργία μιας βαθμολογίας για την αξιολόγηση του επιπέδου άγχους των παιδιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το 31,1% των αγοριών και το 23,5% των κοριτσιών είχαν υπερβαρότητα/παχυσαρκία ($p=0,001$ για τη διαφορά μεταξύ φύλων). Περισσότερο από το 80% των παιδιών φάνηκε να έχουν μεσαίο ή υψηλό επίπεδο άγχους, το οποίο οφειλόταν κυρίως στο σχολικό περιβάλλον. Το άγχος που προερχόταν από το σχολείο αύξησε τις πιθανότητες για παχυσαρκία στα παιδιά. Λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, το φύλο, τη σωματική δραστηριότητα και τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών, η συσχέτιση μεταξύ του άγχους των παιδιών και της κατάστασης υπερβαρότητας/παχυσαρκίας έδειξε σταθερή τάση (οι σχετικοί λόγοι πιθανοτήτων κυμαίνονταν από 1,44 έως 1,52, τιμές $p < 0,01$). Η εκπαίδευση των γονέων φάνηκε να παίζει σημαντικό ρόλο στην ανακούφιση των αγχωμένων παιδιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατάσταση του σωματικού βάρους των παιδιών συσχετίστηκε με αρκετούς στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με το σχολείο. Αν και το σχολικό περιβάλλον μπορεί να διαδραματίζει επιβαρυντικό ρόλο στην κατάσταση βάρους των παιδιών, ωστόσο η οικογένεια παίζει καταλυτικό ρόλο προς αυτή την κατεύθυνση.

ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΑΥΞΗΜΕΝΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2;

Α. Τρικκαλινού, Π. Καλογερόπουλος, Π. Κολοβού, Ε. Χουρδάκη, Α. Κυριακοπούλου, Α. Κουτσοβασίλης, Γ. Κολοβού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Τμήμα λιπιδίων και προληπτικής καρδιολογίας-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Εργαστήριο Υπερήχων Metropolitan Hospital, 3η Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝ Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Οι μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη τους αποτελούν αντικείμενο διερεύνησης της ιατρικής επιστήμης καθώς και θεραπευτικών χειρισμών για την αποτροπή τους. Στην παρούσα μελέτη διερευνούμε τη συσχέτιση της διάρκειας του διαβήτη με την ανάπτυξη μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 61,5% των ασθενών.

Μέση ηλικία των ασθενών $65,21 \pm 10,61$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,367$). BMI $30,54 \pm 4,21$ ($p=0,515$), διάρκεια διαβήτη $18,25 \pm 7,23$ ($p=0,031$ με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στη μελέτη εντάχθηκαν 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 61,5%, η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $65,21 \pm 10,61$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,367$), ο δείκτης μάζας σώματος ήταν (BMI) $30,54 \pm 4,21$ ($p=0,515$), η διάρκεια διαβήτη $18,25 \pm 7,23$ ($p=0,031$ με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια). Ως προς τις συννοσηρότητες δυσλιπιδαιμία εμφάνιζε το 47,6% και Αρτηριακή Υπέρταση το 59,76%. Ως προς τη λαμβανόμενη αγωγή σε ινσουλίνη ήταν το 40,2%, Μετφορμίνη 68,2%, Σουλφονουριδές 14,2%, DPP-4 44,3%,

Γλιταζόνες 3,05%, GLP-1 29,8%, SGLT2 27,6%, ενώ δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στην αγωγή μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,388$). Από τα εργαστηριακά δεδομένα HbA_{1c} $6,95 \pm 1,21$ ($p=0,228$), LDL= $89,22 \pm 30,56$, TG= $145,21 \pm 58,22$, Apo A= $122,31 \pm 26,27$, Apo B= $73,08 \pm 25,9$.

Ολική χοληστερόλη = $153,44 \pm 32,52$ HDL= $45,94 \pm 11,67$.

Αμφιβληστροειδοπάθεια παρουσίαζε το 2,3%, Χρόνια Νεφρική νόσο 12,1% (eGFR <60 ml/min).

Περιφερική αγγειοπάθεια 1,4%, Στεφανιαία Νόσο το 23,2%, By pass 2,9%, Έμφραγμα του μυοκαρδίου 6,3%, PCI 16,9%, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο 4,1%.

Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση του Δείκτη Μάζας Σώματος με την αμφιβληστροειδοπάθεια ($p=0,154$) την περιφερική αγγειακή νόσο ($p=0,566$), το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ($p=0,317$) και τη Χρόνια Νεφρική νόσο ($p=0,319$). Διαπιστώθηκε στατιστική τάση με τη Στεφανιαία Νόσο ($p=0,088$), το έμφραγμα του μυοκαρδίου ($p=0,093$) και το By pass ($p=0,076$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το αυξημένο σωματικό βάρος (BMI) συσχετίζεται θετικά μόνο με τις καρδιαγγειακές, μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και όχι με τις μικροαγγειακές.

ΜΕΤΑ ΤΑ 10 ΕΤΗ ΝΟΣΗΣΗΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΜΕ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Α. Τρικκαλινού, Β. Κουλοσουσα, Π. Κολοβού, Β. Χατζηβασιλόγλου, Α. Κουτσοβασίλης, Γ. Κολοβού, Α. Μελιδώνης

Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Τμήμα λιπιδίων και προληπτικής καρδιολογίας-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, Εργαστήριο Υπερήχων Metropolitan Hospital, 3η Παθολογική κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝ Νίκαιας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Οι μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη καθώς και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη τους αποτελούν αντικείμενο διερεύνησης της ιατρικής επιστήμης.

Στην παρούσα μελέτη διερευνούμε τη συσχέτιση του φύλου με την ανάπτυξη μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών μετά τα 10 έτη νόσησης.

Εντάχθηκαν στη μελέτη 160 ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 65,6% των ασθενών (n=105).

Μέση ηλικία των ασθενών $69,82 \pm 11,60$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,354$). BMI $29,67 \pm 5,58$ ($p=0,656$). Έγινε καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών, μικροαγγειακών, μακροαγγειακών επιπλοκών, της αγωγής, και της γλυκαιμικής ρύθμισης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 160 ασθενείς. Άνδρες ήταν το 65,6% των ασθενών (n=105).

Μέση ηλικία των ασθενών $69,82 \pm 11,60$ έτη (χωρίς διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα $p=0,354$). BMI $29,67 \pm 5,58$ ($p=0,656$). Διάρκεια διαβήτη $23,11 \pm 8,69$ ($p=0,010$ με τις γυναίκες να έχουν μεγαλύτερη διάρκεια). HbA_{1c} $6,98 \pm 1,09$ ($p=0,201$). Ως προς τις συννοσηρότητες δυσλιπιδαιμία είχε το 49,7% και Αρτηριακή Υπέρταση το 61,6%. Σχετικά με την αγωγή σε ινσουλίνη ήταν το 47,2%.

Μετορμίνη 66,7%, Σουλφονυλουρίες 15,7%, DPP-4 42,8%, Γλιταζόνες 3,11%, GLP-1 34,1%, SGLT2 31,1% χωρίς στατιστικά σημαντική διαφορά στην αγωγή μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,403$). Αναφορικά με τα εργαστηριακά δεδομένα LDL= $84,03 \pm 32,77$, TG= $133,00 \pm 57,17$, Apo A= $121,45 \pm 28,23$, Apo B= $72,91 \pm 26,4$, Ολική χοληστερόλη = $152,99 \pm 33,61$, HDL= $46,84 \pm 12,55$.

Αμφιβλοστροειδοπάθεια παρουσίαζε το 2,5%, Χρόνια Νεφρική νόσο 12,2% (eGFR < 60 ml/min).

Περιφερική αγγειοπάθεια 1,9%, Στεφανιαία Νόσο το 24,5%, By pass 3,1%, Έμφραγμα του μυοκαρδίου 6,9%, PCI 18,2%, Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο 4,4%.

Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση του φύλου με το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο ($p=0,630$), τη Στεφανιαία Νόσο ($p=0,430$), το By pass ($p=0,216$), την αμφιβλοστροειδοπάθεια ($p=0,429$) και την περιφερική αγγειακή νόσο ($p=0,975$).

