



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)
Μιχαλακοπούλου 27 • 115 28 Αθήνα

Υπό την Αιγίδα των:



Με τη Συνεργασία:



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

6ο Πανελλήνιο Συνέδριο

«Μεταβολικά Νοσήματα 2023: Από τη θεωρία στην πράξη»

22-24 Ιουνίου 2023

**Ξενοδοχείο «Xenia Palace»
Πορταριά Πηλίου**

Χορηγούνται 20 Μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής
Εκπαίδευσης από τον
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

Χορηγούνται 10 Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την ΕΝΕ

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΕΓΜ Τουριστικές και Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε. - Congress World
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7210001, 210 7222518, 📠 210 7210051
🌐 www.congressworld.gr, ✉ info@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 πραγματοποιήσει περισσότερες από είκοσι εκπαιδευτικές Διημερίδες και Τριημερίδες σε όλη την Ελλάδα, εξαγγέλλει και οριοθετεί το **6ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στην Πορταριά Πηλίου στις **22-24 Ιουνίου 2023**.

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 ψφίδες στο παζλ της γνώσης μας και της κλινικής μας δεξιότητας.

22-24 Ιουνίου στην Πορταριά Πηλίου, στο 6ο 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.)

Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης

Αντιπρόεδρος: Δ. Ρίχτερ

Γεν. Γραμματέας: Γ. Μπέλλος

Ειδ. Γραμματέας: Β. Λιόση

Ταμίας: Σ. Ηρακλειανού

Μέλη: Θ. Παναγιώτου, Α. Τρικκαλινού

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 6ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης

Β. Γκιζλής	Β. Λιόση	Θ. Παναγιώτου
Γ. Δαφούλας	Χ. Μπασαγιάννης	Χ. Πολύζου
Σ. Ηρακλειανού	Γ. Μπέλλος	Δ. Ρίχτερ
Β. Κατσούρη	Αδ. Μπουρδάκης	Α. Τρικκαλινού

ΚΡΙΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Γ. Μπέλλος, Θ. Παναγιώτου

Πέμπτη 22 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄	
16.00	Προσέλευση - Εγγραφές
16.00-18.00	ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Προεδρείο: Γ. Μπέλλος, Δ. Ασλάνογλου Η κατάθλιψη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Διάγνωση, αντιμετώπιση Α. Τρικκαλινού Δεκαπέντε χρόνια ηλεκτρονικό τσιγάρο. Επικίνδυνο υποκατάστατο ή εναλλακτική μέθοδος διακοπής; Δ. Ρίχτερ Διερεύνηση αναιμίας στην Π.Φ.Υ. Β. Λιόση Διερεύνηση και αξιολόγηση Χρόνιας Νεφρικής Νόσου βάσει eGFR και λευκωματινουρίας. Ποιος ο έλεγχος για τη διαβητική νεφροπάθεια Ε. Χελιώτη Σχολιαστές: Α. Φούτρης, Σ. Καλοπήτα
18.00-19.30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ COVID-19: Up to date Προεδρείο: Γ. Παναγιωτακόπουλος COVID-19: Ιστορική και κλινική αναδρομή της πανδημίας. Προκλήσεις και επιπτώσεις Ε. Χουρδάκη Οι συστηματικές εκφράσεις του post COVID Γ. Παναγιωτακόπουλος COVID-19: Μετά την πανδημία τι; Π. Κανελλόπουλος
19.30-21.00	ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ - ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ Προεδρείο: Α. Μελιδώνης N (M) AFLD: Η non COVID-19 διαρκής «πανδημία» Γ. Νταλέκος Τριπλοί συνδυασμοί φαρμάκων στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Σ.Δ. Γ. Δημητριάδης

Πέμπτη 22 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

16.00-18.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ σε συνεργασία με το Ελληνική Δίκτυο στην Π.Φ.Υ. Προεδρείο: Φ. Δομάγερ, Β. Γκιζλής Πρόληψη στο σακχαρώδη διαβήτη στην κοινότητα Β. Γκιζλής Διαγνωστική προσέγγιση του διαβήτη στην Π.Φ.Υ. Β. Κατσούρη Κατευθυντήριες Οδηγίες του Primary Care Diabetes Europe (PCDE). Τι διαφορετικό πρεσβεύουν Φ. Δομάγερ Πρώτα θεραπευτικά βήματα στη διαχείριση στου ΣΔτ2 στην Π.Φ.Υ. Α. Μπουρδάκης	

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09.00-10.15	HOW TO TREAT Προεδρείο: Ε. Φουστέρης, Α. Τρικκαλινού Σχολιαστές: Χ. Πιώτη, Χ. Μπασαγιάννης Ασθενής 60 ετών με ΣΔ2 και υπέρταση και προοδευτικά επιδεινούμενη νεφρική λειτουργία: Θεραπευτικές προσεγγίσεις Ε. Ελ Ντέικ Ηλικιωμένος υπερτασικός ασθενής ετών 81 με ΑΠ/55/85 και BMI = 28. A1C=6%, LDL = 145mg%, TG=140, κρεατινίνη 1,3. Λαμβάνει περινδροπρίλη 10mg και Salospir A100. Ποια η θεραπευτική πρόταση Α. Μπουρδάκης Ασθενής υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ξεκινά αγωγή με στατίνη: ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε CK=900IU/C και ALT=85 και AST=78. Οδηγίες Α. Γανωτοπούλου
10.15-10.45	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ν. Κατσίκη Μικροβίωμα και επιγενετική: Αθροιστική η επίδραση τους στις μεταβολικές διαταραχές ή διαμεσολαβητική; Γ. Μπέλλος
10.45-11.30	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ (DEBATE) <i>Lifestyle παρέμβαση vs βαριατρική ιατρική για την υποστροφή του νεοεμφανιζόμενου ΣΔ2 σε παχύσαρκο</i> Προεδρείο: Λ. Λαναράς • Lifestyle παρέμβαση Δ. Βλάχος • Βαριατρική ιατρική Μ. Μπριστιάνου

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη Συνεδρία)

08.30-09.30	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (8-16) Προεδρείο: Ο. Βρανού, Ε. Χουρδάκη
09.30-11.00	ΕΦΑΡΜΟΣΜΕΝΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ Οξύ θωρακικό άλγος: Ένα σύμπτωμα-πολλαπλές αιτίες Προεδρείο: Μ. Μελετιάδου, Α. Γανωτοπούλου, Β. Κατσούρη Έγκαιρη αναγνώριση - Διαφοροδιάγνωση - Επείγουσα αρχική αντιμετώπιση αναλόγως του setting και των διαθέσιμων μέσων - Σωστή και ασφαλής παραπομπή/διακομιδή του ασθενούς με: Οξύ στεφανιαίο σύνδρομο Μ. Μελετιάδου Διαχωριστικό ανεύρυσμα αορτής Ε. Μαντζάρα Πνευμονική εμβολή Α.-Μ. Γιούρντα Πνευμοθώρακας Γ. Τσιρνόβας

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

11.30-12.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Σ. Ηρακλειανού Παχυσαρκία: Οι νέες αγωγές αλλάζουν το θεραπευτικό τοπίο? Υπάρχει πρόκριμα για κάποιες από αυτές; Α. Κόκκινος	
12.00-12.15	Διάλειμμα	
12.15-13.45	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Μειώνοντας το CV κίνδυνο το 2023 Προεδρείο: Θ. Παναγιώτου, Κ. Καζάκος Αξιολόγηση του CV κινδύνου το 2023 Ν. Κατσιώνη Συνδυαστικές υπολιπιδαιμικές αγωγές: Ποιες, πότε και γιατί Ε. Μπιλιανού Ανθεκτική υπέρταση: Προσδιορισμοί και οι θεραπευτικές προτάσεις σε διάφορες καταστάσεις Σ. Αντωνόπουλος Η φλεγμονή στα καρδιαμεταβολικά νοσήματα: Υπάρχει θεραπευτική αντιμετώπιση; Μ. Ζαΐρης Σχολιαστές: Α. Νικολάου, Α. Μιχαλόπουλος	
13.45-14.15	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	Σελ. 16.
14.15-16.30	Μεσημβρινή Διακοπή	

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη Συνεδρία)

11.00-13.00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ Όταν η πανδημία του Κορωνοϊού «συνάντησε» την πανδημία του Σακχαρώδους Διαβήτη Προεδρείο: Ε. Βλάχου, Ε. Καγκελάρη, Γ. Τσιώμου Σχολιαστές: Ο. Βρανού, Α. Μπουρδάκης Ειδική και μη ειδική ανοσία στο ΣΔ τύπου II Μ. Ακριβού Ο νοσηλευτής στα διαβητολογικά ιατρεία της Ευρώπης Ε. Βλάχου Η νοσηλευτική διαχείριση των ατόμων με ΣΔ στον Ελλαδικό χώρο Σ. Μπουλαζέρη Ο ρόλος του ποδολόγου στην περίοδο της πανδημίας Ε. Πάννου Εργασιακό άγχος της Διαβητολογικής διεπιστημονικής ομάδας και πανδημία Covid-19 Χ. Βαϊτσάρα
13.00-13.30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ε. Μαντζάρα, Α. Θεοδωρακοπούλου Η θεραπευτική δύναμη του χιούμορ Μ. Μελετιάδου

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

16.30-18.00	ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ <i>Πώς να ερμηνεύσουμε σωστά και γρήγορα τα ευρήματα από:</i> Προεδρείο: Α. Μιχαλόπουλος, Ν. Γεωργιάδης Γενική ούρων Αθ. Νικολάου ACR Σ. Καλοπήτα ABI (Σφυροβραχίονικός δείκτης) Ε. Καγκελάρη CAC score (ασβέστωση στεφανιαίων) Ρ. Ευθυμιάδου Triplex καρδιάς Μ. Ζαΐρης 24ωρη καταγραφή Holter πίεσης Θ. Παναγιώτου
18.00-19.30	ΣΥΝΕΔΡΙΑ σε συνεργασία με τον Ελληνικό Οργανισμό Εγκεφαλικού Οξεία αντιμετώπιση και δευτερογενής πρόληψη των ΑΕΕ Προεδρείο: Γ. Ντάιος Διαχείριση και στόχοι αρτηριακής πίεσης στην πρόληψη, νοσηλεία και δευτερογενή πρόληψη του ΑΕΕ Ν. Κακαλέτσης Νοσηλεία ΑΕΕ: Προτεραιότητες και κατευθυντήριες οδηγίες Δ. Σαγρής Γιατί έπαθε ισχαιμικό ΑΕΕ ο ασθενής μου; Γ. Ντάιος Δευτερογενείς παρεμβάσεις μετά το ΑΕΕ Γ. Κρανιδιώτης

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

19.30-20.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Μελιδώνης Η μετφορμίνη στην καρδιά των εξελίξεων Α. Γανωτοπούλου	
20.00-20.30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ	Σελ. 16
20.30-21.00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης Ο υπολειπόμενος CV κίνδυνος: το 2023. Οι ψηφίδες του παζλ και οι θεραπευτικές παρεμβάσεις Δ. Ρίχτερ	

Σάββατο 24 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

08:30-09:30	ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (1-7) Προεδρείο: Β. Κατσούρη, Β. Γκιζλής
09:30-10:00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Παπαζαφειροπούλου Μονογονιδιακός διαβήτης: Τύποι και παρεμβάσεις Θ. Κουφάκης
10:00-11:30	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ <i>Διαβητικό πόδι: Από την παθοφυσιολογία στις σύγχρονες θεραπείες</i> Προεδρείο: Α. Καμαράτος, Σ. Ηρακλειανού Διαβητικό έλκος - διαβητικό πόδι: Διαγνωστική προσέγγιση Α. Τρικκαλινού Θεραπευτικές προσεγγίσεις στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού Α. Καμαράτος Επούλωση και ανάπλαση διαβητικών ελκών Ε. Πάννου
11:30-12:15	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ (DEBATE) <i>Στο Α΄ θεραπευτικό βήμα στην αντιμετώπιση του ΣΔ προτιμάται</i> Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης • Η μετφορμίνη Π. Μήτρου • Τα SGLT-2 ή τα GLP-1 RA Α. Κουτσοβασίλης
12:15-12:30	Διάλειμμα
12:30-13:30	ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ Προεδρείο: Α. Μελιδώνης ΣΔ2 και ΧΑΠ. Δυο σοβαρά νοσήματα που συνυπάρχουν. Κοινοί παθογενετικοί μηχανισμοί Αντιμετώπισης Σ. Παππάς Ιατρική ακριβείας στα μεταβολικά νοσήματα. Είναι βάσιμη η νέα προοπτική στη διάγνωση και θεραπεία; Κ. Κώτσα
13:30-14:00	ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Σελ. 16.
14:00-16:00	Μεσημβρινή διακοπή

Σάββατο 24 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

09:00-11:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ <i>Ομάδας Εργασίας Μεταβολικού Συνδρόμου</i> Προεδρείο: Μ. Νούτσου, Σ. Ηρακλειανού Μεταβολικά υγιής παχύσαρκος: Μύθος ή πραγματικότητα; Μ. Νούτσου Δευτεροπαθείς δυσλιπιδαιμίες. Επικέντρωση σε άτομα με μεταβολικό σύνδρομο Ε. Μπιλιανού Ινσουλινοαντίσταση: Μέθοδοι απεικόνισης και κλινική χρησιμότητα. Πώς και σε ποιες περιπτώσεις Ε. Φουστέρης Συζήτηση περιστατικού μεταβολικού συνδρόμου Η. Μάνη
11:00-13:00	ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ <i>Ομάδας Εργασίας Τεχνολογίας</i> Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης, Α. Βαζαίου Ο ρόλος της τεχνολογίας στην παρακολούθηση και αντιμετώπιση ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 Α. Παπαζαφειροπούλου Ο ρόλος της τεχνολογίας στην παρακολούθηση και αντιμετώπιση ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 Δ. Σκούτας Έξυπνες πένες ινσουλίνης, apps για την αντιμετώπιση ατόμων με Διαβήτη Ε. Χουρδάκη Διαδερμική γλυκοεξαρτώμενη χορήγηση ινσουλίνης - Νέα δεδομένα Κ. Καζάκος Σχολιασμός: Α. Βαζαίου, Κ. Μαρκάκης

Σάββατο 24 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

16:00-17:30	ΒΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Προεδρείο: Σ. Αντωνόπουλος, Γ. Βαϊόπουλος Διαγνωστική προσπέλαση των θυρεοειδοπαθειών. Τι νεότερο Κ. Αναγνωστοπούλου Οι αυτοάνοσες διαταραχές στα μεταβολικά νοσήματα Ε. Φωτιάδου Μυοσκελετικές διαταραχές στα μεταβολικά νοσήματα Γ. Βαϊόπουλος Σχολιαστής: Α. Μπουρδάκης
17:30-18:00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Κ. Μαρκάκης Οι πέραν της διαβητικής νεφροπάθειας μικροαγγειοπαθητικές επιπλοκές του ΣΔ και οι αντιδιαβητικές αγωγές: Παθοφυσιολογικές ιδιαιτερότητες και η διαφορετικότητα (;) των νέων αγωγών Σ. Λιάτης
18:00-18:30	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Σ. Λιάτης Θεραπευτικές παρεμβάσεις με στόχο τον εγκέφαλο στα άτομα με ΣΔ Ι. Ιωαννίδης
18:30-19:00	ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Ζ. Μούσλεχ Η γοητευτική διαδρομή της ινσουλινοθεραπείας: Από τις χοίρειες στις smart insulins Α. Μπαργιώτα
19.00-20.00	ΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ Προεδρείο: Δ. Σκούτας Κατευθυντήριες οδηγίες 2023 στο ΣΔ: Βεβαιότητες και ελλείματα Α. Μελιδώνης Κατευθυντήριες οδηγίες 2023 στα Λιπίδια: Οι νέες αγωγές στις κατευθυντήριες οδηγίες Γ. Κολοβού
20:00-20.30	ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

Σελ. 16.

Σάββατο 24 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

20.30-21.30

ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΛΗΞΗΣ

Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**

Η ιατρική είναι τέχνη με κανόνες. Δεν μπορεί όμως να υπάρχει τέχνη χωρίς ποίηση

Ν. Παπάνας

Η θέση της παθολογίας στην εποχή της τεχνητής νοημοσύνης

Ν. Τεντολούρης

ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 23 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13.45-14.15	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Λ. Λαναράς Η σημασία του ρόλου της ινσουλινοθεραπείας στην καθημερινή κλινική διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη Α. Μπουρδάκης	 Σελ. 8
20.00-20.30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Μ. Μπρισιτιάνου Ultra rapid lispro: Δεδομένα από την χρήση της στην κλινική πράξη. Θα αποτελέσει το νέο πρότυπο ινσουλινοθεραπείας; Θ. Κουφάκης	 Σελ. 11

Σάββατο 24 Ιουνίου 2023

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13:30-14:00	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Κ. Μακρυλάκης Εξατομικευμένη Θεραπεία με SGLT2i βάσει ενδείξεων σε ασθενείς με ΧΝΝ, με ή χωρίς ΣΔτ2 Θ. Στρατηγού	 Σελ. 12
20:00-20.30	ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ Προεδρείο: Α. Μπαργιώτα Χτίζοντας το θεραπευτικό οικοδόμημα της προστασίας οργάνων στα άτομα με Διαβήτη τύπου 2. Το πέρασμα από την ευγλυκαιμία στην καρδιονεφρική προστασία Μ. Μπρισιτιάνου	 Σελ. 14

Μοναδικός **nevralip**TM **600**
Αντιοξειδωτικός
Συνδυασμός
retard

Βιταμίνη B6

Βιταμίνη B1

Βιταμίνη B5

Βιταμίνη E

**Άλφα
Λιποϊκό
Οξύ**

Σελήνιο

Βιοτίνη

Ψευδάργυρος

Πικοληνικό Χρώμιο

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν υποκαθιστούν την ισορροπημένη διατροφή αλλά τη συμπληρώνουν. Αρ. γνωστοποίησης ΕΟΦ Nevralip: 41027/7-6-2012. Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας.

Medical
Pharmaquality

Νέα Ιδέα- Αληθινή Υπόσχεση

Εξαιών 54, 14564 Κηφισιά, Αθήνα, τηλ.: 210 3506000, fax: 210 8079888, e-mail: info@medicalpq.gr, www.medicalpq.gr

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Ακριβού Μ.	Νοσηλεύτρια ΤΕ, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
Αναγνωστοπούλου Κ.	Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, Msc, Επιστ. Συνεργάτις Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Ατωνόπουλος Σ.	Παθολόγος - Κλινικός Υπερτασιολόγος, Διδάκτωρ ΕΚΠΑ, Προϊστάμενος Διευθυντής Παθολογίας Α΄ Παθολογικού Τμήματος και Διοικητικός Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Ασλάνογλου Δ.	Ειδικός Παθολόγος, Μετεκπαιδευθείς στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Αθήνα
Βαζαίου Α.	Παιδίατρος, Διαβητολόγος, MD, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Παιδιατρική Κλινική, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
Βαϊόπουλος Γ.	Παθολόγος - Ρευματολόγος, Ομ. Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Βαϊτσάρα Χ.	Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου
Βλάχος Δ.	Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής «ΕΝΙΒΙΟΣ MED»
Βλάχου Ε.	Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Μέλος ΔΣ Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND)
Βρανού Ο.	Παθολόγος με Εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ), Αθήνα
Γανωτοπούλου Α.	Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτις Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Γεωργιάδης Ν.	Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα, Αθήνα
Γάννου Ε.	Ποδολόγος - Ποδίατρος, Επιστ. Συνεργάτις Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Γιούρντα Ά.-Μ.	Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Ειδικό Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»
Γιώτη Χ.	Ειδικός Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Βόλος

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Γκιζλής Β.	Γενικός Ιατρός, Μετεκπαιδευθείς στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Μουζάκι Καρδίτσας, Γραμματέας Ελληνικού Δικτύου Διαβήτη στην ΠΦΥ
Δημητριάδης Γ.	Ομ. Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική
Δομάγερ Φ.	Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός - Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ. ΣΕΠ Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ταμίας Primary Care Diabetes Europe, Πρόεδρος Ελληνικού Δικτύου Διαβήτη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Εθνικός Εκπρόσωπος European General Practice Research Network
Ελ Ντέικ Ε.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Γλυφάδας
Ευθυμιάδου Ρ.	Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
Ζαΐρης Μ.	Διευθυντής Επεμβατικός Καρδιολόγος, Metropolitan Hospital
Ηρακλειανού Σ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος
Θεοδωρακοπούλου Α.	Νοσηλεύτρια TE, MSc, PhD, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Ιωαννίδης Ι.	Δρ., Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, Αντιπρόεδρος Δ.Σ. Ε.Δ.Ε. (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία), συνεργάτης νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ
Καγκελάρη Ε.	Ειδικός Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
Καζάκος Κ.	Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Τμήμα Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος
Κακαλέτσης Ν.	Παθολόγος, Επιμελητής Β΄, Β΄ Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Ιπποκράτειο, Μεταδιδακτορικός Ερευνητής Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.
Καλοπήτα Σ.	MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Λαμίας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Καμαράτος Α.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, MD, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Πειραιά «TZANEIO», Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Κανελλόπουλος Π.	Παθολόγος, Υπεύθυνος Covid-19, METROPOLITAN HOSPITAL
Κατσίκη Ν.	Επίκουρη Καθηγήτρια, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Σχολή Επιστημών Υγείας, Διεθνές Πανεπιστήμιο Ελλάδος, Ειδική Γραμματέας Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης
Κατσούρη Β.	Γενικός Ιατρός MD, MSc με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ TZANEIOY και στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, Πρόεδρος Ελεγκτικής επιτροπής ΕΔΔΙΠΦΥ
Κόκκινος Α.	Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «ΛΑΙΚΟ»
Κολοβού Γ.	Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Καρδιομεταβολικό Κέντρο, «METROPOLITAN HOSPITAL»
Κουτσοβασίλης Α.	MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
Κουφάκης Θ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ
Κρανιδιώτης Γ.	Παθολόγος, Επιμελητής Α΄, Β΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «TZANEIO»
Κώτσα Κ.	Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Τμήμα Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη & Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΧΕΠΑ»
Λαναράς Λ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής - Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝ Λαμίας, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Λιάτης Σ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
Λιόση Β.	Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευμένη Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Μακρυλάκης Κ.	Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
Μάνη Η.	Παθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Μαντζάρα Ε.	Αντιπλοίαρχος(ΥΝ), RN, MCs, Εκπαιδύτρια ERC, Νοσηλεύτρια Αν. Προϊσταμένη Μ.Ε.Θ., Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
Μαρκάκης Κ.	MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»
Μελετιάδου Μ.	Νοσηλεύτρια, RN, MSc, BLS, ILS, Instructor ERC, Προϊσταμένη Μονάδας Εμφραγμάτων ΓΝ Πειραιά «TZANEIO», Πρόεδρος Ομάδας Επιστημόνων Υγείας Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν
Μελιδώνης Α.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»
Μήτρου Π.	Παναγιώτα Μήτρου, MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Προϊσταμένη Αυτοτελούς Τμήματος Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μητρώων Ασθενών Υπουργείο Υγείας
Μιχαλόπουλος Α.	FSCOPE, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Κέρκυρα
Μούσλεχ Ζ.	Ενδοκρινολόγος - Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ., Υπεύθυνος του Διαβητολογικού Κέντρου, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης
Μπαργιώτα Α.	Αναπλ. Καθηγήτρια Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθύντρια Ενδοκρινολογικής Κλινικής και Μεταβολικών Νόσων, ΠΓΝ Λάρισας

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Μπασαγιάννης Χ.	Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
Μπέλλος Γ.	Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, Επιδημιολόγος, PhD, MRCP, MRCGP, MRCGP, MRCGP, MRCGP
Μπιλιανού Ε.	Καρδιολόγος, π. Διευθύντρια, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Μπουλαζέρη Σ.	MSc στην Εκπαίδευση και Φροντίδα στο ΣΔ, Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια Γραφείου Εκπαίδευσης και Ενημέρωσης στο Σακχαρώδη Διαβήτη, ΓΝ Χίου «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ», Πιστοποιημένη Νοσηλεύτρια στην Εκπαίδευση Αντλίων Ινσουλίνης και Συστημάτων Καταγραφής Γλυκόζης
Μπουρδάκης Α.	MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων
Μπρισιτιάνου Μ.	MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ, Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Λαμίας
Νικολάου Α.	Γεν. Ιατρός με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «TZANEIO»
Νούτσου Μ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
Ντάιος Γ.	Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Πρόεδρος Ελληνικού Οργανισμού Εγκεφαλικών
Νταλέκος Γ.	Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Ομώνυμου Ερευνητικού Εργαστηρίου, Ελληνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πλήρες Μέλος του Ευρωπαϊκού Δικτύου ERN-Rare Liver, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας, Λάρισα
Παναγιωτακόπουλος Γ.	MD, PhD, Dip HIV Med, Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής Φαρμακολογίας/Κλινικής Φαρμακολογίας, Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Πατρών
Παναγιώτου Θ.	Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Παπαζαφειροπούλου Α.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Παπάνας Ν.** Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού, Πανεπιστημιακό ΓΝ Αλεξανδρούπολης
- Παππάς Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
- Ρίχτερ Δ.** Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
- Σαγρής Δ.** Παθολόγος - Επιμελητής Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική και Ομώνυμο Ερευνητικό Εργαστήριο, Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης για τα Αυτοάνοσα Νοσήματα του Ήπατος, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας, Ελλάδα
- Σκούτας Δ.** Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Υπεύθ. Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη
- Στρατηγού Θ.** Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Ενδοκρινολογικό τμήμα και διαβητολογικό κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Τεντολούρης Ν.** Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Τρικκαλινού Α.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμ. Διαβητολογικού Κέντρου Metropolitan Hospital, Επιστ.Υπεύθυνη Digital-Clinic, Επιστ. Υπεύθυνη Παθολογικού Τομέα HealthSpot Κηφισιάς και Πειραιά
- Τσιρνόβας Γ.** Νοσηλεύτης T.E, MSc, E.A.N.Π Μεταξά
- Τσιώμου Γ.** Προϊσταμένη Υ.Κ.Ο.Ν (Κατ. Οίκων Νοσηλεία), ΓΝ Βόλου

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 στον Σακχαρώδη Διαβήτη Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογικής κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Φωτιάδου Ε.** Βιοπαθολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Χελιώτη Ε.** MD, PhD, Διευθύντρια Νεφρολογίας, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ιατρείου Σπειραματονεφριτίδων, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Χουρδάκη Ε.** Ειδική Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελήτρια, Διαβητολογικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις εταιρείες



ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οργάνωση

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

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

Τόπος και χρόνος Συνεδρίου

Το **6ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2023: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στη Πορταριά Πηλίου, στο Ξενοδοχείο «Xenia Palace» από 22 έως 24 Ιουνίου 2023

Γραμματεία Συνεδρίου

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

ΚΕΓΜ Τουριστικές και Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε. - Congress World

 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

Χορηγούνται **20** 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.

