



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

Υπό την Αιγίδα των:



ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

# 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2024: Από τη θεωρία στην πράξη»

## 30 Μαΐου - 1 Ιουνίου 2024

Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου  
«Ο ΚΕΦΑΛΟΣ» - Κεφαλονιά

Θα χορηγηθούν 19,5 Μόρια  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής  
Εκπαίδευσης από τον  
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: ΚΕΓΜ Τουριστικές και Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε. - Congress World  
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7210001, 210 7222518, 📠 210 7210051  
🌐 [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), ✉ [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr)



## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

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

### Πρόεδρος:

Α. Μελιδώνης

### Αντιπρόεδρος:

Δ. Ρίχτερ

### Γεν. Γραμματέας:

Γ. Μπέλλος

### Ειδ. Γραμματέας:

Β. Λιόση

### Ταμίας:

Θ. Παναγιώτου

### Μέλη:

Σ. Λιάτης

Μ. Μελετιάδου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.) μετά από μια 12 ετία έντονης παρουσίας στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά δρώμενα και αφού οργάνωσε και πραγματοποίησε περισσότερες από 30 εκπαιδευτικές Διημερίδες και Τριημερίδες σε όλη την Ελλάδα, εξαγγέλλει και οριοθετεί το **7ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στο **Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου «Ο Κέφαλος»** στην Κεφαλονιά, στις **30 Μαΐου - 1 Ιουνίου 2024**.

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

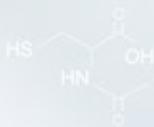
Προσβλέπουμε σε ένα Συνέδριο υψηλής εκπαιδευτικής και ερευνητικής ποιότητας, όπου εκλεκτοί και υψηλού κύρους ομιλητές φιλοδοξούμε ότι θα προσθέσουν ψηφίδες στο παζλ της γνώσης μας και της κλινικής μας δεξιότητας.

30 Μαΐου - 1 Ιουνίου 2024 στην όμορφη Κεφαλονιά, στο 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν. σας περιμένουμε ελπίζοντας και προσδοκώντας να συνεορτάσουμε εκπαιδευτικά και συνεδριακά την επιστροφή στην επιστημονική - συνεδριακή κανονικότητα.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής



**Δρ. Α. Μελιδώνης**  
Συντονιστής Οργάνωσης



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

**Πρόεδρος:** Α. Μελιδώνης

**Αντιπρόεδρος:** Δ. Ρίχτερ

**Γεν. Γραμματέας:** Γ. Μπέλλος

**Ειδ. Γραμματέας:** Β. Λιόση

**Ταμίας:** Θ. Παναγιώτου

**Μέλη:** Σ. Λιάτης, Μ. Μελετιάδου

## ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 7ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

**Πρόεδρος:** Α. Μελιδώνης

Δ. Ρίχτερ  
Γ. Μπέλλος  
Β. Λιόση

Θ. Παναγιώτου  
Σ. Λιάτης  
Μ. Μελετιάδου

Α. Ντιουάνι Γαλέμπ  
Α. Κουρούκλης  
Ι. Φισφή

## ΚΡΙΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θ. Παναγιώτου, Α. Νικολάου

**Πέμπτη 30 Μαΐου 2024**

**ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄**

**16:00-18:00 ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**

*Προεδρείο: Γ. Μπέλλος, Δ. Ασλάνογλου*

Λοιμώξεις αναπνευστικού στην κοινότητα

**Η. Σκοπελίτης**

Εμβόλια σε ενήλικους

**Α. Νικολάου**

Χρόνια νεφρική Νόσος στα Μεταβολικά Νοσήματα: Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Προσεγγίσεις

**Ε. Χελιώτη**

Η διερεύνηση της αναιμίας στην ΠΦΥ: Οι νέες διαγνωστικές προσεγγίσεις

**Β. Λιόση**

**18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Θ. Παναγιώτου*

Μικροβίωμα και Μεταβολική Παθολογία: Τι νεότερα στη διάγνωση και Θεραπεία

**Γ. Μπέλλος**

**18:30-20:00 ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ**

*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης*

Η καρδιολογία συναντά την παθολογία: Στεφανιαία Νόσος

**Σ. Φούσας**

Η Παθοφυσιολογία της γήρανσης: Υπάρχουν παρεμβάσεις;

**Σ. Παππάς**

Ανηδονία: Η ψυχογένεια της Παθολογίας

**Θ. Ασκητής**

**20:00 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ, ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης*

Δημόσια και Ταφική Γλυπτική στην Κεφαλονιά: Τέχνη και Κοινωνία

**Δ. Μαρκάτου**

# Παρασκευή 31 Μαΐου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 09:00-10:00 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Προεδρείο: **Ν. Γεωργιάδης, Ε. Ελ Ντέικ**

