



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

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Δρ Ανδρέας Μελιδώνης

Μαιάνδρου 23 • 115 28 Αθήνα

Σε συνεργασία με



ΔΗΜΟΣ ΣΥΡΟΥ - ΕΡΜΟΥΠΟΛΗΣ  
MUNICIPALITY OF SYROS - HERMOUPOLIS

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

# 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2019: Από τη θεωρία στην πράξη»

## 14-16 Ιουνίου 2019

Ξενοδοχείο «HERMES»  
Σύρος

Χορηγούνται 20 Μόρια  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής  
Εκπαίδευσης από τον  
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Congress World, Mov. IKE

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7222 518, 📠 210 7210 069  
🌐 [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), ✉ [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)



## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ  
ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
ΕΛΛΗΝΙΚΟΥ  
ΚΟΛΛΕΓΙΟΥ  
ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ  
ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ  
(Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)

### Πρόεδρος:

Α. Μελιδώνης

### Αντιπρόεδρος:

Δ. Ρίχτερ

### Γεν. Γραμματέας:

Α. Ράπτης

### Ειδ. Γραμματέας:

Θ. Παναγιώτου

### Ταμίας:

Σ. Ηρακλειανού

### Μέλη:

Γ. Μπέλλος

Α. Παπαζαφειροπούλου

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Το Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.) μετά από μια 7ετία έντονης παρουσίας στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά δρώμενα και αφού οργάνωσε και πραγματοποίησε περισσότερες από είκοσι εκπαιδευτικές Διημερίδες και Τριημερίδες σε όλη την Ελλάδα, εξαγγέλλει και οριοθετεί το **2ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στην όμορφη Σύρο στις **14-16 Ιουνίου 2019**.

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 δεξιοτήτας στην εφαρμογή των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη.

Και βεβαίως στο συνέδριο θα παρουσιασθούν οι έγκυρες ερευνητικές μελέτες του 2019, αποστάγματα της ερευνητικής δραστηριότητας Κέντρων και Κλινικών σε δύσκολες οικονομικές συγκυρίες.

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

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

14-16 Ιουνίου στη Σύρο, στο 2ο Συνέδριο Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν. σας περιμένουμε.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής



**Δρ. Α. Μελιδώνης**  
Συντονιστής Οργάνωσης

## Παρασκευή 14 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 15.30       | <b>Προσέλευση - Εγγραφές</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| 16.00-16.30 | <p><b>ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (1-7)</b><br/> <i>Προεδρείο: Ε. Καγκελάρη, Ι. Χατζηγεωργίου</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <li> <p><b>1. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ GLP-1 ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ DIPPING ΕΝΑΝΤΙ NON-DIPPING</b></p> <p>Λουίζα Μπούμη, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Ι. Νάκος, Α. Μελιδώνης</p> <p><i>Α΄ Παθολογική Κλινική &amp; Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»</i></p> </li> <li> <p><b>2. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1</b></p> <p>Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Δήμητρα Ραγιά, Ι. Κλόγκερι, Β. Κορδίνας, Σοφία Μπουντή, Αικατερίνη Κατσαβρία, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας</p> <p><i>Γ΄ Παθολογική Κλινική &amp; Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»</i></p> </li> <li> <p><b>3. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2</b></p> <p><u>Π. Γαβρά</u><sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>1</sup>, Γ. Κολοβού<sup>3</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Β. Κολοβού<sup>3</sup>, Α. Χαλικιά<sup>1</sup>, Κ. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μπουτάτη<sup>2</sup>, Γ. Δημητριάδης<sup>2</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup></p> <p><i><sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά, <sup>2</sup> Β΄ Προπαιδευτική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>3</sup> Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο</i></p> </li> <li> <p><b>4. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΩΝ ΕΠΙΣΟΔΙΩΝ</b></p> <p>Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας</p> <p><i>Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων</i></p> </li> </ol> |

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 5. Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

Αικατερίνη Τρικκαλινού, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελένη Ξουργιά, Στυλιανή Παπαντωνίου, Στυλιανή Μπακογιάννη, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### 6. REAL WORLD ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ

Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Ι. Νάκος, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Στυλιανή Ηρακλειανού, Αικατερίνη Σερέτη, Ι. Πρωτοψάλτης, Α. Μελιδώνης

*<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup> Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### 7. ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

## Παρασκευή 14 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 16.30-18.15 | <b>ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b><br><i>Προεδρείο: Μ. Τσιλιβίγκου, Α. Γεωργαλή</i><br><p>Ουρικό οξύ. Παράγοντας ή δείκτης κινδύνου; Πότε παρεμβαίνουμε φαρμακευτικά;<br/> <b>Β. Γκιζλής</b></p> <p>Χρόνια νεφρική νόσος και μεταβολικά νοσήματα. Βασικές κατευθύνσεις για το γιατρό της Π.Φ.Υ.<br/> <b>Ε. Χελιώτη</b></p> <p>Εμβολιαστική κάλυψη ασθενών με καρδιομεταβολικά νοσήματα<br/> <b>Α. Νικολάου</b></p> <p>Παχυσαρκία και Γενική Ιατρική<br/> <b>Γ. Μπέλλος</b></p> <p>Νευροπαθητικός πόνος: Θεραπευτικοί χειρισμοί<br/> <b>Ι. Σιαφάκα</b></p> |         |
| 18.15-19.15 | <b>ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ - ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b><br><i>Προεδρείο: Θ. Πρεκατές</i><br><p>Διαχείριση ασθενών με Ηλεκτρολυτικές διαταραχές (υπονατριαιμία-υποκαλιαιμία)<br/> <b>Η. Γεωργόπουλος</b></p> <p>Οξεοβασική ισορροπία. Βασικές αρχές. Μεταβολική οξέωση<br/> <b>Θ. Πρεκατές</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                           |         |
| 19.15-20.15 | <b>ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Μελιδώνης</i><br><p>Ιατρική μέριμνα στην Ερμούπολη της ακμής (1830-1860)<br/> <b>Α. Δημητρόπουλος</b></p> <p>Η αστική επανάσταση της Ερμούπολης και τα διαχρονικά μηνύματά της<br/> <b>Ν. Δήμου</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |
| 20.15-20.45 | <b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Σελ. 20 |
| 20.45-21.30 | <b>ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ</b><br><p>Απονομή βραβείων προφορικών εργασιών</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |
| 22.00       | <b>Δείπνο</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |

# Παρασκευή 14 Ιουνίου 2019

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη συνεδρία Επαγγελματιών Υγείας - Αίθουσα Πινακοθήκης Κυκλάδων)

|             |                                                                                                                                       |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                                                                                                                       |
| 17.00-19.00 | <b>WORKSHOP</b><br>Προεδρείο: <b>Μ. Μελετιάδου, Ε. Πακουμή</b><br>Αναγνωρίζοντας τα οξέα στεφανιαία σύνδρομα<br><b>Λ. Βαλλιανάτου</b> |
|             |                                                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                       |
|             |                                                                                                                                       |

## Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

08.15-09.15

#### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (8-19)

Προεδρείο: Α. Γανωτοπούλου, Α. Ξάνθης

##### 8. ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

##### 9. Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥ-ΠΟΥ 2

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

##### 10. ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ ΑΝΑ-ΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

##### 11. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΠΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗ-ΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΜΙΑ ΕΞΑΜΗΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ

Χ. Σιαφαρίκας, Β. Ανδριανέσης, Αγγελική Γεωργοπούλου, Δ. Μπαρουξής,  
Μαρία Μυλωνά

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνι-κό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

##### 12. Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΤΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ

Η. Γεωργόπουλος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου,  
Ελένη Ξουργιά, Βασιλική Λιόση, Εμμανουέλα Χουρδάκη, Λουίζα Μπούμπη,  
Στυλιανή Παπαντωνίου, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζά-νειο»*



## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### **13. REAL WORLD ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Στυλιανή Παπαντωνίου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος, Λουίζα Μπούμπη, Εμμανουέλα Χουρδάκη, Βασιλική Λιόση, Α. Καμαράτος, Στυλιανή Ηρακλειανού, Αικατερίνη Σερέτη, Α. Μελιδώνης

*<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### **14. ΠΩΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΕΤΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

Ελένη Ξουργιά, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Βασιλική Λιόση, Αικατερίνη Τρικκαλινού, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Α. Μελιδώνης

*Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### **15. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Ευγενία Γιάννου, Α. Καμαράτος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ.-Κ. Λαδάς, Χ. Κώνστας, Αριστέα Κατσαρού, Χ. Τσαγκάρης, Ν. Σεβδαλής, Εργίνα Συρίγου, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### **16. ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ VAC**

Ν. Σεβδαλής, Α. Καμαράτος, Χ. Τσαγκάρης, Χ. Κώνστας, Ευγενία Γιάννου, Εργίνα Συρίγου, Χριστίνα Μαζιώτη, Γ.-Κ. Λαδάς, Αριστέα Κατσαρού, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

## Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <p><b>17. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε</b></p> <p>Μαρία Ραλλάτου, Θ. Δερμάτης, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Α. Μελιδώνης</p> <p><i>Α΄ Παθολογική Κλινική &amp; Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»</i></p> <p><b>18. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ</b></p> <p><u>Σ. Μαντζούκης</u><sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup></p> <p><i><sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»</i></p> <p><b>19. ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΛΗΘΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ</b></p> <p><u>Σ. Μαντζούκης</u><sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup></p> <p><i><sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»</i></p> |
| 09.15-10.00 | <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b></p> <p><b>Πέρασ της LDL-C</b></p> <p>Προεδρείο: <b>Θ. Παναγιώτου</b></p> <p>Ο ρόλος των Tgs στην καρδιαγγειακή νόσο και παρεμβατικές μέθοδοι</p> <p><b>Ε. Μπιλιανού</b></p> <p>Προστατευτικοί μηχανισμοί της HDL-C</p> <p><b>Γ. Κολοβού</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 10.00-10.20 | <p><b>ΒΡΑΧΕΙΑ ΔΙΑΛΕΞΗ</b></p> <p>Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b></p> <p>NAFLD, NASH: Παθοφυσιολογία, παρεμβάσεις 2018-2019</p> <p><b>Σ. Καρταπάνης</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

## Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη συνεδρία Επαγγελματιών Υγείας - Αίθουσα Πινακοθήκης Κυκλάδων)

09.00-10.30

#### ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**Ωφελέειν ή μη βλάπτειν: Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας**

**Συντονιστές: Α. Ευκαρπίδης, Α. Ασλανίδου**

Η διοίκηση ολικής ποιότητας στον τομέα της υγείας

**Μ. Μελετιάδου**

Δείκτες ποιότητας

**Ε. Μαντζάρα**

Ηλεκτρονικός φάκελος

**Γ. Ταμουρίδη**

Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Patient Satisfaction)

**Α.-Μ. Γιούρντα**

Νέες τεχνολογίες στην Ελλάδα της οικονομικής κρίσης: Ανάγκη ή πολυτέλεια

**Ι. Κάσδαγλη**

## Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 10.20-11.15 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Συνδυαστική αντιυπερτασική θεραπεία</b><br><i>Συντονιστής: Α. Κουτσοβασίλης</i><br>Η αναγκαιότητα των συνδυασμών. Αντιμετώπιση πολλαπλών νόσων με ένα χάπι<br><b>Δ. Ρίχτερ</b><br>Συνδυασμοί φαρμάκων σε ασθενείς με οριακή και σοβαρή ΧΝΝ<br><b>Ε. Φουστέρης</b> |         |
| 11.15-11.45 | <b>ΒΡΑΧΕΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Καμαράτος</i><br>ADA 2019: Τι νεότερο;<br><b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b><br>ESC 2018: Τι νεότερο;<br><b>Α. Ράπτης</b>                                                                                                                                 |         |
| 11.45-12.00 | <b>Διάλειμμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |
| 12.00-12.30 | <b>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Ράπτης</i><br>Η εφαρμογή της σύγχρονης τεχνολογίας στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη: αντλίες χορήγησης ινσουλίνης<br><b>Κ. Μαρκάκης</b>                                                                                                            |         |
| 12.30-13.15 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Σακχαρώδης Διαβήτης</b><br><i>Συντονιστής: Μ. Μπενρουμπή</i><br>GLP-1 ή βασική ινσουλίνη ως προσθήκη μετά το 3ο θεραπευτικό βήμα;<br><b>Α. Κουτσοβασίλης</b><br>Δόκιμοι και μη συνδυασμοί στην αντιδιαβητική αγωγή<br><b>Ε. Φουστέρης</b>                         |         |
| 13.15-13.45 | <b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Σελ. 20 |
| 13.45-14.30 | <b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                        | Σελ. 20 |
| 14.30-17.00 | <b>Μεσημβρινή Διακοπή - Ελαφρύ Γεύμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                         |         |

# Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

(Παράλληλη συνεδρία Επαγγελματιών Υγείας - Αίθουσα Πινακοθήκης Κυκλάδων)

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 10.30-12.30 | <b>WORKSHOP</b><br><i>Προεδρείο: Μ. Μελετιάδου</i><br>Διαπολιτισμικότητα: Τόσο ίδιοι, τόσο διαφορετικοί<br><b>Λ. Βαλλιανάτου</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 12.30-13.30 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Έλεγχος και διαχείριση χρόνιων επιπλοκών Σακχαρώδους Διαβήτη</b><br><i>Συντονίστριες: Μ. Μάλιου, Γ. Ζυγούρη</i><br>Μικροαγγειοπάθεια (Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, Διαβητική νεφροπάθεια)<br><b>Ε. Σταματοπούλου</b><br>Διαβητική νευροπάθεια - Διαβητικό πόδι<br><b>Α. Γκρόζου, Ε. Γιάννου</b><br>Μακροαγγειοπάθεια (Στεφανιαία νόσος, Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, Περιφερική αγγειακή νόσος)<br><b>Μ. Μελετιάδου</b> |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17.00-18.00 | <b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ</b><br><i>Προεδρείο: Ι. Χατζηγεωργίου</i><br>Η έναρξη ινσουλινοθεραπείας και τα μετέπειτα βήματα στην πράξη. Κλινικά περιστατικά<br><b>Α. Γανωτοπούλου</b><br>Ασθενής με Διαβήτη και Νεφρική Νόσο. Κλινικά περιστατικά<br><b>Α. Τρικκαλινού</b><br>Ο διαβητικός με περιφερική νευροπάθεια ή/και αρτηριοπάθεια. Από την πρόληψη στη θεραπεία. Κλινικά περιστατικά<br><b>Ε. Κακαβά</b> |
| 18.00-19.00 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Ο διαβήτης στα άκρα: Πόσο ακραία η αντιμετώπιση;</b><br><i>Συντονιστής-Σχολιαστής: Α. Καμαράτος</i><br>Θεραπεία επώδυνης διαβητικής νευροπάθειας<br><b>Β. Λιόση</b><br>Διαβητικό πόδι. Περιστατικά διαβητικού ποδιού<br><b>Ε. Γιάννου, Χ. Κώνστας</b>                                                                                                                                        |
| 19.00-19.30 | <b>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Καμαράτος</i><br>Επιδημιολογικές μελέτες παραγόντων κινδύνου στον Ελληνικό πληθυσμό<br><b>Σ. Μακρυγιάννης</b>                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 19.30-20.30 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Η αρχική προσέγγιση στη διάγνωση και θεραπεία των μεταβολικών νοσημάτων</b><br><i>Συντονιστής: Σ. Λιάτης</i><br>Σακχαρώδης Διαβήτης<br><b>Χ. Λούπα</b><br>Αρτηριακή υπέρταση<br><b>Θ. Παναγιώτου</b><br>Δυσλιπιδαιμία<br><b>Π. Γαβρά</b>                                                                                                                                                     |
| 20.30-21.00 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 21.00-21.30 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 22.00       | <b>Δείπνο</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

08.15-09.15

### ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (20-31)

Προεδρεύει: **Β. Γκιζλής, Ε. Χουρδάκη**

#### 20. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΟΓΩ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

#### 21. ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΟΓΩ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

#### 22. ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *CLOSTRIDIUM SEPTICUM* ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Β. Ανδριανέσης, Κ. Ρέππας, Κωνσταντίνα Χαλμούκου, Ρόζα Κολιογεώργη, Μαρία Μυλωνά

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

#### 23. ΜΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΙΤΙΑ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ

Μ. Κατσαράς<sup>1</sup>, Β. Ανδριανέσης<sup>1</sup>, Σοφία Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Δ. Δημητρούλης<sup>2</sup>, Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, <sup>2</sup>Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

#### 24. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΛΟΓΟ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ

Η. Γεωργόπουλος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Αικατερίνη Τρικκαλινού, Ελευθερία Καγκελάρη, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Παρασκευή Γαβρά, Στυλιανή Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης

Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 25. ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΔΕΙΝΩΣΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ ΣΕ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ. ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΑ, ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΦΥΛΟΥ

Μαρία Ραλλάτου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου,  
Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Γ. Λοΐζος, Π. Λαμπρόπουλος, Π. Τσιάμαλος,  
Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### 26. Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ

Χ. Τσαγκάρης, Α. Καμαράτος, Ν. Σεβδαλής, Εργίνα Συρίγου, Χ. Κώνστας,  
Αριστέα Κατσαρού, Ευγενία Γιάννου, Χριστίνα Μαζιώτη, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

### 27. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Μαρία Παππά,  
Α. Τσακίρης, Όλγα Οικονόμου, Ι. Κουνελάκης, Σοφία Μπουντή,  
Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

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

### 28. ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ

Α. Κουτσοβασίλης<sup>1</sup>, Α. Σωτηρόπουλος<sup>1</sup>, Μαρία Παππά<sup>1</sup>,  
Δέσποινα Παπαδάκη<sup>1</sup>, Μαρία Γερογιάννη<sup>1</sup>, Δήμητρα Ραγιά<sup>1</sup>,  
Όλγα Οικονόμου<sup>1</sup>, Σ. Κατέχης<sup>1</sup>, Κ. Τσελάς<sup>2</sup>, Σ. Μπούσμπουλας<sup>1</sup>, Θ. Πέππας<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά, «Άγιος Παντελεήμων», <sup>2</sup> Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιεράπετρας*