Χορηγούνται **10** Μονάδες Συνεχιζόμενης Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης από την ΕΝΕ

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 BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB BTx28 (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
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,
Τηλ.: 2310 459920-1, Fax: 2310 459269

Medtronic

Καλύτερος έλεγχος με λιγότερη προσπάθεια

με το Σύστημα Αντλίας Ινσουλίνης MiniMed™ 780G



Από μία έρευνα
διαπιστώθηκε πως

99%

των χρηστών που κάνουν τη μετάβαση
από τη θεραπεία MDI, έχουν καλύτερη
εμπειρία με το σύστημα
MiniMed™ 780G.³



Αποχαιρετήστε τη θεραπεία
MDI + isCGM ^{^^} και μειώστε τη
HbA1c κατά 1.4%.²



Αποχαιρετήστε τα πάνω και τα
κάτω κερδίζοντας +27%
περισσότερο Χρόνο εντός στόχου.²⁵



Γνωρίστε το Σύστημα MiniMed™ 780G
και κερδίστε +30% περισσότερο Χρόνο εντός
στόχου κατά τη διάρκεια της νύχτας.²⁵

Μάθετε περισσότερα:



Κέντρο Εκπαίδευσης
Diabetes Shop (Πύργος
Αθηνών)



210 01 01 200



www.medtronic-diabetes.gr



^{^^}Παλλιατική καθημερινή ενδοσκόπηση

^{^^^}CGM με διαλείπουσα οδήγηση

[§]Σε σύγκριση με MDI + isCGM

1. Carlson AL, et al. Diabetes Technol Ther 2022;24(3):178-189.

2. Choudhary P, et al. Lancet Diabetes Endocrinol. 2022; doi:10.1016/S2213-8587(22)00212-1.

3. Medtronic data on file: MiniMed™ 780G users survey conducted in April-May 2021 in UK, Sweden, Italy, Netherlands and Belgium.

Sample size = 789, 17% coming from MDI as previous therapy

Οι πληροφορίες που περιγράφονται στο παρόν δεν αποτελούν ιατρική συμβουλή και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση από τον γιατρό σας. Συζητήστε τις επιθυμίες, τις αντενδείξεις, τις προεκδοχές, τις προφυλάξεις, τα πιθανά ανεπιθύμητα συμβάντα και κάθε άλλη πληροφορία με τον επαγγελματία υγείας που σας παρακολουθεί. Το Υπουργείο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων συνιστούν ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.

GR-IFT-2300002 © 2022 Medtronic.

Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Η επωνυμία Medtronic και το λογότυπο Medtronic είναι εμπορικά σήματα της Medtronic™.

Ivor[®]
Bemiparin sodium

IvormaX[®]
Bemiparin sodium



ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Ivor 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 2.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 12.500 IU (anti Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ: IVOR 2.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PFSYR Λ.Τ.: 5,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: IvormaX 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 3.500 IU (anti Factor Xa*) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα (ισοδύναμη με 17.500 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος). Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1.

ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ: IVOR 3.500 IU anti-Xa/0,2 ml BT x 2 PFSYR Λ.Τ.: 10,74 € 30 PFSYR Λ.Τ.: 120,83 €

ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: IvormaX 25.000 IU anti-Xa/ml ενέσιμου διαλύματος σε προγεμισμένες σύριγγες **ΠΟΙΟΤΙΚΗ & ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Bemiparin sodium: 25.000 IU (anti-Factor Xa*) ανά ml ενέσιμου διαλύματος. Ισοδύναμη με: 5.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,2 ml προγεμισμένη σύριγγα, 7.500 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,3 ml προγεμισμένη σύριγγα, 10.000 IU (anti-Factor Xa) ανά 0,4 ml προγεμισμένη σύριγγα. * Η δραστηριότητα περιγράφεται σε Διεθνείς μονάδες anti-Factor Xa δραστηριότητας (IU) με βάση το Πρώτο Διεθνές Πρότυπο Αναφοράς Ηπαρίνης Χαμηλού Μοριακού Βάρους. Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΕΣ/ΤΙΜΕΣ:** IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF. SYRx0,2ML Λ.Τ.: 21,86€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml, BTx2PF.SYRx0,3ML Λ.Τ.: 19,09€, IVORMAX 25.000 IU anti-Xa/ml BTx2PF.SYRx0,4ML Λ.Τ.: 23,33€

ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ: Ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένες σύριγγες. (Άχρωμο ή ελαφρώς κιτρινωπό, διαυγές διάλυμα, ελεύθερο ορατών σωματιδίων). **ΚΑΤΟΧΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** BIANEΞ Α.Ε. – Οδός Τατοΐου, 146 71 Νέα Ερυθραία, Τηλ. 210 8009111.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 12-10-2021

ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

Περαιτέρω πληροφορίες διατίθενται από τον ΚΑΚ κατόπιν αιτήσεως.



BIANEΞ Α.Ε.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEΞ Α.Ε. - Έδρα : οδός Τατοΐου, 18^ο χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

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



VE-22096-IVO-4/2022



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΙΚΟΣΑΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗ (2002-2022) ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΚΑΙ ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ

Ευαγγελία Δαμίγου¹, Ε. Κασσιμάτης¹, Ματίνα Κούβαρη¹, Χριστίνα Χρυσοχόου², Φ. Μπάρκας³, Ευρυδίκη Κραββαρίτη³, Χ. Πίτσαβος², Ι. Σκούμας², Ε. Λυμπερόπουλος³, Κ. Τσιούφης², Π. Σφηκκάκης³, Δ. Παναγιωτάκος¹, η ομάδα της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ

¹Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογήσει την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων και τη θνησιμότητα συνυπολογίζοντας διάφορους σχετικούς παράγοντες κινδύνου όπως κοινωνικο-δημογραφικά, κλινικά, χαρακτηριστικά, καθώς και στοιχεία του τρόπου ζωής, σε ένα δείγμα του αστικού Ελληνικού πληθυσμού κατά τα τελευταία 20 χρόνια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Κατά την έναρξη της μελέτης (2002), λήφθηκε και αξιολογήθηκε ένα δείγμα από 3.042 ενήλικα άτομα (1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες) τα οποία κατοικούσαν στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας και κατά την έναρξη της μελέτης ήταν ελεύθερα διάγνωσης ή ένδειξης για καρδιαγγειακά νοσήματα. Κατά την 20-ετή επαναξιολόγηση που πραγματοποιήθηκε το 2022, το μέγεθος του δείγματος που αξιολογήθηκε ήταν 2.169 άτομα, με ποσοστό συμμετοχής 71%. Η κατηγοριοποίηση των περιστατικών που εμφάνισαν είτε θανατηφόρα είτε μη-θανατηφόρα καρδιαγγειακά νοσήματα, έγινε με τη χρήση των κριτηρίων WHO-ICD-10.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο δείγμα συμπεριλήφθηκαν συνολικά 1.988 συμμετέχοντες για τους οποίους υπήρχε πλήρες ιστορικό σχετικά με την επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων και οι οποίοι είχαν μέση ηλικία τα 64 έτη (Τυπική Απόκλιση: ± 14 έτη). Συνολικά, η 20ετής επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν 3.600 νέα συμβάντα ανά 10.000 άτομα, η θνησιμότητα λόγω καρδιαγγειακών ήταν 450 θάνατοι ανά 10.000 άτομα, ενώ η συνολική θνησιμότητα ήταν 950 θάνατοι ανά 10.000 άτομα. Τα αποτελέσματα της πολυπαραγοντικής ανάλυσης ανέδειξαν την ηλικία [Σχετικός Κίνδυνος (ΣΚ)= 1,26, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης (95% ΔΕ): 1,22-1,30], το ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη (ΣΚ=4,45, 95%ΔΕ: 1,73-11,45), την υπερχοληστερολαιμία (ΣΚ=2,20, 95% ΔΕ: 1,50-3,22) και την υπέρταση (ΣΚ=1,53, 95% ΔΕ: 1,02-2,29) ως τους πιο καθοριστικούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων εντός της 20ετίας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν πως, στις μέρες μας, τόσο η επίπτωση των καρδιαγγειακών νοσημάτων όσο και η καρδιαγγειακή θνησιμότητα στην Ελλάδα, είναι σε ανησυχητικά υψηλά επίπεδα. Επομένως, χρειάζεται να εφαρμοσθούν περισσότερα μέτρα για την πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.

Ο ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΟΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΣΤΗ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Χ. Ζήσης^{1,2}, Ραφαέλα Φίλιου², Μαρία Μπαμπούρη², Ζωή-Ιρις Σιώμου², Δήμητρα Μαλιώρα², Σταυρούλα Μαγαλιού², Σ. Μυλωνάς²

¹Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ²B' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Υπολειπόμενος Καρδιαγγειακός Κίνδυνος, αφορά τον κίνδυνο καρδιαγγειακών επεισοδίων παρά τις χαμηλές τιμές της LDL χοληστερόλης. Σχετίζεται με την αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία, χαρακτηριζόμενη από συνδυασμό αυξημένων τριγλυκεριδίων και μειωμένης HDL-χοληστερόλης και οφείλεται κατά κύριο λόγο στη συνυπάρχουσα αντίσταση στην ινσουλίνη. Ο λόγος τριγλυκερίδια /HDL-χοληστερόλη εκφράζει το βαθμό της ινσουλινοαντοχής ο οποίος χρησιμοποιείται και ως δείκτης για πρόβλεψη του καρδιαγγειακού κινδύνου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά 32 (τριάντα-δύο) οι πολυμεταγγιζόμενοι: β-θαλασσαιμικοί ασθενείς της MMA του ΓΝ Τρικάλων.

Πραγματοποιήθηκε: Α) Ταξινόμηση ανάλογα: 1. Φύλου, 2. Ηλικιακής ομάδας [νεαρή (20ο-40ο έτος), μέση (40ο-60ο έτος & ώριμη ηλικία (>60ο έτος), 3. Δείκτη μάζας σώματος (BMI) (λιποβαρείς, φυσιολογικού βάρους, υπέρβαροι-παχύσαρκοι), 4. Διαταραχών Μεταβολισμού Γλυκόζης (χωρίς ΔΜΓ Προδιαβήτης, ΣΔτ2, 5. Βαθμού αιμοσιδήρωσης – φερριτίνη (<1.000 mg/L & ≥1.000 mg/L), – αιμοσιδήρωση ήπατος σε LIC (σε mg/g ξηρού-βάρους-ήπατος), (<6,9→φυσιολογικό ήπαρ-ήπια αιμοσιδήρωση, >7→ μέτρια & σοβαρή αιμοσιδήρωση). Β) Καταγραφή του ΜΟ. τιμών HDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων από 3ετίας και υπολογισμός του λόγου τριγλυκερίδια /HDL χοληστερόλη, (τιμές: ιδανικές <2,5, Χαμηλές→άνδρες=2,5-3,75/γυναίκες=2,5-3, ενδιάμεσες→άνδρες=3,75-5/γυναίκες=3-4, υψηλές→άνδρες >5/γυναίκες >4).

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη του υπολειπομένου καρδιαγγειακού κινδύνου στη β-θαλασσαιμία μέσω του λόγου τριγλυκερίδια /HDL-χοληστερόλη.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Επίπεδα του λόγου τριγλυκερίδια/HDL-χοληστερόλη

Α) Ιδανικά-Χαμηλά→12 ασθενείς (37,5%)

- Φύλο: Άνδρς→4/18 (22,22%), Γυναίκες→8/14 (57,14%)
- Ηλικιακή ομάδα: Νεαρή→6/12 (50%), Μέση→5/18 (27,77%), Όριμη→1 (50%)
- BMI: Λιποβαρείς→5/10 (50%), Φυσιολογικού βάρους→6/18 (33,33%), Υπέρβαροι-Παχύσαρκοι→1/4 (25%)
- ΔΜΓ Χωρίς Δ.Μ.Γ→5/8 (62,5%), Προδιαβήτης→4/13 (30,77%), ΣΔτ2→3/11 (27,27%)
- Φερριτίνη<1.000 mg/L→9/20 (45%), >1.000 mg/L→3/12 (25%)
- Αιμοσιδήρωση ήπατος σε LIC:<6,9→9/19 (47,36%) & >7→3/13 (23,07%)

Β) Ενδιάμεσα→6 ασθενείς (18,75%)

- Φύλο: Άνδρες→4/18 (22,22%), Γυναίκες→2/14 (14,28%)
- Ηλικιακή ομάδα: Νεαρή→3/12 (25%), Μέση→3/18 (16,66%)
- BMI: Λιποβαρείς→2/10 (20%), Φυσιολογικού βάρους→3/18 (16,66%), Υπέρβαροι-Παχύσαρκοι→1/4 (25%)
- Δ.Μ.Γ: Χωρίς ΔΜΓ→1/8 (12,5%), Προδιαβήτης→3/13 (23,07%) ΣΔτ2→2/11 (18,18%)
- Φερριτίνη:<1000 mg/L→2/10 (10%), ≥1000 mg/L→4/12 (25%)
- LIC ήπατος:<6,9→4/19 (21,05%) & >7→2/13 (15,38%)

Γ) Υψηλά→ 14 ασθενείς (43,75%)

- Φύλο: Άνδρες→ 10/18 (55,55%), Γυναίκες→ 4/14 (28,57%)
- Ηλικιακή ομάδα: Νεαρή→ 2/12 (16,66%), Μέση→ 11/18 (61,11%), Ώριμη→ 1/2 (50%)
- BMI: Λιποβαρείς→ 3/10 (30%), Φυσιολογικού βάρους→ 9/18 (50%), Υπέρβαροι-Παχύσαρκοι→ 2/4 (50%)
- ΔΜΓ Χωρίς ΔΜΓ→ 2/8 (25%), προδιαβήτης→ 6/13 (46,15%), ΣΔτ2→ 6/11 (54,54%)
- Φερριτίνη: < 1000 mg/L→ 9/20 (45%) & ≥ 1000 mg/L→ 5/12 (41,67%)
- LIC ήπατος: < 6,9→ 6/19 (31,58%) & > 7→ 8/13 (61,53%)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι β-θαλασσαιμικοί ασθενείς όπως εκτιμάται με τον λόγο τριγλυκεριδίων/HDL χοληστερόλης έχουν αυξημένη ινσουλινοαντίσταση και Αθηρογόνο Δυσλιπιδαιμία. Η εμφάνιση τους σχετίζεται περισσότερο με ανδρικό φύλο, ηλικία, αυξημένο σωματικό βάρος, παρουσία και βαρύτητα των ΔΜΓ και τη βαρύτητα της αιμοσιδήρωσης. Συνεπώς ο Υπολειπόμενος Καρδιαγγειακός Κίνδυνος που προκύπτει από τις παραπάνω διαταραχές όχι μόνο είναι υπαρκτός αλλά και αυξημένος.

ΟΙ ΑΛΛΑΓΕΣ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΛΗΨΗ ΑΜΙΝΟΞΕΩΝ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝ ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΤΗΣ ΔΙΑΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΣΤΟΝ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Θ. Κουφάκης¹, Σ. Καρράς¹, Λίλιαν Αδαμίδου², Γ. Δημακόπουλος³, Ξανθίππη Τσεκμεκίδου¹, Γ. Καραλιόλιος¹, Ειρήνη Μελίδου¹, Καλλιόπη Κώτσα¹

¹Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ²Τμήμα Διαιτολογίας και Διατροφής, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη, ³BIOSTATS, Ιωάννινα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει αν η διαιτητική πρόσληψη αμινοξέων σχετίζεται με το γλυκαιμικό προφίλ υπέρβαρων ατόμων που ακολουθούν διαλειμματική νηστεία (ΔΝ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ανθρωπομετρικοί και γλυκαιμικοί δείκτες, καθώς και η διαιτητική πρόσληψη αμινοξέων μετρήθηκαν σε 14 υπέρβαρα άτομα [μέση ηλικία 46,3 έτη και μέσος δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) 28,3 kg/m²] που ακολούθησαν ένα μοντέλο ΔΝ 16:8. Η αξιολόγηση έλαβε χώρα πριν από την έναρξη της δίαιτας, στο τέλος αυτής (7 εβδομάδες) και 5 εβδομάδες αφού οι συμμετέχοντες επέστρεψαν στις τυπικές διατροφικές τους συνήθειες (12 εβδομάδες). Σαν ομάδα ελέγχου χρησιμοποιήθηκαν 29 άτομα (μέση ηλικία 49,9 έτη και μέσος ΔΜΣ 29,0 kg/m²) τα οποία ακολούθησαν Ορθόδοξη νηστεία (ΟΝ) για το ίδιο χρονικό διάστημα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε μείωση του ΔΜΣ κατά τη διάρκεια της διατροφικής παρέμβασης [ΔΝ: 28,3±6,7 kg/m² (έναρξη) vs 27,5±6,3 kg/m² (7 εβδομάδες), p<0,001 και ΟΝ: 29,0±6,0 kg/m² (έναρξη) vs 28,2±5,4 kg/m² (7 εβδομάδες), p<0,001]. Στην ομάδα της ΔΝ διαπιστώθηκε σημαντική μείωση στην πρόσληψη ασπαρτικού οξέος, αλανίνης και μεθειονίνης. Στην ίδια ομάδα, η γλυκόζη νηστείας (ΓΝ) μειώθηκε σημαντικά κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, με τη διαφορά μεταξύ έναρξης και 12 εβδομάδων να είναι στατιστικά σημαντική (p=0,021). Όσο μεγαλύτερη η μείωση πρόσληψης ασπαρτικού οξέος μεταξύ έναρξης και 12 εβδομάδων, τόσο χαμηλότερες τιμές ΓΝ αναμένονταν στις 12 εβδομάδες (p=0,039) στην ομάδα ΔΝ. Ωστόσο, όταν ο ΔΜΣ και το σωματικό λίπος συμπεριελήφθησαν στο μοντέλο, η σημαντικότητα εξασθένησε (p=0,049). Δεν παρατηρήθηκαν συσχετίσεις ανάμεσα στην πρόσληψη αμινοξέων και τις τιμές ινσουλίνης και HOMA-IR σε καμία από τις δύο ομάδες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποδηλώνουν πως τα οφέλη της ΔΝ στον μεταβολισμό της γλυκόζης μπορεί να διαμεσολαβούνται από τη μειωμένη πρόσληψη συγκεκριμένων αμινοξέων κατά τη διάρκεια της. Μελλοντικές μελέτες μένουν να αποσαφηνίσουν τους σχετικούς μηχανισμούς.

ΟΙ ΥΠΟΜΑΔΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔΤ2 ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΛΙΠΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗ ΛΙΠΩΣΗ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ (NAFLD, NASH) ΚΑΙ ΤΟΥΣ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΣΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ι. Μπακάλης¹, Α. Τρικκαλινού¹, Κ. Παπαλαζάρου¹, Μ. Μεγαπάνου², Κ. Πιερρής³, Γ. Κολοβού¹, Φ. Γάφου¹, Ε. Σιδέρη¹, Α. Κουτσοβασίλης², Α. Μελιδώνης¹

¹Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, ²Διαβητολογικό Κέντρο ΓΚΝΠ, ³Αντικαρκινικό Τμήμα Metropolitan Hospital

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η μη αλκοολική λιπώδης διήθηση ήπατος αφορά σημαντικό ποσοστό των διαβητικών ασθενών. Προκειμένου να διαπιστωθεί ποιοι ασθενείς έχουν λίπωση ήπατος και κινδυνεύουν να εξελιχθεί η λίπωση σε φλεγμονή και ίνωση αναπτύχθηκαν διάφοροι δείκτες-scores, εκ των οποίων πιο έγκριτος θεωρείται ως FIBROSIS 4 (FIB-4). Στην παρούσα μελέτη διερευνώνται οι παράγοντες που πιθανώς επηρεάζουν τον FIB-4 και προσδιορίζονται έτσι οι ομάδες ατόμων με ΣΔτ2 με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης NASH.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 188 άτομα (n=188), οι γυναίκες ήταν το 38,3%. Η μέση ηλικία ήταν 54,25±23,65 έτη. Σε όλους έγινε εκτίμηση του FIB4 και πάρθηκαν δημογραφικά βιοχημικά και κλινικά στοιχεία. Μέση τιμή BMI 34,38±7,81 kg/m² με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερη μέση τιμή σε σχέση με τις γυναίκες (35,99±6,98 vs 32,76±7,99, p=0,038). Η μέση διάρκεια ΣΔ ήταν 7,87±4,81 έτη. Σ.Ν. παρουσίαζε το 23,8% των ασθενών, συχνότερη εμφάνιση στους άνδρες (p=0,041). Η μέση τιμή της HbA1c είναι 6,78±1,35%. Μέση τιμή LDL 87,43±44,78 mg/dL με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές (p=0,045). Μέση τιμή τριγλυκεριδίων 156,89±44,89 με τους άνδρες αν έχουν στατιστικά υψηλότερες τιμές (178,76±54,78 vs 133,56±40,89, p=0,028). Μέση τιμή FIB-4 1,51±1,15 και μέση τιμή HOMA 5,806±3,331 με στατιστικά σημαντική συσχέτιση (ΣΣ) μεταξύ τους r=0,569, p=0,001. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του SPSS 21.0

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συσχετίστηκαν όλες οι μεταβλητές με τον Fib-4, για όποιους υπήρξε Σ.Σ. τέθηκαν στο πολυπαραγοντικό μοντέλο (ΠΜ). Στο ΠΜ οι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν την ανεξάρτητη συσχέτιση τους με τον FIB-4 είναι το BMI (HR=1,22, 95%CI: 1,14-1,89, p=0,0001), ο δείκτης HOMA (HR=1,13, 95%CI: 1,09-2,87, p=0,001), η διάρκεια διαβήτη (HR=1,06, 95%CI: 1,02-1,95, p=0,012), το φύλο για τους άνδρες (HR=1,09, 95%CI: 1,01-2,21, p=0,024) και η παρουσία μακροαγγειοπάθειας (HR=1,26, 95%CI: 1,16-2,09, p=0,006).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο FIB-4 στους διαβητικούς ασθενείς επηρεάζεται από το BMI, τον HOMA, το φύλο των ασθενών και την παρουσία μακροαγγειοπάθειας. Έτσι αφενός στην αξιολόγηση του FIB-4 θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν οι παράγοντες αυτοί και αφετέρου φαίνεται ότι ευαίσθητοι πληθυσμοί διαβητικών για ανάπτυξη NAFLD, NASH, στους οποίους κατεχοχάν πρέπει να γίνουν διαγνωστικές και θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι οι παχύσαρκοι άνδρες με καρδιαγγειακή νόσο.