Διαπιστώθηκε στατιστική συσχέτιση με το έμφραγμα του μυοκαρδίου ($p=0,049$, υπέρ των γυναικών (συχνότερη επιπλοκή στους άνδρες) και με τη χρόνια νεφρική νόσο ($p=0,064$, πάλι συχνότερα στους άνδρες).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στην εμφάνιση των περισσότερων χρόνιων επιπλοκών μεταξύ ανδρών και γυναικών μετά τα 10 έτη διάρκειας σακχαρώδη διαβήτη. Στο έμφραγμα του μυοκαρδίου, όμως και τη χρόνια νεφρική νόσο οι άνδρες εμφανίζουν συχνότερα των γυναικών τις επιπλοκές αυτές, παρόλο που η μέση διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη ήταν μεγαλύτερη στις γυναίκες.



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

A

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Γ.	31, 38
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	31, 38
ΑΡΣΕΝΙΟΥ Κ.	56
ΑΣΛΑΝΟΓΛΟΥ Δ.	39, 44, 63, 64, 66, 68

B

ΒΑΡΒΕΡΗ Μ.	31, 38
ΒΑΣΙΛΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Β.	43, 50, 51, 52, 53, 54, 55
ΒΑΣΣΟΥ Χ.	74
ΒΛΑΧΟΥ Ε.	35, 58, 59

Γ

ΓΑΒΡΑ Β.	71
ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α.	49
ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α.	32
ΓΑΦΟΥ Φ.	37
ΓΕΜΕΛΙΑΡΗ Μ.	39, 44, 63, 64, 66, 68
ΓΙΑΛΕΔΑΚΗ Κ.	39, 44, 63, 66
ΓΙΑΝΝΑΚΙΔΗΣ Ι.	43, 54, 55
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ Μ.	42, 74
ΓΙΑΝΝΑΡΑΚΗ Α.	35
ΓΙΑΝΝΟΥ Ε.	57
ΓΚΙΝΗ Ι.	64
ΓΚΙΝΟΣΑΤΗ Α.	39, 44, 62, 63, 64, 66, 68
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑ Ε.	49
ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ.	49

Δ

ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Ι.	39, 44, 63, 66
ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Μ.	39, 44, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69
ΔΑΡΑΜΟΥΣΚΑ Π.	39, 44, 63, 64, 66
ΔΗΜΟΣΙΑΡΗ Α.	43, 53, 54, 55
ΔΟΚΟΥΤΣΙΔΟΥ Ε.	58

Ε

ΕΜΙΝΙΔΟΥ Β.	31, 38
-------------	--------

Ζ

ΖΗΝΤΖΙΟΒΑΣ Ν.	43, 54, 55
ΖΙΑΚΟΥ Α.	39, 44, 63, 64, 66

Θ

ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ Σ.	50, 51, 52, 53
ΘΗΡΑΙΟΣ Ε.	39, 44, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69
ΘΩΜΟΠΟΥΛΟΣ Α.	43, 54, 55

Κ

ΚΑΛΟΓΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Π.	36, 75
ΚΑΛΟΓΙΑΝΝΗ Α.	58
ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α.	32, 71
ΚΑΝΕΛΛΟΠΟΥΛΟΥ Α.	33, 34, 42, 74
ΚΑΡΑΤΖΕΤΖΟΥ Α.	43, 54, 55
ΚΑΡΑΧΙΣΑΡΙΔΟΥ Β.	43, 54, 55
ΚΑΡΙΠΙΔΟΥ Π.	43, 54, 55
ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ Α.	72, 73
ΚΕΛΕΣΗ Μ.	35
ΚΙΜΟΥΛΙΑΤΗ Γ.Σ.	58
ΚΟΚΚΟΥ Σ.	34
ΚΟΛΟΒΟΥ Γ.	36, 70, 75, 76
ΚΟΛΟΒΟΥ Π.	75, 76
ΚΟΝΔΥΛΗΣ Ν.	49
ΚΟΡΝΗΛΑΚΗ Α.Ν.	74
ΚΟΥΚΑΛΙΩΤΗΣ Α.	64
ΚΟΥΛΟΣΟΥΣΑ Β.	36, 76
ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ Φ.	31, 38
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α.	30, 32, 36, 37, 41, 71, 72, 73, 75, 76
ΚΟΥΦΑΔΑΚΗ Α.-Μ.	49
ΚΥΠΙΡΤΙΔΟΥ Ε.	50, 51, 52
ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α.	30, 37, 41, 71, 72, 73, 75
ΚΩΣΤΗ Ρ.Ι.	33, 42