### 29. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ

Κ. Παμπόρης, Η. Γεωργόπουλος, Θ. Δερμάτης, Γ. Λοΐζος, Γ. Κρανιδιώτης,  
Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*



## Κυριακή 16 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|             | <p><b>30. ALPHA FETOPROTEIN ΣΤΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ</b><br/> Μαρία Ραλλάτου, Στυλιανή Παπαντωνίου, Θ. Δερμάτης, Α. Μελιδώνης<br/> <i>Α΄ Παθολογική Κλινική &amp; Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»</i></p> <p><b>31. ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ DEGLUDEC ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΜΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2</b><br/> Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Β. Κορδίνας, Σ. Τσιαγκλής, Π. Γεωργακόπουλος, Ι. Κλόγκερι, Μαρία Γερογιάννη, Ι. Κουνελάκης, Αικατερίνη Κατσαβρία, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας<br/> <i>Γ΄ Παθολογική Κλινική &amp; Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»</i></p> |
| 09.15-10.30 | <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br/> <b>Όταν η Παθολογία συναντά την Καρδιολογία</b><br/> <i>Συντονίστρια: Ε. Μπιλιανού</i><br/> Καρδιοτοξικότητα των ογκολογικών φαρμάκων (έγκαιρη διάγνωση-πρόληψη)<br/> <b>Ε. Μιχαλοπούλου</b><br/> Διαβητική μυοκαρδιοπάθεια: Παθοφυσιολογία, θεραπευτικές παρεμβάσεις.<br/> Είναι τελικά διάκριτη οντότητα;<br/> <b>Σ. Λιάτης</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 10.30-11.15 | <p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br/> <i>Προεδρείο: Α. Ράπτης</i><br/> Βιταμίνη D: Νέα δεδομένα που προσανατολίζουν ότι το όλο ζήτημα τίθεται σε άλλη βάση<br/> <b>Γ. Μπέλλος</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 11.15-11.45 | <p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br/> <i>Προεδρείο: Θ. Παναγιώτου</i><br/> Ιδιαιτερότητες λοιμώξεων στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη<br/> <b>Α. Πεφάνης</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 11.45-12.00 | <p><b>Διάλειμμα</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |

## Κυριακή 16 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |
|-------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 12.00-13.00 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Λάθη και παραλείψεις στα μεταβολικά νοσήματα</b><br><i>Συντονίστρια: Σ. Ηρακλειανού</i><br>Σακχαρώδης Διαβήτης<br><b>Χ. Λούπα</b><br>Αρτηριακή υπέρταση<br><b>Α. Ράπτης</b><br>Δυσλιπιδαιμία<br><b>Α. Τρικκαλινού</b>                                                                                                                                  |         |
| 13.00-13.30 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Σελ. 21 |
| 13.30-14.00 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Σελ. 21 |
| 14.00-17.00 | <b>Μεσημβρινή Διακοπή - Ελαφρύ Γεύμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |
| 17.00-18.30 | <b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b><br><b>Οι νεότερισμαί για τους παράγοντες κινδύνου της Καρδιαγγειακής Νόσου</b><br><i>Συντονίστρια: Ε. Μπιλιανού</i><br>Νεότερα φάρμακα για τη δυσλιπιδαιμία. Θα αλλάξουν τις οδηγίες;<br><b>Γ. Κολοβού</b><br>Οι αλλαγές στις οδηγίες της αρτηριακής υπέρτασης<br><b>Θ. Παναγιώτου</b><br>Νεότερα καπνικά προϊόντα. Τι ξέρουμε γι' αυτά;<br><b>Δ. Ρίχτερ</b> |         |

## Κυριακή 16 Ιουνίου 2019

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 18.30-19.45 | <p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΑΝΤΙΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ</b><br/> <i>Συντονιστής: Θ. Παναγιώτου</i><br/> Κολπική μαρμαρυγή και αντιπηκτική αγωγή<br/> <b>N. Πατσουράκος</b><br/> Αντιπηκτική αγωγή στη στεφανιαία νόσο: Τι σημαίνουν οι νέες μελέτες για την κλινική πράξη;<br/> <b>Δ. Ρίχτερ</b><br/> Αντιαιμοπεταλιακά και αντιπηκτικά σε ασθενή που θα χειρουργηθεί ή θα υποβληθεί σε υψηλού αιμορραγικού κινδύνου επέμβαση<br/> <b>Ε. Τζουγανάτου</b></p> |
| 19.45-20.00 | <b>Διάλειμμα</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 20.00-20.30 | <p><b>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br/> <i>Προεδρείο: Ι. Καραϊτιανός</i><br/> Θεραπευτικές μεταβολικές προκλήσεις στην 3η ηλικία<br/> <b>Σ. Ηρακλειανού</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 20.30-21.00 | <p><b>ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ</b><br/> <i>Προεδρείο: Γ. Αλτουβάς</i><br/> Μελέτες ορόσημα στο ΣΔ και πως διαμόρφωσαν τις θεραπευτικές κατευθύνσεις<br/> <b>Α. Μελιδώνης</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 21.00-21.30 | <p><b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b></p> <p style="text-align: right;">Σελ. 21</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 22.00       | <b>Δείπνο</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |





## ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ



# ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 14 Ιουνίου 2019

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                        |                                                                                           |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20.15-20.45 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Μελιδώνης</i><br>Ντουλαγλουτίδη: Το εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο<br><b>Α. Κουτσοβασίλης</b> |  Σελ. 4 |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|

Σάββατο 15 Ιουνίου 2019

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                  |                                                                                              |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.15-13.45 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Καμαράτος</i><br>Μελέτη DECLARE. Η αξία για τον καθημερινό μας ασθενή<br><b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b>                                |  Σελ. 10   |
| 13.45-14.30 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Σ. Μπακατσέλος</i><br>Ευκολία στην έναρξη και εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας με μία ένεση την ημέρα<br><b>Α. Καμαράτος</b>      |  Σελ. 10   |
| 20.30-21.00 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Ομιλητής-Συντονιστής: Α. Ράπτης</i><br>Η αξία και η διαφοροποίηση της ινσουλίνης glargine 300 U/mL σε σύγκριση με άλλα ανάλογα βασικής ινσουλίνης |  Σελ. 12 |
| 21.00-21.30 | <b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Μελιδώνης</i><br>Αλογλιπτίνη στο Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Πότε και σε ποιους;<br><b>Ι. Ντούπης</b>                                |  Σελ. 12 |

# ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Κυριακή 16 Ιουνίου 2019

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                            |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| 13.00-13.30 | <b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Σ. Ηρακλειανού</i><br>Η ινσουλίνη lispro, 20 χρόνια μετά: Εξελίξεις του 1ου αναλόγου ινσουλίνης με στόχο τη βελτιωμένη εξατομίκευση της θεραπείας<br><b>Ε. Φουστέρης</b>                                                                 |  Σελ. 16 |
| 13.30-14.00 | <b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Καμαράτος</i><br>Εισαγωγή - Χαιρετισμός<br><b>Α. Καμαράτος</b><br>Νεότερα Δεδομένα για τη σιταγλιπτίνη, υπό το πρίσμα των σύγχρονων κατευθυντήριων οδηγιών για τον ασθενή με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2<br><b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b> |  Σελ. 16 |
| 21.00-21.30 | <b>ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b><br><i>Προεδρείο: Α. Ράπτης</i><br>«Ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακό κίνδυνο στην Π.Φ.Υ.». Μύθοι και αλήθειες. Συζήτηση κλινικών περιστατικών<br><b>Σ. Λιάτης</b>                                                                    |  Σελ. 17 |

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

|                         |                                                                                                                               |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Αλτουβάς Γ.</b>      | Βιοπαθολόγος, Ερμούπολη Σύρου                                                                                                 |
| <b>Ασλανίδου Α.</b>     | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΓΝ Σύρος                                                                                                 |
| <b>Βαλλιανάτου Λ.</b>   | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Εκπαιδεύτρια Ενηλίκων, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΓΝ Ε.Ε.Σ.                     |
| <b>Γαβρά Π.</b>         | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής, Νοσοκομείο «METROPOLITAN» |
| <b>Γανωτοπούλου Α.</b>  | Ειδικός Παθολόγος με μετεκπαίδευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»     |
| <b>Γεωργαλή Α.</b>      | Παθολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Παθολογική Κλινική, ΓΝ Σύρου                                                             |
| <b>Γεωργόπουλος Η.</b>  | Ειδικομόμενος Παθολογίας, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                |
| <b>Γακουμή Ε.</b>       | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Υπεύθυνη Στεφανιαίας Μονάδας, ΓΝ Σύρου                                                                   |
| <b>Γιάννου Ε.</b>       | Ποδολόγος - Ποδίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»               |
| <b>Γιούρντα Α.-Μ.</b>   | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»                                                                                            |
| <b>Γκιζλής Β.</b>       | Γενικός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ ΚΥ Μουζακίου, Μετεκπαιδευθείς στον Σακχαρώδη Διαβήτη                                            |
| <b>Γκρόζου Α.</b>       | Επισκέπτρια Υγείας, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»                         |
| <b>Δημητρόπουλος Α.</b> | Υπεύθυνος Παρουσιάσεων, Ξεναγήσεων, Πωλήσεων, Λειτουργίας Βιομηχανικού Μουσείου Ερμούπολης και Μουσείων Άνω Σύρου             |
| <b>Δήμου Ν.</b>         | Συγγραφέας                                                                                                                    |
| <b>Ευκαρπίδης Α.</b>    | Νοσηλεύτης, MSc, Δημόσια Υγεία και Διοίκηση, Υποδιευθυντής Χειρουργικού Τομέα, ΓΝ Σύρου                                       |
| <b>Ζυγούρη Γ.</b>       | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Μονάδα εμφραγμάτων, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»                                                               |
| <b>Ηρακλειανού Σ.</b>   | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια, Γ΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»          |
| <b>Καγκελάρη Ε.</b>     | Ειδικός Παθολόγος                                                                                                             |
| <b>Κακαβά Ε.</b>        | MD, Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη                                                                           |
| <b>Καμαράτος Α.</b>     | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                    |



## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Καραϊτιανός Ι.</b>   | Αμ. Επίκ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών,<br>τ. Αναπλ. Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Παρισίων P. et M. Curie,<br>Συντονιστής Διευθυντής Ογκολογικής Χειρουργικής Κλινικής και Πρόεδρος<br>Επιστημονικού Συμβουλίου Αντικαρκινικού Ογκολογικού Νοσοκομείου<br>«Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Χειρουργικής<br>Ογκολογίας, Πρόεδρος Ελληνικής Γεροντολογικής και Γηριατρικής Εταιρείας,<br>Πρόεδρος Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Εκδότης Περιοδικών «Ιατρική» και<br>«Hellenic Surgical Oncology» |
| <b>Καραταπάνης Σ.</b>   | Παθολόγος - Ηπατολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής<br>Κλινικής, ΓΝ Ρόδου                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Κάσδαγλη Ι.</b>      | Marketing Manager                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Κολοβού Γ.</b>       | Καρδιολόγος, Διευθύντρια Α΄ Καρδιολογικής Κλινικής, Υπεύθυνη<br>Λιπιδαιμικού Ιατρείου, Καρδιοχειρουργικό Κέντρο «ΩΝΑΣΕΙΟ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Κουτσοβασίλης Α.</b> | MD, MSc, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογικό<br>Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, ΓΝ Νίκαιας-<br>Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Κώνστας Χ.</b>       | Φυσιοθεραπευτής, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,<br>Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Λιάτης Σ.</b>        | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παν/μιακή<br>Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Λιόση Β.</b>         | Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευόμενη Διαβητολόγος,<br>Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <b>Λούπα Χ.</b>         | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη - Λοιμωξιολόγος,<br>Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού<br>«Δ. Βογιατζόγλου», ΓΝΑ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Μακρυγιάννης Σ.</b>  | MD, PhD, FESC Επεμβατικός Καρδιολόγος, Α΄ Καρδιολογική Κλινική,<br>ΔΘΚΑ «ΥΓΕΙΑ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Μαντζάρα Ε.</b>      | Αντιπλοίαρχος (ΥΝ), RN, MSc, Εκπαιδύτρια ERC, Νοσηλεύτρια,<br>Αναπλ. Προϊσταμένη ΜΕΘ, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Μαρκάκης Κ.</b>      | MD, PhD, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Παν/μιακό<br>ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <b>Μελετιάδου Μ.</b>    | Νοσηλεύτρια TE, RNM, MSc, BLS, ILS, Instructor ERC, Προϊσταμένη<br>Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου & Μονάδας Εμφραγμάτων, ΓΝ Πειραιά<br>«ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

|                             |                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Μελιδώνης Α.</b>         | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής - Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ                                           |
| <b>Μιχαλοπούλου Ε.</b>      | Διευθύντρια ΕΣΥ, Καρδιολογική Κλινική, ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»                                                                                                                               |
| <b>Μπακατσέλος Σ.</b>       | Παθολόγος, Διδάκτωρ Διαβητολογίας ΑΠΘ, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΘ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»                                                                           |
| <b>Μπάλιου Μ.</b>           | Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΓΝ Σύρος                                                                                                                                                      |
| <b>Μπέλλος Γ.</b>           | PhD, MRCP, ΜΕΡΜΑ, Διευθυντής Συντονιστής ΚΥ - ΠΕΔΥ Κορωπίου Αττικής, τ. Γενικός Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικών Ιατρών Αττικής                                       |
| <b>Μπενρουμπή Μ.</b>        | Παθολόγος, Επιστ. Συνεργάτης, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών                                                                                                                                 |
| <b>Μπιλιανού Ε.</b>         | Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Καρδιολογικό Τμήμα, Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                 |
| <b>Νικολάου Α.</b>          | Γεν. Ιατρός με μετεκπαίδευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                |
| <b>Ντούνης Ι.</b>           | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτικό Νοσοκομείο Ναυστάθμου Σαλαμίνας |
| <b>Ξάνθης Α.</b>            | Ειδικός Παθολόγος                                                                                                                                                                  |
| <b>Παναγιώτου Θ.</b>        | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών                                                                                                            |
| <b>Παπαζαφειροπούλου Α.</b> | Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                    |
| <b>Πατσουράκος Ν.</b>       | Καρδιολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ, Υπεύθυνος Μονάδας Εμφραγμάτων Καρδιολογικού Τμήματος, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                         |
| <b>Πεφάνης Α.</b>           | Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, ΓΝΝΘΑ «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»                                                                                          |
| <b>Πρεκατές Θ.</b>          | Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                                                   |

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

|                         |                                                                                                                                                                                       |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Ράπτης Α.</b>        | Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»                          |
| <b>Ρίχτερ Δ.</b>        | Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Β΄ Καρδιολογικής Κλινικής, «ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ» Αθηνών                                                                                               |
| <b>Σιαφάκα Ι.</b>       | MD, PhD, Καθηγήτρια Αναισθησιολογίας & Θεραπείας Πόνου, Διευθύντρια Α΄ Αναισθησιολογικής Κλινικής - Κέντρου Πόνου & Παρηγορικής Αγωγής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Παν/μιακό ΓΝΑ «ΑΡΕΤΑΙΕΙΟ» |
| <b>Σταματοπούλου Ε.</b> | Νοσηλεύτρια MSc, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»                                                                                                                      |
| <b>Ταμουρίδη Γ.</b>     | Νοσηλεύτρια, ΓΝ Ελευσίνας «ΘΡΙΑΣΙΟ»                                                                                                                                                   |
| <b>Τζουγανάτου Ε.</b>   | MD, Ειδικευόμενη Παθολογίας, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                              |
| <b>Τρικκαλινού Α.</b>   | Παθολόγος, Εξειδικευόμενη Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                    |
| <b>Τσιλιβίγκου Μ.</b>   | Νεφρολόγος, Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                          |
| <b>Φουστέρης Ε.</b>     | Παθολόγος με μετεκπαίδευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Ιατρικός Διευθυντής MEDOC                                   |
| <b>Χατζηγεωργίου Ι.</b> | Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, ΓΝ Σύρου                                                                                                                                                   |
| <b>Χελιώτη Ε.</b>       | Νεφρολόγος, Επιμελήτρια Α΄, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                                   |
| <b>Χουρδάκη Ε.</b>      | Ειδική Παθολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                                                      |

# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## Οργάνωση

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

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα • [www.ekomenet.net](http://www.ekomenet.net)

**Δρ Α. Μελιδώνης**, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πρόεδρος Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

## Τόπος και χρόνος Συνεδρίου

Το **2ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2019: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο «HERMES» από 14 έως 16 Ιουνίου 2019.

## Γραμματεία Συνεδρίου

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

**Congress World Μονοπρόσωπη ΙΚΕ**

 Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025,  210 72 10051

## 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 παρουσίασής τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα.

## Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το συνέδριο αξιολογήθηκε με **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.