Η ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ ΛΕΥΚΟΥ ΚΡΕΑΤΟΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΕΙ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ 20ΕΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ευαγγελία Δαμίγου¹, Ευγενία Δερδελάκου¹, Ρένα Ι. Κωστή², Χριστίνα Χρυσοχόου³, Φ. Μπάρκας⁴, Ελπινίκη Βλαχοπούλου¹, Αμαλία Δ. Κουτσογιάννη⁴, Χ. Πίτσας³, Κ. Τσιούφης³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Σφηκάκης⁴, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η βιβλιογραφία σχετικά με την κατανάλωση κρέατος και την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου παρουσιάζει διαφοροποιήσεις ανάλογα με το είδος κρέατος. Σκοπός της εργασίας αυτής ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της κατανάλωσης κρέατος, ανά τύπο κρέατος, και του 20ετή κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ διεξήχθη στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, κατά την περίοδο 2001-2002, μελετώντας ενήλικους χωρίς καρδιαγγειακά νοσήματα. Η επαναξιολόγησή τους (2022) επιτεύχθηκε σε $n=1,988$ συμμετέχοντες ($n=718$ καρδιαγγειακά συμβάντα). Οι διατροφικές συνήθειες αξιολογήθηκαν βασιζόμενες σε ένα επικυρωμένο ημιποσοτικό ερωτηματολόγιο συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων. Η κατανάλωση κρέατος κατηγοριοποιήθηκε ως: 1. Ποτέ/Σπάνια κατανάλωση κρέατος (<1 φορά/εβδομάδα), 2. Κυρίως κόκκινο κρέας (σε σύγκριση με άλλα είδη κρέατος ή επεξεργασμένο). 3. Κυρίως λευκό άπαχο κρέας. 4. Κυρίως επεξεργασμένα προϊόντα κρέατος (π.χ. αλλαντικά, λουκάνικα κ.λπ.).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περίπου το 36% των συμμετεχόντων δεν κατανάλωνε συχνά κανένα είδος κρέατος, το 31% κατανάλωνε κυρίως κόκκινο κρέας, το 19% κυρίως άπαχο λευκό κρέας και το 13% κυρίως επεξεργασμένο κρέας. Όλα τα είδη κατανάλωσης κρέατος συσχετίστηκαν θετικά με τον 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου. Όμως, σε πολυπαράγοντικές αναλύσεις (προσαρμοσμένες για ηλικία, φύλο, δείκτη μάζας σώματος, προσκόλληση στη Μεσογειακή διατροφή, φυσική δραστηριότητα, ιστορικό διαβήτη, υπέρτασης, υπερχοληστερολαιμίας) βρέθηκε ότι όσον αφορά τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, μόνο η κατανάλωση κυρίως επεξεργασμένων προϊόντων κρέατος ήταν επιβαρυντική (Σχετικός Κίνδυνος-ΣΚ: 2,85, 95% Διάστημα Εμπιστοσύνης-95%ΔΕ: 1,04, 7,79), η κατανάλωση κυρίως κόκκινου κρέατος ήταν ουδέτερη (ΣΚ: 1,23, 95% ΔΕ: 0,82, 1,83), ενώ η κατανάλωση κυρίως λευκού άπαχου κρέατος ήταν προστατευτική (ΣΚ: 0,36, 95%ΔΕ: 0,18, 0,72).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η επίδραση της κατανάλωσης κρέατος στον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου εξαρτάται κυρίως από τον τύπο του κρέατος που καταναλώνεται. Στην κλινική πράξη θα πρέπει να δίνεται έμφαση στην αποφυγή του επεξεργασμένου κρέατος και την αντικατάστασή του με λευκό ανεπεξέργαστο κρέας.

ΣΥΝΕΧΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου¹, Α. Καισίδης², Βαλέρια Εμινίδου¹, Γ. Αθανασάκης¹, Άννα Μωυσίδη¹, Φιρούζα Κουρτίδου¹, Ι. Κουνελάκης¹, Ελευθερία Καγκελάρη¹, Σ. Αντωνόπουλος¹, Α. Καμαράτος¹

¹Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ Τζάνειο, Πειραιάς, ²Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Βενιζέλειο-Πανάνειο Ηράκλειο Κρήτης

ΣΚΟΠΟΣ: Η χρήση της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (ΣΚΓ), πέρα από την επίτευξη των θεραπευτικών στόχων για τη γλυκόζη αίματος, συμβάλλει στην καλύτερη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) από το ίδιο το άτομο. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης, είναι η εκτίμηση των πεποιθήσεων ατόμων με ΣΔτ1 στην αξιολόγηση των δεδομένων της ΣΚΓ και της επίδρασης τους στη διαχείριση του διαβήτη.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Δεδομένα συλλέχθηκαν από 69 άτομα (52,2% άνδρες) με ΣΔτ1 που έφεραν σύστημα ΣΚΓ (μέσης ηλικία±σταθερή απόκλιση: 42,2±12,9 έτη, διάρκεια διαβήτη: 21,6±12,3 έτη, HbA1c: 7,2±1,2%). Για τους σκοπούς της μελέτης διαμορφώθηκε ερωτηματολόγιο που αξιολόγησε τις αντιλήψεις τους σχετικά με τους θεραπευτικούς στόχους της γλυκόζης αίματος, τις διαβητικές επιπλοκές και συννοσηρότητες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Περισσότερα από τα μισά άτομα της μελέτης (60,8%) απάντησαν ότι η ΣΚΓ βοήθησε στη μείωση της ψυχικής καταπόνησης λόγω του ΣΔτ1 καθώς και του αισθήματος απογοήτευσης και εξουθένωσης (58%). Το 63,7% δήλωσε ότι η ΣΚΓ συνέβαλε στη μείωση των περιορισμών που έχουν να κάνουν με τη διαχείριση του ΣΔτ1 (αριθμός μετρήσεων, ενέσεων στη διάρκεια της ημέρας). Ποσοστό της τάξης του 71% δήλωσε ότι η ΣΚΓ μείωσε την ανησυχία για την καθημερινή διαχείριση του ΣΔτ1 καθώς και την ανησυχία για τη μακροπρόθεσμη επίδραση του στην υγεία τους (71%). Σημαντικό ποσοστό των ατόμων της μελέτης θεωρεί ότι η ΣΚΓ βοήθησε σημαντικά στην επίτευξη τιμών γλυκόζης τόσο νηστείας όσο και κατά τη διάρκεια της ημέρας μεταξύ 70-180 mg/dL (72,5% και 71%, αντίστοιχα), ενώ οι μισοί περίπου (56,5%) θεωρούν ότι βοήθησε στην επίτευξη μεταγευματικών τιμών <180 mg/dL. Όσον αφορά την αποφυγή της μέτριας και σοβαρής υπογλυκαιμίας, ποσοστό 71,3% και 68,1% αντίστοιχα, θεωρεί σημαντική τη συμβολή της ΣΚΓ. Τα μισά άτομα της μελέτης (49,2%) απάντησαν ότι η ΣΚΓ συμβάλλει στην πρόληψη των επεισοδίων διαβητικής κετοξέωσης και ποσοστό 60,8% ότι η ΣΚΓ βοήθησε στη βελτίωση της HbA1c.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι η ΣΚΓ έχει συμβάλει σημαντικά στην καλύτερη καθημερινή διαχείριση του διαβήτη καθώς και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής καθώς και την αξιολόγηση των μετρήσεων της γλυκόζης αίματος σε δείγμα ατόμων με ΣΔτ1 που παρακολουθούνται σε διαβητολογικό κέντρο.

ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ (ADDQOL) ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Α. Τρικκαλινού¹, Ε. Χουρδάκη¹, Ι. Μπακάλης¹, Κ. Παπαλαζάρου¹, Μ. Μεγαπάνου¹, Φ. Γάφου¹, Ε. Σιδέρη¹, Λ. Κορογιάννης¹, Β. Κουλοσούσα¹, Α. Κουτσοβασίλης², Α. Μελιδώνης¹

¹Διαβητολογικό - Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, ²Διαβητολογικό Κέντρο ΓΚΝΠ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Τα τελευταία έτη έχει δοθεί έμφαση στην επίδραση των χρονίων νοσημάτων στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η επίδραση του ΣΔ στην ποιότητα της ζωής των ασθενών και οι παράγοντες που επηρεάζουν την επίδραση αυτή, χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο ADDQOL που αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων που ανιχνεύουν διάφορες πτυχές της επίδρασης του διαβήτη στην ποιότητα ζωής.

ΜΕΘΟΔΟΣ-ΥΛΙΚΟ: Εντάχθηκαν στη μελέτη 285 άτομα (n=285) των οποίων καταγράφηκαν τα βιομετρικά χαρακτηριστικά ελήφθησαν εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο ADDQOL. Οι γυναίκες ήταν το 37%. Η μέση ηλικία ήταν $65,04 \pm 18,9$. Μέση τιμή δείκτη μάζας σώματος $34,37 \pm 4,82 \text{ kg/m}^2$ Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν $14,73 \pm 8,4$ έτη χωρίς διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ($p=0,419$). Σε αγωγή με ινσουλίνη ήταν το 31,8% και σε GLP-1 ήταν 31,57%. Στεφανιαία Νόσο παρουσίαζε το 15,78% των ασθενών, συχνότερη εμφάνιση στους άνδρες ($p=0,043$). Αρτηριακή Υπέρταση παρουσίαζε το 44,21% Δυσλιπιδαιμία παρουσίαζε το 84,20%. Η μέση τιμή της HbA1c είναι $7,23 \pm 1,22\%$. Η στατιστική ανάλυση έγινε με τη χρήση του SPSS 21.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τη συσχέτιση των δημογραφικών, κλινικών και εργαστηριακών μεταβλητών με το ADDQOL score και για όποιες από αυτές προέκυψαν ισχυρές μονοπαγοντικές συσχετίσεις τέθηκαν στο πολυπαραγοντικό μοντέλο. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι οποίοι έχουν ανεξάρτητη αρνητική συσχέτιση με την τιμή του ADDQOL είναι η διάρκεια του διαβήτη ($HR=1,06$, 95%CI: 1,01-1,88, $p=0,001$) η παρουσία μακροαγγειοπάθειας ($HR=1,20$, 95%CI: 1,08, 2,93, $p=0,031$), η παρουσία περισσότερων από δύο συννοσηροτήτων ($HR=1,33$, 95%CI: 1,08-3,45, $p=0,038$) και η τιμή της HbA1c ($HbA1c > 7\%$) ($HR=2,21$, 95%CI: 1,34-2,85, $p=0,001$).)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η διάρκεια του διαβήτη, η μακροαγγειοπάθεια, η παρουσία δύο συννοσηροτήτων, και η γλυκαιμική ρύθμιση είναι οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά την εξαρτώμενη από τον διαβήτη ποιότητα ζωής.

Ο ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΜΙΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΒΙΩΣΙΜΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗΝ 20-ΕΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ευαγγελία Δαμίγου¹, Ε. Κασσιμάτης¹, Ρένα Ι. Κωστή², Χριστίνα Χρυσοχόου³, Φ. Μπάρκας⁴, Δημήτρης Δαλμύρας¹, Π. Αδαμίδης⁴, Χ. Πίτσας³, Κ. Τσιούφης³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Σφηκιάκης⁴, Δ. Παναγιωτάκος¹, η ομάδα της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ

¹Τμήμα Επιστήμης Διατολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ³Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Γενικό Λαϊκό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Για την επίτευξη των Στόχων Βιώσιμης Ανάπτυξης, όπως αυτοί έχουν οριστεί από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, είναι απαραίτητη η προσκόλληση σε δίαιτες που είναι φιλικές προς το περιβάλλον. Στόχος της παρούσας εργασίας ήταν να αξιολογήσει τη σχέση μεταξύ της προσκόλλησης σε μια βιώσιμη δίαιτα, όπως αυτή περιγράφεται από την Επιτροπή EAT-Lancet (Education and Agriculture Together - EAT), και της 20ετούς επίπτωσης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ διεξήχθη στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας (2001-2002) και μελέτησε υγιείς ενήλικους χωρίς καρδιαγγειακά νοσήματα κατά την έναρξη της. Η 20ετής επαναξιολόγηση (2022) πραγματοποιήθηκε σε 1.988 συμμετέχοντες (n=718 καρδιαγγειακά συμβάντα). Η αξιολόγηση των διατροφικών συνθηκών πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ημιποσοτικού ερωτηματολογίου συχνότητας κατανάλωσης τροφίμων, ενώ ο βαθμός προσκόλλησης σε μια περιβαλλοντικά βιώσιμη δίαιτα εκτιμήθηκε με βάση τον δείκτη EAT-Lancet (εύρος: 0-42), ο οποίος υπολογίσθηκε βάσει δημοσιευμένων οδηγιών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή του δείκτη EAT-Lancet για το σύνολο του προς μελέτη δείγματος ήταν 17 (Τυπική Απόκλιση-TA= ±6,8), η οποία υποδηλώνει έναν χαμηλό προς μέτριο βαθμό προσκόλλησης σε μια περιβαλλοντικά βιώσιμη δίαιτα. Τα άτομα τα οποία εμφάνισαν κάποιο καρδιαγγειακό νόσημα εντός της 20ετίας είχαν σημαντικά χαμηλότερο δείκτη EAT-Lancet σε σύγκριση με τα άτομα που δεν εμφάνισαν [11 (±6,4) έναντι 21 (±3,7), p<0,001]. Σχετικά με τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων εντός της 20ετίας, παρατηρήθηκε μια σημαντική αντιστρόφως ανάλογη σχέση: για κάθε μοναδιαία αύξηση του δείκτη EAT-Lancet, υπήρχε μείωση στον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων κατά 32%, στο αδρό μοντέλο ανάλυσης. Στα πολυπαραγοντικά μοντέλα, αν και σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με το αδρό μοντέλο, ο προστατευτικός ρόλος παρέμεινε στατιστικά σημαντικός (ΣΚ=0,84, 95%ΔΕ: 0,80-0,89).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα παραπάνω ευρήματα υποδεικνύουν πως ο υψηλός βαθμός προσκόλλησης σε μια περιβαλλοντικά βιώσιμη δίαιτα δεν είναι προστατευτικός μόνο για το περιβάλλον, αλλά και για την καρδιαγγειακή υγεία.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΗΝ 20ΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ: ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ευγενία Δερδελάκου¹, Ευαγγελία Δαμίγου¹, Ρένα Ι. Κωστή², Χριστίνα Χρυσοχόου³, Φ. Μπάρκας⁴, Αμαλία Δ. Κουτσογιάννη⁴, Χ. Πίτσαβος³, Κ. Τσιούφης³, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π. Σφηκκάκης⁴, Δ. Παναγιωτάκος¹, η ομάδα της μελέτης ΑΤΤΙΚΗ

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα, ²Τμήμα Διαιτολογίας - Διατροφολογίας, Σχολή Επιστημών Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα, ³Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, ⁴Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Λαϊκό Γενικό Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Η σχέση μεταξύ του υπερβάλλοντος βάρους και της αυξημένης αρτηριακής πίεσης είναι καλά τεκμηριωμένη. Εκτιμάται ότι η παχυσαρκία ευθύνεται για το 65-78% των περιπτώσεων πρωτοπαθούς υπέρτασης. Όμως, η μακροχρόνια σχέση ανάμεσα στην παχυσαρκία και την εμφάνιση υπέρτασης δεν είναι τόσο καλά μελετημένη, ιδιαίτερα στον ελληνικό πληθυσμό. Σκοπός αυτής της εργασίας ήταν η αξιολόγηση της συσχέτισης μεταξύ της ύπαρξης παχυσαρκίας και της 20ετούς επίπτωσης υπέρτασης σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ελληνικού πληθυσμού.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη ΑΤΤΙΚΗ διεξήχθη στην ευρύτερη μητροπολιτική περιοχή της Αθήνας, κατά την περίοδο 2001-2002 μελετώντας ενήλικους χωρίς καρδιαγγειακά νοσήματα. Η επαναξιολόγησή τους (2022) επιτεύχθηκε σε $n=1,497$ συμμετέχοντες. Η επίπτωση υπέρτασης προσδιορίστηκε με τα κριτήρια WHO-ICD-10. Η παχυσαρκία ορίστηκε ως Δείκτης Μάζας Σώματος $>29,9 \text{ kg/m}^2$, ο οποίος υπολογίζεται ως σωματικό βάρος (σε kg) διαιρούμενο με το ύψος στο τετράγωνο (m^2).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην 20ετία το 31,33% των συμμετεχόντων ($n=469$) εμφάνισαν υπέρταση. Όσοι εμφάνισαν υπέρταση στην 20ετία, σε σύγκριση με εκείνους που δεν εμφάνισαν, ήταν συχνότερα παχύσαρκοι (21% έναντι 8%). Σε αδρή ανάλυση, η παχυσαρκία βρέθηκε ότι αυξάνει κατά 2,87-φορές τον 20ετή κίνδυνο για υπέρταση (Σχετικός Κίνδυνος-ΣΚ: 2,87, 95%Διάστημα Εμπιστοσύνης-95%ΔΕ: 2,09, 3,93, $p<0,001$). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση (προσαρμογή για ηλικία, φύλο, προσκόλληση στη μεσογειακή διατροφή, επίπεδο φυσικής δραστηριότητας, οικογενειακό ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου), οι συμμετέχοντες με παχυσαρκία είχαν 89% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης υπέρτασης στην 20ετία σε σύγκριση με αυτούς που δεν ήταν παχύσαρκοι (ΣΚ: 1,89, 95%ΔΕ: 1,2, 2,96, $p=0,006$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρουσία παχυσαρκίας σε συνδυασμό με τον αυξημένο κίνδυνο υπέρτασης που επιφέρει αναδεικνύει την επιτακτική ανάγκη για ενημέρωση και ευαισθητοποίηση του πληθυσμού με σκοπό την έγκαιρη πρόληψη και αντιμετώπισή της.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟΥ, ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΑΝΟΣΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ ΜΕΛΑΝΩΜΑ

N. Γεωργιάδης

Ιδιωτικό ιατρείο

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η εμφάνιση αυτοάνοσου ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη (που μιμείται τον τύπου 1) κατά τη διάρκεια ανοσοθεραπείας με immune checkpoint inhibitors (ICI), είναι μια σπάνια παρενέργεια που μπορεί να παρουσιαστεί με επίπτωση 0,9-2% στα πλαίσια κάποιων πιθανών αυτοάνοσων ενδοκρινολογικών διαταραχών.

ΥΛΙΚΟ: Θα αναφερθούμε σε ένα περιστατικό ασθενούς 59 ετών, ο οποίος παρουσίασε δερματικό μελάνωμα, το οποίο εξαιρέθη χειρουργικά. Ο ασθενής είχε ατομικό ιστορικό μεταβολικού συνδρόμου και ελάμβανε αγωγή για διαβήτη τύπου 2 (μετφορμίνη 1000 mg x 2), για υπέρταση (ολμεσαρτάνη 20 mg x 1) και υπερλιπιδαιμία (ροσουβαστατίνη 5 mg x 1). Βρισκόταν σε καλή μεταβολική ρύθμιση και με BMI=29. Μετεγχειρητικά αποφασίστηκε από τους ογκολόγους η έναρξη σχημάτων ανοσοθεραπείας με το σκεύασμα KEYTRUDA (pembrolizumab).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο ασθενής, αφού είχε ολοκληρώσει τα πρώτα 6 σχήματα ανοσοθεραπείας (περίπου 20η εβδομάδα), χωρίς παρενέργειες, παρουσίασε σταδιακή αύξηση της γλυκαιμίας για λίγες ημέρες, χωρίς όμως να δώσουν την απαραίτητη προσοχή και κατόπιν παρουσίασε απότομη αύξηση με πολύ ψηλές τιμές γλυκόζης ορού (480 mg/dL) και στοιχεία ήπιας διαβητικής κετοξέωσης. Τέθηκε άμεσα σε σχήμα ινσουλινοθεραπείας basal bolus μαζί με GLP-1 αγωνιστή. Μετρήθηκε το c-πεπτίδιο το οποίο σταδιακά έπεσε στο 0,31 ng/dL και τα αυτοαντισώματα anti-GAD ήταν θετικά-ψηλά 141 iu/mL. Στην πορεία παρουσίασε και δευτεροπαθή ανεπάρκεια επινεφριδίων (στα πλαίσια αυτοάνοσης φλεγμονής της υπόφυσης) με χαμηλές τιμές ACTH και Κορτιζόλης ορού και τέθηκε θεραπεία με υδροκορτιζόνη 30 mg. Ο ασθενής βρίσκεται υπό παρακολούθηση τόσο για τις ήδη υπάρχουσες διαταραχές, αλλά και για την πιθανότητα να παρουσιάσει κι άλλες αυτοάνοσες διαταραχές, μια και άρχισε εκ νέου και τα θεραπευτικά ανοσοθεραπευτικά σχήματα για το μελάνωμα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι ανοσοθεραπείες πλέον είναι μια συχνή θεραπευτική μέθοδος για την αντιμετώπιση νεοπλασμάτων και θα ερχόμαστε πια πολύ συχνά αντιμέτωποι με παρόμοιες κλινικές εικόνες. Αν και οι παρενέργειες είναι σπάνιες, θα πρέπει να είμαστε πολύ προσεκτικοί στην παρακολούθηση των ασθενών γιατί μπορεί να παρουσιαστούν αυτοάνοσες διαταραχές, ιδίως ενδοκρινολογικές. Η εμφάνιση ή επιδείνωση ενός σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να είναι ακόμα και απειλητική για τη ζωή λόγω πιθανής Διαβητικής Κετοξέωσης. Στην πορεία, στον ασθενή μας, απαιτείται πλέον ινσουλινοαγωγή εφ' όρου ζωής. Συχνή δε είναι και η διαταραχή της λειτουργίας της υποφύσεως με τις ανάλογες επιπτώσεις.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΤΡΕΣ ΤΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η. Γεωργόπουλος, Δ. Μπίρμπα, Γ. Φαβατάς, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της βαρύτητας της επίδρασης του στρες και του άγχους σε πάσχοντες με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) από την Παθολογική και Καρδιολογική Κλινική του Νοσοκομείου Ναυπλίου.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 44 ασθενείς με διάγνωση ΣΔτ2, από τους οποίους οι 22 ήταν άνδρες, με μέση ηλικία 37,16 έτη ($\pm 13,4$). Για τη μέτρηση του στρες χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο DASS21. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου SPSS 21.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των ασθενών μόνο 2 δήλωσαν πως είχαν συμπτώματα στρες. Με τη χρήση του ερωτηματολογίου και τη μετατροπή των συνολικών σκορ σε δείκτες βαρύτητας μόνο 8 (18,6%) βρέθηκε να έχουν φυσιολογικά επίπεδα στρες. Από τους υπόλοιπους στο 41,9% βρέθηκε πολύ σοβαρή έκπτωση, στο 22,3% σοβαρή έκπτωση, στο 11,4% μέτρια έκπτωση, και στο 4,5% μέτρια έκπτωση. Αντίστοιχα ήταν και τα ποσοστά του άγχους με 45,5% να εμφανίζει πολύ σοβαρή έκπτωση και μόνο το 25,6% φυσιολογικά επίπεδα άγχους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης η συννοσηρότητα άγχους και στρες στον ΣΔτ2 ακολουθεί και στη χώρα μας τα ποσοστά που έχουν βρεθεί και στις υπόλοιπες διεθνείς μελέτες, κάνοντας την ανάγκη θεραπευτικής παρέμβασης, με στόχο την καταπολέμηση των συμπτωμάτων αυτών επιτακτική.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2020-2023

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Καλλιόπη Παλεδάκη⁵, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Αθανασία Γκινουσάτη², Ζωή Χρονά³, Ελευθέριος Θηραίος², Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σοβαρή ανεπάρκεια της βιταμίνης D μπορεί να προκαλέσει ραχίτιδα σε βρέφη ή παιδιά και οστεομαλακία στους ενήλικους, ενώ η υποκλινική ανεπάρκεια της είναι πιο διαδεδομένη και σχετίζεται με οστεοπόρωση και υψηλότερη συχνότητα πτώσεων ή καταγμάτων στους ενήλικους. Η παρατηρούμενη παγκόσμια ανεπάρκεια βιταμίνης D εμπλέκεται και στην παθογένεια πολλών ασθενειών, όπως καρδιαγγειακών παθήσεων, αυτοάνοσων νοσημάτων, λοιμώξεων, νευροψυχιατρικών διαταραχών και πολλών μορφών καρκίνου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη είχε ως στόχο τη διερεύνηση του επιπολασμού της ανεπάρκειας της βιταμίνης D στους ασθενείς του ΚΥ Βάρης και τη συσχέτιση των τιμών αυτής της με υποκείμενα νοσήματα των ασθενών αυτών.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Πρόκειται για αναδρομική μελέτη στην οποία καταγράφηκαν οι συγκεντρώσεις 25(OH)D στον ορό 600 ασθενών ηλικίας 1-95 ετών, 250 άνδρες και 350 γυναίκες.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της έλλειψης (<20 ng/mL) και ανεπάρκειας (<30 ng/mL) ήταν 41,9% και 30%, αντίστοιχα. Ανάμεσα στα δυο φύλα δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της βιταμίνης D. Τα άτομα άνω των 65 ετών εμφάνισαν την εντονότερη έλλειψη βιταμίνης D (56,3%). Ο μεγαλύτερος επιπολασμός της σοβαρής έλλειψης βιταμίνης D (<10 ng/mL) παρατηρήθηκε στη νεφρική νόσο (51,3%), ενώ έλλειψη παρουσίασαν άτομα με παχυσαρκία, καρδιαγγειακά νοσήματα και καρκίνο (39,3%, 36,9% και 24,1% αντίστοιχα). Τέλος, ανεπάρκεια βιταμίνης D είχαν σε μεγαλύτερο ποσοστό άτομα με παχυσαρκία, ενδοκρινικές και νευροψυχιατρικές διαταραχές (38,0% και 37,1% και 34% αντίστοιχα).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεπάρκεια της βιταμίνης D φαίνεται ότι σχετίζεται με διάφορες παθολογικές καταστάσεις και πιθανόν η υποκατάστασή της να μπορεί να βελτιώσει την πορεία ή την έκβαση των νοσημάτων αυτών.

ΕΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΜΗ ΕΙΔΙΚΗ ΑΝΟΣΙΑ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Μαρία Ακρίβου¹, Ευγενία Βλάχου², Αικατερίνη Χαρανά³

¹Νοσηλεύτρια, Msc, Διεύθυνση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ Βόλου «Αχιλλοπούλειο», ²Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, ³Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝ Βόλου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) και η συννοσηρότητα από λοιμώξεις αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα για τον παγκόσμιο πληθυσμό και αυτό προκάλεσε ένα κύμα ενδιαφέροντος για τη διερεύνηση του τρόπου που συσχετίζεται ο ΣΔτ2 και οι λοιμώξεις στη συγκεκριμένη ομάδα ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να ανασκοπήσει κριτικά τη συσχέτιση της ειδικής και μη ειδικής ανοσίας με τον ΣΔτ2.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση μέσω των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων Pubmed και Scopus και περιλαμβάνει τυχαιοποιημένες μελέτες στην Αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανοσολογική απόκριση διακρίνεται στη μη ειδική ανοσία, η οποία υπάρχει από τη γέννηση και στην ειδική ανοσία, η οποία αναπτύσσεται μετά την επαφή με τον βλαπτικό παράγοντα. Ο ΣΔτ2 φαίνεται να έχει αλληλένδετη σχέση με το ανοσοποιητικό σύστημα καθώς οι διαβητικοί ασθενείς τείνουν να εμφανίζουν μεγαλύτερη ευπάθεια στις λοιμώξεις αλλά και η φλεγμονή μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία του ΣΔ μέσα από περίπλοκο ανοσολογικό μηχανισμό. Η χαμηλή και χρόνια φλεγμονή βλάπτει τα βήτα κύτταρα του παγκρέατος και οδηγεί στην ανεπαρκή παραγωγή ινσουλίνης, η οποία οδηγεί σε υπεργλυκαιμία. Από την άλλη η υπεργλυκαιμία του ΣΔ θεωρείται ότι προκαλεί δυσλειτουργία της ανοσολογικής απόκρισης, θέτοντας τα άτομα με διαβήτη πιο επιρρεπή στις λοιμώξεις. Ενδεικτικά, ο βακτηριακός αποικισμός της ουροδόχου κύστης βρέθηκε να είναι τρεις φορές πιο συχνός σε γυναίκες με ΣΔ από ότι σε μη διαβητικούς ασθενείς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η κατανόηση των μηχανισμών υπεργλυκαιμίας που αποδυναμώνει την άμυνα του ξενιστή έναντι παθογόνων είναι κρίσιμη για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβήτη.

ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΣΑΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Κωστής Κονταξής¹, Σταμάτης Παπαδάτος², Γεωργία Φίλη³, Γιάννης Κουτσουνάσιος⁴,
Δέσποινα Μπουρδάκη⁵, Αδαμάντιος Μπουρδάκης⁶

¹Ειδικευόμενος Παθολογίας Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ²Ειδικός Παθολόγος Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Αγία Ελένη», ³Γενική Γιατρός με μετεκπαίδευση στον Διαβήτη Κέντρο Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων, ⁴Γενικός Γιατρός με μετεκπαίδευση στον Διαβήτη Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων, ⁵Φοιτήτρια Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα, ⁶Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ: Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, οι αναστολείς SGLT2 μπορούν να χορηγηθούν από την αρχή σε πρωτοδιαγνωσθέντες Διαβητικούς τύπου 2, ιδίως σε δυσανεξία στη μετφορμίνη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν παχύσαρκοι ασθενείς με πρώτη διάγνωση ΣΔτ2 που διαγνώστηκαν και παρακολουθούνται σε τακτικές επισκέψεις με ραντεβού ανά τετράμηνο, το τελευταίο εκτός στα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας του Κέντρου Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων και Κέντρου Υγείας Πύλης Τρικάλων και στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. Πρόκειται για 38 ασθενείς 19 άντρες και 19 γυναίκες με μέση ηλικία 65 ± 5 έτη με ΣΔτ2. Αποκλείστηκαν ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια ή ηπατική ανεπάρκεια. Δεν έγινε καμιά παρέμβαση στην υπολιπιδαιμική και αντιυπερτασική αγωγή αν λάμβαναν. Μελετήθηκε στο τετράμηνο το όφελος στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και σε παραμέτρους όπως το BMI ο δείκτης ACR και η καρδιαγγειακή προστασία από κολπική μαρμαρυγή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από τετράμηνη χορήγηση ενός SGLT2 αναστολέα η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης από $7,7 \pm 0,6$ έγινε $6,6 \pm 0,7$, η μέση τιμή BMI από 31 ± 4 σε 28 ± 3 , η μέση τιμή ACR από $115 \pm 7,1$ σε 62 ± 3 .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι SGLT2 αναστολείς εξατομικευμένα μπορούν να χορηγηθούν σαν πρώτη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής στον ΣΔτ2 με στατιστικά σημαντικό όφελος στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και στην υποστροφή της λευκωματινουρίας. Καταγράφηκε απώλεια βάρους (μείωση BMI) χωρίς όμως στατιστικά σημαντικό όφελος, στο δείγμα ασθενών μας.

ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟΣ ΤΙΜΩΝ ΝΑΤΡΙΟΥ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΟΞΕΙΑΣ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ

Γ. Αλετράς, Μαρία Στρατινάκη, Ε. Λαμπρογιαννάκης, Γ. Γαρίδας, Ζαχαρένια Καλλινίκου, Ειρήνη Μπαχλιτζανάκη, Δάφνη Κορέλα, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η υπονατριαιμία αποτελεί κοινή ηλεκτρολυτική διαταραχή μεταξύ των νοσηλευόμενων ασθενών και ταυτόχρονα δείκτη κακής πρόγνωσης (αυξημένη θνητότητα, ανάγκη για παρατεταμένη νοσηλεία) σε ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή της επίπτωσης της υπονατριαιμίας στους νοσηλευόμενους ασθενείς για οξεία καρδιακή ανεπάρκεια και η συσχέτιση αυτής με δείκτες αρνητικής έκβασης όπως ο θάνατος και η μεγαλύτερη διάρκεια της νοσηλείας.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΥΛΙΚΑ: Καταγράψαμε συνήθη δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία), τις τιμές νατρίου ορού κατά την εισαγωγή, τον αριθμό νοσηλειών λόγω οξείας καρδιακής ανεπάρκειας εντός διετίας και την τελική έκβαση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική από τον Φεβρουάριο έως τον Μάιο του 2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά 88 ασθενείς νοσηλεύτηκαν με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας στην Καρδιολογική κλινική από τον 02/2023 έως τον 05/2023. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $80,2 \pm 9,2$ έτη, με τους 47/88 ασθενείς (53,4%) να είναι άνδρες. Από το σύνολο των ασθενών, οι 13/88 (14,78%) εμφάνιζαν χαμηλές τιμές νατρίου κατά την εισαγωγή τους. Όσον αφορά τις ημέρες νοσηλείας, οι ασθενείς με υπονατριαιμία νοσηλεύτηκαν για $10,66 \pm 4,88$ ημέρες, ενώ αντίστοιχα οι ασθενείς με φυσιολογικές τιμές νατρίου νοσηλεύτηκαν για $7,81 \pm 4,2$ ημέρες ($p < 0,05$). Και οι δύο ομάδες ασθενών είχαν κατά μέσο όρο δύο νοσηλείες για απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας εντός της τελευταίας διετίας, ενώ από τους 4 συνολικά αποβιώσαντες ασθενείς, μόνο ένας εμφάνιζε χαμηλές τιμές νατρίου κατά την εισαγωγή.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νοσηλευόμενοι ασθενείς με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας και υπονατριαιμία κατά την εισαγωγή τους χρειάστηκαν περισσότερες ημέρες νοσηλείας συγκριτικά με αυτούς με φυσιολογικές τιμές νατρίου, ενώ δεν καταγράφηκαν διαφορές στον αριθμό νοσηλειών την τελευταία διετία. Όσον αφορά τις διαφορές στη θνητότητα, αυτή ερμηνεύεται από το γεγονός ότι οι ασθενείς κατέληξαν από μη καρδιαγγειακές επιπλοκές κατά τη νοσηλεία τους (ενδοноσοκομειακή λοίμωξη, οπισθοπεριτοναϊκό αιμάτωμα) με συνύπαρξη υπονατριαιμίας τη συγκεκριμένη στιγμή και όχι από την εισαγωγή τους. Τα παραπάνω ευρήματα επιβεβαιώνουν τη συσχέτιση της υπονατριαιμίας με την ανάγκη για παρατεταμένη νοσηλεία καθώς και τη χειρότερη έκβαση των ασθενών μετά την εμφάνιση της.

ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΧΝΝ) ΣΤΗ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Χ. Ζήσης^{1,2}, Ραφαέλα Φίλιου², Κωνσταντίνα Κοφίτσα², Ευαγγελία Τσιούμα², Σταυρούλα Μαγαλιού², Χαραλαμπία Φούσια², Σωτήριος Ζάμπρας², Σ. Μυλωνάς²

¹Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ²B' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ως Χρόνια Νεφρική Νόσος (ΧΝΝ) ορίζεται η παρουσία ≥ 3 μήνες νεφρικής βλάβης (λευκωματουρία-αλβουμινουρία ή αιματοουρία ή δομικές ή παθολογοανατομικές αλλοιώσεις νεφρών), ανεξαρτήτως GFR δηλαδή για $GFR \geq 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$, $GFR < 60 \text{ mL/min/1,73 m}^2$ ανεξαρτήτως νεφρικής βλάβης.

Μηχανισμοί της νεφρικής βλάβης στη θαλασσαιμία. Α. *Σπειραματική βλάβη.* Η χρόνια αναιμία προκαλεί μείωση της συστηματικής αγγειακής αντίστασης και υπερδυναμική κυκλοφορία, με αποτέλεσμα αύξηση νεφρικής ροής πλάσματος και ρυθμού σπειραματικής διήθησης (GFR). Η σπειραματική υπερδιήθηση προκαλεί τελικά σκλήρυνση νεφρικού σπειράματος, λευκωματουρία, προοδευτική νεφρική βλάβη και μείωση του GFR. Β. *Σωληναριακή βλάβη.* 1. Υπερφόρτωση σιδήρου. Οδηγεί σε υπέρβαση της δεσμευτικής ικανότητας της τρανσφερρίνης σε σίδηρο και συσσώρευση του μη τρανσφερρινικού σιδήρου, με επιτάχυνση παραγωγής δραστικών ειδών οξυγόνου (ROS) με καταλύτη σιδήρου, υπεροξειδωση λιπιδίων και απελευθέρωση κυτοκινών. 2. Χρόνια αναιμία και χρόνια υποξία. Γ. *Πρόσθετοι παράγοντες.* 1. Τοξικότητα φαρμάκων αποσιδήρωσης (δεφεροξαμίνη /δεφερασιρόνη), 2. Μεταλοιμώδης σπειραματονεφρίτιδα (HIV/Ηπατίτιδα Β/Ηπατίτιδα C).

ΣΚΟΠΟΣ: Η μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και της επίπτωσης της ΧΝΝ στη θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Στους 32 πολυμεταγγιζόμενους θαλασσαιμικούς ασθενείς της MMA του ΓΝ Τρικάλων. 1) Μετρήθηκε το ύψος & βάρος τους, 2) Υπολογίστηκε το διορθωμένο $GFR = (Cr \times V) \text{ ούρων } 24\text{ώρου} \times 1,73 \text{ m}^2 / Cr_{\text{ορού}} \times m^2 \text{ επιφάνεια σώματος}$, 3) Διερευνήθηκε η ύπαρξη νεφρικής βλάβης, με: Υπερηχογραφικό έλεγχο νεφρών, Εικοσιτετράωρες συλλογές λευκώματος ούρων, Γενικές ούρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: GFR – Αυξημένο ($\geq 130 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) ή σπειραματική υπερδιήθηση εμφανίζουν 13 ασθενείς, εκ των οποίων οι 3 με νεφρική βλάβη (λευκωματουρία). – Φυσιολογικό ($90\text{-}129 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) $\rightarrow$ 6 ασθενείς, εκ των οποίων 3 έχουν σταθερή λευκωματουρία. – Ελαφρά μειωμένο ($60\text{-}89 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) $\rightarrow$ 5 ασθενείς, εκ των οποίων 2 έχουν σταθερή λευκωματουρία. – Μέτρια μειωμένο ($30\text{-}59 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) $\rightarrow$ 7 ασθενείς. – Σοβαρά μειωμένο ($15\text{-}29 \text{ mL/min/1,73 m}^2$) $\rightarrow$ 1 ασθενής.

Με ΧΝΝ διαπιστώθηκαν 16 ασθενείς (50%), εκ των οποίων: Στάδιο I $\rightarrow$ 6 ασθενείς, Στάδιο II $\rightarrow$ 2 ασθενείς, Στάδιο III $\rightarrow$ 7 ασθενείς, Στάδιο IV $\rightarrow$ 1 ασθενής.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η νεφρική νόσος δεν υπήρξε μέχρι τώρα μεγάλο πρόβλημα στη θαλασσαιμία. Εξαιτίας της αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης των θαλασσαιμικών ασθενών, θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η παρουσία νεφρικής νόσου.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΟΥ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΑΝΟΣΟΠΟΙΗΣΗΣ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑ Β ΚΑΙ C ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Καλλιόπη Παλεδάκη⁵, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Αθανασία Γκινουσάτη², Ζωή Χρονά³, Ελευθέριος Θηραίος², Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην Ελλάδα υπάρχει πρόγραμμα στην πρωτοβάθμια υγεία που αφορά τη διερεύνηση και τον έλεγχο του πληθυσμού όσον αφορά τη νόσηση από ηπατίτιδα Β η C με απώτερο στόχο την εξάλειψή της.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη έχει σκοπό τον έλεγχο του επιπέδου ανοσοποίησης κατά του ιού της ηπατίτιδας Β και C στο πληθυσμό που καλύπτεται υγειονομικά στο ΚΥ Βάρης.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Από τον Ιανουάριο του 2020 έως τον Γενάρη του 2023 ελέγχθηκαν 50 ασθενείς στα πλαίσια του παραπάνω προγράμματος. Πραγματοποιήθηκε μέτρηση HbsAg, anti-HBcore, anti-HBs για την ηπατίτιδα Β και anti-HCV για την ηπατίτιδα C, σε 38 άνδρες και 12 γυναίκες. Χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της χημιοφωταύγειας σε αναλυτή Architect 2000 SR Abbott του ΓΝ Ασκληπείου Βούλας. Ο μέσος όρος ηλικίας των εξεταζόμενων ήταν 46,5 ετών και για την εξέταση χρησιμοποιήθηκε δείγμα ορού το οποίο λήφθηκε κατόπιν φυγοκέντρησης ολικού αίματος μετά από αιμοληψία στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Βάρης.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι 49 απ' τους 50 εξεταζόμενους ήταν αρνητικοί στο HbsAg. Ο ένας εξ αυτών ήταν άντρας θετικός στο HbsAg, (αναφέρεται ότι ήταν πρώην χρήστης ναρκωτικών ουσιών), παραπέμφθηκε σε ηπατολογικό τμήμα νοσοκομείου των Αθηνών. Επί του συνόλου των εξεταζόμενων (N=50) ανιχνεύθηκαν θετικά αντισώματα έναντι του επιφανειακού αντιγόνου anti-HBs σε ποσοστό 60% (N=30), ενώ θετικοί έναντι του πυρηνικού αντιγόνου (anti-HBcore) βρέθηκαν (N=15). Από τους 30 αυτούς ασθενείς που βρέθηκαν θετικοί στο anti-HBs, οι 15 ποσοστό 50% είχαν εύρος anti-HBs που δε θεωρείται επαρκές και προστατευτικό, (2-9 mLu/mL). Οι 5 από αυτούς σε ποσοστό 16,6% είχαν εύρος anti-HBs, (106-956 mLu/mL) επαρκές και προστατευτικό γιατί είχαν νοσήσει από ηπατίτιδα Β, ενώ οι 10 ασθενείς σε ποσοστό 33,3% είχαν εύρος anti-HBs, 12-85 mLu/mL, μέτριο όσον αφορά την προστασία νόσησης από την ηπατίτιδα Β. Όσον αφορά την ηπατίτιδα C όλοι ήταν αρνητικοί για anti-HCV (N=49 άρα ποσοστό 98%) εκτός ενός (N=1 άρα ποσοστό 2%) που ήταν και πρώην χρήστης ναρκωτικών ουσιών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι 15 (ποσοστό 50%) είχαν εύρος anti-HBs που δε θεωρείται επαρκές και προστατευτικό. Ένας μόνο απ' τους 50 εξεταζόμενους (ποσοστό 2%) βρέθηκε θετικός στο HbsAg, ενώ το υπόλοιπο 48%, δεν είχαν ενεργό ηπατίτιδα Β. Ακριβώς τα ίδια ποσοστά παρουσιάστηκαν και για την ηπατίτιδα C. Απ' όλα τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι ο επιπολασμός της νόσησης τόσο για την ηπατίτιδα Β όσο και για την ηπατίτιδα C είναι εξαιρετικά χαμηλός στο συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού. Ταυτόχρονα καταδεικνύεται η σπουδαιότητα και η σημασία του εμβολιασμού έναντι της ηπατίτιδας Β τόσο γι' αυτούς που εμφανίζουν μη επαρκές τίτλο προστατευτικών αντισωμάτων anti-HBs (αναμνηστική δόση) όσο και γι' αυτούς (20 από τους 50 εξετασθέντες, ποσοστό 40%) που δεν είχαν καθόλου αντισώματα anti-HBs. Για το συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού συνιστάται πλήρης εμβολιασμός τους για την ηπατίτιδα Β, καθόσον δεν έχουν εμβολιαστεί στην παιδική τους ηλικία με το ανασυνδυασμένο εμβόλιο για την ηπατίτιδα Β (διότι δεν υπήρχε τότε, μέσος όρος ηλικίας των εξεταζόμενων ήταν 46,5 ετών).

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΟΥΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΝΟΣΟΥ COVID-19 –POST COVID, LONG COVID SYNDROME- ΚΑΙ ΥΠΕΡΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΓΕΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-2 ΥΠΕ- ΚΑΤΑ ΤΙΣ 3 ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΤΗΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ (2019-2022)

Χριστίνα Σεϊτοπούλου¹, Μαριλένα Σταμούλη², Γεωργία Καλλιώρα³, Νικολέττα Ρένεση¹, Αντωνία Μουρτζίκου⁴

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, ΚΥ Νίκαιας- 2η ΥΠΕ, ²Βιοχημικό Εργαστήριο, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΝΝΑ», ³Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁴Μικροβιολογικό Εργαστήριο, ΓΝΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

ΣΚΟΠΟΣ: της εργασίας μας είναι η διερεύνηση πιθανούς συσχέτισης μεταξύ των αποτελεσμάτων της ολικής χοληστερόλης, των HDL, LDL στον γενικό πληθυσμό που προσήλθε για τακτικό έλεγχο ρουτίνας, ή για προεγχειρητικό έλεγχο την περίοδο 2019 (προ-πανδημική περίοδο), 2020-2021 (πανδημική περίοδο), 2022 (μεταπανδημική περίοδο) και της νόσου COVID-19 από στο ιστορικό τους.

ΥΛΙΚΟ: της μελέτης αποτέλεσε το σύνολο των 16.813 δειγμάτων βιοχημικού ελέγχου για ολική χοληστερόλη, HDL, LDL κατά τις 3 περιόδους (προ-πανδημική, πανδημική και μεταπανδημική περίοδο).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από το σύνολο των 335.419 δειγμάτων βιοχημικού ελέγχου προκύπτει ότι: το 65% από το σύνολο των δειγμάτων αφορούσε τον ανδρικό πληθυσμό, ενώ 35% το γυναικείο. Η συνολική παράθεση των αποτελεσμάτων αποτυπώνεται στον πίνακα:

	Έτος 2019	Έτος 2020	Έτος 2021	Έτος 2022	
Σύνολο Βιοχημικών Εξετάσεων	86.591	79.471	75.721	93.636	Σύνολο 4ετίας 335.419
Σύνολο Εξετάσεων HDL, LDL, ολική χοληστερόλη	4.329	3.973	3.786	4.725	Σύνολο 4ετίας 16.813

Φυσιολογικές τιμές: ολικής χοληστερόλης: 150-220 mg/dL, HDL: 40-100 mg/dL, LDL: 0-130 mg/dL. Το 25% των ασθενών χωρίς ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας, μετά τη νόσο COVID-19, με συμπτωματολογία post –COVID και long-COVID syndrome, παρουσίαζε τα εξής αποτελέσματα στον βιοχημικό έλεγχο κατά μέσο όρο: Ευρεθείσες τιμές: ολικής χοληστερόλης: 245-275 mg/dL, HDL: 35-65 mg/dL, LDL: 155-185 mg/dL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι στο 75% των περιπτώσεων υπερχοληστερολαιμίας, υπήρχε ιστορικό προ της νόσου COVID-19, ενώ στο 25% τόσο στον ανδρικό όσο και στο γυναικείο πληθυσμό δεν υπήρχε ιστορικό υπερχοληστερολαιμίας. Απαιτείται διερεύνηση των αιτιολογικών παραγόντων για τα πρωτοδιαγνωσθέντα περιστατικά υπερχοληστερολαιμίας στον γενικό πληθυσμό που προ νόσου COVID-19 δεν είχαν την προαναφερθείσα συμπτωματολογία. Τέλος, η κλινική εικόνα του post και long COVID syndrome πρέπει να εμπλουτιστεί με όλες τις πιθανές διαταραχές του χοληστερινικού προφίλ των ασθενών προκειμένου έγκαιρα και έγκυρα να αντιμετωπιστούν. Η σπουδαιότητα των δομών υγείας της ΠΦΥ ανεδείχθη στην αντιμετώπιση της πανδημίας, οπότε καθίσταται αναγκαία η περαιτέρω επάνδρωσή τους με ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, καθώς και τεχνολογικό εξοπλισμό με γνώμονα την προάσπιση της δημόσιας υγείας.