Νεαρός 22 ετών με πρωτοεμφανιζόμενο διαβήτη χωρίς κέτωση.  
Διερεύνηση

**Ε. Καγκελάρη**

Ασθενής ετών 64 με ΧΝΝ (GFR-24) δυσλιπιδαιμία (LDL=110, TG=190), ΑΠ=150/90 και Α1C=8% λαμβάνει μετφορμίνη 100mg, περινδροπρίλη 10mg - Οδηγίες

**Α. Γανωτοπούλου**

Ασθενής υψηλού CV κινδύνου με LDL=120mg% και TG=170mg% ξεκινά αγωγή με στατίνη. Ο εργαστηριακός έλεγχος μετά ένα μήνα έδειξε (CPK=820 και ALT=92 και AST=75)- Οδηγίες

**Ε. Χουρδάκη**

Σχολιασμός: **Α. Γκόβα, Α. Φούτρης**

### 10:00-10:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Γ. Δημητριάδης**

Προδιαβήτης: Από τη διάγνωση στην αντιμετώπιση. Τι νεότερο

**Η. Μυγδάλης**

### 10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Παπαζαφειροπούλου**

Υποστροφή του ΣΔ2. Είναι δυνατή; Και με ποιες παρεμβάσεις

**Ι. Σκράπαρη**

### 11:00-11:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Α. Γιαννοπούλου**

Επιγενετική, περιβαλλοντικοί παράγοντες και μεταβολικά νοσήματα

**Δ. Βλάχος**

# Παρασκευή 31 Μαΐου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 11:30-13:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

*Μειώνοντας τον CV κίνδυνο το 2024*

*Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ, Α. Ράπτης*

Η επίδραση του Σ.Δ στον καρδιαγγειακό κίνδυνο, ανάλογα και με τον τύπο του διαβήτη

**Σ. Λιάτης**

Οι αναστολείς PCSK-9 στην αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας. Παρόν και μέλλον

**Μ. Νούτσου**

Η ανθεκτική υπέρταση στα μεταβολικά νοσήματα και τη ΧΝΝ: Διαγνωστικές και θεραπευτικές προσεγγίσεις το 2024

**Α. Αλαβέρας**

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στην πρωτογενή πρόληψη:

Πότε, γιατί και πώς

**Θ. Παναγιώτου**

### 13:00-13:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

*Προεδρείο: Θ. Παναγιώτου*

Νεότερα Καπνικά προϊόντα το 2024. Έχουν θέση στη δημόσια υγεία;

**Δ. Ρίχτερ**

### 13:30-14:00 ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ

*Προεδρείο: Α. Γανωτοπούλου*

Οι πλειοτροπικές δράσεις της μετφορμίνης σε όργανα και ιστούς: Το παλιό - καινούριο πάντα υποσχόμενο φάρμακο

**Θ. Στρατηγού**

### 14:00-15:15 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ

*Προεδρείο: Α. Νικολάου, Ν. Γεωργιάδης*

### 15:15-17:00 ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

# Παρασκευή 31 Μαΐου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 17.00-18:00 **ΒΗΜΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

*Προεδρείο: Α. Πρεκατές, Η. Σκοπελίτης*

Διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση της καρδιακής ανεπάρκειας στην ΠΦΥ με το φως των νέων δεδομένων

**Γ. Γαβριελάτος**

Σύνδρομο αποφρακτικής άπνοιας. Διαγνωστικές και θεραπευτικές προκλήσεις

**Θ. Πρεκατές**

Συστηματικά Αυτοάνοσα Νοσήματα: Διαγνωστικές εξετάσεις και δείκτες στην ΠΦΥ

**Ε. Φωτιάδου**

Οφθαλμοπάθειες στα μεταβολικά νοσήματα, Διαγνωστικές προσεγγίσεις στην ΠΦΥ

**Ν. Πέτρου**

### 18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης*

Στόχευση στην LDL ΑποΒ ή NonHDL για βέλτιστο καρδιαγγειακό όφελος

**Δ. Ρίχτερ**

### 18.30-19.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.13

### 19.00-19.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ (Κλινικό Φροντιστήριο)**

Σελ.13

### 19.30-21:00 **ΤΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΤΩΝ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ**

*Προεδρείο: Σ. Λιάτης, Δ. Ρίχτερ*

Κατευθυντήριες Οδηγίες για την αντιμετώπιση Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2: Ποια τα νεότερα και ποια τα ελλείμματα;

**Ι. Ιωαννίδης**

Οδηγίες 2024 για την αντιμετώπιση της υπέρτασης

**Θ. Ράπτης**

Βέλτιστη διαχείριση της αντιπηκτικής αγωγής στην καθημερινή κλινική πράξη

**Ε. Γρουζή**

# Παρασκευή 31 Μαΐου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

08:00-09:00 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (8-14)**

Προεδρείο: Ε. Χουρδάκη, Α. Τρικκαλινού, Β. Κατσούρη

09:00-09:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Γ. Μπέλλος, Ε. Μαντζάρα

Ποιότητα και οργανωσιακή κουλτούρα στις Υπηρεσίες Υγείας  
**Μ. Μελετιάδου**

09:30-11:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΣΔ**

*Αναγνώρισε τον κίνδυνο, δράσε έγκαιρα (ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ε.Υ.)*

Προεδρείο: Μ. Μελετιάδου, Ν. Γεωργιάδης

Προσυμπτωματικός έλεγχος και διάγνωση

**Α. Θεοδωρακοπούλου**

Πολυπαραγοντική προσέγγιση παραγόντων κινδύνου Κ.Α.