## 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.



## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ



**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ GLP-1 ΣΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΣΥΣΤΟΛΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ 24ΩΡΗΣ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ DIPPING ΕΝΑΝΤΙ NON-DIPPING**

Λουίζα Μπούμπη, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος,  
Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Ι. Νάκος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι η λιραγλουτίδη εκτός από την αντιυπεργλυκαιμική δράση της παρουσιάζει ευνοϊκό προφίλ όσον αφορά τη μείωση σωματικού βάρους καθώς και της αρτηριακής πίεσης (ΑΠ). Συγκεκριμένα, έχει βρεθεί ότι η λιραγλουτίδη μειώνει τη συστολική (ΣΑΠ) και σε μικρότερη έκταση τη διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), γεγονός που εν μέρει αποδίδεται στη νεφρική αποβολή νατρίου. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης είναι να αξιολογηθεί η επίδραση της λιραγλουτίδης στην 24ωρη καταγραφή της ΑΠ και του καρδιακού ρυθμού σε ασθενείς με ανεπαρκώς ελεγχόμενο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) (HbA1c 7-10%).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 42 ασθενείς (20 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $60,6 \pm 9,4$  έτη, HbA1c  $8,5 \pm 1,1\%$ , δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $37,1 \pm 5,3$  Kg/m<sup>2</sup>, διάρκεια ΣΔτ2  $10,1 \pm 4,3$ . Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εξέταση, εργαστηριακό έλεγχο και καταγραφή της ΑΠ τόσο κατά την ένταξη τους στη μελέτη όσο και τρεις μήνες μετά την έναρξη αγωγής με λιραγλουτίδη (η λοιπή αντιδιαβητική αγωγή διατηρήθηκε σταθερή κατά τη διάρκεια της μελέτης).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η μέση τιμή της ημερήσιας ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα:  $128,0 \pm 11,2$  mm Hg και  $77,2 \pm 11,0$  mm Hg. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της λιραγλουτίδης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής:  $124,0 \pm 7,8$  mm Hg ( $P=0,26$ ) και  $73,5 \pm 7,8$  mm Hg ( $P=0,05$ ). Όσον αφορά τη νυχτερινή καταγραφή της ΑΠ, η μέση τιμή της ΣΑΠ και της ΔΑΠ ήταν αντίστοιχα:  $127,5 \pm 12,6$  mm Hg και  $73,7 \pm 14,2$  mm Hg κατά την έναρξη της μελέτης. Τρεις μήνες μετά την έναρξη της λιραγλουτίδης οι παραπάνω τιμές είχαν ως εξής:  $118,6 \pm 11,1$  mm Hg ( $P=0,009$ ) και  $68,1 \pm 9,8$  mm Hg ( $P=0,009$ ). Όσον αφορά τη μέση τιμή της μέσης ΑΠ η μεταβολή που παρατηρήθηκε ήταν  $99,5 \pm 9,9$  (μήνας 0) έναντι  $93,2 \pm 6,1$  mm Hg ( $P=0,02$ ). Για την πίεση παλμού οι αντίστοιχες τιμές ήταν:  $53,9 \pm 8,6$  (μήνας 0) έναντι  $50,6 \pm 11,2$  mm Hg (μήνας 3) ( $P=0,14$ ) και για τον καρδιακό ρυθμό:  $75,9 \pm 10,1$  (μήνας 0) έναντι  $77,8 \pm 14,3$  bpm (μήνας 3) ( $P=0,36$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Με βάση την 24ωρη καταγραφή της ΑΠ η θεραπεία με λιραγλουτίδη είχε ευνοϊκή επίδραση στη ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της ημέρας και στη ΣΑΠ και ΔΑΠ κατά τη διάρκεια της νύχτας, εύρημα ιδιαίτερα σημαντικό στα άτομα με ΣΔτ2. Αντίθετα, δεν παρατηρήθηκε καμία επίδραση στον καρδιακό ρυθμό παρά τα υπάρχοντα βιβλιογραφικά δεδομένα.

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

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Δήμητρα Ραγιά, Ι. Κλόγκερι, Β. Κορδίνας, Σοφία Μπουντή, Αικατερίνη Κατσαβρία, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Η αντλία ινσουλίνης αποτελεί έναν σύγχρονο τρόπο ρύθμισης των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Εξέλιξη στη ρύθμιση και στη χρήση των αντλιών ινσουλίνης αποτελεί η χρήση λογισμικών τα οποία δημιουργούν ένα κλειστό κύκλωμα μεταξύ αντλίας και αισθητήρα μέτρησης της γλυκόζης το οποίο λειτουργεί ανεξάρτητα αυξομειώνοντας τη χορήγηση ινσουλίνης. Ένα τέτοιο σύστημα είναι το OpenAps (Open Artificial Pancreas System) το οποίο ολοκληρώνει και κλείνει το σύστημα αντλίας-αισθητήρα γλυκόζης. Σκοπός της μελέτης η συσχέτιση ενός κλειστού ανεξάρτητου συστήματος χορήγησης ινσουλίνης, με τη χρήση του συστήματος OpenAps με τη γλυκαιμική ρύθμιση ατόμων με ΣΔτ1.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 24 ασθενείς με ΣΔτ1 οι οποίοι έφεραν αντλία ινσουλίνης. 11 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα με τη χρήση του OpenAps και 13 παρέμειναν σε αντλία ινσουλίνης χωρίς τη χρήση του OpenAps. Έγινε καταγραφή δεικτών γλυκαιμικής ρύθμισης (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις  $12 \pm 1$  και  $24 \pm 1$  εβδομάδες. Επίσης έγινε καταγραφή και των υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα άτομα που χρησιμοποίησαν το OpenAps παρουσίασαν μεγάλη μείωση της HbA1c στους 3 και 6 μήνες σε σχέση με την HbA1c πριν την έναρξη της μελέτης ( $7,70 \pm 1,14$  vs  $6,85 \pm 1,17$  vs  $6,63 \pm 1,05$ ,  $p < 0,001$ ). Δεν διαπιστώθηκε ανάλογη μείωση της HbA1c στην άλλη ομάδα ( $7,78 \pm 1,12$  vs  $7,44 \pm 1,18$  vs  $7,21 \pm 1,09$ ,  $p = 0,058$ ). Ανάλογα μεγάλη μείωση στη γλυκόζη νηστείας στην ομάδα του OpenAps ( $154,14 \pm 26,17$  vs  $128,33 \pm 21,41$  vs  $117,74 \pm 8,73$ ,  $p = 0,010$ ), ενώ στην ομάδα των αντλιών χωρίς το OpenAps η μείωση δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $p = 0,112$ ). Στατιστικά καλύτερες τιμές προγευματικά με το OpenAps ( $p < 0,001$ ), μεταγευματικά ( $p < 0,0001$ ) και προ του ύπνου ( $p = 0,016$ ). Πριν την έναρξη όλοι οι συμμετέχοντες παρουσίασαν τουλάχιστον ένα επεισόδιο υπογλυκαιμίας τον τελευταίο μήνα, ενώ μετά τους 3 μήνες κανένα άτομο στην ομάδα του OpenAps δεν παρουσίασε υπογλυκαιμίες, ενώ αυτά που δεν χρησιμοποίησαν το σύστημα συνέχισαν να παρουσιάζουν υπογλυκαιμίες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση κλειστού κυκλώματος σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAps οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες υπογλυκαιμίες και μικρότερη ημερήσια διακύμανση της γλυκόζης σε σύγκριση με τη χρήση αντλίας ινσουλίνης χωρίς τη χρήση ανάλογου συστήματος. Σε παγκόσμιο επίπεδο η χρήση ενός τέτοιου συστήματος εφαρμόζεται σε αρκετούς ασθενείς με σημαντική διαφοροποίηση από τη χρήση αντλιών χωρίς τη λειτουργία ενός τέτοιου λογισμικού.



**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΩΝ ΤΗΣ ΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΙΚΗΣ ΛΙΠΑΣΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΕΤΑΓΕΥΜΑΤΙΚΗ ΥΠΕΡΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΑΙΜΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Π. Γαβρά<sup>1</sup>, Σ. Ηρακλειανού<sup>1</sup>, Γ. Κολοβού<sup>3</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Β. Κολοβού<sup>3</sup>, Α. Χαλικιά<sup>1</sup>, Κ. Αναγνωστοπούλου<sup>1</sup>, Ε. Μπουτάτη<sup>2</sup>, Γ. Δημητριάδης<sup>2</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά, <sup>2</sup> Β' Προπαιδευτική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>3</sup> Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαιμία αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Στη μεταγευματική κάθαρση των τριγλυκεριδίων παίζει σημαντικό ρόλο μεταξύ άλλων παραγόντων η ποσότητα της ενεργού λιποπρωτεϊνικής λιπάσης καθώς και ορισμένες γενετικές ιδιαιτερότητες της. Μελετήσαμε τη σχέση των αλληλίων Χ και S του πολυμορφισμού S447X της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης με τη μεταγευματική κάθαρση των τριγλυκεριδίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 51 άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υπό αγωγή με δισκία, καλή γλυκαιμική ρύθμιση ( $HbA_{1c} < 7\%$ ), BMI  $< 30 \text{ Kg/m}^2$ , χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου και φυσιολογικά τριγλυκερίδια νηστείας, χωρίς να λαμβάνουν υπολιπιδαιμική αγωγή. Η ομάδα αυτή υποβλήθηκε σε δοκιμασία ανοχής λίπους. Προσδιορίστηκαν τα επίπεδα των τριγλυκεριδίων νηστείας 2, 4, 6 και 8 ώρες μετά την κατανάλωση λιπαρού γεύματος. Ταυτόχρονα έγινε μοριακή ανίχνευση του πολυμορφισμού S447X της λιποπρωτεϊνικής λιπάσης στα υπό εξέταση άτομα. Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η δοκιμασία Mann Whitney U και η δοκιμασία πολλαπλής παλινδρόμησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη 65,3% είχε γονότυπο SS και 34,7% SX. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης πολλαπλής παλινδρόμησης με την TG-AUC ως εξαρτημένη μεταβλητή έδειξαν πως τόσο το αλληλίο S όσο και το Χ δεν σχετίζονται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις τιμές των τριγλυκεριδίων μεταγευματικά στο ολικό δείγμα. (S vs X, συντελεστής συσχέτισης:  $-0,018$ , σταθερό σφάλμα:  $154.640$ ,  $p: 0,907$ ). Στην ομάδα των ατόμων με τη θετική καμπύλη (μεταγευματική υπερτριγλυκεριδαιμία) υπήρχε μια τάση συσχέτισης του S αλληλόμορφου με την TG-AUC (S vs X, συντελεστής συσχέτισης:  $0,338$ , σταθερό σφάλμα:  $172.165$ ,  $p: 0,07$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πολυμορφισμός S447X δεν σχετίζεται με τη μεταγευματική κατανομή των τριγλυκεριδίων μετά από τη δοκιμασία λιπαρού γεύματος. Φάνηκε μια τάση συσχέτισης του αλληλόμορφου S με τη μεταγευματική κατανομή των τριγλυκεριδίων, στην ομάδα των ατόμων με τη θετική καμπύλη.



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

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο (ΑΕΕ) είναι από τις σημαντικότερες αιτίες ανικανότητας και θανάτου στις αναπτυγμένες χώρες.

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσης μελέτης ήταν η ανάλυση της επίδρασης της υπεργλυκαιμίας κατά την εισαγωγή στη βραχυπρόθεσμη έκβαση του ΑΕΕ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 105 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν ένεκα ΑΕΕ στη διάρκεια 2 ετών. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία εγκεφάλου, έγινε καταγραφή του σακχάρου αίματος εισαγωγής, ενώ η βαρύτητα του ΑΕΕ αξιολογήθηκε με βάση την Scandinavian Stroke Scale (SSS).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 105 ασθενείς οι 62 (59,04%) παρουσίαζαν υπεργλυκαιμία, κατά την εισαγωγή, ενώ σε 43 (40,96%) δεν ανεδείχθη υπεργλυκαιμία, χωρίς να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ( $p=0,688$ ). Οι ασθενείς με την υπεργλυκαιμία ήταν μεγαλύτερης ηλικίας ( $82,21 \pm 8,91$  έναντι  $78,90 \pm 11,12$  έτη,  $p=0,402$ ) και παρουσίαζαν μεγαλύτερο χρόνο νοσηλείας ( $5,96 \pm 4,97$  έναντι  $4,01 \pm 2,35$  ημέρες,  $p=0,169$ ) χωρίς να υπάρχει όμως στατιστικά σημαντική διαφορά. Οι ασθενείς με βαρύτερη κλινική εικόνα ( $SSS < 25$ ) παρουσίαζαν σε υψηλότερη συχνότητα αυξημένες τιμές σακχάρου κατά την εισαγωγή ( $p=0,016$ ). Από τους 105 ασθενείς 16 (15,2%) απεβίωσαν κατά τις πρώτες 30 ημέρες μετά το ΑΕΕ. Από τους ασθενείς που απεβίωσαν το 59,04% παρουσίαζε υπεργλυκαιμία κατά την εισαγωγή έναντι του 40,96% που είχε φυσιολογικές τιμές σακχάρου αίματος ( $p=0,018$ ).

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

**Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΑΓΩΓΙΜΟΤΗΤΑΣ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ**

Αικατερίνη Τρικκαλινού, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελένη Ξουργιά, Στυλιανή Παπαντωνίου, Στυλιανή Μπακογιάννη, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η διαβητική νευροπάθεια (ΔΝ) αποτελεί συχνή επιπλοκή που υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Το α-λιποϊκό οξύ είναι ένα ισχυρό αντιοξειδωτικό η χορήγηση του οποίου έχει συνδεθεί με βελτίωση των συμπτωμάτων της ΔΝ. Σκοπός, συνεπώς, της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης του α-λιποϊκού οξέος στην ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου σε δείγμα ασθενών με ΣΔτ2 και ΔΝ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 32 ασθενείς (12 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $67,9 \pm 8,6$  έτη,  $HbA1c$   $7,1 \pm 1,0\%$ , δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ)  $30,7 \pm 11,2$  Kg/m<sup>2</sup>, διάρκεια ΣΔτ2  $14,1 \pm 5,3$ . Το 72,7% των ατόμων της μελέτης λάμβανε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και το 26,5% ινσουλινοθεραπεία. Όλοι οι ασθενείς της μελέτης υποβλήθηκαν σε πλήρη κλινική εξέταση και μελέτη της ταχύτητας αγωγιμότητας με τη συσκευή NCstat DPNcheck στους 0 και 2 μήνες, ενώ ελήφθη δείγμα αίματος σε κατάσταση νηστείας κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη. Επίσης, υπολογίστηκαν ο δείκτης συμπτωμάτων νευροπάθειας (ΔΣΝ) και ο Δείκτης Νευρολογικής Ανικανότητας (ΔΝΑ) στους 0 και 2 μήνες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη οι τιμές της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου (sural nerve conduction velocity, SNCV) και το εύρος αισθητικού δυναμικού (amplitude, SNAP) ήταν  $3,3 \pm 1,5$  m/s και  $45,5 \pm 17,6$  μV, αντίστοιχα. Μετά από 2 μήνες οι τιμές της ταχύτητας αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου (sural nerve conduction velocity, SNCV) και το εύρος αισθητικού δυναμικού (amplitude, SNAP) ήταν  $4,1 \pm 1,6$  m/s και  $41,1 \pm 16,0$  μV, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ 0 και 2 μηνών για την ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου και το εύρος αισθητικού δυναμικού. Κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη η τιμή του ΔΣΝ και του ΔΝΑ ήταν αντίστοιχα:  $8,6 \pm 2,7$  και  $5,4 \pm 1,2$ . Μετά από 2 μήνες η τιμή του ΔΣΝ και του ΔΝΑ ήταν αντίστοιχα:  $5,6 \pm 2,1$  και  $5,5 \pm 1,1$ . Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε μόνο για το ΔΣΝ ( $P=0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η χορήγηση α-λιποϊκού οξέος σε ασθενείς με ΣΔτ2 και ΔΝ δεν επηρέασε την ταχύτητα αγωγιμότητας του γαστροκνημίου νεύρου και το εύρος αισθητικού δυναμικού. Αντίθετα, συνδυάστηκε με βελτίωση του ΔΣΝ.

**REAL WORLD ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟΝ ΡΥΘΜΟ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΗΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ**

Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Ι. Νάκος, Κωνσταντίνη Αναγνωστοπούλου, Στυλιανή Ηρακλειανού, Αικατερίνη Σερέτη, Ι. Πρωτοψάλτης, Α. Μελιδώνης

*<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»,  
<sup>2</sup>Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι τόσο η ηλικία όσο και ο ρυθμός σπειραματικής διήθησης αποτελούν βασικούς παράγοντες στην επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής.

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση στην κλινική πράξη των αντιδιαβητικών αγωγών που λαμβάνονται σε σχέση με την ηλικία (άνω ή κάτω των 65 ετών) και τον ρυθμό σπειραματικής διήθησης ( $>$  ή  $<60$  ml/min).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 230 ασθενείς (125 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $64,8 \pm 7,5$  έτη,  $HbA_{1c}$   $7,4 \pm 1,7\%$ , διάρκεια ΣΔτ2  $12,8 \pm 3,8$  που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και έγινε υπολογισμός του ρυθμού σπειραματικής διήθησης σύμφωνα με τον τύπο MDRD.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 29,9% των ατόμων της μελέτης ήταν ηλικίας άνω των 65 ετών και το 26,1% είχε ρυθμό σπειραματικής  $<60$  ml/min. Στα άτομα ηλικίας  $\geq 65$  ετών η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: το σύνολο τους ελάμβανε μετφορμίνη, 16,3% σουλφονουλουρίες, 34,9% αναστολείς DPP-4, 11,6% αγωνιστές GLP-1, 16,3% αναστολείς SGLT2 και 16,3% βασική ινσουλίνη. Στα άτομα ηλικίας  $<65$  ετών η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 95% ελάμβανε μετφορμίνη, 27,7% σουλφονουλουρίες, 58,4% αναστολείς DPP-4, 4% αγωνιστές GLP-1, 5,9% αναστολείς SGLT2, 4% γλινίδες, 2% γλιταζόνες και 16,8% βασική ινσουλίνη. Στατιστικά σημαντική ήταν η διαφορά που αφορούσε τους αναστολείς DPP-4 ( $P=0,01$ ) και τους αναστολείς SGLT2 ( $P=0,05$ ). Στα άτομα με ρυθμό σπειραματικής διήθησης  $\leq 60$  ml/min η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 97,3% ελάμβανε μετφορμίνη, 24,3% σουλφονουλουρίες, 48,6% αναστολείς DPP-4, 10,8% αγωνιστές GLP-1, 7,3% αναστολείς SGLT2, 5,4% γλινίδες, 2,7% γλιταζόνες και 18,9% βασική ινσουλίνη. Στα άτομα με ρυθμό σπειραματικής διήθησης  $>60$  ml/min η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 96,2% ελάμβανε μετφορμίνη, 24,8% σουλφονουλουρίες, 52,4% αναστολείς DPP-4, 4,8% αγωνιστές GLP-1, 6,7% αναστολείς SGLT2, 1,9% γλινίδες, 1% γλιταζόνες και 16,2% βασική ινσουλίνη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τους τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή με βάση το ηλικιακό όριο των 65 ετών. Αντίθετα, η νεφρική λειτουργία δεν φαίνεται να σχετίζεται με σημαντικές διαφορές όσον αφορά την επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής καθώς οι σύγχρονες αγωγές παρέχουν τη δυνατότητα τροποποίησης της δοσολογίας ανάλογα με τα επίπεδα του ρυθμού σπειραματικής διήθησης.