ΤΕΧΝΗΤΗ ΝΟΗΜΟΣΥΝΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Παναγιώτα Κυριακουλοπούλου¹, Βασιλική Καρακώιδα¹, Γεωργία Κύτελη¹, Π. Κύτελης², Κ. Κυριακουλόπουλος³

¹Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ²Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Λευκωσίας, ³Τμήμα Μηχανικών Ηλεκτρονικών Υπολογιστών και Πληροφορικής, Πανεπιστήμιο Πατρών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι εφαρμογές της τεχνητής νοημοσύνης (Artificial Intelligence, AI) στη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) αφορούν στη διαστρωμάτωση κινδύνου, τη διάγνωση, την πρόβλεψη των επιπλοκών και τη θεραπεία.

ΣΚΟΠΟΣ: Η ανάδειξη των εφαρμογών της AI στα διαφορά στάδια διαχείρισης του ΣΔ.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας (2018- 2023) στις βάσεις δεδομένων PubMed και Google Scholar. Ανευρέθησαν 22 αξιοποιήσιμα άρθρα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ειδικοί αλγόριθμοι τεχνητής νοημοσύνης λαμβάνοντας υπόψιν τους γνωστούς παράγοντες κινδύνου για τον ΣΔ είναι σε θέση να προβλέπουν με βάση τα ατομικά δεδομένα κάθε ασθενή, την εμφάνιση ΣΔ με υψηλό βαθμό ακρίβειας. Επίσης, η συγκέντρωση πληροφοριών από συσκευές συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης, μέσω του machine learning, χρησιμοποιούνται για την ανάπτυξη αλγορίθμου, που λειτουργεί ως τεχνητό πάγκρεας, με δυνατότητες καταγραφής των επιπέδων γλυκόζης σε πραγματικό χρόνο, πρόβλεψης επεισοδίων υπογλυκαιμίας -έως και μισή ώρα πριν συμβούν- με παράλληλη ειδοποίηση για κατανάλωση υδατανθράκων, σύστασης εξατομικευμένης δόσης ινσουλίνης, που χορηγείται μέσω σύνδεσης με την αντλία ινσουλίνης και άλλων θεραπευτικών συστάσεων βάσει της διατροφής, της φυσικής δραστηριότητας και του μικροβιώματος κάθε ασθενή. Επιπλέον, η AI έχει ρόλο στην πρόβλεψη επιπλοκών του ΣΔ, όπως η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια -μέσω της ανάλυσης των retinal της εικόνας της βυθοσκόπηση με μεγάλη ευαισθησία και ειδικότητα- η διαβητική νεφροπάθεια, προβλέποντας την επιδείνωση με ακρίβεια 71% και τα διαβητικά έλκη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η AI συμβάλλει στην πρόβλεψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία του ΣΔ. Βελτιώσεις, όπως η συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων από τον πληθυσμό, λαμβάνοντας υπόψη τις διαφυλετικές διαφορές, και η εξακρίβωση των κινδύνων που ελλοχεύουν αναφορικά με τα προσωπικά δεδομένα, θα αυξήσουν επιπλέον την ακρίβεια του αλγορίθμου και θα εξατομικεύσουν τη θεραπεία, αναβαθμίζοντας την ποιότητα ζωής του ασθενούς.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΨΗΛΩΝ ΤΙΜΩΝ ΠΗΛΙΚΟΥ AST/ALT (ΔΕΙΚΤΗΣ DE RITIS) ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟB. Πεππές^{1,2}¹Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα, ²Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί συνδυασμό παραγόντων που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και ο συσχετισμός του με τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) είναι επαρκώς τεκμηριωμένος. Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχέτισης του πηλίκου AST/ALT (δείκτης De Ritis) ως έκφραση της ηπατικής στεάτωσης με τη νεφρική λειτουργία ασθενών με ΜΣ.

ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική, real-life μελέτη παρατήρησης n=210 ατόμων της κοινότητας με ΜΣ που παρακολουθούνται τακτικά σε πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία στη Χαλκίδα και τα Ψαχνά Ευβοίας.

Πραγματοποιήθηκε καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού, των δημογραφικών χαρακτηριστικών και εργαστηριακός προσδιορισμός δεικτών ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τις δοκιμασίες Chi-Square, ANOVA, Bivariate Correlation Analysis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 32,9% (N=69) των ασθενών εμφάνισε τιμές πηλίκου AST/ALT > 1 και 19,6% αυτών n=41) είχε τιμές GFR<60 mL/min/m² (Πίνακας 1).

Οι ασθενείς με ΜΣ και πηλίκο AST/ALT > 1 είχαν επιβαρυνμένη νεφρική λειτουργία σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό έναντι εκείνων με τιμές < 1 [$\chi^2=10,801$, $p=0,013$ (Σχ. 1)].

Το ίδιο εύρημα επαληθεύτηκε και κατόπιν διαστρωμάτωσης του πληθυσμού μελέτης ως προς την παρουσία σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 [$\chi^2=13,360$ $p=0,004$ & $\chi^2=9,062$, $p=0,028$ αντίστοιχα (Σχ. 2)].

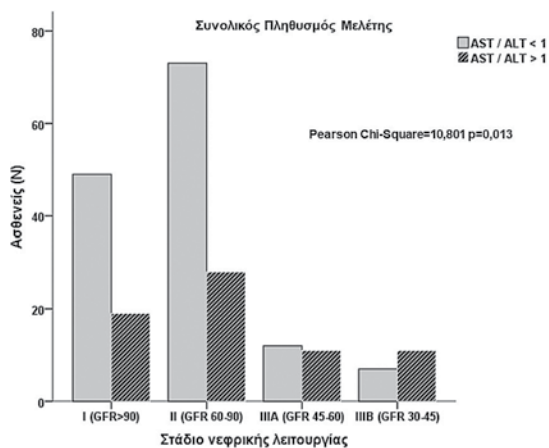
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ οι ασθενείς με ΜΣ και νεφρική νόσο προχωρημένου σταδίου είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές πηλίκου AST/ALT [$p=0,029$ (Πίνακας 2)].

ΠΑΡΑΛΛΗΛΑ διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του eGFR και του πηλίκου AST/ALT [Pearson Correlation=-0,182 $p=0,08$ (Σχ.3)].

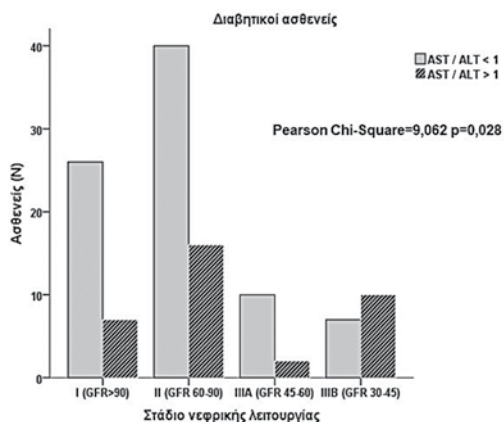
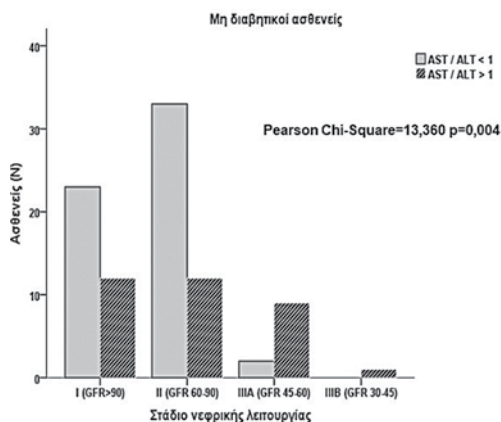
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ΜΣ και ΜΑΛΝΗ, τιμές πηλίκου AST/ALT (δείκτης De Ritis) > 1 σχετίζονται σημαντικά με την παρουσία χρόνιας νεφρικής νόσου ανεξάρτητα της ύπαρξης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Πίνακας 1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης		
	n	%
Ασθενείς με ΜΣ	210	100
Άνδρες	108	51,4
Μέση ηλικία (έτη)	66,3±14,7	
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	118	56,2
Γλυκόζη νηστείας (mg/dL)	127±49	
HbA1c (%)	6,9±1,6	
Παχυσαρκία (BMI ≥ 30)	107	51
BMI (kg/m ²)	31,6±5,8	
Περίμετρος μέσης (cm)	106,7±13,9	
Αρτηριακή υπέρταση	118	56,2
Δυσλιπιδαιμία	139	66,2

Πίνακας 1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης (Συνέχεια)		
	n	%
LDL (mg/dL)	109,9±34,4	
HDL (mg/dL)	47,4±12,7	
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	141±78	
AST/ALT > 1	69	32,9
AST	19,4±7,2	
ALT	24,1±14,5	
e-GFR < 60 mL/min/m ²	41	19,6
Cr (mg/dL)	0,94±0,028	
e-GFR (CKD-EPI) mL/min/m ²	78,9±20,5	
Καρδιαγγειακή συννοσηρότητα	43	20,5

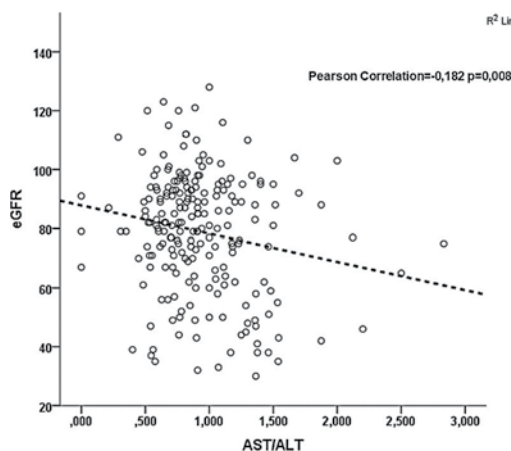


Σχήμα 1. Οι ασθενείς με ΜΣ και τιμές ηπλίκου AST/ALT > 1 είχαν επιβαρυμένη νεφρική λειτουργία σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό έναντι εκείνων με τιμές < 1.



Σχήμα 2. Τόσο οι μη διαβητικοί όσο και οι διαβητικοί ασθενείς με ΜΣ και τιμές ηπλίκου AST/ALT > 1 είχαν επιβαρυμένη νεφρική λειτουργία σε σημαντικά μεγαλύτερο βαθμό έναντι εκείνων με τιμές < 1.

Πίνακας 2. Η ελάττωση του GFR σχετίζεται με υψηλότερες τιμές ηηλίκου AST/ALT			
Νεφρική λειτουργία	Ασθενείς (n)	Πηλίκo AST/ALT	p
Στάδιο I (GFR >90 mL/min/m ²)	68	0,89±0,32	0,029
Στάδιο II (GFR 60-90 mL/min/m ²)	101	0,88±0,42	
Στάδιο IIIA (GFR 45-60 mL/min/m ²)	23	1,08±0,38	
Στάδιο IIIB (GFR 30-45 mL/min/m ²)	18	1,10±0,41	



Σχήμα 3. Σε ασθενείς με ΜΣ διαπιστώθηκε στατιστικώς σημαντική αρνητική γραμμική συσχέτιση μεταξύ eGFR και του ηηλίκου ALT/AST.

ΣΥΝΗΘΕΣΤΕΡΑ ΑΙΤΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΑΝΩΤΕΡΟΥ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΚΥ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2020-2022

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Καλλιόπη Παλεδάκη⁵, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Αθανασία Γκινιοσάτη², Ζωή Χρονά³, Ελευθέριος Θηραίος², Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β ΚΥ Βαρύς, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Επιμελήτης Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Πληθώρα παθογόνων μικροοργανισμών ευθύνονται για λοιμώξεις του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος, η ταυτοποίηση των οποίων είναι χρονοβόρα με τη χρήση εξειδικευμένων εργαστηριακών εξετάσεων. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εφαρμογή rapid test ανοσοχρωματογραφίας για την ανίχνευση παθογόνων που προκαλούν λοίμωξη ανώτερου αναπνευστικού σε ασθενείς που προσήλθαν στο ΚΥ Βάρης τα έτη 2020- 2022.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Εξετάστηκαν 450 δείγματα ρινικού εκκρίματος και φαρυγγικού εκκρίματος από ασθενείς (51% άνδρες) με διάμεση ηλικία 70 έτη και 49% γυναίκες με διάμεση ηλικία 63 ετών που προσήλθαν στο κέντρο Υγείας Βάρης τα έτη 2020-2022.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Λοίμωξη από SARS-CoV-2 αναφέρθηκε σε 300 ασθενείς. Σε 20 ασθενείς ανιχνεύθηκε με strep test από φαρυγγικό έκκριμα πυογόνος στρεπτόκοκκος και σε 60 ασθενείς ανιχνεύθηκε ιός γρίπης τύπου Α ή Β και σε 70 άτομα δεν ανιχνεύθηκε κανένα από τα παραπάνω παθογόνα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα rapid test ανοσοχρωματογραφίας παρέχουν ταχεία εργαστηριακή διάγνωση στους ασθενείς ενός κέντρου υγείας που είναι χρήσιμη για την περαιτέρω κατάλληλη διαχείριση του εκάστοτε ασθενούς. Ακόμα διαπιστώθηκε ότι σε 15 ασθενείς (5%) των θετικών ασθενών με SARS-CoV-2 συνυπήρχε σε 5 ασθενείς συλλοίμωξη SARS-CoV-2 με πυογόνο στρεπτόκοκκο και σε 10 ασθενείς υπήρχε συλλοίμωξη SARS-CoV-2 με τον ιό της γρίπης τύπου Α ή Β.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΤΑ ΕΤΗ 2020-2023

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκιννοσάτη², Ζωή Χρονά², Ελευθέριος Θηραίος², Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α' ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα επίπεδα της βιταμίνης D θεωρείται ότι συμβάλλουν στην εύρυθμη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος και πιθανώς σχετίζονται με την ευαισθησία του οργανισμού σε λοιμώξεις.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση επιπέδων της βιταμίνης D σε ασθενείς με νόσο COVID-19.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 900 ασθενείς οι οποίοι διαγνώστηκαν με λοίμωξης COVID-19 τα έτη 2020 έως 2023. Οι 480 ασθενείς νοσηλεύθηκαν στην απλή κλινική COVID-19, ενώ οι υπόλοιποι 70 εισήλθαν σε ΜΕΘ-COVID. Οι υπόλοιποι 350 ασθενείς που διαγνώστηκαν με COVID-19 στο ΚΥ Βάρης δεν νοσηλεύθηκαν και ανάρρωσαν επιτυχώς με οδηγίες και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή κατ' οίκον. Σ όλους τους ασθενείς μετρήθηκαν τα επίπεδα της βιταμίνης D στον ορό. Η μέτρηση των επιπέδων της βιταμίνης D έγινε με το kit 25-OH Vitamin D Reagent (ABBOTT) σε αναλυτή Alinity i με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας (CHIA). Ανάλογα με τα επίπεδα της βιταμίνης D, οι εξεταζόμενοι χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: επάρκεια (>30,0 ng/mL), σχετική έλλειψη (10,0-30,0 ng/mL) και ανεπάρκεια (<10,0 ng/mL).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: ΕΠΙΠΕΔΑ 25-OH ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ανεπάρκεια (<10,0 ng/mL), σχετική έλλειψη (10,0-30,0 ng/mL) και επάρκεια (>30,0 ng/mL). Απλή μονάδα COVID (480 ασθενείς. 120 ασθενείς (25%) με μέση τιμή 7 ng/mL, 280 ασθενείς (58,3%) με μέση τιμή 20 ng/mL και 80 ασθενείς (16,6%) με μέση τιμή 40 ng/mL.

ΜΕΘ-COVID (70 ασθενείς). 30 ασθενείς (42,85%) με μέση τιμή 6 ng/mL, 38 ασθενείς (54,2%) με μέση τιμή 18 ng/mL και 2 ασθενείς (2,85%) με μ. τ. 32 ng/mL.

ΑΣΘΕΝΕΙΣ που ανάρρωσαν κατ' οίκον (350 ασθενείς). 200 ασθενείς (57,1%) με μέση τιμή 8 ng/mL, 350 ασθενείς (3,42%) με μέση τιμή 22 ng/mL και 30 ασθενείς (0,85%) με μέση τιμή 48 ng/mL

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Η πλειοψηφία των ασθενών παρουσιάζει σχετική έλλειψη βιταμίνης D με μέση τιμή 20 ng/mL.
- Ένα σημαντικό ποσοστό του συνόλου των ασθενών εμφανίζει ανεπάρκεια βιταμίνης D. Ειδικά σε αυτούς που νοσηλεύθηκαν σε ΜΕΘ-COVID το ποσοστό αυτό αγγίζει το 1/3 των νοσηλευόμενων ασθενών.
- Το ποσοστό των ασθενών της ΜΕΘ-COVID με επάρκεια σε βιταμίνη D είναι υπερβολικά χαμηλό (<3%).
- Οι ασθενείς που ανάρρωσαν κατ' οίκον είχαν όπως αναμενόταν καλύτερα και υψηλότερα ποσοστά μέσης τιμής 25-OH-BΙΤΑΜΙΝΗΣ D τόσο στην επάρκεια όσο και στην έλλειψη όσο και στην ανεπάρκεια αυτής απ' τους νοσηλευόμενους ασθενείς τόσο σε απλή κλίνη όσο και στη ΜΕΘ-COVID.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΣΤΗ ΒΗΤΑ ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ

Χ. Ζήσης^{1,2}, Ραφαέλα Φίλιου², Α. Γιότζης¹, Δήμητρα Μαλιώρα², Ευαγγελία Τσιούμα², Κωνσταντίνη Κοφίτσα², Π. Παρδάλης², Α. Μπέτσικος², Δήμητρα-Μαρία Καρκαντού², Σ. Μυλωνάς²

¹Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ²Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών με β-θαλασσαιμία, χαρακτηρίζεται από μειωμένα επίπεδα ολικής, LDL και HDL-χοληστερόλης, και από αυξημένα επίπεδα τριγλυκεριδίων και VLDL-χοληστερόλης. Πιθανοί βασικοί μηχανισμοί: 1. Η χρόνια αιμόλυση, προκαλεί επιταχυνόμενη ερυθροποίηση του μυελού των οστών με αποτέλεσμα: αύξηση των απαιτήσεων σε χοληστερόλη για τον σχηματισμό μεμβράνης των πρόδρομων ερυθροκυττάρων, αύξηση των υποδοχέων της LDL-χοληστερόλης και αυξημένη πρόσληψη αυτής από το ΔΕΣ του μυελού. 2. Η σοβαρή υπερφόρτωση με σίδηρο, που έχει ως αποτέλεσμα: ελαττωματική ηπατική λειτουργία λόγω ηπατική βλάβης οδηγεί σε μειωμένη παραγωγή ενδογενούς χοληστερίνης, οξειδωτικό στρες, χρόνια ενεργοποίηση συστήματος μονοκυττάρων/μακροφάγων με αυξημένη απελευθέρωση κυτοκινών.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη των ποσοτικών και ποιοτικών διαταραχών των λιπιδίων στη β-θαλασσαιμία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Συνολικά οι πολυμεταγγιζόμενοι β-θαλασσαιμικοί ασθενείς της MMA του ΓΝ Τρικάλων είναι 32 (τριάντα-δύο). Σε αυτούς πραγματοποιήθηκε:

– Καταγραφή από Ζετίας του ΜΟ τιμών: ολικής-χοληστερόλης, LDL- & HDL-χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων, – υπολογισμός: non-HDL & VLDL, – συσχέτιση με βάση φύλο, ηλικιακή ομάδα, Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), βαθμός Αιμοσιδήρωσης, Διαταραχές του Μεταβολισμού Γλυκόζης (ΔΜΓ).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικό πληθυσμό. Χοληστερόλη≈112,53 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈127,03 mg/dL. HDL≈31,875 mg/dL, non-HDL≈81,03 mg/dL (LDL≈55,75 mg/dL & VLDL≈25,53 mg/dL).

ΦΥΛΟ

- Άνδρες (ασθενείς=18). Χοληστερόλη≈107,05 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈140,16 mg/dL, HDL≈25,83 mg/dL, non-HDL 81,61 mg/dL (LDL≈52,88 mg/dL & VLDL≈28,33 mg/dL).
- Γυναίκες (ασθενείς=14). Χοληστερόλη≈119,57 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈110,14 mg/dL, HDL≈39,6 mg/dL, non-HDL≈80,28 mg/dL (LDL≈59,42 mg/dL & VLDL≈21,92 mg/dL).

ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

- Νεαρή ηλικία (ασθενείς=12), Χοληστερόλη≈115,5 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈114,66 mg/dL, HDL≈35,8 mg/dL, non-HDL≈76,58 mg/dL (LDL≈53,67 mg/dL & VLDL≈22,91 mg/dL)
- Μέση ηλικία (ασθενείς=18). Χοληστερόλη≈113,77 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈137,66 mg/dL, HDL≈29 mg/dL, non-HDL≈84,66 mg/dL, (LDL≈57,66 mg/dL & VLDL≈28,33 mg/dL)
- Ώριμη ηλικία (ασθενείς=2). Χοληστερόλη≈106 mg/dL, Τριγλυκερίδια≈114 mg/dL, HDL≈30,5 mg/dL, non-HDL≈75,5 mg/dL (LDL≈52,5 mg/dL & VLDL≈23 mg/dL).

ΔΜΣ

- Λιποβαρείς (ασθενείς=10), Χοληστερόλη ≈115,5 mg/dL, Τριγλυκερίδια ≈130,9 mg/dL, HDL ≈33,2 mg/dL, non-HDL ≈82,3 mg/dL (LDL ≈55,1 mg/dL & VLDL ≈26,2 mg/dL),
- Φυσιολογικού βάρους (ασθενείς=18 ασθενείς). Χοληστερόλη ≈110,66 mg/dL, Τριγλυκερίδια ≈117,83 mg/dL, HDL ≈30,05 mg/dL, non-HDL ≈79,83 mg/dL (LDL ≈56,83 mg/dL & VLDL ≈23,88 mg/dL).
- Υπέρβαροι-Παχύσαρκοι (ασθενείς=4). Χοληστερόλη≈113,5 mg/dL, Τριγλυκερίδια ≈158,75 mg/dL, HDL ≈30,75 mg/dL, non-HDL ≈83,25 mg/dL (LDL ≈52,5 mg/dL & VLDL ≈31,25 mg/dL)

ΔΜΓ

- Χωρίς ΔΜΓ (ασθενείς=8). Χοληστερόλη ≈ 110 mg/dL, Τριγλυκερίδια $\approx 96,5$ mg/dL, HDL $\approx 35,125$ mg/dL, non-HDL $\approx 74,875$ mg/dL, (LDL $\approx 55,125$ mg/dL & VLDL $\approx 19,25$ mg/dL).
- Προδιαβήτης (ασθενείς=13). Χοληστερόλη $\approx 107,46$ mg/dL, Τριγλυκερίδια $\approx 134,14$ mg/dL, HDL $\approx 29,38$ mg/dL, non-HDL $\approx 77,53$ mg/dL (LDL $\approx 51,53$ mg/dL & VLDL $\approx 26,15$ mg/dL).
- ΣΔτ2 (ασθενείς=18). Χοληστερόλη $\approx 121,2$ mg/dL, Τριγλυκερίδια $\approx 141,90$ mg/dL, HDL $\approx 31,45$ mg/dL, non-HDL $\approx 90,5$ mg/dL, (LDL $\approx 60,73$ mg/dL & VLDL $\approx 28,81$ mg/dL).

ΒΑΘΜΟΣ ΑΙΜΟΣΙΔΗΡΩΣΗΣ

- Φερριτίνη < 1000 mg/L (ασθενείς=20), Χοληστερίνη $\approx 112,19$ mg/dL, Τριγλυκερίδια $\approx 119,49$ mg/dL, HDL $\approx 31,245$ mg/dL, non-HDL $\approx 80,96$ mg/dL, (LDL $\approx 52,65$ mg/dL & VLDL $\approx 23,55$ mg/dL).
- Φερριτίνη > 1000 mg/L (ασθενείς=14). Χοληστερίνη $\approx 113,8$ mg/dL, Τριγλυκερίδια $\approx 140,5$ mg/dL. HDL ≈ 32 mg/dL non-HDL $\approx 80,91$ mg/dL (LDL $\approx 53,25$ mg/dL & VLDL ≈ 28 mg/dL)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Το ανδρικό φύλο, η πρόοδος της ηλικίας, η παρουσία και η βαρύτητα των ΔΜΓ καθώς και η βαρύτητα της αιμοσιδήρωσης επηρεάζουν περαιτέρω αρνητικά το λιπιδαιμικό προφίλ των πασχόντων κυρίως των τριγλυκεριδίων και των VLDL-λιποπρωτεϊνών.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΥΨΗΛΩΝ ΤΙΜΩΝ ΠΗΛΙΚΟΥ AST/ALT (ΔΕΙΚΤΗΣ DE RITIS) ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗ ΗΛΙΚΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟB. Πεππές^{1,2}¹Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα, ²Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Ψαχνά Ευβοίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί συνδυασμό παραγόντων που αυξάνουν τον καρδιαγγειακό κίνδυνο και ο συσχετισμός του με τη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος (ΜΑΛΝΗ) είναι επαρκώς τεκμηριωμένος.