Λ

ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	43, 50, 51, 52, 53, 54, 55
ΛΕΛΕΚΑΚΗ Ε.	49
ΛΙΛΙΚΑΚΗ Γ.	64, 68
ΛΥΚΟΥΔΗ Ε.	35

Μ

ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ Α.	48
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	32, 36, 37, 70, 71, 75, 76
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ Σ.	32, 71
ΜΠΑΡΑΚΟΣ Γ.	31, 38

ΜΠΟΥΡΑΖΑΝΗ Μ. _____ 58
 ΜΠΟΥΡΑΣ Π. _____ 39, 44, 62, 63, 64, 66, 68
 ΜΩΡΟΓΙΑΝΝΗ Κ. _____ 33
 ΜΩΥΣΙΔΗ Α. _____ 31, 38

N

ΝΕΣΣΕΡΗΣ Δ. _____ 64, 68
 ΝΟΤΑΡΑ Β. _____ 33, 34, 42, 74
 ΝΤΙΚΟΥΔΗ Α. _____ 35, 59

O

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ο. _____ 30, 41, 72

Π

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ. _____ 33, 34, 42, 74
 ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Δ. _____ 35
 ΠΑΠΑΓΟΡΑΣ Γ. _____ 50, 51, 52
 ΠΑΠΑΔΑΤΟΥ Χ. _____ 57
 ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ. _____ 39, 44, 60, 62, 63, 66, 68
 ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. _____ 31, 38
 ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ Α. _____ 64, 68
 ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ Κ. _____ 36
 ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α. _____ 50, 51, 52
 ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ. _____ 31
 ΠΑΤΟΥΛΙΑΣ Δ. _____ 43, 54, 55
 ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Β. _____ 48
 ΠΙΕΡΡΗΣ Ι. _____ 37
 ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Τ. _____ 49
 ΠΟΥΛΙΟΣ Σ. _____ 43, 54, 55

P

ΡΑΝΔΟΥ Ε. _____ 43, 51, 53, 54, 55
 ΡΙΦΙΩΤΗ Ε. _____ 39, 44, 63, 66
 ΡΙΦΙΩΤΗΣ Χ. _____ 39, 44, 60, 62, 63, 65, 66, 68, 69
 ΡΟΔΙΤΗΣ Π. _____ 50, 51, 52, 53
 ΡΟΠΟΥ Χ. _____ 39, 44, 63, 66
 ΡΟΥΝΤΟΣ Ε. _____ 43, 54, 55

Σ

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΥ Μ. _____ 39, 44, 60, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69
 ΣΑΜΑΡΑ Σ. _____ 43, 54, 55
 ΣΑΜΑΡΑΣ Δ. _____ 43, 54, 55
 ΣΑΞΙΩΝΗ Ε. _____ 57
 ΣΚΛΑΒΟΥΝΟΣ Π. _____ 39, 44, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69
 ΣΠΑΝΟΣ Ε. _____ 68
 ΣΠΥΡΟΥ Α.-Θ. _____ 59
 ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. _____ 30, 41, 72, 73

T

ΤΑΒΟΥΛΑΡΕΑ Ζ. _____ 39, 44, 63, 64, 66
 ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α. _____ 32, 36, 37, 70, 71, 75, 76
 ΤΣΑΡΟΥΧΑΣ Κ. _____ 70
 ΤΣΑΤΣΑΚΗ Χ. _____ 31, 38
 ΤΣΙΜΟΥΛΑΣ Ι. _____ 43, 54, 55
 ΤΣΟΠΕΛΑΣ Θ. _____ 39, 44, 62, 63, 64, 66, 68
 ΤΣΟΥΜΗΣ Χ. _____ 43, 50, 51, 52, 54, 55

X

ΧΑΡΙΤΩΝΙΔΗΣ Π. _____ 39, 44, 63, 64, 66, 68
 ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β. _____ 30, 32, 36, 41, 72, 73, 76
 ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε. _____ 37, 70, 71, 75
 ΧΟΥΡΣΑΛΑΣ Γ. _____ 70
 ΧΡΟΝΑ Ζ. _____ 39, 44, 60, 62, 63, 64, 66, 68, 69

Ψ

ΨΑΛΤΗΡΑΣ Γ. _____ 37
 ΨΑΡΑΥΤΗΣ Π. _____ 31, 38