**ΜΟΥΚΟΡΜΥΚΩΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΥΕΛΟΔΥΣΠΛΑΣΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μουκορμύκωση αποτελεί ευκαιριακή λοίμωξη κυρίως ανοσοκατεσταλμένων ασθενών.

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσης εργασίας ήταν η παρουσίαση περιστατικού ρινοκοχχοτραχηλικής μουκορμύκωσης σε ασθενή με μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο και διαβήτη τύπου 2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής ηλικίας 78 ετών με ιστορικό μυελοδυσπλαστικού συνδρόμου από 4ετίας και ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη τύπου 2 από 9ετίας, προσήλθε αναφέροντας υψηλό πυρετό από 24ώρου. Από το ιστορικό της ανέφερε επανειλημμένες αντιβιοτικές θεραπείες λόγω συχνών λοιμώξεων καθώς και προφυλακτική χορήγηση φλουконаζόλης. Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκε εμφανής εστία λοίμωξης. Ο εργαστηριακό έλεγχος ανέδειξε ουδετεροπενία. Η ασθενής τέθηκε εμπειρικά σε πιπερακιλλίνη/ταζομπακτάμη και αμικασίνη. Το 3ο 24ωρο παρατηρήθηκε νεκρωτική εσχάρα στην αριστερή ρινική κοιλία και στη μαλακή υπερώα. Ελήφθησαν καλλιέργειες ιστού για μύκητες που ανεδείχθησαν θετικές για μουκορμύκητα. Η αξονική τομογραφία προσωπικού κρανίου ανέδειξε οστικό έλλειμμα σκληρής υπερώας και θολερότητα υποδόριου λίπους αριστερού οφθαλμικού κόγχου και ρινός. Η ασθενής τέθηκε σε αντιμυκητιασική αγωγή με αμφοτερικίνη Β και ακολούθησε εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός. Παρά τη συντηρητική αντιμετώπιση, η ασθενής απεβίωσε.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ρινοκοχχοτραχηλική μουκορμύκωση οφείλεται στον *Rhizopus oryzae*, έναν μύκητα που ενδέχεται να προκαλέσει ευκαιριακές λοιμώξεις σε ασθενείς με διαβήτη, αιματολογικές κακοήθειες, μεταμόσχευση, χρόνια κορτιζονοθεραπεία, υπερφόρτωση σιδήρου ή AIDS. Η προφυλακτική χορήγηση αντιμυκητιασικών και οι επανειλημμένες χορηγήσεις αντιβιοτικής αγωγής αυξάνουν την πιθανότητα προσβολής. Η αντιμετώπιση της βασίζεται στη συνδυασμένη θεραπεία με αμφοτερικίνη Β, χειρουργικό καθαρισμό και επιθετική αντιμετώπιση του προδιαθεσικού παράγοντα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η μουκορμύκωση αποτελεί θανατηφόρο επιπλοκή στις προαναφερθείσες ομάδες ασθενών. Η ανάγκη έγκαιρης αναγνώρισης της, ειδικά παρουσία ενός ή περισσότερων προδιαθεσικών παραγόντων είναι επιτακτική.

**ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΥΠΟ ΟΛΑΝΖΑΠΙΝΗ**

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**ΣΚΟΠΟΣ** της εργασίας ήταν η παρουσίαση περιστατικού διαβητικής κετοξέωσης σε μη διαβητικό ασθενή, που ελάμβανε ολανζαπίνη, λόγω χρόνιας ψυχωσικής συνδρομής.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 26 ετών με ιστορικό ψυχωσικής συνδρομής υπό αγωγή με ολανζαπίνη 10 mg ημερησίως, χωρίς οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη και χωρίς εργαστηριακή ένδειξη σακχαρώδους διαβήτη σε προηγούμενο έλεγχο. Προσεκομίσθη υπνηλικός με έντονη αδυναμία-καταβολή, επιγαστραλγία και τροφώδεις εμετούς. Εκ της αντικειμενικής εξέτασης ανεδείχθησαν έντονη αφυδάτωση, ταχύπνοια, ευαισθησία στο επιγάστριο. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανεδείχθησαν αυξημένη τιμή σακχάρου αίματος (gluc=496 mg/dL), οξέωση: (PH=7,22, HCO<sub>3</sub>=123,4), WBC=13400/mm<sup>3</sup> (poly=65%, lympho=26%, mono=8%), PLT=96.000/mm<sup>3</sup>, ουρία=99 mg/dL, Cr=2,1 mg/dL, Na=159 mmol/L, K=4,6 mmol/L, TRG=385 mmol/dL. Οι κετόνες ορού και ούρων ήταν θετικές.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, ινσουλίνης, γαστροπροστασία και διακοπή της ολανζαπίνης. Η μεταβολική αποκατάσταση επήλθε μετά πενθημέρου, ενώ 2 ημέρες αργότερα ο ασθενής ήταν σε άριστη γενική κατάσταση. Εξήλθε μετά από 11 ημέρη νοσηλεία με οδηγίες για χορήγηση βασικής ινσουλίνης μια φορά ημερησίως και υπερταχείας ινσουλίνης στα γεύματα, δίαιτα διαβήτη και παρακολούθηση στο τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ολανζαπίνη χρησιμοποιείται συχνότατα στις θεραπευτικές ψυχιατρικές οδηγίες. Η εμφάνιση όμως, σακχαρώδους διαβήτη, ακόμα και με μορφή διαβητικής κετοξέωσης, πρέπει να εγείρει υποψίες στον κλινικό ιατρό ότι μπορεί να αποτελεί επιπλοκή της αγωγής με ολανζαπίνη.

**Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2**

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

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

**ΣΚΟΠΟΣ** της μελέτης ήταν ο καθορισμός του επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη έλαβαν μέρος 286 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι απάντησαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με σκοπό την καταγραφή κοινωνικο-οικονομικών χαρακτηριστικών, δημογραφικών παραγόντων, σωματομετρικών χαρακτηριστικών καθώς και των χρόνιων επιπλοκών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 286 ασθενείς της μελέτης ηλικίας  $71,87 \pm 13,79$  έτη τουλάχιστον μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζαν 165 (57,6%) ασθενείς. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 124 (43,3%) ασθενείς και μικροαγγειακές 119 (41,61%) ασθενείς. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλοαγγειακής νόσου, νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και διαβητικού ποδιού ήταν: 26,9%, 15,7%, 20,9%, 12,9%, 18,8%, 3,8% αντίστοιχα. Στατιστικά σημαντικοί παράγοντες ήταν η ηλικία ( $p=0,022$ ), η διάρκεια του ΣΔτ2 ( $p=0,016$ ), το κάπνισμα ( $p=0,004$ ), το φύλο ( $p=0,033$ ), η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης ( $p=0,048$ ) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ( $p=0,010$ ). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν στατιστικά την επίδραση τους είναι η διάρκεια του ΣΔτ2 ( $p=0,012$ ), το κάπνισμα ( $p=0,015$ ) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ( $p=0,045$ ).

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

**ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ**

Η. Γεωργόπουλος, Χριστίνα Παπαδήμα, Δήμητρα Τσακίρη, Ι. Χατζηγεωργίου,  
Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

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

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της κοιλιακής παχυσαρκίας και του σακχαρώδη διαβήτη στη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών με λοίμωξη αναπνευστικού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη αυτή εντάχθηκαν 123 νοσηλευόμενοι ασθενείς ένεκα λοίμωξης κατωτέρου αναπνευστικού στη διάρκεια 6 μηνών. Καταγράφηκαν οι μεταβολικοί παράγοντες κινδύνου καθώς και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν  $4,70 \pm 1,40$  ημέρες. Το 39% των ανδρών και το 17% των γυναικών παρουσίαζαν σακχαρώδη διαβήτη ( $p=0,027$ ). Υπέρβαροι ή παχύσαρκοι ήταν το 78,8% των ασθενών, ενώ παθολογική περίμετρο μέσης παρουσίαζε το 75,6% των ασθενών με τους άνδρες να υπερτερούν σημαντικά ( $p=0,019$ ). Υψηλότερη συννοσηρότητα (περισσότερα από 2 χρόνια νοσήματα) στους άνδρες ( $p=0,032$ ). Χρόνια αναπνευστική νόσο παρουσίαζε το 14,6% των ασθενών. Οι παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν σημαντικά τη διάρκεια νοσηλείας είναι η ηλικία ( $OR=1,09$ ,  $CI: 1,06-2,89$ ,  $p=0,027$ ), ο σακχαρώδης διαβήτης ( $OR=1,22$ ,  $CI: 1,12-2,94$ ,  $p=0,001$ ), η αυξημένη περίμετρος μέσης ( $OR=1,16$ ,  $CI: 1,06-3,18$ ,  $p=0,045$ ) και η παρουσία χρόνιας αναπνευστικής νόσου ( $OR=1,33$ ,  $CI: 1,13-2,86$ ,  $p<0,001$ ).

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

**ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΠΩΝ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ: ΜΙΑ ΕΞΑΜΗΝΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ**

Χ. Σιαφαρίκας, Β. Ανδριανέσης, Αγγελική Γεωργοπούλου, Δ. Μπαρουξής,  
Μαρία Μυλωνά

*Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Για τους νοσηλευόμενους ασθενείς μιας παθολογικής κλινικής, η καρδιακή ανακοπή (ΚΑ) δεν αποτελεί ένα απρόβλεπτο και αιφνίδιο φαινόμενο. Προηγείται χρονική περίοδος επιδείνωσης των ζωτικών σημείων με ταυτόχρονη προοδευτική επιδείνωση των λειτουργιών τους. Ο ρυθμός ανακοπής σε αυτούς τους ασθενείς είναι συνήθως μη απινιδώσιμος και το ποσοστό επιβίωσης είναι λιγότερο από 20%, ενώ το 8% εξέρχεται από το νοσοκομείο με καλή νευρολογική εικόνα, όταν πραγματοποιείται ποιοτική και έγκαιρη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση (ΚΑΑ). Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί η εξάμηνη εμπειρία της Κλινικής μας σε ό, τι αφορά την καταγραφή περιστατικών ΚΑ, όπως και η πιθανότητα ανάγκης για εκπαίδευση του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με στόχο την πρόληψή της.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφηκαν επί εξάμηνο επεισόδια ανακοπής της κλινικής μας σε προτυπωμένες φόρμες με τα στοιχεία και την ηλικία του ασθενούς, το ατομικό αναμνηστικό και τη χρόνια φαρμακευτική αγωγή, την αιτία εισόδου, όπως επίσης και το ρυθμό/πρωτόκολλο ανακοπής. Τέλος, καταγράφηκαν τα αναγνωρισμένα αναστρέψιμα αίτια, η έκβαση των ασθενών, όπως και οι εκπαιδευμένοι ανανήπτες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Καταγράφηκαν συνολικά 17 περιστατικά ανακοπών, εκ των οποίων 9 γυναίκες (52,9%). Η μέση ηλικία των ασθενών καταγράφηκε στα 69,3 έτη. 17,6% των ασθενών έπασχαν από στεφανιαία νόσο, 23,5% από αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αντιστοίχως, 11,8% από νεοπλασία, 17,5% από αιματολογική κακοήθεια και τέλος 5,9% από νοσογόνο παχυσαρκία. Ως πρώτη σε συχνότητα αιτία εισόδου αναδείχθηκε το εμπύρετο (35,3%). 14/17 ασθενείς εμφάνισαν μη απινιδώσιμο ρυθμό ανακοπής, ενώ επιβίωσε συνολικά το 41,1% αυτών. Σε 6 περιπτώσεις δεν πραγματοποιήθηκε κλήση καρδιολόγου/αναισθησιολόγου, ενώ σημειώνεται ότι στους ασθενείς που επιβίωσαν πρωτοστάτησε εκπαιδευμένο στην εξειδικευμένη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση ιατρικό προσωπικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανακοπή δε συνιστά απρόβλεπτο φαινόμενο, οφείλεται δε συχνά σε μεταβολικά αναστρέψιμα αίτια. Η πρόληψή της έγκειται στην έγκαιρη αναγνώριση των βαρέως πασχόντων από σωστά εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, γεγονός που θα οδηγήσει σε βελτιωμένα ποσοστά επιβίωσης και κατά συνέπεια εξοικονόμηση πόρων.



**Η ΘΕΣΗ ΤΗΣ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΣΠΙΡΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΤΑ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Η. Γεωργόπουλος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελένη Ξουργιά, Βασιλική Λιόση, Εμμανουέλα Χουρδάκη, Λουίζα Μπούμη, Στυλιανή Παπαντωνίου, Α. Καμαράτος, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Τα αποτελέσματα μεγάλων κλινικών μελετών θέτουν υπό αμφισβήτηση την αποτελεσματικότητα της χορήγησης ασπιρίνης στα πλαίσια της πρωτογενούς πρόληψης τόσο στο γενικό πληθυσμό όσο και στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Μάλιστα, οι τελευταίες οδηγίες της αμερικάνικης Διαβητολογικής Εταιρείας συστήνουν τη χορήγηση της μόνο σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του ποσοστού των ατόμων με ΣΔτ2 που ασπιρίνη στα πλαίσια πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης και παρακολουθούνται σε τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 230 ασθενείς (125 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $64,8 \pm 7,5$  έτη,  $HbA1c$   $7,4 \pm 1,7\%$ , διάρκεια ΣΔτ2  $12,8 \pm 3,8$  που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή της λήψης ασπιρίνης καθώς και της παρουσίας στεφανιαίας νόσου (ΣΝ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** ΣΝ είχε το 7,1% των ατόμων της μελέτης. Από τα άτομα με ΣΝ ασπιρίνη ελάμβανε το 57,9%, κλοπιδογρέλη το 32,1%, διπλό συνδυασμό ασπιρίνης-κλοπιδογρέλης το 10%. Από τα άτομα χωρίς ΣΝ ασπιρίνη ελάμβανε το 7,1%. Στα άτομα χωρίς ΣΝ η ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η χορήγηση ασπιρίνης σχετιζόταν με την  $HbA1c$  (σχετικός κίνδυνος: 1,77, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,05-3,13), ενώ δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με το φύλο (σχετικός κίνδυνος: 0,49, 95% όρια αξιοπιστίας: 0,60-4,05), την ηλικία (σχετικός κίνδυνος: 1,02, 95% όρια αξιοπιστίας: 0,91-1,13), την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (σχετικός κίνδυνος: 0,89, 95% όρια αξιοπιστίας: 0,05-15,01) και τη δυσλιπιδαιμία (σχετικός κίνδυνος: 1,77, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,05-3,13).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι η καθημερινή κλινική πρακτική, όσον αφορά τη χορήγηση ασπιρίνης στα πλαίσια πρωτογενούς πρόληψης σε ασθενείς με ΣΔτ2 είναι μικρή ακολουθώντας τις αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες.

**REAL WORLD ΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Στυλιανή Παπαντωνίου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος, Λουίζα Μπούμπη, Εμμανουέλα Χουρδάκη, Βασιλική Λιόση, Α. Καμαράτος, Στυλιανή Ηρακλειανού, Αικατερίνη Σερέτη, Α. Μελιδώνης

*<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»,  
<sup>2</sup>Γ΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των ADA-EASD η επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής στο δεύτερο θεραπευτικό βήμα θα πρέπει να γίνεται με βάση την παρουσία καρδιαγγειακής νόσου. Στην περίπτωση της παρουσίας καρδιαγγειακής νόσου προάγεται η χορήγηση αγωνιστών GLP-1 και αναστολέων SGLT2. Συνεπώς, σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της λαμβανόμενης αντιδιαβητικής αγωγής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) και στεφανιαία νόσο (ΣΝ).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 230 ασθενείς (125 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση) 64,8 $\pm$ 7,5 έτη, HbA1c 7,4 $\pm$ 1,7%, διάρκεια ΣΔτ2 12,8 $\pm$ 3,8 που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και έγινε υπολογισμός του ρυθμό σπειραματικής διήθησης σύμφωνα με τον τύπο MDRD.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** ΣΝ είχε το 7,1% των ατόμων της μελέτης. Στα άτομα με ιστορικό ΣΝ η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: το σύνολο τους ελάμβανε μετφορμίνη, 14,3% σουλφονουλουρίες, 50% αναστολείς DPP-4, 7,1% αγωνιστές GLP-1, 21,4% αναστολείς SGLT2, 7,1% ακαρβόζη και 28,6% βασική ινσουλίνη. Στα άτομα της μελέτης χωρίς ιστορικό ΣΝ η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 96,2% ελάμβανε μετφορμίνη, 25,4% σουλφονουλουρίες, 51,5% αναστολείς DPP-4, 6,2% αγωνιστές GLP-1, 7,7% αναστολείς SGLT2, 3,1% ακαρβόζη, 1,5% γλιταζόνες, 3,1% γλινίδες και 15,4% βασική ινσουλίνη. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή ανάμεσα στις δύο ομάδες.