ΣΚΟΠΟΣ της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχέτισης του πηλίκου AST/ALT (δείκτης De Ritis) ως έκφραση της ηπατικής στεάτωσης με την προχωρημένη ηλικία ασθενών με ΜΣ.

ΥΛΙΚΟ: Αναδρομική, real-life μελέτη παρατήρησης N=210 ατόμων της κοινότητας με ΜΣ που παρακολουθούνται τακτικά σε πρωτοβάθμια παθολογικά ιατρεία στη Χαλκίδα και τα Ψαχνά Ευβοίας.

Πραγματοποιήθηκε καταγραφή του ατομικού αναμνηστικού, των δημογραφικών χαρακτηριστικών και εργαστηριακός προσδιορισμός βιοχημικών δεικτών.

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με τις δοκιμασίες Chi-Square, T-test, Bivariate Correlation Analysis.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ποσοστό 32,9% (N=69) των ασθενών με ΜΣ εμφάνισε τιμές πηλίκου AST/ALT > 1 ενώ η μέση ηλικία τους ήταν 66,3±14,7 έτη (Πίνακας 1).

Παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική διαστρωμάτωση υψηλών τιμών πηλίκου AST/ALT ανά ηλικιακή ομάδα [$\chi^2=28,518$, $p<0,001$], εύρημα που επιβεβαιώθηκε και στην υποομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη [$\chi^2=28,955$, $p<0,001$ (Σχ. 1)].

Παρατηρήθηκε σημαντική γραμμική συσχέτιση μεταξύ του πηλίκου AST/ALT και της ηλικίας των ασθενών [Pearson Correlation=0,226 $p=0,001$ (Σχ. 2)].

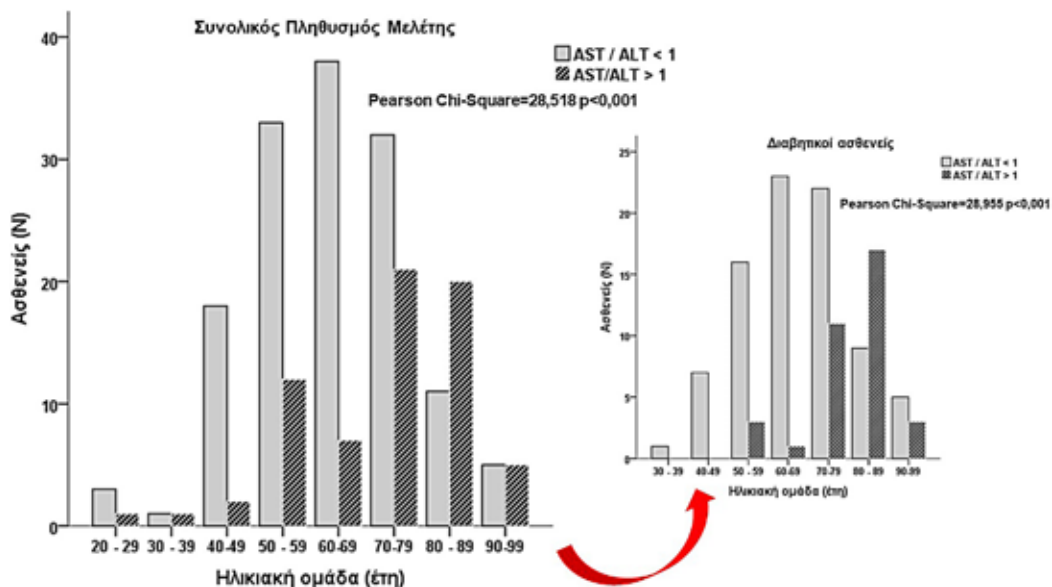
Η χρονική διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη συσχετίστηκε θετικά με τις τιμές του πηλίκου ALT/AST [Pearson Correlation=0,279, $p=0,003$ (Σχ. 2)].

Τα άτομα που εμφάνιζαν σακχαρώδη διαβήτη για διάστημα >10 έτη είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές του δείκτη συγκριτικά με εκείνα που είχαν διαβήτη <10 έτη [$\chi^2=3,451$, $p=0,049$ αντίστοιχα (Σχ. 3)].

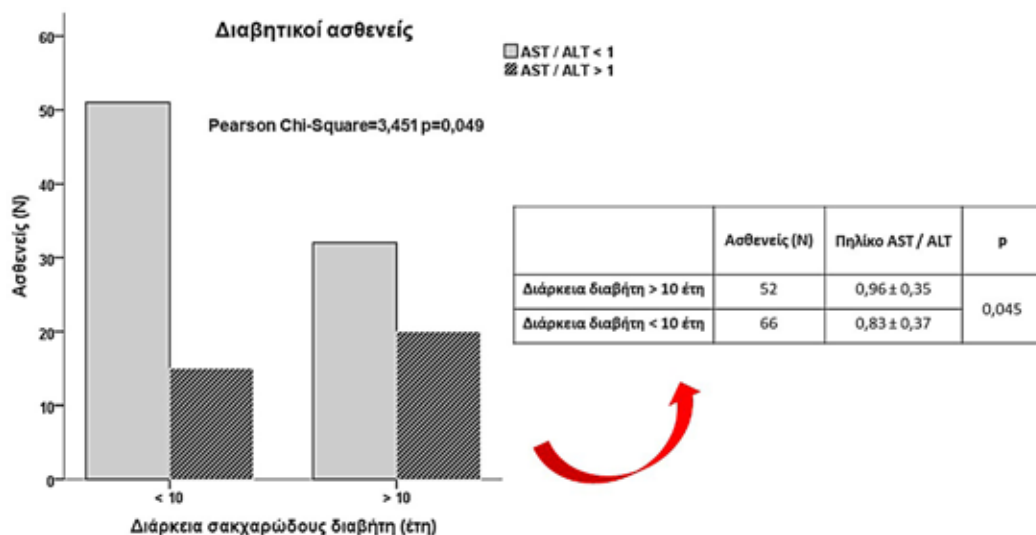
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε ασθενείς με ΜΣ η προχωρημένη ηλικία αλλά και η διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη (όπου αυτός εμφανίζεται) σχετίζονται με υψηλές τιμές πηλίκου ALT/AST (δείκτης De Ritis) και με την παρουσία ΜΑΛΝΗ.

Πίνακας 1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης		
	n	%
Ασθενείς με ΜΣ	210	100
Άνδρες	108	51,4
Μέση ηλικία (έτη)	66,3±14,7	
Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2	118	56,2
Γλυκόζη νηστείας (mg/dL)	127±49	
HbA1c (%)	6,9±1,6	
Παχυσαρκία (BMI ≥30)	107	51
BMI (kg/m ²)	31,6±5,8	
Περίμετρος μέσης (cm)	106,7±13,9	
Αρτηριακή υπέρταση	118	56,2

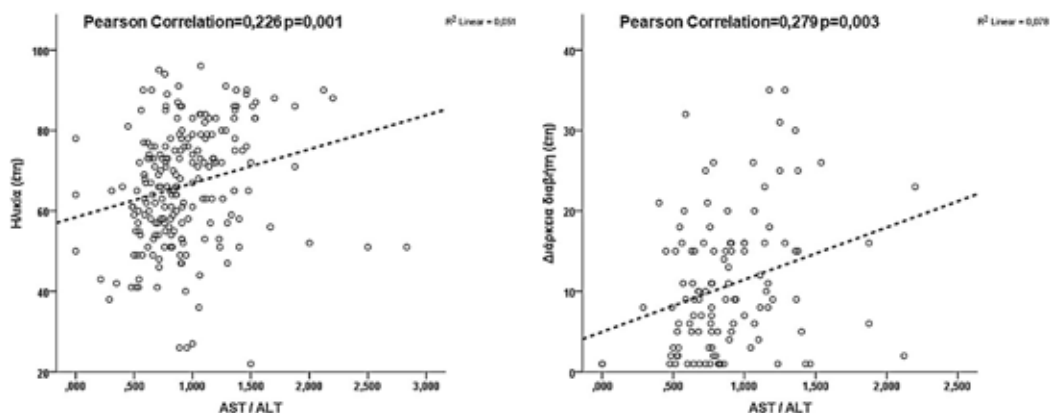
Πίνακας 1. Επιδημιολογικά χαρακτηριστικά πληθυσμού μελέτης (Συνέχεια)		
	n	%
Δυσλιπιδαιμία	139	66,2
LDL (mg/dL)	109,9±34,4	
HDL (mg/dL)	47,4±12,7	
Τριγλυκερίδια (mg/dL)	141±78	
AST/ALT > 1	69	32,9
AST	19,4±7,2	
ALT	24,1±14,5	
e-GFR < 60 mL/min/m ²	41	19,6
Cr (mg/dL)	0,94±0,028	
e-GFR (CKD-EPI) mL/min/m ²	78,9±20,5	
Καρδιαγγειακή συννοσηρότητα	43	20,5



Σχήμα 1. Η προχωρημένη ηλικία συνδέεται με υψηλές τιμές ηπατικού AST/ALT στο σύνολο των ασθενών με ΜΣ και στην υποομάδα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.



Σχήμα 2. Η ηλικία των ασθενών με ΜΣ αλλά και η διάρκεια του σακχαρώδους διαβήτη σχετίζονται γραμμικά με τις τιμές του πηλίκου AST/ALT



Σχήμα 3. Μεταξύ ασθενών με ΜΣ οι ασθενείς που εμφάνιζαν σακχαρώδη διαβήτη για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της δεκαετίας είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές του πηλίκου AST/ALT.

ΕΜΦΡΑΚΤΟ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ 26 ΕΤΩΝ ΑΓΝΩΣΤΟΥ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Γ. Αθανασάκης¹, Ι. Κουνελάκης¹, Μαρία Βαρβέρη¹, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου¹, Στυλιανή Γερακάρη², Γ.Π. Μπαράκος¹, Θέμις Γκράικου¹, Βαλέρια Εμινίδου¹, Στέφανη Ανδρόνικου¹, Σ. Αντωνόπουλος¹

¹Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά ²Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η παρουσίαση περιστατικού άρρενος ασθενή 26 ετών που νοσηλεύτηκε στην Α΄ Παθολογική Κλινική του «Τζανείου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά για διερεύνηση εμφράκτου στον δεξιό νεφρό, χωρίς ωστόσο να ανευρεθεί γνωστός αιτιολογικός παράγοντας.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Ο ασθενής προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λόγω αναφερόμενου εμπυρέτου με συνοδό άλγος δεξιού λαγονίου βόθρου και εμέτους από ωρών. Από τον εργαστηριακό έλεγχο προέκυψαν αυξημένοι δείκτες φλεγμονής και ο ασθενής υπεβλήθη σε αξονική τομογραφία άνω και κάτω κοιλίας με ενδοφλέβιο σκιαγραφικό που ανέδειξε έλλειμμα σκιαγράφησης στην αρτηριακή κυρίως, αλλά και στη φλεβική φάση κυρίως της μέσης και της κάτω καλυκτικής ομάδας του δεξιού νεφρού, ως επί ισχαιμικών εμφράκτων σε οξεία φάση με αμφότερες τις νεφρικές αρτηρίες να απεικονίζονται με ικανοποιητική σκιαγραφική ενίσχυση. Από τη λήψη ιστορικού αναφέρεται μόνο λοίμωξη από SARS-CoV-2 προ μηνός. Ο ασθενής εισήχθη στην Α΄ Παθολογική Κλινική για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

ΚΑΤΑ τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με κεφτριαξόνη και μετρονιδαζόλη, που αναβαθμίστηκε σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη λόγω επιμονής του εμπυρέτου. Για τη διερεύνηση του εμφράκτου ελήφθη ο εξής έλεγχος:

- Έλεγχος για λοιμώξεις από HIV, HAV, HBV, HCV, EBV, CMV και οροαντίδραση VDRL,
- Υπέρηχος Triplex καρδιάς προς αποκλεισμό λοιμώδους ενδοκαρδίτιδας.
- Καλλιέργειες αίματος (3 συνολικά).
- Πλήρης έλεγχος θρομβοφιλίας.
- Ανοσολογικός έλεγχος με αντιπυρηνικά αντισώματα, pANCA, cANCA, αντισώματα IgM + IgG έναντι καρδιολιπίνης, anti-ds DNA και κλάσματα C3 και C4 του συμπληρώματος.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο έλεγχος για λοιμώξεις από HIV, HAV, HBV, EBV και CMV, καθώς και η οροαντίδραση VDRL ανεδείχθησαν αρνητικά, ενώ ο υπέρηχος Triplex καρδιάς δεν ανέδειξε εκβλαστήσεις, ενώ οι καλλιέργειες αίματος ανεδείχθησαν στείρες. Επιπλέον, ο έλεγχος θρομβοφιλίας και ο ανοσολογικός έλεγχος ήταν αρνητικοί. Ο ασθενής σταδιακά απυρέτησε, παρουσίασε μείωση των δεικτών φλεγμονής και εξήλθε βελτιωμένος με οδηγίες για την οικεία του.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Έπειτα από ενδελεχή διερεύνηση, δεν διαπιστώθηκε αίτιο που θα μπορούσε να εξηγήσει την παρουσία εμφράκτου σε ασθενή 26 ετών με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό.

ΙΣΧΑΙΜΙΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΣΕ ΝΕΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΤΩ ΤΩΝ 50 ΕΤΩΝ

Παναγιώτα Βαλέντη

MSc Ειδικός Παθολόγος - Υπερτασιολόγος, Διπλωματική Εργασία-Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών: Αρτηριακή Υπέρταση και Συνοδά Καρδιαγγειακά – Νεφρικά Νοσήματα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η πιο συνήθης επίκτητη θρομβοφιλική διαταραχή είναι το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο Antiphospholipid Syndrome (APS). Υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των εγκεφαλικών σε ασθενείς ηλικίας κάτω των 45 ετών, μπορεί να συσχετίζεται με το APS.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης του αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου ή Antiphospholipid Syndrome (APS) στην πρόκληση ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νεαρούς ενήλικες και η δευτερογενής πρόληψη.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για την εκπόνηση της μελέτης επιλέχθηκε η μέθοδος της συστηματικής βιβλιογραφικής ανασκόπησης για την εις βάθος και αντικειμενική προσέγγιση της βιβλιογραφίας, κριτικής ανάλυσης και σύνθεσης των αποτελεσμάτων των πρωτογενών μελετών. Για τη διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης και κριτήρια αποκλεισμού. Αναλύθηκαν 18 ανοικτές μελέτες, για το επιλεγμένο χρονικό εύρος 2009-2019. Για τη διερεύνηση χρησιμοποιήθηκαν κατάλληλα κριτήρια ένταξης με ομάδα στόχο ενήλικους ασθενείς κάτω των 50 ετών με εγκεφαλοαγγειακό επεισόδιο - Cerebrovascular event (CVE).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από την ανασκόπηση φαίνεται ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων (APL) παρέχει πενταπλάσιο κίνδυνο για εγκεφαλικό επεισόδιο ή παροδικό ισχαιμικό επεισόδιο - Transit Ischemic Attack (TIA) σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Η παρουσία APS αυξάνει τον κίνδυνο θνησιμότητας των ασθενών με συστηματικό ερυθματώδη λύκο (ΣΕΛ). Οι ασθενείς με APS εξακολουθούν να αναπτύσσουν σημαντική νοσηρότητα και θνησιμότητα παρά την τρέχουσα θεραπεία. Όσον αφορά τη δευτερογενή πρόληψη ασθενείς με APS που προσέρχονται με αρτηριακό θρομβωτικό επεισόδιο έχουν οφέλη είτε με την από του στόματος χορήγηση αντιπηκτικών (τύπου βαρφαρίνης) με υψηλότερο (INR 3-4) ή ένα συνδυασμό με χαμηλή δόση ασπιρίνης και ενός (INR 2-3).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι η παρουσία αντιφωσφολιπιδικού συνδρόμου (APS) αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα κινδύνου αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου σε νέους ασθενείς κάτω των 50 ετών η οποία πρέπει να συνεκτιμάται με τη συνεχή αύξηση παραδοσιακών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου όπως υπέρταση και διαβήτης στην ομάδα αυτή.

ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Άννα Μωυσίδη, Βαλέρια Εμινίδου, Γ. Αθανασάκης, Φιρούζα Κουρτίδου, Ι. Κουνελάκης, Ελευθερία Καγκελάρη, Χριστίνα Τσατσάκη, Σ. Αντωνόπουλος, Α. Καμαράτος

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

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Η διατροφική εκπαίδευση πάνω στον υπολογισμό υδατανθράκων παρέχει ευελιξία στους ασθενείς όσον αφορά στον προγραμματισμό των γευμάτων και ενδέχεται να έχει θετική επίδραση στη γλυκαιμική ρύθμιση, στη μείωση των υπογλυκαιμιών και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Σκοπός, της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της διατροφικής εκπαίδευσης ατόμων με ΣΔτ1 πάνω στον υπολογισμό υδατανθράκων και στην αξιολόγηση διατροφικών ετικετών.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Δεδομένα συλλέχθηκαν από 42 άτομα (50% άνδρες) με ΣΔτ1 (μέσης ηλικίας $\pm$ σταθερή απόκλιση: $46,4 \pm 15,9$ έτη, διάρκεια διαβήτη: $26 \pm 13,9$ έτη, $HbA1c$: $7,5 \pm 1,2\%$). Στη μελέτη ερευνήθηκε η εξοικείωση των ατόμων πάνω στον υπολογισμό υδατανθράκων χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο με τίτλο AdultCarbQuiz και έγινε ανάλυση των απαντήσεων που δόθηκαν στις θεματικές ενότητες που αφορούσαν στον εντοπισμό τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες, τον υπολογισμό των γραμμαρίων υδατανθράκων σε διάφορες τροφές, την αξιολόγηση διατροφικών ετικετών και την παρουσία υδατανθράκων σε μεικτά γεύματα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σχετικά μικρό ποσοστό των ατόμων της μελέτης (45,2%) δήλωσε πως είχε λάβει διατροφική εκπαίδευση τα τελευταία 3 χρόνια. Για τα άτομα που είχαν εκπαιδευτεί στον υπολογισμό υδατανθράκων, παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στην παρουσία διατροφικής εκπαίδευσης και του χρόνου εντός εύρους στόχου ($70-180 \text{ mg/dL}$) ($p=0,05$), και αρνητική συσχέτιση με τον χρόνο σε σοβαρή υπογλυκαιμία ($<54 \text{ mg/dL}$) ($p=0,05$). Η πρώτη θεματική ενότητα (εντοπισμός τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες) συγκέντρωσε συνολική βαθμολογία $15,29 \pm 2,66$. Χαρακτηριστικό των απαντήσεων είναι ότι το 54,8% των ατόμων της μελέτης δήλωσε πως το βούτυρο περιέχει υδατάνθρακες, ενώ, το 50% πως μία φέτα τυρί του τοστ περιέχει υδατάνθρακες. Η δεύτερη θεματική ενότητα (υπολογισμός γραμμαρίων υδατανθράκων ανά συγκεκριμένη ποσότητα τροφίμου) συγκέντρωσε συνολική βαθμολογία $2,26 \pm 1,58$. Εδώ, εκτός από την περιεκτικότητα υδατανθράκων σε 1 φλιτζάνι γάλα, όπου οι περισσότερες απαντήσεις (47,6%) ήταν σωστές, για τα υπόλοιπα τρόφιμα η πλειοψηφία των απαντήσεων ήταν λανθασμένη. Όσον αφορά στην τρίτη θεματική ενότητα (αξιολόγηση διατροφικών ετικετών) ο μέσος όρος της βαθμολογίας ήταν $2,88 \pm 1,35$. Σε αυτή τη θεματική ενότητα ποσοστό $>50\%$ των συμμετεχόντων έδωσε σωστή απάντηση. Η τελευταία θεματική ενότητα που περιλάμβανε μεικτά γεύματα φαίνεται να δυσκόλεψε ιδιαίτερα τα άτομα της μελέτης, καθώς, ο μέσος όρος της βαθμολογίας ήταν $1,40 \pm 1,06$. Μάλιστα για το ερώτημα που αφορά στο πρωινό μεικτό γεύμα, η πλειοψηφία των ατόμων της μελέτης (57,2%) δήλωσε παρουσία υδατανθράκων, ενώ, το συγκεκριμένο γεύμα δεν περιείχε καθόλου υδατάνθρακες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η παρούσα μελέτη έδειξε πως η διατροφική εκπαίδευση των ατόμων με ΣΔτ1 όσον αφορά τον εντοπισμό τροφών που περιέχουν υδατάνθρακες καθώς και τον υπολογισμό των γραμμαρίων υπολείπεται σημαντικά. Αντίθετα, ένα στα δύο άτομα της μελέτης γνωρίζει να αξιολογεί τις διατροφικές ετικέτες.

**ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ ΜΕΤΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΣΑΝ ΜΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ ΠΡΩ-
ΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Κωστής Κονταξής¹, Σταμάτης Παπαδάτος², Γεωργία Φίλη³, Γιάννης Κουτσονάσιος⁴,
Δέσποινα Μπουρδάκη⁵, Αδαμάντιος Μπουρδάκης⁶

¹Ειδικευόμενος Παθολογίας Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, ²Ειδικός Παθολόγος Παθολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Αγία Ελένη», ³Γενική Γιατρός με μετεκπαίδευση στον Διαβήτη Κέντρο Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων, ⁴Γενικός Γιατρός με μετεκπαίδευση στον Διαβήτη Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων, ⁵Φοιτήτρια Ιατρικής Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας Λάρισα, ⁶Ειδικός Παθολόγος – Διαβητολόγος Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

ΣΚΟΠΟΣ: Με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας έχουν προστεθεί νέες κατηγορίες φαρμάκων με αποδεδειγμένο όφελος στο καρδιαγγειακό, στη νεφρική λειτουργία και στο σωματικό βάρος σε πρώιμα θεραπευτικά βήματα στον ΣΔτ2. Παρά ταύτα προτείνεται εξατομικευμένα η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής με μετφορμίνη σαν μονοθεραπεία.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν παχύσαρκοι ασθενείς με πρώτη διάγνωση ΣΔτ2 που διαγνώστηκαν και παρακολουθούνται σε τακτικές επισκέψεις με ραντεβού ανά τετράμηνο, το τελευταίο έτος στα ιατρεία πρωτοβάθμιας φροντίδας του Κέντρου Υγείας Δελβινακίου Ιωαννίνων και Κέντρου Υγείας Πύλης Τρικάλων και στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων. Πρόκειται για 38 ασθενείς 19 άντρες και 19 γυναίκες με μέση ηλικία 65 ± 5 έτη με ΣΔτ2. Αποκλείστηκαν ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια ή ηπατική ανεπάρκεια. Δεν έγινε καμιά παρέμβαση στην υπολιπιδαιμική και αντιυπερτασική αγωγή αν λάμβαναν. Μελετήθηκε στο τετράμηνο το όφελος στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και σε παραμέτρους όπως το BMI η ACR και η καρδιαγγειακή προστασία από κολπική μαρμαρυγή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μετά από τετράμηνη χορήγηση μετφορμίνης η μέση τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης από $7,7 \pm 0,6$ έγινε $6,9 \pm 0,7$ και η μέση τιμή BMI από 31 ± 4 σε 28 ± 2 .