Στα άτομα ηλικίας  $\geq 65$  ετών με ιστορικό ΣΝ η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: το σύνολο τους ελάμβανε μετφορμίνη, 50% αναστολείς DPP-4, 12,5% αναστολείς SGLT2, 12,5% ακαρβόζη και 28,6% βασική ινσουλίνη. Στα άτομα ηλικίας  $\geq 65$  ετών χωρίς ιστορικό ΣΝ η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: το σύνολο τους ελάμβανε μετφορμίνη, 33,3% σουλφονουλουρίες, 50% αναστολείς DPP-4, 16,7% αγωνιστές GLP-1, 33,3% αναστολείς SGLT2, και 33,3% βασική ινσουλίνη. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή ανάμεσα στις δύο ομάδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι δεν παρατηρούνται σημαντικές διαφορές ως προς τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο και διαβήτη και των ασθενών χωρίς στεφανιαία νόσο, ακόμα και στην υποομάδα των άνω των 65 ετών. Συνεπώς, απαιτείται μεγαλύτερη εστίαση στην εφαρμογή στην κλινική πράξη των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών.

**ΠΩΣ ΔΙΑΜΟΡΦΩΝΕΤΑΙ Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΓΙΑ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΥΨΗΛΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΧΩΡΙΣ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΙΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΕΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ**

Ελένη Ξουργιά, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Η. Γεωργόπουλος,  
Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Βασιλική Λιόση,  
Αικατερίνη Τρικκαλινού, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Α. Μελιδώνης

*Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Σύμφωνα με τις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες των ADA-EASD η επιλογή της αντιδιαβητικής αγωγής στο δεύτερο θεραπευτικό βήμα θα πρέπει να γίνεται με βάση την παρουσία ή όχι καρδιαγγειακής νόσου. Μάλιστα, στην περίπτωση της παρουσίας καρδιαγγειακής νόσου προάγεται η χορήγηση αγωνιστών GLP-1 και αναστολέων SGLT2. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της λαμβανόμενης αντιδιαβητικής αγωγής σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που παρουσιάζουν υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο χωρίς γνωστό ιστορικό στεφανιαίας νόσου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 287 ασθενείς (151 άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση) 66,3 $\pm$ 10,5 έτη, HbA1c 7,3 $\pm$ 1,4%, διάρκεια ΣΔτ2 13,9 $\pm$ 4,8 που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης υπολογίστηκε ο καρδιαγγειακός κίνδυνος σύμφωνα με τον τύπο που προτείνεται από την αμερικάνικη Διαβητολογική Εταιρεία. Οι ασθενείς θεωρούνται υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου για τιμές  $\geq 7,5\%$ .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ήταν το 86,1% των ατόμων της μελέτης. Στα άτομα υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 79,8% ελάμβανε μετφορμίνη, 21,9% σουλφονουλουρίες, 49,2% αναστολείς DPP-4, 13,8% αγωνιστές GLP-1, 7,3% αναστολείς SGLT2, 0,4% ακαρβόζη, 3,6% γλινίδες, 4,5% γλιταζόνες, 29,6% βασική και 3,6% μείγμα ινσουλίνη. Στα άτομα χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου η λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή είχε ως εξής: 77,5% ελάμβανε μετφορμίνη, 12,5% σουλφονουλουρίες, 27,5% αναστολείς DPP-4, 25% αγωνιστές GLP-1, 10% αναστολείς SGLT2, 2,5% γλιταζόνες και 22,5% βασική.

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή ανάμεσα στις δύο ομάδες με εξαίρεση τους αναστολείς DPP-4, και τους αγωνιστές GLP-1. Συγκεκριμένα, τα άτομα υψηλού έναντι χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ελάμβαναν σε μεγαλύτερο ποσοστό αναστολείς DPP-4 ( $P=0,01$ ). Επίσης, τα άτομα υψηλού έναντι χαμηλού καρδιαγγειακού κινδύνου ελάμβαναν σε μικρότερο ποσοστό αγωνιστές GLP-1 ( $P=0,06$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι, στην κλινική πράξη, δεν εφαρμόζονται οι ισχύουσες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τη χορήγηση SGLT2 αναστολέων και GLP-1 αγωνιστών στους ασθενείς με ΣΔ και υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο ή/και γνωστή καρδιαγγειακή νόσο. Ίσως να απαιτείται διαστρωμάτωση των ασθενών πρωτογενούς πρόληψης και οι ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου να ακολουθούν τις γνωστές οδηγίες δευτερογενούς πρόληψης.

**ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ, ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ**

Ευγενία Γιάννου, Α. Καμαράτος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ.-Κ. Λαδάς, Χ. Κώνστας, Αριστέα Κατσαρού, Χ. Τσαγκάρης, Ν. Σεβδαλής, Εργίνα Συρίγου, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το «διαβητικό πόδι» είναι μία από τις σοβαρότερες και συχνότερες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Οι βασικοί παθογενετικοί μηχανισμοί που οδηγούν στην εμφάνιση έλκους στα πόδια είναι η παρουσία νευροπάθειας και περιφερικής αρτηριοπάθειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του επιπολασμού των δερματικών λοιμώξεων και ιδιαίτερα αυτών των ονύχων σε δείγμα διαβητικών ασθενών.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 130 συνολικά ασθενείς (67% άνδρες), ηλικίας ( $\pm$  σταθερή απόκλιση)  $65,8 \pm 11,0$  έτη,  $HbA1c$ :  $7,0 \pm 1,2\%$ , μέσης διάρκειας ΣΔτ2:  $15,7 \pm 9,1$  έτη, που εξετάστηκαν στο ιατρείο διαβητικού ποδιού του Διαβητολογικού Κέντρου του ΓΝ «Τζάνειο». Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης έγινε καταγραφή κλινικο-εργαστηριακών παραμέτρων καθώς και του είδους της δερματικής λοίμωξης κάτω άκρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο επιπολασμός των μυκητιασικών λοιμώξεων στους όνυχες (ονυχομυκητιάσεων) από *candida*, δυσμορφιών-υπερτροφιών (ονυχογρύπωση) και των εισφρύσεων των ονύχων ήταν, αντίστοιχα: 75,5%, 27,1% και 18,4%. Η παρουσία των ονυχομυκητιάσεων σχετιζόταν με την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,03, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10), με το δείκτη μάζας σώματος (σχετικός κίνδυνος: 1,12, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,10-1,25), την ύπαρξη αμφιβληστροειδοπάθειας, (σχετικός κίνδυνος: 1,05, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,30) και τον μοναχικό βίο (σχετικός κίνδυνος: 1,02, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10).

Η παρουσία ονυχογρύπωσης σχετιζόταν με την παρουσία πολλαπλών τραυματισμών, (σχετικός κίνδυνος: 1,01, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10), την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,06, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,04-1,46) και η παρουσία εισφρύσεων ονύχων σχετίζονται με την πλημμελή φροντίδα των κάτω άκρων (σχετικός κίνδυνος: 1,03, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10) και την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,04, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της παρουσίας και των τριών τύπων των δερματικών λοιμώξεων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔτ2, του γλυκαιμικού ελέγχου και του λιπιδαιμικού προφίλ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι στα άτομα με ΣΔτ2 συχνότερα είναι οι λοιμώξεις των ονύχων από *candida* με κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή τους, την παρουσία νευροπάθειας, το δείκτη μάζας σώματος και την αμφιβληστροειδοπάθεια.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ VAC**

Ν. Σεβδαλής, Α. Καμαράτος, Χ. Τσαγκάρης, Χ. Κώνστας, Ευγενία Γιάννου, Εργίνα Συρίγου, Χριστίνα Μαζιώτη, Γ.-Κ. Λαδάς, Αριστέα Κατσαρού, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Υπολογίζεται ότι 15 με 20% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου (ΣΔτ2) εμφανίζουν διαβητικό έλκος άκρου ποδός. Περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς θα διαγνωσθούν όψιμα με αποτέλεσμα μακροχρόνιες και πολυδάπανες επιπλοκές, απομάκρυνση από το εργασιακό τους περιβάλλον ή ακόμα και ακρωτηριασμό.

**ΣΚΟΠΟΣ** αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής μεθόδου αρνητικής πίεσης VAC σε ασθενή με έντονα εξιδρωματικό διαβητικό έλκος άκρου ποδός που παρακολουθείται στο κέντρο μας.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άνδρας 65 ετών φέρει έλκος άκρου ποδός στην περιοχή των σφυρών. Ο ασθενής βρίσκεται υπό θεραπεία και από το 1990 παρακολουθείται στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του Τζανείου ΓΝΠ. Συγκεκριμένα, ο ασθενής φέρει άτονο φλεβικό έλκος στο έξω σφυρό του δεξιού ποδιού και βρίσκεται υπό αγωγή αντιδιαβητικών δισκίων και ινσουλίνη. Έχει ιστορικό νοσηλείας για αντιμετώπιση του έλκους με αντιβιοτική αγωγή. Ο ασθενής νοσηλεύεται για δέκα ημέρες στην παθολογική κλινική όπου το έλκος αντιμετωπίστηκε με τη μέθοδο VAC. Αναλυτικότερα, σετ σπόγγου με επίθεμα σουλφαδιαζινικού αργύρου και υδροκολλοειδές πλέγμα με βαζελινούχα μόρια εφαρμόζονταν στο έλκος για δέκα ημέρες ασκώντας αρνητική πίεση 80 mm Hg. Αλλαγές γίνονταν ανά τρεις ημέρες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση βάθους και πλάτους του έλκους καθώς και εμφανής ελάττωση έως και εξαφάνιση εξιδρώματος. Κατά τη μετέπειτα παρακολούθηση η επούλωση του έλκους ήταν ταχύτερη σε σύγκριση με συμβατική θεραπεία με επιθέματα, ενώ ο ασθενής επανήλθε στις καθημερινές του ασχολίες και δήλωσε ικανοποιημένος από την όλη θεραπευτική προσέγγιση.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Με βάση το περιστατικό τεκμηριώνεται η ωφελιμότητα της μεθόδου VAC σε ασθενείς με έντονα εξιδρωματικά έλκη. Η VAC διασφαλίζει απορρόφηση του εξιδρώματος και μείωση υγρασίας του τραύματος για τουλάχιστον 72 ώρες πράγμα που τα συμβατικά επιθέματα πετυχαίνουν για τέσσερις ώρες. Παράλληλα, η εφαρμογή της VAC στο νοσοκομείο γίνεται σύμφωνα με κατευθυντήριες οδηγίες, ενώ η εφαρμογή των επιθεμάτων γίνεται κατά τη βούληση του ασθενούς.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΠΑΤΙΤΙΔΑΣ Ε**

Μαρία Ραλλάτου, Θ. Δερμάτης, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ηπατίτιδα Ε είναι μια μορφή ιογενούς ηπατίτιδας σπάνια στην Ελλάδα. Συχνότερα εμφανίζεται σε χώρες της Ασίας, Μέσης Ανατολής, Αφρικής και κεντρικής Αμερικής, στις οποίες μάλιστα λαμβάνει τη μορφή επιδημίας και καταγράφονται περίπου 20 εκ. κρούσματα ετησίως. Μεταδίδεται διά της κοπρανοστοματικής οδού και συχνότερα μέσω μολυσμένου νερού. Εμφανίζεται κυρίως σε άτομα ηλικίας 15-40 ετών. Στη χώρα μας έχουν καταγραφεί ελάχιστα κρούσματα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η παρουσίαση αυτή έχει ως στόχο να αναδείξει τη σημαντικότητα της διαφορικής διάγνωσης σε περιστατικά με οξεία ηπατίτιδα χωρίς να αποκλείονται αιτίες οι οποίες μπορεί να είναι σπάνιες.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ο ασθενής παρουσιάστηκε στο ΤΕΠ του Τζανείου Νοσοκομείου με ικτερική χροιά οφθαλμών και δέρματος, ανορεξία και ναυτία από εννέα ημερών. Από την κλινική εξέταση δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα πέραν των επισκοπικών που προαναφέρθηκαν. Εργαστηριακά ανευρέθη με υπέρμετρη αύξηση των τρανσαμινασών (sgot: 2983, sgpt: 5020), χολερυθρίνης (ολ: 13,3), γ-Gt (115), ALP (220). Έγινε υπερηχογράφημα κοιλίας χωρίς ανάδειξη ηπατομεγαλίας ή διάτασης του χοληφόρου δένδρου. Με βάση τα ανωτέρω η διαφορική διάγνωση της οξείας ηπατίτιδας που παρουσίαζε ο ασθενής περιελάμβανε την ιογενή ηπατίτιδα, φαρμακευτική ηπατίτιδα, ισχαιμική ηπατίτιδα. Από το ιστορικό επίσης του ασθενούς αναφέρεται ταξίδι στο Πακιστάν και κατανάλωση αμφιβόλου καθαρότητας τροφίμων καθώς και ενός αδιευκρίνιστου βοτάνου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τον εργαστηριακό έλεγχο που εστάλησαν για ηπατοτρόπους ιούς, HIV, φορτίο HBV-HCV ανευρέθη παλαιά λοίμωξη ηπατίτιδας Β και θετικά αντισώματα IgM ηπατίτιδας Ε.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηπατίτιδα Ε αν και σπάνια στη χώρα μας πρέπει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση ασθενών με οξεία ηπατίτιδα ειδικά όταν έχουν και προδιαθεσικούς παράγοντες όπως στη συγκεκριμένη περίπτωση το ταξίδι σε χώρα που ενδημεί η ηπατίτιδα Ε.

## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΠΟΙΕΣ ΕΙΣΗΧΘΗΣΑΝ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

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

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 93 ασθενείς. Η συχνότερη κλινική εκδήλωση στεφανιαίας νόσου ήταν το NSTEMI και ακολούθως η σταθερή στηθάγχη με ποσοστά 35,5% και 31,2% αντίστοιχα. Ανάμεσα στα STEMI συχνότερο ήταν το STEMI πρόσθιου τοιχώματος.

|                        |                  | Count | Column N % |
|------------------------|------------------|-------|------------|
| Κλινικές εκδηλώσεις ΣΝ | UA               | 13    | 14,0%      |
|                        | NSTEMI           | 33    | 35,5%      |
|                        | STEMI            | 18    | 19,4%      |
|                        | Σταθερή στηθάγχη | 29    | 31,2%      |
| Κλινικές εκδηλώσεις ΣΝ | UA               | 13    | 14,0%      |
|                        | NSTEMI           | 33    | 35,5%      |
|                        | Πρόσθιο          | 8     | 8,6%       |
|                        | Κατώτερο         | 10    | 10,8%      |
|                        | Σταθερή στηθάγχη | 29    | 31,2%      |

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



## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΛΗΘΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΑΓΓΕΙΩΝ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΣΤΕΦΑΝΙΟΓΡΑΦΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ

Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η στεφανιαία νόσος είναι μία πάθηση με χρόνια συνήθως πορεία με υπόβαθρο τη χρόνια φλεγμονή και την αθηροσκλήρυνση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να καταδείξει την πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και του αριθμού των πασχόντων στεφανιαίων αγγείων σε ασθενείς που υπεβλήθησαν σε στεφανιογραφία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς καταγράφηκε η ηλικία και ο αριθμός των πασχόντων αγγείων με βάση τη στεφανιογραφία.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 93 ασθενείς. Από τον πίνακα των συσχετίσεων φαίνεται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του αριθμού των πασχόντων αγγείων και της ηλικίας των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα τα μεγαλύτερης ηλικίας αναμένεται να έχουν μεγαλύτερο αριθμό πασχόντων αγγείων (συνήθως νόσο 3 αγγείων).

Report

HbA1c

| Αριθμός αγγείων | Mean  | Std. Deviation | Median | Range | N  |
|-----------------|-------|----------------|--------|-------|----|
| 1               | 5,991 | 1,2241         | 5,700  | 6,8   | 35 |
| 2               | 6,152 | 0,8174         | 5,900  | 2,9   | 23 |
| 3               | 6,930 | 1,3678         | 6,300  | 5,0   | 33 |
| Total           | 6,373 | 1,2560         | 6,000  | 6,8   | 91 |

Test Statistics<sup>a,b</sup>

|             | Ηλικία |
|-------------|--------|
| Chi-Square  | 10,166 |
| df          | 2      |
| Asymp. Sig. | 0,006  |

<sup>a</sup>Kruskal Wallis Test, <sup>b</sup>Grouping Variable: Αριθμός αγγείων

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηλικία φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με μεγαλύτερο αριθμό πασχόντων αγγείων κατά τον αγγειογραφικό έλεγχο. Αυτό είναι λογικό λόγω των χρόνιων επιδράσεων της φλεγμονής, της αθηροσκλήρυνσης και των μεταβολικών παραγόντων κινδύνου στα στεφανιαία αγγεία. Ταυτόχρονα καταδεικνύει τη μεγάλη προσοχή με την οποία πρέπει κάθε καρδιολόγος πρέπει να διαχειρίζεται τους ηλικιωμένους ασθενείς, ιδίως αν αναλογιστούμε και τον μεγάλο αριθμό συννοσηροτήτων.



## ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΛΟΓΩ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑΣ ΝΟΣΟΥ

Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Κατά καιρούς έχουν προταθεί διάφοροι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Παρόλα αυτά κλασικοί παράγοντες κατέχουν ακόμα δεσπόζουσα θέση. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των δημογραφικών χαρακτηριστικών και του επιπολασμού των κλασικών παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε καρδιολογική κλινική λόγω στεφανιαίας νόσου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 93 ασθενείς. Η ηλικία των ασθενών κυμαίνεται από τα 40 έως τα 88 έτη με μέση τιμή τα 68,83 έτη. Οι συμμετέχοντες στο μεγαλύτερο ποσοστό τους ήταν άνδρες (84,9%) και στις περισσότερες περιπτώσεις μη καπνίζοντες. Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ είχε το 18,3% των ασθενών. 76,3% έχει αρτηριακή υπέρταση, γνωστή ΣΝ είχαν 31 ασθενείς που αντιστοιχούν στο 33,3% των ασθενών της μελέτης, 53 άτομα είχαν δυσλιπιδαιμία και 34 (36,6%) ιστορικό ΣΔ.

|                          |       | Count | Column N % |
|--------------------------|-------|-------|------------|
| Φύλο                     | Άρρεν | 79    | 84,9%      |
|                          | Θήλυ  | 14    | 15,1%      |
| Κάπνισμα                 | Όχι   | 63    | 67,7%      |
|                          | Ναι   | 30    | 32,3%      |
| Οικογενειακό ιστορικό ΣΝ | Όχι   | 76    | 81,7%      |
|                          | Ναι   | 17    | 18,3%      |

|                    |       | Count | Column N % |
|--------------------|-------|-------|------------|
| Αρτηριακή Υπέρταση | Άρρεν | 22    | 23,7%      |
|                    | Θήλυ  | 71    | 76,3%      |
| Γνωστή ΣΝ          | Όχι   | 62    | 66,7%      |
|                    | Ναι   | 31    | 33,3%      |
| Δυσλιπιδαιμία      | Όχι   | 40    | 43,0%      |
|                    | Ναι   | 53    | 57,0%      |
| Γνωστός ΣΔ         | Όχι   | 59    | 63,4%      |
|                    | Ναι   | 34    | 36,6%      |

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

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

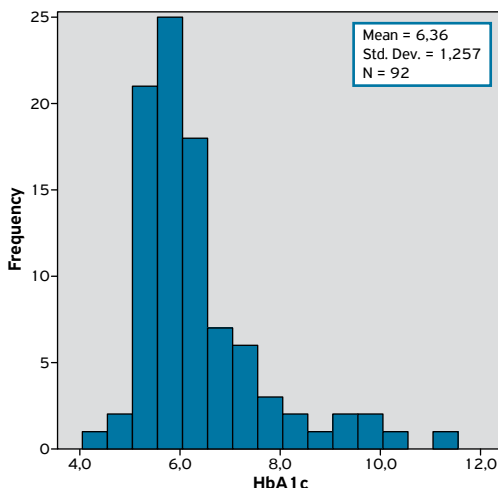
Σ. Μαντζούκης<sup>1</sup>, Μαρίνα Γερασίμου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα», <sup>2</sup>Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο. Παράλληλα η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης χρησιμοποιείται τόσο για τη διάγνωση του ΣΔ όσο και στην εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου για το χρονικό διάστημα 2-3 μήνες προ της δειγματοληψίας. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η καταγραφή των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ασθενών που νοσηλεύονται σε καρδιολογική κλινική λόγω στεφανιαίας νόσου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Υλικό στην παρούσα μελέτη αποτέλεσαν όλοι ασθενείς που εισήχθησαν στην Καρδιολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων τη χρονική περίοδο από 16/11/2018 έως 14/1/2019 είτε λόγω οξέος στεφανιαίου συνδρόμου είτε λόγω συμπτωμάτων σταθερής στεφανιαίας νόσου και υποβλήθηκαν σε στεφανιογραφία που ανέδειξε στεφανιαία νόσο. Σε όλους αυτούς τους ασθενείς μετρήθηκε η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (φυσιολογικές τιμές 4,3-6,1%) σε δείγμα αίματος που ελήφθη την επόμενη μέρα του στεφανιογραφικού ελέγχου.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συνολικά καταγράφηκαν 93 ασθενείς από τους οποίους σε έναν δεν ελήφθη δείγμα για μέτρηση HbA1c λόγω αιφνίδιου θανάτου. Οι τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κυμάνθηκαν από 4,3 έως 11,1 και η μέση τιμή ήταν 6,358. Κατηγοριοποιώντας τις τιμές αυτές φαίνεται ότι 39 (42,4%) ξεπερνούν το όριο των παθολογικών τιμών, ενώ οι υπόλοιπες 53 ανήκουν στο φυσιολογικό φάσμα.



|                 |             | Count | Column N % |
|-----------------|-------------|-------|------------|
| Κατηγορία HbA1c | <5,5        | 18    | 19,6%      |
|                 | 5,5-5,7     | 17    | 18,5%      |
|                 | 5,8-6,1     | 18    | 19,6%      |
|                 | >6,1        | 39    | 42,4%      |
| Κατηγορία HbA1c | Φυσιολογική | 53    | 57,6%      |
|                 | Παθολογική  | 39    | 42,4%      |

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

**ΒΑΚΤΗΡΙΑΙΜΙΑ ΑΠΟ *CLOSTRIDIUM SEPTICUM* ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ**

Β. Ανδριανέσης, Κ. Ρέππας, Κωνσταντίνα Χαλμούκου, Ρόζα Κολιογεώργη, Μαρία Μυλωνά

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Ιατρική Σχολή Αθηνών, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Το *Clostridium septicum* συνιστά βακτηριακό αναερόβιο παθογόνο συχνά σχετιζόμενο με νεκρωτικές λοιμώξεις του δέρματος και μαλακών μορίων, οι οποίες εμφανίζονται με άτυπα συμπτώματα. Τελευταία αναγνωρίζεται συσχέτιση μεταξύ εμφάνισης νεοπλασίας του παχέος εντέρου και βακτηριαιμίας από αυτό- συχνότερα σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες, ανοσοκαταστολή και σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της παρουσίασης είναι να αναδειχθεί ενδιαφέρουσα περίπτωση διαβητικής ασθενούς, η οποία εμφάνισε εμπύρετο και επιγαστρικό άλγος.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής, θήλυ, 69 ετών, με γνωστό ιστορικό υπέρτασης και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, εισήχθη στην κλινική μας λόγω εμπύρετου ως 39° C από δώρου και επιγαστρικού άλγους. Εμφάνιζε σοβαρή σήψη με κοιλιακό άλγος αρχικώς εντοπιζόμενο στο επιγάστριο και έπειτα στον δεξιό λαγόνιο βόθρο. Παρουσιάστηκε ταχυπνοϊκή με μεταβολική οξέωση (pH=7,325, pO<sub>2</sub>=65 mm Hg, pCO<sub>2</sub>=18,1 mm Hg, HCO<sub>3</sub>=15,2 mmol/L, γαλακτικό οξύ 8,5 mmol/l). Ηλεκτροκαρδιογραφικά ανεδείχθη φλεβοκομβικός ρυθμός χωρίς στοιχεία ισχαιμίας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ασθενής υποστηρίχθηκε με οξυγονοθεραπεία, ενδοφλέβια αναπλήρωση υγρών, χορήγηση γλυκονικού ασβεστίου με NaHCO<sub>3</sub>, όπως και αγωγή με αμικιλίνη/ σουλμπακτάμη 3 g × 4 IV και άπαξ αμικασίνη 1 g IV. Ανταποκρίθηκε πρόσκαιρα, ωστόσο σύντομα παρουσίασε εικόνα χειρουργικής κοιλίας με αναπηδώσα ευαισθησία και θετικό σημείο Mc Burney. Διαγνώστηκε με οξεία σκωληκοειδίτιδα και υποβλήθηκε σε λαπαροσκοπική σκωληκοειδεκτομή. Στις αιμοκαλλιέργειές της απομονώθηκε *Cl. septicum* και η ασθενής έλαβε πενικιλίνη 5 × 10<sup>6</sup> × 6 IV για 7 ημέρες. Εξήλθε με συνέχιση σιπροφλοξασίνης 500 mg × 2 po επί επτάημερο. Η ιστολογική εξέταση του παρασκευάσματος της σκωληκοειδούς απόφυσης ανέδειξε εικόνα γαγγραινώδους σκωληκοειδίτιδας με παρουσία αδενοκαρκινώματος εντός αυτής.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο πιθανολογούμενος μηχανισμός μόλυνσης του παχέος εντέρου από το *Cl. septicum* περιλαμβάνει τη λύση της συνέχειας του εντερικού βλεννογόνου εξαιτίας εξέλκωσης προκαλούμενης από το νεόπλασμα, ακολουθούμενης από είσοδό του στη συστηματική κυκλοφορία. Ο Παθολόγος οφείλει να είναι ευαισθητοποιημένος απέναντι στη διαγνωστική δυσκολία αυτής της σπάνιας συσχέτισης και να συστήνει σε κάθε ασθενή με βακτηριαιμία από *Cl. septicum* κολοσκόπηση προς αποκλεισμό νεοπλασίας του παχέος εντέρου.

**ΜΙΑ ΙΔΙΑΙΤΕΡΗ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΙΤΙΑ ΕΝΤΕΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΑΠΩΛΕΙΑ ΠΡΩΤΕΪΝΩΝ**

Μ. Κατσαράς<sup>1</sup>, Β. Ανδριανέσης<sup>1</sup>, Σοφία Φραγκιουδάκη<sup>1</sup>, Δ. Δημητρούλης<sup>2</sup>,  
Μαρία Μυλωνά<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα, <sup>2</sup>Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών (Protein losing enteropathy=PLE) συνιστά σπάνια κλινική οντότητα, που αφορά στο γαστρεντερικό σύστημα, εμφανίζεται με πυρετό, διάρροιες, οιδήματα και κοιλιακό άλγος, ενώ καταλήγει σε σημαντική απώλεια πρωτεΐνης. Αιτίες της οι ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου, νεοπλασматы, σαρκοείδωση, συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, αμυλοείδωση ή κοιλιοκάκη. Στην παρούσα, αναδεικνύεται ενδιαφέρουσα περίπτωση PLE οφειλόμενης σε χρόνια εντερική ισχαιμία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής, άρρεν, 58 ετών, με ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου προ δεκαετίας χωρίς αγωγή, εισήχθη στην κλινική μας λόγω παρατείνόμενου εμπυρέτου από 7μήνου μη ανταποκρινόμενου σε κοινά αντιβιοτικά και κορτιζονοθεραπεία προ διμήνου στο πλαίσιο πιθανής υποκείμενης αυτοανοσίας, κοιλιακού άλγους και σταδιακής σημαντικής απώλειας βάρους (10 kg).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής παρουσίαζε σημαντική υπαλβουμιναιμία (της τάξης αλβουμίνης 1,6) χωρίς απώλειες από το ουροποιητικό. Από απεικόνιση κοιλίας αναδείχθηκε εικόνα ειλεού λεπτού εντέρου, ενώ στη γενική κοπράνων αναγνωρίστηκαν μυϊκά ινίδια και λιποσφαιρίδια ως επί δυσασπορρόφησης. Η α1 αντιθρυψίνη κοπράνων ήταν σημαντικά υψηλή (>2,25), ενισχύοντας τη διάγνωση εντεροπάθειας με απώλεια πρωτεϊνών. Οι βιταμίνες Α, Ε μετρήθηκαν αντιστοίχως σε πολύ χαμηλά επίπεδα, ενώ το αμυλοειδές ορού βρέθηκε ιδιαίτερος αυξημένο. Χωρίς ευρήματα οι ενδοσκοπήσεις ανωτέρου και κατωτέρου πεπτικού με αρνητικές βιοψίες 12λου για νόσο Whipple και ορθού για αμυλοείδωση. Η PET CT scan ανέδειξε υπερμεταβολικής δραστηριότητας διατεταμένες έλικες λεπτού εντέρου. Ο γονιδιακός έλεγχος για αυτοφλεγμονώδη νοσήματα ήταν αρνητικός. Λόγω εμμονής της συμπτωματολογίας του και εμφάνισης δύο εγκεφαλικών επεισοδίων κατά τη νοσηλεία του παρά την αντιαιμοπεταλιακή αγωγή και τον αρνητικό έλεγχο για θρομβοφιλία, ανίχνευση αρρυθμιών ή αγγειακής παθολογίας, ο ασθενής υποβλήθηκε σε εντερεκτομή. Η ιστολογική εξέταση του πάσχοντος εντέρου αποκάλυψε χρόνια εντερική ισχαιμία. Ο ασθενής εξήλθε απύρετος και κλινικοεργαστηριακά πλήρως βελτιωμένος υπό διπλή αντιαιμοπεταλιακή αγωγή.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η εντεροπάθεια με απώλεια πρωτεϊνών συνιστά σπάνια κλινική οντότητα σχετιζόμενη με ποικιλία παθολογικών αιτίων και θα πρέπει να διερευνάται ενδελεχώς, καθώς η καθυστέρηση αναγνώρισής της επιβαρύνει την πρόγνωση των ασθενών.

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΣΥΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΛΟΓΟ ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ ΠΡΟΣ HDL-ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗ**

Η. Γεωργόπουλος, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Αικατερίνη Τρικκαλινού, Ελευθερία Καγκελάρη, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Παρασκευή Γαβρά, Στυλιανή Ηρακλειανού, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο λόγος των επιπέδων των τριγλυκεριδίων προς τα επίπεδα της HDL-χοληστερόλης (TG/HDLC) αποτελεί έμμεσο δείκτη της παρουσίας αντίστασης στην ινσουλίνη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η συσχέτιση του λόγου TG/HDLC με τη γλυκαιμική ρύθμιση, τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή και τις διαβητικές επιπλοκές ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 87 ασθενείς (53,6% άνδρες) με ΣΔτ2, ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $64,4 \pm 10,8$  έτη,  $HbA1c$   $7,6 \pm 1,7\%$  που προσήλθαν στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε πλήρης αντικειμενική εξέταση, λήψη ατομικού ιστορικού και ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος για τον υπολογισμό του λόγου TG/HDLC.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση πολλαπλής παλινδρόμησης έδειξε ότι ο λόγος TG/HDLC σχετιζόταν θετικά με τα επίπεδα της  $HbA1c$  ( $\beta=1,02$ ,  $P=0,001$ ) και τη θεραπεία με την ινσουλίνη ( $\beta=4,06$ ,  $P=0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του λόγου TG/HDLC και της από του στόματος αντιδιαβητικής αγωγής, σωματομετρικών παραμέτρων, παρουσίας αρτηριακής υπέρτασης, καπνίσματος, και των διαβητικών επιπλοκών τόσο μακροαγγειοπάθειας όσο και μικροαγγειοπάθειας. Όταν στην ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το ανώτερο και κατώτερο τεταρτημόριο του λόγου TG/HDLC δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς τη συχνότητα εμφάνισης των διαβητικών επιπλοκών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο λόγος TG/HDLC, δείκτης της παρουσίας αντίστασης στην ινσουλίνη, σχετίσθηκε θετικά με τα επίπεδα της  $HbA1c$  και τη θεραπεία με την ινσουλίνη σε δείγμα ασθενών με ΣΔτ2. Ίσως, σε ανάλογα σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες, να πρέπει να εξετασθεί η προγνωστική ικανότητα του λόγου TG/HDLC για τη σοβαρότητα ή μη του ΣΔ.

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

Μαρία Ραλλάτου, Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Ελένη Μαργαρίτα Τζουγανάτου, Γ. Λοΐζος, Π. Λαμπρόπουλος, Π. Τσιάμαλος, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι η καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ) συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ΣΔτ2) συνδέεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση του ποσοστού των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική με ΚΑ (είτε ως αιτία εισαγωγής είτε ως συννοσηρότητα).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 631 συνολικά ασθενείς (52,5% άνδρες, μέσης ηλικίας  $70,8 \pm 17,2$  έτη) που νοσηλεύτηκαν στην Α΄ Παθολογική Κλινική του ΓΝΠ «Τζάνειο» το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος-Δεκέμβριος 2018. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε καταγραφή της αιτίας εισαγωγής καθώς και των συννοσηροτήτων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των εισαγωγών το 12,2% νοσηλεύτηκε λόγω επιδείνωσης καρδιακής ανεπάρκειας. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα όσον αφορά τη νοσηλεία για ΚΑ (άνδρες έναντι γυναικών: 14,1% έναντι 10,2%,  $P=0,49$ ). Όσον αφορά τις υπόλοιπες αιτίες εισαγωγής των ασθενών αυτές ήταν: 9,1% νοσηλεύτηκε λόγω λοίμωξης του ουροποιητικού συστήματος, το 15,7% λόγω λοίμωξης του αναπνευστικού συστήματος, το 13% λόγω αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου, το 6,4% λόγω παθήσεων των χοληφόρων και του παγκρέατος, το 13,7% λόγω αιμορραγίας του πεπτικού συστήματος, το 11% λόγω αναιμίας, το 6,7% λόγω ηλεκτρολυτικών διαταραχών, το 4,7% λόγω κακοήθειας, το 3% λόγω φαρμακευτικής υπερδοσολογίας και το 6,7% λόγω επιδείνωσης της νεφρικής λειτουργίας. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν  $5,2 \pm 1,4$  ημέρες και η νοσοκομειακή θνητότητα ήταν 7,7%. Οι μόνες στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (άνδρες έναντι γυναικών) αφορούσαν τη νοσηλεία λόγω λοίμωξης του ουροποιητικού (5,8% έναντι 12,9%, αντίστοιχα,  $P=0,03$ ) και του αναπνευστικού συστήματος (22,3% έναντι 8,5%, αντίστοιχα,  $P=0,01$ ).

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

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΕΞΑΡΤΑΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ - ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ**

Χ. Τσαγκάρης, Α. Καμαράτος, Ν. Σεβδαλής, Εργίνα Συρίγου, Χ. Κώνστας, Αριστέα Κατσαρού, Ευγενία Γιάννου, Χριστίνα Μαζιώτη, Α. Μελιδώνης

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το έλκος του «διαβητικού ποδιού» είναι μια επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που υπολογίζεται ότι επηρεάζει πάνω από το 15% των ασθενών με διαβήτη και πάνω από το 6,3% του πληθυσμού παγκοσμίως. Η καθυστέρηση στη διάγνωση που αντιμετωπίζει ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών αυξάνει τόσο τη θνησιμότητα και τις Ψυχολογικές επιπλοκές όσο και το κόστος Θεραπείας του. Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η παρουσίαση αποτελεσμάτων εργασιών που ερευνούν ότι η διεπαγγελματική προσέγγιση στη Θεραπεία ατόμων με έλκος διαβητικού ποδιού παρουσιάζει βελτιώσεις σε σχέση με την παραδοσιακή μέθοδο.

**ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η παρούσα μελέτη είναι βιβλιογραφική ανασκόπηση και για τη διεξαγωγή της έγινε αναζήτηση στο pubmed με λέξεις κλειδιά (diabetic foot ulcer, interprofessional collaboration). Συμπεριλήφθηκαν 2 έρευνες, μια από το κέντρο περιφερειακής επούλωσης τραυμάτων του Τορόντο (2013) και μια από το νοσοκομείο του Sunt, στην Κίνα (2011) οι οποίες εξέτασαν συνολικά την πρόοδο 966 ασθενών, οι οποίοι έλαβαν θεραπεία υπό την καθοδήγηση μιας διεπαγγελματικής ομάδας ειδικών. Οι ασθενείς ήταν σε στάδια 1-5 της κλίμακας Wagner, ήταν άντρες αλλά και γυναίκες και προέρχονταν από διάφορα κοινωνικά στρώματα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Φάνηκε ότι παρόλο που λιγότερο από το ένα τρίτο των ασθενών είχε λάβει επαρκή παρακολούθηση, η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο μειώθηκε στο μισό (24 ημέρες από 42), τα ποσοστά ακρωτηριασμών έπεσαν κατά 6 μονάδες, ενώ το 36,7% των ασθενών ανέφερε βελτιωμένη ποιότητα ζωής. Οι ασθενείς συνέχισαν να είναι υπό την επίβλεψη των διεπιστημονικών ομάδων, οι οποίες κατάφεραν να μειώσουν σημαντικά και τον απαιτούμενο χρόνο θεραπείας.

**ΣΥΖΗΤΗΣΗ:** Διαπιστώνεται πως οι πάσχοντες από έλκος ποδιού (ΣΔτ2) μπορούν να απολαύσουν τα οφέλη μιας συντομότερης και λιγότερο επίπονης Θεραπείας με τη συμβολή μιας διεπαγγελματικής ομάδας, η οποία με ακριβείς διαγνώσεις, επιτυχή ταυτοποίηση των μολύνσεων αλλά και περαιτέρω συμβουλές για ειδικά υποδήματα καταφέρνουν να αντιμετωπίσουν με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα την πάθηση αυτή.



**ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΚΑΙ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ**

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Μαρία Παππά, Α. Τσακίρης, Όλγα Οικονόμου, Ι. Κουνελάκης, Σοφία Μπουντή, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της μελέτης είναι να εξετάσει τη μακροπρόθεσμη επίδραση του συνδυασμού λιραγλουτιδης και εμπαγλιφλοζίνης στον γλυκαιμικό έλεγχο και στη διαφορά στους παράγοντες καρδιομεταβολικού κινδύνου, είτε ως αρχικό συνδυασμό είτε ως επιπρόσθετη θεραπεία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) υπό θεραπεία με λιραγλουτίδη χωρίς περαιτέρω βελτίωση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** 118 ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 ηλικίας  $58,77 \pm 10,07$  ετών, εντάχθηκαν στη μελέτη. 55 ασθενείς έλαβαν ταυτόχρονα λιραγλουτίδη και εμπαγλιφλοζίνη (ομάδα Α) μαζί με την προϋπάρχουσα θεραπεία (με διαφοροποίηση σχετικά με προηγούμενη θεραπεία) και σε 64 ασθενείς προστέθηκε λιραγλουτίδη, ενώ ελάμβαναν εμπαγλιφλοζίνη (ομάδα Β). Η περίοδος παρακολούθησης ήταν  $52 \pm 2$  εβδομάδες και κατεγράφησαν αλλαγές στην HbA1c, σωματικό βάρος, συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ), διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ), ολική χοληστερόλη (TC), LDL-c, HDL-c, τριγλυκερίδια (TG).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σημαντική βελτίωση της HbA1c παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες με μεγαλύτερη μείωση στην ομάδα Α ( $1,98 \pm 0,89$  vs  $1,35 \pm 0,84$ ,  $p=0,029$ ). Η ελάττωση του βάρους ήταν μεγαλύτερη για την ομάδα Α ( $8,89 \pm 2,33$  vs  $4,74 \pm 2,17$ ,  $p=0,030$ ). Σημαντική μείωση της ΣΑΠ ( $9,97 \pm 3,67$  vs  $4,12 \pm 2,88$  mm Hg,  $p=0,062$ ) και της ΔΑΠ ( $4,85 \pm 2,31$  vs  $2,89 \pm 1,77$ ,  $p=0,295$ ) παρατηρήθηκε και στις δύο ομάδες. Παρουσιάστηκε αύξηση στην TC στην ομάδα Α και μικρή μείωση στην Ομάδα Β ( $10,56 \pm 3,38$  vs  $-4,56 \pm 2,77$ ,  $p=0,011$ ). Η LDL-c παρουσίασε ελάττωση στην ομάδα Α και μικρή μείωση στην ομάδα Β ( $-12,77 \pm 4,33$  vs  $-2,89 \pm 2,11$ ,  $p=0,033$ ) ενώ υψηλότερη αύξηση στην HDL-c φάνηκε στην ομάδα Α ( $5,57 \pm 2,13$  vs  $2,89 \pm 1,65$ ,  $p=0,245$ ) στο τέλος της περιόδου παρακολούθησης. Οι στατιστικές διαφορές ανάμεσα στις δύο ομάδες παρατηρήθηκαν μετά από τους πρώτους 6 μήνες θεραπείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η επίδραση της λιραγλουτιδης και της εμπαγλιφλοζίνης στο γλυκαιμικό έλεγχο και στους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου είναι μεγαλύτερη με την ταυτόχρονη έναρξη και των δύο φαρμάκων, ενώ η θεραπευτική επίδραση παρατηρήθηκε από τους πρώτους τρεις μήνες και διήρκεσε μέχρι και το τέλος του πρώτου χρόνου παρακολούθησης.



**ΜΕΛΕΤΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΙΔΡΟΥΝ ΣΤΟΝ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΓΡΟΤΙΚΟΥ ΚΑΙ ΑΣΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ**

Α. Κουτσοβασίλης<sup>1</sup>, Α. Σωτηρόπουλος<sup>1</sup>, Μαρία Παππά<sup>1</sup>, Δέσποινα Παπαδάκη<sup>1</sup>, Μαρία Γερογιάννη<sup>1</sup>, Δήμητρα Ραγιά<sup>1</sup>, Όλγα Οικονόμου<sup>1</sup>, Σ. Κατέχης<sup>1</sup>, Κ. Τσελάς<sup>2</sup>, Σ. Μπούσμπουλας<sup>1</sup>, Θ. Πέππας<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά, «Άγιος Παντελεήμων»,  
<sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, ΓΝ Ιεράπετρας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) σχετίζεται με την εμφάνιση χρόνιων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών οι οποίες επιδρούν στην ποιότητα ζωής και συχνά σχετίζονται άμεσα με τον θάνατο των ατόμων με ΣΔ. Σκοπός της μελέτης ήταν ο καθορισμός του επιπολασμού των χρόνιων επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με ΣΔτ2 και ο καθορισμός πιθανών διαφορών μεταξύ αγροτικού και αστικού πληθυσμού.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 378 ασθενείς με ΣΔτ2 οι οποίοι προσήλθαν στο εξωτερικό Παθολογικό Ιατρείο από τον Αύγουστο του 2011 έως τον Ιανουάριο του 2013. Οι ασθενείς οι οποίοι συμμετείχαν στη μελέτη απάντησαν ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με σκοπό την καταγραφή κοινωνικο-οικονομικών και δημογραφικών παραγόντων. Έγινε επίσης καταγραφή σωματομετρικών, κλινικών και εργαστηριακών χαρακτηριστικών καθώς και των χρόνιων επιπλοκών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 378 ασθενείς της μελέτης (55% άνδρες) μέσης ηλικίας  $73,69 \pm 14,43$  έτη, οι 176 (46,5%) ήταν αγροτικός πληθυσμός. Τουλάχιστον μια χρόνια επιπλοκή παρουσίαζαν 257 (68%) ασθενείς. Μακροαγγειακές επιπλοκές παρουσίαζαν 170 (45%) ασθενείς και μικροαγγειακές 160 (42,3%) ασθενείς. Η παρουσία καρδιαγγειακής νόσου, εγκεφαλοαγγειακής νόσου, νευροπάθειας, διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και διαβητικού ποδιού ήταν: 29,6%, 19%, 22,5%, 18,9%, 18,5%, 5,9% αντίστοιχα. Παράγοντες οι επιδρούν στην εμφάνιση επιπλοκών ήταν η ηλικία ( $p=0,019$ ) η διάρκεια του ΣΔτ2 ( $p=0,010$ ), το κάπνισμα ( $p=0,004$ ), το φύλο ( $p=0,041$ ), η παρουσία αρτηριακής υπέρτασης ( $p=0,046$ ) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ( $p=0,003$ ). Μετά από προσαρμογή ως προς την ηλικία το φύλο χάνει τη στατιστική του σημαντικότητα ( $p=0,144$ ). Σε πολυπαραγοντική ανάλυση οι παράγοντες οι οποίοι διατηρούν στατιστικά την επίδραση τους είναι η διάρκεια του ΣΔτ2 ( $p=0,010$ ), το κάπνισμα ( $p=0,012$ ) και η απόσταση από το αστικό κέντρο ( $p=0,044$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι χρόνιες επιπλοκές του ΣΔτ2 παρουσιάζονται σε σημαντικό βαθμό σε άτομα αγροτικού και αστικού πληθυσμού. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτών των επιπλοκών διαδραματίζει η διάρκεια του ΣΔτ2, το κάπνισμα και η ευκολία πρόσβασης σε υγειονομικές μονάδες με τον αγροτικό πληθυσμό να παρουσιάζει περισσότερες μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΗΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΙΤΙΔΑΣ**

Κ. Παμπόρης, Η. Γεωργόπουλος, Θ. Δερμάτης, Γ. Λοΐζος, Γ. Κρανιδιώτης, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα αποτελεί μια σπανιότατη πάθηση (επιπολασμός=20/100.000) η οποία εμφανίζεται κυρίως σε άρρενες ασθενείς ηλικίας 30-50 ετών με ιστορικό ατοπισμού (άσθμα, αλλεργίες, έκζεμα κτλ) συνήθως στο πλαίσιο ιδιοπαθούς υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου. Δύναται να προσβάλλει όλα τα όργανα του γαστρεντερικού, ενώ κατά την προσβολή του λεπτού ή παχέος εντέρου δίνει συμπτωματολογία ανάλογα με την προσβληθείσα στοιβάδα.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Παρουσίαση περιστατικού με ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Άρρεν 29 ετών με πρόσφατο ταξίδι στη νοτιοανατολική ακτή των ΗΠΑ, προσήλθε λόγω ήπιου, διάχυτου κοιλιακού άλγους και μετεωρισμού από 3 εβδομάδων. Επιπλέον ανέφερε διαρροϊκές κενώσεις χωρίς πρόσμιξη αίματος ή βλέννης από 24ώρου. Εκ της κλινικής εξέτασης ανευρέθησαν σημεία ασκίτη χωρίς ικτερική χροιά, σημεία χρόνιας ηπατικής νόσου, πυλαίας υπέρτασης ή ψηλαφητή λεμφαδενοπάθεια. Εκ του εργαστηριακού ελέγχου ανεδείχθη μέτρια ηωσινοφιλία (1700 K/ $\mu$ L) με χαμηλούς εργαστηριακούς δείκτες φλεγμονής και περιφερικό αίμα χωρίς παθολογικά ευρήματα. Ο υπέρηχος κοιλίας ανέδειξε ασκитική συλλογή. Δεν ανέφερε κατάχρηση αλκοόλ, χρήση ενδοφλέβιων ουσιών, ελεύθερες σεξουαλικές επαφές, επαφή με ζώα ή βρώση ύποπτης τροφής. Επιπλέον, δεν ανέφερε β ή non-β συμπτωματολογία.

Το ασκитικό υγρό ανέδειξε χαρακτήρες εξιδρώματος με κλίση αλβουμίνης=0,7 (<1,1). Από τη γενική εξέταση και την κυτταρολογική ανευρέθησαν άφθονα ηωσινόφιλα, ενώ στην καλλιέργεια δεν αναπτύχθηκαν παθογόνα. Στο πλαίσιο διερεύνησης πιθανής παρασιτικής λοίμωξης, εστάλη καλλιέργεια, παρασιτολογική κοπράνων καθώς και αντισώματα έναντι παρασίτων και μυκήτων τα αποτελέσματα των οποίων ήταν αρνητικά. Ο ιολογικός έλεγχος για ιογενείς ηπατίτιδες και HIV απέβη αρνητικός. Διενεργήθηκε αξονική κοιλίας η οποία ανέδειξε πανκολίτιδα και ασκίτη χωρίς διογκωμένους λεμφαδένες. Η ADA του πλευριτικού (3,3 IU/L) και η αρνητική εξέταση Quantiferon απέκλεισαν τη φυματίωση. Ο ανοσολογικός έλεγχος επίσης απέβη αρνητικός. Από τη γαστροσκόπηση και την κολονοσκόπηση δεν ανεδείχθησαν αξιόλογα παθολογικά ευρήματα και ελήφθησαν βιοψίες στις οποίες αναφέρεται λεμφοζιδιακή υπερπλασία. Ο ασθενής προσεκόμισε γενική αίματος με ήπια ηωσινοφιλία (1300 K/ $\mu$ L) προ 2ετίας χωρίς να έχει διερευνηθεί. Διενεργήθηκε οστεομυελική βιοψία, μυελόγραμμα και ανοσοφαινότυπος του μυελού από τα οποία δεν προέκυψαν παθολογικά ευρήματα. Αρνητικός ήταν και ο έλεγχος για το bcr/abl γονίδιο.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεδομένης της διενέργειας όλων των απαραίτητων διαγνωστικών εξετάσεων, της κλινικής επιδείνωσης του ασθενούς και της ισχυρής υποψίας υπέρ ηωσινοφιλικής γαστρεντερίτιδας στο πλαίσιο ιδιοπαθούς υπερηωσινοφιλικού συνδρόμου, έγινε έναρξη αγωγής με κορτιζόνη. Εμφάνισε έκδηλη βελτίωση από την πρώτη εβδομάδα με υποχώρηση των συμπτωμάτων, του ασκίτη και επάνοδο των ηωσινοφίλων σε φυσιολογικές τιμές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ηωσινοφιλική γαστρεντερίτιδα αν και σπάνια νόσος οφείλει να τίθεται στη διαφορική διάγνωση εξιδρωματικού ασκίτη ιδίως σε άτομα κάτω των 50 ετών, έχοντας βέβαια πάντα κατά νου ότι αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού. Πρέπει επομένως να διενεργείται εκτενής έλεγχος προς αποκλεισμό άλλων αιτιών και έγκαιρη έναρξη θεραπείας.

**ALPHA ΦΕΤΟΠΡΟΤΕΙΝ ΣΤΟ ΗΠΑΤΟΚΥΤΤΑΡΙΚΟ ΚΑΡΚΙΝΩΜΑ**

Μαρία Ραλλάτου, Στυλιανή Παπαντωνίου, Θ. Δερμάτης, Α. Μελιδώνης

*Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η AFP είναι μία γλυκοπρωτεΐνη η οποία σε έναν ενήλικα μπορεί να βρεθεί αυξημένη κατά την εγκυμοσύνη, σε κακοήθεια των γονάδων ή σε άλλους τύπους κακοήθειας όπως του γαστρεντερικού καθώς και σε χρόνια νοσήματα του ήπατος όπως σε κίρρωση ή ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί και σαν προγνωστικός δείκτης της πορείας του ασθενούς μετά από την εφαρμογή θεραπείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της αναφοράς στην AFP είναι για να αναδειχθεί η σημαντικότητα της ως δείκτης που θέτει την ισχυρή υποψία παρουσία κακοήθειας αλλά και ως παράμετρος σε διάφορες κλίμακες προγνωστικής αξίας για την πορεία του ασθενούς.

**ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ασθενής 75 ετών προσήλθε στο ΤΕΠ του Τζανείου Νοσοκομείου λόγω διάτασης της κοιλίας και κοιλιακού άλγους. Κατά την κλινική εξέταση εντοπίστηκε η παρουσία ασκτικής συλλογής η οποία επιβεβαιώθηκε και ακτινολογικά. Στο υπέρηχο κοιλίας φάνηκε ύβωση του περιγράμματος και ίνωση του παρεγχύματος, στοιχεία υπέρ κίρρωσεως του ήπατος. Επίσης φάνηκε μία ευμεγέθης μάζα 5 εκ με δορυφόρες βλάβες, εύρημα συμβατό με πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα ή με δευτεροπαθή εστία. Σε έλεγχο καρκινικών δεικτών ο ασθενής παρουσίασε AFP 86.000 τιμή 215 φορές άνω των ορίων αξιολόγησης της. Στη συνέχεια συνεχίστηκε η διερεύνηση του ασθενούς με αξονική τομογραφία θώρακα, κοιλίας και βιοψία ήπατος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το πόρισμα της βιοψία ήπατος του ασθενούς ήταν ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα. Η AFP αν και δεν αξιολογείται σαν διαγνωστικό κριτήριο έθεσε την υποψία υπέρ διάγνωσης ηπατοκυτταρικού καρκινώματος και όχι υπέρ δευτεροπαθούς εστίας λόγω της πολύ υψηλής τιμής της και τελικά η υπόθεση αυτή επιβεβαιώθηκε. Οι τιμές αναφοράς στη βιβλιογραφία για την AFP είναι 400 ενώ στο συγκεκριμένο ασθενή επιβεβαιώθηκε τιμή 86.000 δύο φορές από τον εργαστηριακό έλεγχο.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η AFP δεν συμπεριλαμβάνεται στα επίσημα κριτήρια διάγνωσης του ηπατοκυτταρικού καρκινώματος. Παρόλα αυτά μπορεί να κατευθύνει τη διαγνωστική σκέψη σε συνδυασμό και με τα λοιπά ευρήματα που εμφανίζονται σε έναν ασθενή, ιδιαίτερα όταν είναι εξαιρετικά αυξημένη η τιμή της λόγω της σημαντικής ειδικότητας που έχει η τιμή της AFP για το πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό καρκίνωμα.

**ΠΟΣΟΤΙΚΑ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ DEGLUDEC ΣΕ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΑ ΑΔΥΝΑΜΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Α. Κουτσοβασίλης, Α. Σωτηρόπουλος, Μαρία Μπουρίκου, Β. Κορδίνας, Σ. Τσιαγκλής, Π. Γεωργακόπουλος, Ι. Κλόγκερι, Μαρία Γερογιάννη, Ι. Κουνελάκης, Αικατερίνη Κατσαβρία, Σ. Μπούσμπουλας, Θ. Πέππας

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

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η ινσουλίνη degludec αποτελεί τη νέα ινσουλίνη μακράς δράσης η οποία έχει υψηλότερο κόστος και μεγαλύτερη διάρκεια δράσης, ενώ παρουσιάζει λιγότερες νυκτερινές υπογλυκαιμίες και επιτρέπει τη μεταφορά του χρόνου χορήγησης κατά 8 ώρες. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης της ινσουλίνης degludec στη ρύθμιση και την ποιότητα ζωής αδύναμων οικονομικά ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 98 οικονομικά αδύναμοι ασθενείς (53,5% γυναίκες), σύμφωνα με τον κώδικα φορολογίας εισοδήματος οι οποίοι έλαβαν degludec μαζί με δισκία και/ή GLP-1 αγωνιστή ή ήταν σε σχήμα εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας. Έξι μήνες αργότερα έγινε διερεύνηση του γλυκαιμικού ελέγχου, της ποιότητας ζωής (SF-12) και της συμμόρφωσης στη θεραπεία (με την κλίμακα Morisky).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 98 ασθενείς ηλικίας  $63,45 \pm 10,88$  έτη και διάρκειας διαβήτη  $10,52 \pm 6,48$  έτη, 72,5% έλαβαν degludec και δισκία, 9,31% έλαβαν GLP-1 και 18,19% ήταν σε εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία. Οι τρεις, ανάλογα με τη θεραπεία ομάδες ασθενών παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής με την προσθήκη της degludec ( $p=0,044$ ). Σημαντική σταδιακή μείωση των μονάδων degludec (16%) με τη μεγαλύτερη μείωση να παρουσιάζεται σε αυτούς που έλαβαν και GLP-1 (22,8%,  $p=0,040$ ). Διαπιστώθηκε ότι το 60,2% έλαβαν την ινσουλίνη σε διάστημα 8 ωρών πέραν του προκαθορισμένου χρόνου τουλάχιστον 3 φορές το μήνα με το συμμόρφωση να παρουσιάζει σημαντική βελτίωση ( $p=0,041$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση της degludec σχετίζεται με λιγότερες υπογλυκαιμίες, καλύτερη ποιότητα ζωής και σημαντική συμμόρφωση με το θεραπευτικό σχήμα, ενώ πολλοί ασθενείς χρησιμοποιούν την ευελιξία που προσφέρει η χορήγηση της degludec.



**EYPETHPIO**



## A

ΑΛΤΟΥΒΑΣ Γ. 17  
 ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ. 2, 3, 7, 30, 33, 41  
 ΑΝΔΡΙΑΝΕΣΗΣ Β. 6, 13, 38, 49, 50  
 ΑΣΛΑΝΙΔΟΥ Α. 9

## B

ΒΑΛΛΙΑΝΑΤΟΥ Λ. 5, 11

## Γ

ΓΑΒΡΑ Π. 2, 12, 13, 30, 51  
 ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. 2, 6, 7, 12, 13, 28, 39, 41, 51  
 ΓΕΡΑΣΙΜΟΥ Μ. 8, 13, 45, 46, 47, 48  
 ΓΕΡΟΓΙΑΝΝΗ Μ. 14, 15, 55, 58  
 ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. 15, 58  
 ΓΕΩΡΓΑΛΗ Α. 4  
 ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η. 2, 3, 4, 6, 7, 13,  
 14, 28, 31, 34, 35, 36,  
 37, 39, 40, 41, 51, 56  
 ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ Α. 6, 38  
 ΓΙΑΚΟΥΜΗ Ε. 5  
 ΓΙΑΝΝΟΥ Ε. 7, 11, 12, 14, 42, 43, 53  
 ΓΙΟΥΡΝΤΑ Α.-Μ. 9  
 ΓΚΙΖΛΗΣ Β. 4, 13  
 ΓΚΡΟΖΟΥ Α. 11

## Δ

ΔΕΡΜΑΤΗΣ Θ. 8, 14, 15, 44, 56, 57  
 ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Γ. 2, 30  
 ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. 4  
 ΔΗΜΗΤΡΟΥΛΗΣ Δ. 13, 50  
 ΔΗΜΟΥ Ν. 4

## E

ΕΥΚΑΡΠΙΔΗΣ Α. 9

## Z

ΖΥΓΟΥΡΗ Γ. 11

## H

ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ. 2, 3, 7, 13, 16, 17,  
 21, 30, 33, 40, 51

## K

ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ Ε. 2, 3, 13, 28, 33, 51  
 ΚΑΚΑΒΑ Ε. 12  
 ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α. 3, 6, 7, 10, 12, 14, 20,  
 21, 32, 39, 40, 42, 43, 53  
 ΚΑΡΑΪΤΙΑΝΟΣ Ι. 17  
 ΚΑΡΑΤΑΠΑΝΗΣ Σ. 8  
 ΚΑΣΔΑΓΛΗ Ι. 9  
 ΚΑΤΕΧΗΣ Σ. 14, 55  
 ΚΑΤΣΑΒΡΙΑ Α. 2, 15, 29, 58  
 ΚΑΤΣΑΡΑΣ Μ. 13, 50  
 ΚΑΤΣΑΡΟΥ Α. 7, 14, 42, 43, 53  
 ΚΛΟΓΚΕΡΙ Ι. 2, 15, 29, 58  
 ΚΟΛΙΟΓΕΩΡΓΗ Ρ. 13, 49  
 ΚΟΛΟΒΟΥ Β. 2, 30  
 ΚΟΛΟΒΟΥ Γ. 2, 8, 16, 30  
 ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β. 2, 15, 29, 58  
 ΚΟΥΝΕΛΑΚΗΣ Ι. 14, 15, 54, 58  
 ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. 2, 10, 14, 15, 20,  
 29, 54, 55, 58  
 ΚΡΑΝΙΔΙΩΤΗΣ Γ. 14, 52, 56  
 ΚΩΝΣΤΑΣ Χ. 7, 12, 14, 42, 43, 53

## Λ

ΛΑΔΑΣ Γ.-Κ. 7, 42, 43  
 ΛΑΜΠΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. 14, 52  
 ΛΙΑΤΗΣ Σ. 12, 15, 21  
 ΛΙΟΣΗ Β. 6, 7, 12, 39, 40, 41  
 ΛΟΪΖΟΣ Γ. 14, 52, 56  
 ΛΟΥΠΑ Χ. 12, 16

## M

ΜΑΖΙΩΤΗ Χ. 7, 14, 43, 53  
 ΜΑΚΡΥΓΙΑΝΝΗΣ Σ. 12

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

|                      |                                                                                                  |                           |                                                                               |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| MANTZAPA E. ....     | 9                                                                                                | ΠΑΠΑΔΑΚΗ Δ. ....          | 14, 55                                                                        |
| MANTZΟΥΚΗΣ Σ. ....   | 8, 13, 45, 46, 47, 48                                                                            | ΠΑΠΑΔΗΜΑ Χ. ....          | 2, 3, 6, 31, 34, 35, 36, 37                                                   |
| MARΚΑΚΗΣ Κ. ....     | 10                                                                                               | ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. .... | 2, 3, 6, 7, 8, 10, 13, 14, 20, 21, 28, 30, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 44, 51, 52 |
| MEΛΕΤΙΑΔΟΥ Μ. ....   | 5, 9, 11                                                                                         | ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ. ....       | 3, 6, 7, 15, 32, 39, 40, 57                                                   |
| MEΛΙΔΩΝΗΣ Α. ....    | 2, 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 17, 20, 28, 30, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 51, 52, 53, 56, 57 | ΠΑΠΠΑ Μ. ....             | 14, 54, 55                                                                    |
| MIΧΑΛΟΠΟΥΛΟΥ Ε. .... | 15                                                                                               | ΠΑΤΣΟΥΡΑΚΟΣ Ν. ....       | 17                                                                            |
| MΠAKATCEΛOΣ Σ. ....  | 20                                                                                               | ΠEΠΠΑΣ Θ. ....            | 2, 14, 15, 29, 54, 55, 58                                                     |
| MΠAKOΓIANNH Σ. ....  | 3, 32                                                                                            | ΠEΦANHΣ A. ....           | 15                                                                            |
| MΠAΛIΟΥ M. ....      | 11                                                                                               | ΠPEKATEΣ Θ. ....          | 4                                                                             |
| MΠAPOYΨHΣ Δ. ....    | 6, 38                                                                                            | ΠPOTOΨAΛTHΣ I. ....       | 3, 33                                                                         |
| MΠEλλOΣ Γ. ....      | 4, 15                                                                                            | <b>P</b>                  |                                                                               |
| MΠENPOYMPH M. ....   | 10                                                                                               | PAΓIA Δ. ....             | 2, 14, 29, 55                                                                 |
| MΠIλιANOU E. ....    | 8, 15, 16                                                                                        | PAλλATOU M. ....          | 8, 14, 15, 44, 52, 57                                                         |
| MΠOYMH Λ. ....       | 2, 6, 7, 28, 39, 40                                                                              | PAΠTHΣ A. ....            | 10, 15, 16, 20, 21                                                            |
| MΠOYNTH Σ. ....      | 2, 14, 29, 54                                                                                    | PEΠΠAS K. ....            | 13, 49                                                                        |
| MΠOYPIKOY M. ....    | 2, 14, 15, 29, 54, 58                                                                            | PIXTEP Δ. ....            | 10, 16, 17                                                                    |
| MΠOYCMΠOYλAς Σ. .... | 2, 14, 15, 29, 54, 55, 58                                                                        | <b>Σ</b>                  |                                                                               |
| MΠOYTATH E. ....     | 2, 30                                                                                            | CEBΔAλHΣ N. ....          | 7, 14, 42, 43, 53                                                             |
| MYλΩNA M. ....       | 6, 13, 38, 49, 50                                                                                | CEPETH A. ....            | 3, 7, 33, 40                                                                  |
| <b>N</b>             |                                                                                                  | CIAFAKA I. ....           | 4                                                                             |
| NAKOΣ I. ....        | 2, 3, 28, 33                                                                                     | CIAFAPIKAC X. ....        | 6, 38                                                                         |
| NIKOλAYOY A. ....    | 4                                                                                                | CTAMATOΠOYλOY E. ....     | 11                                                                            |
| HTOYΠHΣ I. ....      | 20                                                                                               | CYPIΓOY E. ....           | 7, 14, 42, 43, 53                                                             |
| <b>Ξ</b>             |                                                                                                  | CΩTHPOΠOYλOς A. ....      | 2, 14, 15, 29, 54, 55, 58                                                     |
| ΞANΘHΣ A. ....       | 6                                                                                                | <b>T</b>                  |                                                                               |
| ΞOYPIA E. ....       | 3, 6, 7, 32, 39, 41                                                                              | TAMOYPIΔH Γ. ....         | 9                                                                             |
| <b>O</b>             |                                                                                                  | TZOYΓANATOY E.-M. ....    | 3, 7, 14, 17, 33, 41, 52                                                      |
| OIKONOMOY O. ....    | 14, 54, 55                                                                                       | TPIKKAlINOY A. ....       | 3, 7, 12, 13, 16, 32, 41, 51                                                  |
| <b>Π</b>             |                                                                                                  | TCAΓKAPHΣ X. ....         | 7, 14, 42, 43, 53                                                             |
| ΠAMΠOPHΣ K. ....     | 14, 56                                                                                           | TCAKIPH Δ. ....           | 2, 3, 6, 31, 34, 35, 36, 37                                                   |
| ΠANAGIΩTOY Θ. ....   | 8, 12, 15, 16, 17                                                                                | TCAKIPHΣ A. ....          | 14, 54                                                                        |
|                      |                                                                                                  | TCEλAς K. ....            | 14, 55                                                                        |

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

|                      |        |                      |                                 |
|----------------------|--------|----------------------|---------------------------------|
| ΤΣΙΑΓΚΛΗΣ Σ. ....    | 15, 58 | <b>X</b>             |                                 |
| ΤΣΙΑΜΑΛΟΣ Π. ....    | 14, 52 | ΧΑΛΙΚΙΑ Α. ....      | 2, 30                           |
| ΤΣΙΛΙΒΙΓΚΟΥ Μ. ....  | 4      | ΧΑΛΜΟΥΚΟΥ Κ. ....    | 13, 49                          |
|                      |        | ΧΑΤΖΗΓΕΩΡΓΙΟΥ Ι. ... | 2, 3, 6, 12, 31, 34, 35, 36, 37 |
|                      |        | ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Α. ....  | 2, 3, 6, 31, 34, 35, 36, 37     |
| <b>Φ</b>             |        | ΧΕΛΙΩΤΗ Ε. ....      | 4                               |
| ΦΟΥΣΤΕΡΗΣ Ε. ....    | 10, 21 | ΧΕΡΑΣ Π. ....        | 2, 3, 6, 31, 34, 35, 36, 37     |
| ΦΡΑΓΚΙΟΥΔΑΚΗ Σ. .... | 13, 50 | ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε. ....     | 6, 7, 13, 39, 40                |



# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις εταιρείες





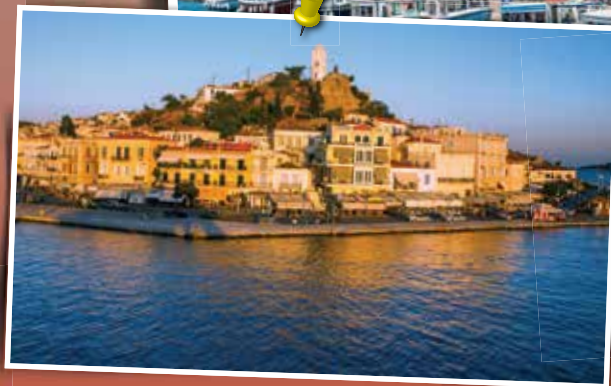
ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Ε.Κ.Ο.Μ.Ε.Ν.)

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Δρ Ανδρέας Μελιδώνης

Μαιάνδρου 23 • 115 28 Αθήνα

## 20η Επιστημονική Εκδήλωση 26-28 Σεπτεμβρίου 2019

Ξενοδοχείο «XENIA POROS IMAGE HOTEL», Πόρος



Χορηγούνται Μόρια  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής  
Εκπαίδευσης από τον  
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

## «Μεταβολικά Νοσήματα- Νεότερα Δεδομένα»

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: Congress World Mov. IKE

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7222 518, 📠 210 7210 069

💻 [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), ✉ [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)



GR1810908098 ENT-ADV017 OCT-2018

Lectus adv.



**Novartis (Hellas) A.E.B.E.**  
12<sup>ο</sup> χλμ. Εθνικής Οδού  
Αθηνών - Λαμίας,  
144 51 Μεταμόρφωση,  
Τηλ.: +30 210 281 1712

Γραφείο Θεσσαλονίκης:  
12<sup>ο</sup> χλμ Εθνικής Οδού Θεσσαλονίκης -  
Ν. Μουδανιών, 570 01 Θέρμη,  
Τηλ.: +30 2310 424 039

**ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΝΗΣΗ: +30 210 2828812**



**Entresto<sup>®</sup>**  
sacubitril/valsartan



ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ  
ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

1 2 3 4  
ΦΑΣΕΩΝ

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ-ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ  
\*ΥΠΟΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ  
ΝΟΣΟΥ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ  
ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΓΙΝΕΙ!

Στήριξε το όραμα  
του ασθενή σου  
στη θεραπεία

[www.eurodiet.gr](http://www.eurodiet.gr)  
Τηλέφωνο 210 937 3020

\*ADSTATEMENTS. Diabetes Care. Vol. 32,  
Number 11, November 2009