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μετφορμίνη παραμένει στις οδηγίες σαν πρώτη έναρξη φαρμακευτικής αγωγής στον ΣΔτ2 με στατιστικά σημαντικό όφελος στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη. Καταγράφηκε απώλεια βάρους (μείωση BMI) χωρίς όμως στατιστικά σημαντικό όφελος στο δείγμα ασθενών μας.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΙΔΗΡΟΥ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ

Γ. Αλετράς, Μαρία Στρατινάκη, Ε. Λαμπρογιαννάκης, Σ. Σταυράκης, Ε. Χόντα, Ειρήνη Μπαχλιτζανάκη, Δάφνη Κορέλα, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Ο σίδηρος αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό συστατικό για χιλιάδες φυσιολογικές λειτουργίες στον ανθρώπινο οργανισμό πέρα από την ερυθροποίηση. Η ανεπάρκεια σιδήρου αποτελεί μια συχνή συννοσηρότητα μεταξύ των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια, ενώ φαίνεται να μειώνει την ικανότητα για άσκηση, να αυξάνει το ποσοστό επανανοσηλείων και να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή του επιπολασμού των νοσηλευόμενων ασθενών της Καρδιολογικής κλινικής με οξεία απορρύθμιση καρδιακή ανεπάρκεια και σιδηροπενία.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΥΛΙΚΑ: Καταγράψαμε συνήθη δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία) καθώς και την τιμή φερριτίνης από 82 ασθενείς με κλάσμα εξώθησης μικρότερο ή ίσο του 50% που εισήχθησαν στην Καρδιολογική κλινική με οξεία απορρύθμιση καρδιακής ανεπάρκειας, το τελευταίο εξάμηνο του 2022. Οι παραπάνω ασθενείς δεν εμφάνιζαν αυξημένους δείκτες φλεγμονής, ενώ η πλειοψηφία (74,4%) είχε φυσιολογική τιμή αιματοκρίτη. Βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών ως τιμή-όριο της φερριτίνης ορίστηκε το 100 ng/mL, ενώ δε χρησιμοποιήθηκε η τιμή της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας ορού λόγω μη διαθεσιμότητας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 46/82 ασθενείς (56%) ήταν άνδρες και η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα $72,5 \pm 12,28$ έτη. 54/82 ασθενείς (54,87%) είχαν τιμή φερριτίνης κάτω από 100 ng/mL, με αποτέλεσμα οι ασθενείς αυτοί να λάβουν ενδοφλέβια υποκατάσταση με 1 γραμμάριο καρβοξυμαλτόζης σιδήρου κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σύμφωνα με τις τελευταίες κατευθυντήριες οδηγίες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η ανεπάρκεια σιδήρου εμφανίζεται αρκετά συχνά σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια. Η χορήγηση ενδοφλέβιας υποκατάστασης με σίδηρο έχει συσχετιστεί με μείωση επανανοσηλείων, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και βελτιωμένη ανοχή στην κόπωση, γεγονός που καθιστά απαραίτητη την αξιολόγηση της επάρκειας σιδήρου σε όλους τους ασθενείς με ιστορικό καρδιακής ανεπάρκειας κατά την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και διόρθωση αυτής εφόσον κρίνεται απαραίτητο.

ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΤΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ, ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΤΑ ΕΤΗ 2020-2022

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκιννοσάτη², Ζωή Χρονά³, Ελευθέριος Θηραίος², Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελήτης Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σιδηροπενία αποτελεί ένα μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας με υψηλό επιπολασμό σε όλες τις ηλικίες και στα δυο φύλα. Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος δείκτης σιδηροπενίας είναι η φερριτίνη, καθώς αντικατοπτρίζει τις αποθήκες σιδήρου του οργανισμού. Έχει υψηλή ειδικότητα, αλλά μέτρια ευαισθησία, καθώς αυξάνεται στη φλεγμονή. Η αιμοσφαιρίνη (Hb) χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της αναιμίας. Στερείται, ωστόσο, ειδικότητας και ευαισθησίας ως μοναδικός δείκτης σιδηροπενικής αναιμίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός του επιπολασμού της αναιμίας, της σιδηροπενίας και της σιδηροπενικής αναιμίας στους ασθενείς του κέντρου υγείας Βάρης καθώς και η συσχέτιση με διατροφικούς παράγοντες και η εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας των αιματολογικών και βιοχημικών δεικτών σιδηροπενίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Σε 200 ασθενείς μετρήθηκαν οι τιμές της γενικής αίματος, της φερριτίνης ορού, της ολικής σιδηροδεσμευτικής ικανότητας (TIBC). Επιπρόσθετα, οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο διατροφικών συνηθειών τους κατά την τελευταία πενταετία.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι ασθενείς με σιδηροπενία και σιδηροπενική αναιμία κατανάλωναν μοσχάρι σε σημαντικά χαμηλότερη συχνότητα σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς σιδηροπενία. Χρησιμοποιώντας τις τιμές Hb < 11 g/dL και φερριτίνης < 12 µg/L, που ορίζει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ο επιπολασμός της αναιμίας, της σιδηροπενίας και της σιδηροπενικής αναιμίας ήταν 19%, 13,5% και 6%, αντίστοιχα. Χρησιμοποιώντας τις τιμές Hb < 12 g/dL και φερριτίνης < 18 µg/L, ο επιπολασμός της αναιμίας, της σιδηροπενίας και της σιδηροπενικής αναιμίας ήταν 20%, 14% και 6,8% αντίστοιχα στους ασθενείς του ΚΥ Βάρης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της σιδηροπενίας και της σιδηροπενικής αναιμίας στους ασθενείς του κέντρου υγείας Βάρης είναι παρόμοιος με τον επιπολασμό άλλων ανεπτυγμένων χωρών. Η χρήση διαφορετικών τιμών φερριτίνης του ορού επηρεάζει την εκτίμηση της διαγνωστικής ακρίβειας των διαφόρων δεικτών σιδηροπενίας.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΚΩΝ ΟΡΜΟΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκινιοστάτη², Ζωή Χρονά³, Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η μελέτη και η καταγραφή της θυρεοειδικής λειτουργίας είναι υψίστης σημασίας αφού οι παθήσεις που σχετίζονται με τον θυρεοειδή αδένα αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας, τόσο στη χώρα μας όσο και παγκοσμίως.

ΣΚΟΠΟΣ: Η συγκεκριμένη μελέτη έχει ως σκοπό την καταγραφή των θυρεοειδικών ορμονών στους ασθενείς του Κέντρου Υγείας Βάρης σε διάστημα από 1-1-2022 έως 31-12-2022.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Υλικό της μελέτης αποτέλεσαν οι ασθενείς, 52 άνδρες και 48 γυναίκες ηλικίας 18-84 ετών αφού προσδιορίστηκαν ποσοτικά οι τιμές των TSH, T3, T4, FT3, FT4 σε διάστημα 12 μηνών, στον αναλυτή Architect I 2000SR.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Καταγράφηκαν τα αποτελέσματα των θυρεοειδικών ορμονών των ασθενών, ποσοτικά και ποσοστιαία, ανάλογα με το φύλο και τις φυσιολογικές τιμές.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα αποτελέσματα μας διαπιστώνεται ότι το 18% των ασθενών μας έχει κάποια μορφή θυρεοειδοπάθειας με μικρή διαφορά υπέρ/υποθυρεοειδισμό (9,5% - 8,5%). Στις γυναίκες το ποσοστό των ασθενών με θυρεοειδοπάθειες ήταν υψηλότερο σε σχέση με τους άνδρες και συγκεκριμένα ήταν 11% για τις γυναίκες σε σχέση με 7% για τους άνδρες. Τα εκατοστιαία ποσοστά ήταν οριακά υψηλότερα για τον υποθυρεοειδισμό και σε άνδρες και σε γυναίκες σε σχέση με τον υπερθυρεοειδισμό (Ανδρός: υποθυρεοειδισμός 55,88% - υπερθυρεοειδισμός 44,12%, Γυναίκες: υποθυρεοειδισμός 52,47% - υπερθυρεοειδισμός 47,53%). Ο έλεγχος του θυρεοειδούς αδένα κρίνεται απαραίτητος για όλους τους ασθενείς καθώς οποιαδήποτε δυσλειτουργία του προκαλεί συμπτώματα και επιπτώσεις στο σύνολο του οργανισμού.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ ΟΡΜΟΝΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΟΥ ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ ΑΔΕΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΑΠΟ ΤΟΝ ΟΚΤΩΒΡΙΟ 2020-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟ 2022

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Καλλιόπη Παλεδάκη⁵, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Αθανασία Γκινουσάτη², Ζωή Χρονά³, Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος COVID-19 δύναται να διαταράσσει τη λειτουργία διαφορετικών οργάνων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση πιθανής διαταραχής της ομαλής ορμονικής θυρεοειδικής λειτουργίας σε ασθενείς με λοίμωξη COVID-19 που προσήλθαν στο ΚΥ Βάρης.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 500 άτομα (300 άντρες, 200 γυναίκες) για τους οποίους υπήρχε ιστορικό εξετάσεων με φυσιολογική θυρεοειδική λειτουργία και οι οποίοι νόσησαν από COVID-19 κατά το χρονικό διάστημα Οκτώβριος 2020 - Δεκέμβριος 2022. Η μέτρηση των επιπέδων των ορμονών έγινε με τα kit TSH Reagent (ABBOTT) και Free T4 Reagent (ABBOTT) σε αναλυτή Alinity i με τη μέθοδο χημειοφωταύγειας (CHIA).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα νοσήματα που μελετήσαμε είναι Ευθυρεοειδισμός, Υποκλινικός Υπερθυρεοειδισμός, Υπερθυρεοειδισμός, Υποκλινικός Υποθυρεοειδισμός και Υποθυρεοειδισμός. Οι ευθυρεοειδικοί ασθενείς είναι η πλειονότητα των ασθενών και ο μέσος όρος ηλικίας είναι 62,1 έτη για τις γυναίκες και ο μέσος όρος ηλικίας είναι 64,1 έτη για τους άντρες. Ο Υποκλινικός Υπερθυρεοειδισμός είναι στην ίδια αναλογία τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας τα 65,8 έτη. Οι ασθενείς με υπερθυρεοειδισμό εμφανίστηκε σε 20 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 74 έτη και σε 25 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 69 έτη. Ο Υποκλινικός Υποθυρεοειδισμός εμφανίζεται σε 8 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 75 έτη και 25 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 63 έτη. Τέλος ο Υποθυρεοειδισμός εμφανίστηκε σε 6 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 83 έτη και 12 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 76 έτη.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:

- Παρόλο που το 70% των ασθενών παραμένει ευθυρεοειδικό, το 30% των ασθενών παρουσίασε κάποιας μορφής διαταραχή του θυρεοειδούς.
- Ο υποκλινικός υπερθυρεοειδισμός αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή (20,4%) και στα δύο φύλα.
- Αν και ο αριθμός των περιστατικών υποθυρεοειδισμού που καταγράφηκε είναι σχετικά μικρός, παρατηρήθηκε αύξηση σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και κυρίως αφορά γυναίκες.

Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η. Γεωργόπουλος, Δ. Μπίρμπα, Γ. Φαβατάς, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι ευρέως γνωστή η συννόηση Υπέρτασης και Κατάθλιψης για την οποία υπάρχουν εκτεταμένες μελέτες στο MEDLINE.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ υπέρτασης και κατάθλιψης σε κλινικό πληθυσμό

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα μελέτη συμμετείχαν 100 (n=100) υπέρτασικοί και 100 (n=100) υγιείς μάρτυρες. Η δεξαμενή άντλησης υπέρτασικών ασθενών έγινε από τα Εξωτερικά Ιατρεία της Καρδιολογικής και Παθολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου Ναυπλίου. Από τους υπέρτασικούς ασθενείς 60 ασθενείς (n=60) ήταν γυναίκες και 40 άνδρες (n=40). Οι υγιείς μάρτυρες ήταν φοιτητές Πανεπιστημιακής Νοσηλευτικής Σχολής του ΕΚΠΑ. Εξ' αυτών οι 75 (n=75) ήταν γυναίκες και οι 25 (n=25) ήταν άνδρες. Σε όλους ανεξαιρέτως δόθηκε Η Κλίμακα Κατάθλιψης Montgomery-Asberg (MADRS).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Από τους υπέρτασικούς ασθενείς οι 52 (n=52) σκόραραν στην κλίμακα MADRS πάνω από το κατώφλι (cut-off= 12), ήτοι ποσοστό 52% εκ των οποίων οι 40 (n=40) ήταν γυναίκες και οι 12 (n=12) ήταν άνδρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Βάσει των ανωτέρω αποδεικνύεται η συννόηση σε σχετικά μεγάλο ποσοστό υπέρτασης και κατάθλιψης και συνάγεται ασφαλώς το συμπέρασμα ότι η υπέρταση είναι ψυχοσωματική νόσος.

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΜΕΙΖΟΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΟΞΕΟΣ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γ. Αλετράς, Μαρία Στρατινάκη, Μ. Πιταροκοίλης, Ε. Χόντα, Ε. Παπασικονόμου, Μαρία Δετοράκη, Σ. Σταυράτης, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Καταγραφή του επιπολασμού μείζονων παραγόντων κινδύνου για οξύ στεφανιαίο σύνδρομο μεταξύ νοσηλευόμενων ασθενών για οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου και απουσία γνωστού ιστορικού ΣΔ.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΥΛΙΚΑ: Καταγράψαμε συνήθη δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο, ηλικία) καθώς και κοινούς παράγοντες κινδύνου, όπως η παρουσία ιστορικού υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, καπνιστικής συνήθειας και θετικού οικογενειακού ιστορικού για στεφανιαία νόσο σε 160 ασθενείς χωρίς γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική Κλινική του νοσοκομείου μας λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $59,73 \pm 12,21$ έτη. Όσον αφορά το φύλο, 103/160 (64,37%) ήταν άνδρες και 57/160 (35,63%) γυναίκες. 19/160 (11,87%) παρουσιάστηκαν με έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάρσπαση του ST διαστήματος, με τους υπόλοιπους ασθενείς να παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάρσπαση του ST διαστήματος (141/160 - 88,13%). Όσον αφορά την παρουσία συννοσηροτήτων, οι 65/160 (40,6%) είχαν ιστορικό υπέρτασης, οι 43/160 (26,87%) ιστορικό δυσλιπιδαιμίας, οι 62/160 (38,75%) θετικό οικογενειακό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, ενώ η πλειοψηφία των ασθενών (51,87%) είχαν ενεργή καπνιστική συνήθεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών παρουσιάζει τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου για στεφανιαία νόσο, ενώ καταγράφηκαν ιδιαίτερα αυξημένα ποσοστά καπνιστικής συνήθειας στους νοσηλευόμενους ασθενείς. Η διακοπή του καπνίσματος, η συμμόρφωση με τα υγιεινοδιαιτητικά μέτρα και η επαρκής ρύθμιση των λοιπών συννοσηροτήτων σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες μπορεί να μειώσει σημαντικά την επίπτωση των οξέων στεφανιαίων συνδρόμων και να βελτιώσει την έκβαση των ασθενών.

ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΤΩΝ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Γ. Αλετράς, Μαρία Στρατινάκη, Μ. Πιταροκοίλης, Ε. Ρογδάκης, Π. Καφαράκης, Ελένη Ελευθεριάδου, Θεοδώρα Γεωργοπούλου, Ε. Φουκαράκης

Καρδιολογική Κλινική, Βενιζέλειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

ΣΚΟΠΟΣ: Αξιολόγηση του γλυκαιμικού προφίλ των μη διαβητικών νοσηλευόμενων ασθενών με οξύ στεφανιαίο σύνδρομο (ΟΣΣ) της Καρδιολογικής κλινικής του νοσοκομείου μας με βάση την τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) κατά τη νοσηλεία τους.

ΜΕΘΟΔΟΙ-ΥΛΙΚΑ: Καταγράψαμε την τιμή HbA1c σε 160 ασθενείς χωρίς γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη που νοσηλεύτηκαν στην Καρδιολογική κλινική εξαιτίας ΟΣΣ. Η τιμή-όριο που χρησιμοποιήθηκε για τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ήταν το 6,5% ενώ τιμές μεταξύ του 5,7% και 6,4% κατέτασσαν τους ασθενείς στην ομάδα του προδιαβήτη. Σημειώνεται ότι δε συμπεριλήφθηκαν ασθενείς με σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, αιμοσφαιρινοπάθειες ή άλλες καταστάσεις που να καθιστούν τη μέτρηση της HbA1c αναξιόπιστη. Τα παρακάτω αποτελέσματα παρουσιάζονται ως μέση±τυπική απόκλιση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν $59,73 \pm 12,21$ έτη. Όσον αφορά το φύλο, 103/160 (64,37%) ήταν άνδρες και 57/160 (35,63%) γυναίκες. 19/160 (11,87%) παρουσιάστηκαν με έμφραγμα του μυοκαρδίου με ανάσπαση του ST διαστήματος, με τους υπόλοιπους ασθενείς να παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου χωρίς ανάσπαση του ST διαστήματος (141/160 - 88,13%). Ο μέσος δείκτης μάζας σώματος (BMI) ήταν $29,55 \pm 8,41$ kg/m² και η μέση τιμή αιμοσφαιρίνης (Hb) $12,62 \pm 2,08$ g/dL. Την ημέρα εισαγωγής (ημέρα 0), 43/160 (26,87%) ασθενείς είχαν HbA1c >6,5% και 41/160 (25,62%) είχαν τιμή μεταξύ 5,7-6,4%.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σχεδόν το ένα τέταρτο των ασθενών που νοσηλεύτηκαν εξαιτίας οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είχαν υποκλινική διάγνωση ΣΔ, ποσοστό που ενδέχεται να είναι αρκετά υψηλότερο λόγω της ανάγκης της υποομάδας ασθενών με προδιαβήτη να υποβληθούν σε περαιτέρω διαγνωστικό έλεγχο (π.χ. δοκιμασία ανοχής γλυκόζης). Ο ΣΔ αποτελεί μείζονα παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και η έγκαιρη διάγνωση και επαρκής ρύθμισή του μπορεί να μειώσει τη συνολική επίπτωσή των ΟΣΣ και των βλαβών σε όργανα ζωτικής σημασίας.

ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΚΑΙ ΠΑΝΔΗΜΙΑ COVID-19

Χριστίνα Βαϊτσαρά

Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Βόλου «Αχιλλοπούλειο»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το εργασιακό άγχος των επαγγελματιών υγείας, αποτελεί ψυχοκοινωνικό κίνδυνο, φαινόμενο και αντικείμενο εκτεταμένης έρευνας παγκοσμίως. Η εμφάνιση της πανδημίας του COVID-19, δημιούργησε μεγάλο ανθρώπινο και κοινωνικοοικονομικό κόστος, αυξάνοντας τα ποσοστά του φόβου και εργασιακού άγχους.

ΣΚΟΠΟΣ: Η περιγραφή του εργασιακού άγχους και πως διαμορφώθηκε στη διάρκεια της πανδημίας του COVID-19, για τους επαγγελματίες υγείας της Διαβητολογικής Διεπιστημονικής ομάδας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το εργασιακό άγχος σχετίζεται και προέρχεται από την εργασία, ως αποτέλεσμα της πίεσης και της αδυναμίας ανταπόκρισης του ατόμου στην εκπλήρωση των απαιτήσεων της, με πολυεπίπεδες συνέπειες. Η διερεύνηση και η προσέγγιση των κινδύνων πρόκλησης αλλά και η αντιμετώπισή του, αποτελούν κρίσιμο ζήτημα παγκοσμίως, στοχεύοντας στον μετριασμό των σωματικών και ψυχικών διαταραχών σε ατομικό επίπεδο, άλλα και μείωσης των επιπτώσεων σε επίπεδο οργανισμού και εθνικής οικονομίας. Η πανδημία Covid-19, αποτέλεσε ακόμη μία υγειονομική κρίση για τα συστήματα υγείας των χωρών όλου του κόσμου, δεδομένου της γρήγορης εξάπλωσης του ιού και των διαστάσεων που έλαβε σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα. Οι επαγγελματίες υγείας, μέλη της Διαβητολογικής διεπιστημονικής ομάδας, εμφάνισαν υψηλά επίπεδα εργασιακού άγχους με σημαντικές επιπτώσεις, αναδεικνύοντας την αναγκαιότητα εφαρμογής μέτρων και στρατηγικών διαχείρισης, διατήρησης της ψυχικής τους ηρεμίας, της συναισθηματικής τους σταθερότητας και προαγωγής της δημόσιας υγείας.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η έγκαιρη ανίχνευση των σημείων και των συμπτωμάτων του εργασιακού άγχους και η επίδραση που ασκούν αναδεικνύουν τη σπουδαιότητα εφαρμογής στρατηγικών διαχείρισης για την πρόβλεψη, την αποφυγή και αντιμετώπιση των συνεπειών του, ιδιαίτερα σε απαιτητικές συνθήκες, όπως αυτή της πανδημίας του Covid-19.

ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΗ ΜΗΤΡΙΚΟΥ ΓΑΛΑΤΟΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

A. Μαυρουδής

Φοιτητής-Παιδιάτρος, Πειραιάς

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το μητρικό γάλα περιέχει θρεπτικά συστατικά που συμμετέχουν στην ανοσολογική προστασία του βρέφους και προλαμβάνουν μεταβολικά νοσήματα, κυρίως του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1.

ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτη αλληλεπίδρασης των μοριακών συστατικών του μητρικού γάλατος σε συνδυασμό με γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες με προδιάθεση για Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

ΥΛΙΚΟ: Βιβλιογραφική ανασκόπηση μιας πρόσφατης μελέτης που δημοσιεύεται στο πανεπιστημιακό περιοδικό *Sultan Qaboos Univ Med J*, το 2020 και ερμηνεύει τη συσχέτιση του μητρικού θηλασμού με το ΣΔ1.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η αναζήτηση της ανασκόπησης επιτυγχάνεται τυχαία διά μέσου της ηλεκτρονικής πλατφόρμας pub med, χωρίς κανένα περιορισμό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ: Το μητρικό γάλα συμμετέχει σε σημαντικό βαθμό στην ωρίμαση του ανοσοποιητικού συστήματος, ενώ η έλλειψη θρεπτικής ισορροπίας μεταβάλλει το μικροβίωμα του εντέρου και αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα εκδήλωσης ΣΔ1. Η παρουσία των αυτοαντισωμάτων στα νησίδια του παγκρέατος και ταυτόχρονα η μειωμένη λειτουργικότητα των ρυθμιστικών T-λεμφοκυττάρων (T-regs) οδηγούν στην έλλειψη ινσουλίνης και στη διαβητική νόσο. Παράλληλα, το μητρικό γάλα περιέχει CD 8 + T-λεμφοκύτταρα και γενετικές αλληλουχίες mi-RNA που ενισχύουν τη δράση των ανοσοκυττάρων και προστατεύουν τον οργανισμό από λοιμογόνα βακτήρια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το μητρικό γάλα περιέχει μια μεγάλη ποικιλία βιοδραστικών ουσιών που προστατεύουν το βρέφος από αυτοάνοσες διαταραχές και ιδιαίτερα από το ΣΔ1 και παράλληλα μεταβάλλουν το μικροβίωμα με σκοπό την εξουδετέρωση των παθογόνων βακτηρίων.

ΟΜΟΚΥΣΤΕΪΝΗ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΣΥΜΒΑΜΑΤΑ

Η. Γεωργόπουλος^{1,3}, Δ. Μπίρμπα³, Γ. Φαβατάς², Α. Χατζόπουλος^{1,3}, Π. Χέρας³

¹Παθολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, ²Καρδιολογική Κλινική Νοσηλευτικής Μονάδας Ναυπλίου, Γενικό Νοσοκομείο Αργολίδας, ³Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της εργασίας είναι η ανάδειξη των επιπέδων της ομοκυστεΐνης σε ασθενείς με Στεφανιαία Νόσο (ΣΝ) ή Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) στους οποίους συνυπήρχε ή δεν συνυπήρχε κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ), που από μόνη της είναι παράγων κινδύνου για θρομβοεμβολικά επεισόδια.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Υπολογίστηκαν τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης σε 120 ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών. Από τους ασθενείς αυτούς 28 είχαν ισχαιμικού τύπου ΑΕΕ (Α Ομάδα), 46 ασθενείς είχαν ΣΝ (Ομάδα Β) 18 ασθενείς είχαν ΑΕΕ και ΚΜ (Ομάδα Γ) 13 ασθενείς είχαν ΣΝ και ΚΜ (Ομάδα Δ) και σε 15 ασθενείς υπήρχε ΚΜ χωρίς καρδιαγγειακά συμβάματα (Ομάδα Ε). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν προοπτική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σχετικά με τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης ανάμεσα στις ομάδες που επελέγησαν υπήρχαν τα ακόλουθα αποτελέσματα: Α-Ομάδα επίπεδα Ομοκυστεΐνης 14,55 (διακύμανση 9), Β-Ομάδα 13,2 (διακύμανση 6), Γ-Ομάδα 11,67 (διακύμανση 3), Δ-Ομάδα 19,5 (διακύμανση 11), Ε-Ομάδα 14,37 (διακύμανση 6,1)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα επίπεδα της ομοκυστεΐνης ήταν αυξημένα στη Δ-Ομάδα και κατά δεύτερο λόγο στην Α-Ομάδα ασθενών.

ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΗΣ ΤΙΜΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΑΠΟ 1/1/2022 - 1/4/2023

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκινουσάτη², Ζωή Χρονά³, Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βαρύς, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΣΚΟΠΟΣ: Ο προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c αποτελεί ευαίσθητο δείκτη μεταβολικού ελέγχου και αντικατοπτρίζει μια μέση τιμή των επιπέδων της γλυκόζης τους προηγούμενους 2-3 μήνες. Σκοπός της εργασίας είναι η καταγραφή των επιπέδων της HbA1c στους ασθενείς του ΚΥ Βάρης κατά της διάρκεια ενός έτους και 3 μηνών.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 650 άτομα, τα οποία προσήλθαν στο ΚΥ Βάρης από 01.01.2022 έως 1.4.2023. Από αυτά οι άνδρες ήταν 300 (46,1%) και οι γυναίκες 350 (53,9%). Η ηλικία τους κυμαινόταν από 7-87 ετών. Ο προσδιορισμός της HbA1c πραγματοποιήθηκε στον αναλυτή της εταιρίας ΚΕΚΗ με τη μέθοδο της υγρής χρωματογραφίας υψηλής πίεσης (HPLC), η οποία θεωρείται η πλέον αξιόπιστη. Φυσιολογική τιμή θεωρείται <6,0%.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο σύνολο των δειγμάτων 400 άτομα παρουσίαζαν αυξημένες τιμές HbA1c (>6,0%). Απ' αυτά τα 250 άτομα (59%) ήταν γυναίκες και 150 άνδρες (ποσοστό 41%). Αντίθετα καλό έλεγχο του σακχάρου παρουσίασαν τα 380 άτομα, από τα οποία 200 ήταν γυναίκες (52,6%) και 180 άνδρες (47,3%).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η πλειοψηφία των ατόμων που προσήλθαν στο ιατρείο για προσδιορισμό της HbA1c δεν ελέγχει με επιτυχία το σάκχαρο. Ο προσδιορισμός του αιμοσφαιρινικού κλάσματος HbA1c αποτελεί ευαίσθητο και αξιόπιστο δείκτη του μεταβολικού ελέγχου και δεν πρέπει να παραλείπεται από τον εργαστηριακό έλεγχο. Η HbA1c είναι ένας σημαντικός δείκτης για την εκτίμηση της μακροχρόνιας ρύθμισης των επιπέδων γλυκόζης και τον έλεγχο των θεραπευτικών αγωγών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και ένας ισχυρός προγνωστικός παράγοντας εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη για τον μη διαβητικό πληθυσμό.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ ΒΑΡΗΣ ΑΠΟ 1/1/2022 ΕΩΣ 1/4/2023

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκινιοσάτη², Ζωή Χρονά³, Θεόδωρος Τσοπέλας², Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΣΚΟΠΟΣ: Η διαπίστωση ότι ανωμαλίες των λιπιδίων συνδέονται με την αθηροσκλήρωση και την ισχαιμική καρδιοπάθεια πυροδότησε τα τελευταία χρόνια την έρευνα για τον μεταβολισμό των ουσιών αυτών και έκανε απαραίτητη, τόσο για τον κλινικό όσο και για τον εργαστηριακό ιατρό, την κατανόηση της φυσιολογίας και της παθολογίας τους. Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης, της HDL – χοληστερόλης, LDL – χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων σε ασθενείς του ΚΥ Βάρης κατά τη διάρκεια ενός χρόνου και 3 μηνών.

ΥΛΙΚΟ: Μελετήθηκαν 600 ασθενείς, τα δείγματα των οποίων λήφθηκαν μετά από 12ωρη νηστεία. Σε όλα τα δείγματα προσδιορίστηκαν ολική χοληστερόλη (CHOL), τριγλυκερίδια (TRIG), HDL – χοληστερόλη (HDL-C) και LDL – χοληστερόλη (LDL-C) ορού. Όλες οι μετρήσεις πραγματοποιήθηκαν σε βιοχημικό αναλυτή του Βιοπαθολογικού - Μικροβιολογικού Εργαστηρίου του Κ.Υ. Βάρης κατά τη χρονική περίοδο από 01/01/2022 έως 01/04/2023.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Σε 500 άτομα (83,3%) παρατηρήθηκαν αυξημένες τιμές χοληστερόλης (> 190 mg/dL). Σε 300 ασθενείς (50%) μετρήθηκαν συγκεντρώσεις τριγλυκεριδίων > 150 mg/dL. Σε 400 άτομα (66,7%) βρέθηκε HDL < 60 mg/dL και σε 430 ασθενείς (71,7%) βρέθηκαν συγκεντρώσεις LDL > 160 mg/dL.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα υψηλά ποσοστά παθολογικών τιμών εγείρουν σοβαρούς προβληματισμούς σχετικά με τις συνέπειες που απορρέουν από τον τρόπο διατροφής και διαβίωσης των ασθενών που μελετήθηκαν. Η υπερλιπιδαιμία αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα αθηροσκλήρωσης και καρδιαγγειακών νοσημάτων. Είναι σημαντικό να διαπιστώνεται εγκαίρως, καθώς μπορεί να τροποποιηθεί με ορθή φαρμακευτική αγωγή και παρέμβαση.

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΥ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Μαρία Γεμελιάρη⁴, Παναγιώτα Δαραμούσκα⁴, Καλλιόπη Γιαλεδάκη⁵, Αθανασία Γκινουσάτη², Ζωή Χρονά³, Μιχαήλ Δανδουλάκης²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελήτρια Β΄ ΚΥ Βάρης, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Βάρης, ³Γενικός Ιατρός, Επιμελήτρια Α΄ ΚΥ Βάρης, ⁴Επισκέπτρια Υγείας ΚΥ Βάρης, ⁵Μαία ΚΥ Βάρης

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρουσίαση των παραγόντων που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού.

ΥΛΙΚΟ: Πραγματοποιήθηκε αναζήτηση στις βάσεις δεδομένων Medline, PubMed, ώστε να γίνει μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα του εμβολιασμού είναι η συντήρηση των εμβολίων, η οδός χορήγησης, η τεχνική, το εμβολιαστικό σχήμα και η ηλικία των εμβολιαζόμενων. Όσον αφορά τη συντήρηση και την οδό χορήγησης, είναι αναγκαίο να λαμβάνονται υπόψη οι οδηγίες της παρασκευάστριας εταιρείας. Κυρίως, τα εμβόλια συντηρούνται σε θερμοκρασία +2°C έως +8°C, εκτός από το SABIN (πολιομυελίτιδα) που τοποθετείται στην κατάψυξη. Τα περισσότερα χορηγούνται παρεντερικά, εκτός από το SABIN που χορηγείται από το στόμα. Όσον αφορά την τεχνική, είναι απαραίτητο να τηρούνται οι βασικές αρχές των εμβολιασμών (ενημέρωση, έλεγχος, εξέταση). Κάθε εμβολιασμός θα πρέπει να γίνεται στην κατάλληλη ηλικία σύμφωνα με το Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών παιδιών και ενηλίκων και με ορισμένο σχήμα προς αποφυγή ανεπιθύμητων αντιδράσεων. Πλέον βέβαια και λόγω της πανδημίας του COVID-19 έχει αναζωπυρωθεί η συζήτηση για την τήρηση και επέκταση του εμβολιασμού των ενηλίκων.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα προγράμματα εμβολιασμού στην παιδική ηλικία έχουν μειώσει κατά πολύ τα κρούσματα λοιμωδών νοσημάτων, μείωσαν τη νοσηρότητα και παιδική θνητότητα και έχουν εξαφανίσει σοβαρά λοιμώδη νοσήματα από τον πληθυσμό. Τα περισσότερα εμβόλια χορηγούνται σε βρέφη και παιδιά. Για αυτό πρέπει να μην προκαλούν νόσο ή παρενέργειες, να εξασφαλίζουν μακροχρόνια ανοσία, να μην μεταδίδουν νόσο σε επίνουσα άτομα και να είναι δυνατή η μέτρηση της αντισωματικής αντίδρασης.

ΑΝΑΛΥΣΗ ΒΑΔΙΣΗΣ ΣΤΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΠΑΡΚΙΝΣΟΝ. ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Ε. Στυλιανέλλης

Ποδίατρος, Παθολογική/Διαβητολογική Κλινική, Metropolitan General Hospital Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η νόσος Πάρκινσον είναι μια βραδεία χρόνια εξελισσόμενη νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από εκφύλιση των ντοπαμινεργικών νευρώνων της συμπαγούς μοίρας της μέλαινας ουσίας. Αποτέλεσμα της εκφύλισης είναι η μείωση της ντοπαμινεργικής επίδρασης στο ραβδωτό σώμα. Πήρε το όνομά της από τον Βρετανό ιατρό Δρ. Τζέιμς Πάρκινσον το 1817. Τα συμπτώματα της νόσου διακρίνονται σε **Κινητικά:** Τρόμος κατά την ηρεμία, δυσκαμψία, δυσκαταποσία, διαταραχές στην ομιλία, βραδεία κίνηση, διαταραχή της ισορροπίας και σε **Μη κινητικά:** Έντονη κόπωση, δερματικές εκδηλώσεις, κατάθλιψη, διαταραχές του ύπνου, της όσφρησης, άνοια, δυσκοιλιότητα.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να αναδειχθούν οι επιπτώσεις της νόσου στη βάδιση του παρκινσονικού ασθενούς.

ΥΛΙΚΟ: Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας στηρίχθηκε στις βάσεις δεδομένων: Pubmed, και Google scholar. Χρησιμοποιήθηκαν οι λέξεις κλειδιά: Parkinson disease, treatment of parkinson disease, gait analysis in parkinson's disease, physical exercise and parkinson's για την αναζήτηση ερευνών στις οποίες αναφερόταν η νόσος του Πάρκινσον σε σχέση με την ανάλυση βάδισης και τα κινηματικά χαρακτηριστικά.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μας έδειξαν ότι οι παρκινσονικοί ασθενείς παρουσιάζουν απουσία του Heel strike, μικρό μήκος βήματος και διασκελισμού, μικρή ώθηση του ποδιού και αργός βηματισμός, μειωμένη ραχιαία κάμψη στην ποδοκνημική, αυξημένος χρόνος διπλής στήριξης και μειωμένος στη μονοποδική στήριξη, μικρό εύρος ταχύτητας και κάμψη του κορμού, των χεριών, των ισχίων και των γονάτων κατά τη φάση της στήριξης. Πάγωμα της βάδισης σε προχωρημένα στάδια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παρκινσονικοί ασθενείς αντιμετωπίζουν σοβαρό κίνδυνο τραυματισμού που είναι αποτέλεσμα πτώσεων. Η θεραπεία επιβραδύνει τη νόσο και την εξέλιξή της χωρίς να τη θεραπεύει και να βελτιώνει την ποιότητα ζωής του πάσχοντα.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΒΙΟΘΗΚΗΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ ΠΑΝΔΗΜΙΩΝ, ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΠΕΚΕΙΝΑ

Ε. Στυλιανέλλης

Ποδίατρος, Παθολογική/Διαβητολογική Κλινική Metropolitan General Hospital Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στον 21ο αιώνα η μεγάλη ανάπτυξη της Βιολογίας, και η προσπάθεια των ερευνητών να επεμβαίνουν στον άνθρωπο και στο περιβάλλον δημιουργούν προβληματισμούς βιοηθικούς, δεοντολογικούς και ιατρικούς. Τα ζητήματα βιοηθικής εμφανίζουν μεγάλη βαρύτητα τα τελευταία χρόνια καθώς οι πολίτες θα υποχρεωθούν σε κάποια στιγμή, να λάβουν σοβαρές αποφάσεις στον τρόπο με τον οποίο κάνουν χρήση της επιστήμης και της τεχνολογίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Είναι η ανάδειξη της βιοηθικής επιστήμης, της αναγεννητικής ιατρικής και της ιατρικής βασισμένη σε ενδείξεις σε περιόδους πανδημιών πολέμων οικονομικών κρίσεων και όχι μόνο.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ενδελεχής ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας μέσω Google scholar και Pubmed κατά τη χρονική περίοδο Απριλίου - Σεπτεμβρίου 2022.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Μας έδειξαν ότι ο άνθρωπος στην καθημερινότητά του μπορεί να κληθεί προς αντιμετώπιση καταστάσεων όπως ασθένειες, φυσικές καταστροφές και γενικότερα καταστάσεις έκτακτης ανάγκης που για να αντιμετωπιστούν πρέπει να υπάρξει ειδική και αποτελεσματική προετοιμασία. Παρότι δεν είναι η πρώτη φορά που η ανθρωπότητα καλείται να αντιμετωπίσει μια πανδημία, η ανησυχία που προκλήθηκε από τον SARS COV2 κρίνεται πρωτόγνωρη για τα δεδομένα του 21ου αιώνα. Η κοινωνία μας σήμερα βιώνει μια άνευ προηγουμένου δοκιμασία που μέσα από αυτή καλείται να διδαχθεί τον σεβασμό απέναντι στον συνάνθρωπο και να ευαισθητοποιηθεί έναντι της τρίτης ηλικίας. Γιατί όμως όλα τα ανωτέρω αφορούν τη Βιοηθική επιστήμη; Η Βιοηθική είναι η επιστήμη που ενώνει «γνώσεις της Βιολογίας, της Ιατρικής, της Τεχνολογίας, της Ηθικής, του Δικαίου και της Θεολογίας, και καλείται σήμερα να αντιμετωπίσει πληθώρα προκλήσεων και διλημάτων που αφορούν την πανδημία του COVID-19 που διανύουμε.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Σε καιρούς πανδημίας, πολέμων και οικονομικών κρίσεων γίνεται αμέσως κατανοητό για ποιο λόγο η Βιοηθική είναι αναπόσπαστο τμήμα της ζωής μας.



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

Α

ΑΔΑΜΙΔΗΣ Π.	40
ΑΔΑΜΙΔΟΥ Λ.	35
ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Γ.	38, 63, 65
ΑΚΡΙΒΟΥ Μ.	45
ΑΛΕΤΡΑΣ Γ.	47, 67, 72, 73
ΑΝΔΡΟΝΙΚΟΥ Σ.	63
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	38, 63, 65

Β

ΒΑΪΤΣΑΡΑ Χ.	74
ΒΑΛΕΝΤΗ Π.	64
ΒΑΡΒΕΡΗ Μ.	63
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	37
ΒΛΑΧΟΥ Ε.	45

Γ

ΓΑΡΙΔΑΣ Γ.	47
ΓΑΦΟΥ Φ.	36, 39
ΓΕΜΕΛΙΑΡΗ Μ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΓΕΡΑΚΑΡΗ Σ.	63
ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Ν.	42
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η.	43, 71, 76
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Θ.	73
ΓΙΑΛΕΔΑΚΗ Κ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΓΙΟΤΖΗΣ Α.	58
ΓΚΙΝΟΣΑΤΗ Α.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΓΚΡΑΙΚΟΥ Θ.	63

Δ

ΔΑΛΜΥΡΑΣ Δ.	40
ΔΑΜΙΓΟΥ Ε.	32, 37, 40, 41
ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Μ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΔΑΡΑΜΟΥΣΚΑ Π.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΔΕΡΔΕΛΑΚΟΥ Ε.	37, 41
ΔΕΤΟΡΑΚΗ Μ.	72

ΔΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Γ.	35
-----------------	----

Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ε.	73
ΕΜΙΝΙΔΟΥ Β.	38, 63, 65

Ζ

ΖΑΜΠΡΑΣ Σ.	48
ΖΗΣΗΣ Χ.	33, 48, 58

Θ

ΘΗΡΑΙΟΣ Ε.	44, 50, 56, 57, 68
------------	--------------------

Κ

ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ Ε.	38, 65
ΚΑΙΣΙΔΗΣ Α.	38
ΚΑΛΛΙΝΙΚΟΥ Ζ.	47
ΚΑΛΛΙΩΡΑ Γ.	51
ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α.	38, 65
ΚΑΡΑΚΟΪΔΑ Β.	52
ΚΑΡΑΛΙΟΛΙΟΣ Γ.	35
ΚΑΡΚΑΝΤΟΥ Δ.-Μ.	58
ΚΑΡΡΑΣ Σ.	35
ΚΑΣΙΜΑΤΗΣ Ε.	32, 40
ΚΑΦΑΡΑΚΗΣ Π.	73
ΚΟΛΟΒΟΥ Γ.	36
ΚΟΝΤΑΪΣ Κ.	46, 66
ΚΟΡΕΛΑ Δ.	47, 67
ΚΟΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Λ.	39
ΚΟΥΒΑΡΗ Μ.	32
ΚΟΥΛΟΣΟΥΣΑ Β.	39
ΚΟΥΝΕΛΑΚΗΣ Ι.	38, 63, 65
ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ Φ.	38, 65
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α.	36, 39
ΚΟΥΤΣΟΓΙΑΝΝΗ Α.Δ.	37, 41
ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ Γ.	46, 66
ΚΟΥΦΑΚΗΣ Θ.	35
ΚΟΦΙΤΣΑ Κ.	48, 58
ΚΡΑΒΒΑΡΙΘΗ Ε.	32
ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	52
ΚΥΡΙΑΚΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Π.	52

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

ΚΥΤΕΛΗ Γ.	52
ΚΥΤΕΛΗΣ Π.	52
ΚΩΣΤΗ Ρ.Ι.	37, 40, 41
ΚΩΤΣΑ Κ.	35

Λ

ΛΑΜΠΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗΣ Ε.	47, 67
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	32, 37, 40, 41

Μ

ΜΑΓΑΛΙΟΥ Σ.	33, 48
ΜΑΛΙΩΡΑ Δ.	33, 58
ΜΑΥΡΟΥΔΗΣ Α.	75
ΜΕΓΑΠΑΝΟΥ Μ.	36, 39
ΜΕΛΙΔΟΥ Ε.	35
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	36, 39
ΜΟΥΡΤΖΙΚΟΥ Α.	51
ΜΠΑΚΑΛΗΣ Ι.	36, 39
ΜΠΑΜΠΟΥΡΗ Μ.	33
ΜΠΑΡΑΚΟΣ Γ.Π.	63
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ.	32, 37, 40, 41
ΜΠΑΧΛΙΤΖΑΝΑΚΗ Ε.	47, 67
ΜΠΕΤΣΙΚΟΣ Α.	58
ΜΠΙΡΜΠΑ Δ.	43, 71, 76
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗ Δ.	46, 66
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α.	46, 66
ΜΥΛΩΝΑΣ Σ.	33, 48, 58
ΜΩΥΣΙΔΗ Α.	38, 65

Π

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ.	32, 37, 40, 41
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.	46, 66
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	38, 63, 65
ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ Κ.	36, 39
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ε.	72
ΠΑΡΔΑΛΗΣ Π.	58
ΠΕΠΠΕΣ Β.	53, 60
ΠΙΕΡΡΗΣ Κ.	36
ΠΙΤΑΡΟΚΟΙΛΗΣ Μ.	72, 73
ΠΙΤΣΑΒΟΣ Χ.	32, 37, 40, 41

Ρ

ΡΕΝΕΣΗ Ν.	51
ΡΟΓΔΑΚΗΣ Ε.	73

Σ

ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΥ Μ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΣΕΪΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ.	51
ΣΙΔΕΡΗ Ε.	36, 39
ΣΙΩΜΟΥ Ζ.-Ι.	33
ΣΚΟΥΜΑΣ Ι.	32
ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ.	51
ΣΤΑΥΡΑΚΗΣ Σ.	67
ΣΤΑΥΡΑΤΗΣ Σ.	72
ΣΤΡΑΤΙΝΑΚΗ Μ.	47, 67, 72, 73
ΣΤΥΛΙΑΝΕΛΛΗΣ Ε.	80, 81
ΣΦΗΚΑΚΗΣ Π.	32, 37, 40, 41

Τ

ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α.	36, 39
ΤΣΑΤΣΑΚΗ Χ.	65
ΤΣΕΚΜΕΚΙΔΟΥ Ξ.	35
ΤΣΙΟΥΜΑ Ε.	48, 58
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.	32, 37, 40, 41
ΤΣΟΠΕΛΑΣ Θ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78

Φ

ΦΑΒΑΤΑΣ Γ.	43, 71, 76
ΦΙΛΗ Γ.	46, 66
ΦΙΛΙΟΥ Ρ.	33, 48, 58
ΦΟΥΚΑΡΑΚΗΣ Ε.	47, 67, 72, 73
ΦΟΥΣΙΑ Χ.	48

Χ

ΧΑΡΑΝΑ Α.	45
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Α.	43, 71, 76
ΧΕΡΑΣ Π.	43, 71, 76
ΧΟΝΤΑ Ε.	67, 72
ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε.	39
ΧΡΟΝΑ Ζ.	44, 50, 56, 57, 68, 69, 70, 77, 78, 79
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Χ.	32, 37, 40, 41



Lined area for taking notes, consisting of multiple horizontal lines.





Handwriting practice lines consisting of multiple horizontal dotted lines for notes.



edarbi®

azilsartan medoxomil

40 mg • 80 mg tablets



ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Edarbi 20 mg δισκία, Edarbi 40 mg δισκία, Edarbi 80 mg δισκία **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Edarbi 20 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 20 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Edarbi 40 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 40 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Edarbi 80 mg δισκία: Κάθε δισκίο περιέχει 80 mg μεδοξομιλικής αζιλαρτάνης (ως κάλιο). Για τον πλήρη κατάλογο των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Δισκίο. Edarbi 20 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 6,0 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "20" από την άλλη. Edarbi 40 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 7,6 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "40" από την άλλη. Edarbi 80 mg δισκία: Λευκά έως σχεδόν λευκά στρογγυλά δισκία, διαμέτρου 9,6 mm, με ανάγλυφο το "ASL" από τη μια πλευρά και "80" από την άλλη. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Takeda Pharma A/S, Delta Park 45, 2665 Vallengbaek Strand, Δανία **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/11/734/001 14 δισκία, EU/1/11/734/002 28 δισκία, EU/1/11/734/012 30 δισκία, EU/1/11/734/003 56 δισκία, EU/1/11/734/013 90 δισκία, EU/1/11/734/004 98 δισκία, EU/1/11/734/005 14 δισκία, EU/1/11/734/006 28 δισκία, EU/1/11/734/014 30 δισκία, EU/1/11/734/007 56 δισκία, EU/1/11/734/015 90 δισκία, EU/1/11/734/008 98 δισκία, EU/1/11/734/016 14 δισκία, EU/1/11/734/009 28 δισκία, EU/1/11/734/017 30 δισκία, EU/1/11/734/010 56 δισκία, EU/1/11/734/018 90 δισκία, EU/1/11/734/011 98 δισκία, EU/1/11/734/019 14 δισκία, EU/1/11/734/020 28 δισκία, EU/1/11/734/021 56 δισκία, EU/1/11/734/022 98 δισκία, EU/1/11/734/023 14 δισκία, EU/1/11/734/024 28 δισκία, EU/1/11/734/025 56 δισκία, EU/1/11/734/026 98 δισκία, EU/1/11/734/027 14 δισκία, EU/1/11/734/028 28 δισκία, EU/1/11/734/029 56 δισκία, EU/1/11/734/030 98 δισκία **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 24-02-2022. Λεπτομερείς πληροφορίες για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμες στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu>.

Πριν τη συνταγογράφηση του προϊόντος παρακαλώ συμβουλευθείτε την πλήρη Περιλήψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από τον ΚΑΚ

Τρόπος διάθεσης: Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή

EDARBI 40 mg BT x 28 TABS 16,07€, EDARBI 80 mg BT x 28 TABS 25,41€



BIANEΞ A.E.
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

BIANEΞ A.E. - Έδρα : οδός Τατσοίου, 18* χλμ. Ε.Ο. Αθηνών – Λαμίας,
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία,
Τηλ. : 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr
WEBSITE: www.vianex.gr • ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113,
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000



Takeda Pharma A/S
Dybendal Alle 10, 2630 Taastrup
Δανία

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
αναφέρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
όλα τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».

VE-22145-EDA-9/2022