**Ε. Μαντζάρα**

Πρόληψη Διαβητικού Ποδιού

**Ε. Γιάννου**

Εκπαίδευση και υποστήριξη στην αυτοφροντίδα

**Ε. Σταματοπούλου**

Συμπληρώματα Διατροφής: Πότε ναι και πότε όχι στη χορήγησή τους

**Ε. Σολωμού**

11:30-12:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ  
ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ε.Μ.ΠΑ.Κ.Α.Ν.)**

*Η τροποποίηση του lifestyle και η επίδραση στα Μεταβολικά Νοσήματα*

Προεδρείο: Ι. Ιωαννίδης

Διατροφικά πρότυπα και μεταβολικά νοσήματα: Υπάρχει ιδανική  
δαιτολογική προσέγγιση;

**Χ. Δημοσθενόπουλος**

Άσκηση και φυσική κατάσταση στο Σακχαρώδη Διαβήτη και στην  
πρόληψη της αθηροσκληρωτικής καρδιαγγειακής νόσου

**Ι. Κυριαζής**

# Σάββατο 1 Ιουνίου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 08:30-09:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (1-7)

Προεδρείο: **Μ. Παππά, Ε. Ελ Ντέικ, Β. Κατσούρη**

### 09:30-10:30 ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ

Προεδρείο: **Β. Λιόση, Ν. Αλεξανδροπούλου**

Ασθενής με ΣΔ2 ετών 60 έχει από δεκαετίας ΣΔ2. Λαμβάνει μετφορμίνη 850x2, ατορβαστατίνη 20g. Έχει ΑιC=8,4%, SGOT=78, SGPT=70, LDL=100 και TG=170mg%, κρεατινίνη= 1,5, BMI=29 και ΑΠ=130/80. Triplex καρδιάς ΔΔΑΚ. Ποια η αντιμετώπιση;

**Σ. Ζαφειράτου**

Ασθενής με ΣΔ2 ηλικίας 77 ετών έχει από 20 ετίας ΣΔ2. Λαμβάνει μετφορμίνη 500x2 και ραμιπρίλη. Έχει ΑιC=8.2%, LDL=130mg%, TG=150mg%, κρεατινίνη=1,8, BMI=27 και ΑΠ=130/80. Ποια η αντιμετώπιση;

**Ο. Βράνου**

Έγγυος ετών 28, 32 εβδομάδων κύησης σε γενόμενο έλεγχο σακχάρου παρουσιάζει σάκχαρο νηστείας 128mg% και 132mg% έχει BMI=34. Διαχείριση της ασθενούς

**Ν. Αλεξανδροπούλου**

Σχολιάστρια: **Β. Φαραντάτου, Μ. Παππά**

### 10:30-11:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: **Ν. Γεωργιάδης**

Λιπώδης νόσος του ήπατος και MASLD: Τι νεότερο

**Ε. Φουστέρης**

### 11:00-12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

**Διαβητικό Πόδι**

Προεδρείο: **Π. Τσαπόγας, Β. Λιόση**

Παθοφυσιολογία και διαβητικό πόδι. Νεότερες διαγνωστικές προσεγγίσεις

**Α. Τρικκαλινού**

Νέες θεραπείες στην αντιμετώπιση της διαβητικής νευροπάθειας και του διαβητικού ποδιού

**Π. Τσαπόγας**

# Σάββατο 1 Ιουνίου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

### 12:00-13:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

*Προεδρείο: Ε. Καπάντας, Γ. Βαλσαμάκης*

Η παχυσαρκία είναι νόσος και πρέπει να αντιμετωπίζεται

**Ε. Καπάντας**

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας σήμερα και στο άμεσο μέλλον

**Γ. Βαλσαμάκης**

### 13:00-13:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Ζ. Μούσλεχ*

Η Μουσική του μέλλοντος στο ΣΔ 1: Από τις απλές αντλίες στα υβριδικά κλειστά και το βιοτεχνητό πάγκρεας. Πόσο κοντά, πόσο μακριά είμαστε;

**Χ. Κανακά**

### 13:30-14:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.13

### 14:00-17:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

### 17:00-17:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Σ. Ζαφειράτου*

Η Διαχείριση του ΣΔ2 στην Π.Φ.Υ. Το κενό ανάμεσα στα GDLs και την κλινική πρακτική

**Α. Μιχαλόπουλος**

### 17:30-18:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Σ. Ηρακλειανού*

Από τις χοίρειες και τα ανάλογα ινσουλίνης στις έξυπνες ινσουλίνες και τη νανοτεχνολογία

**Γ. Κούρτογλου**

# Σάββατο 1 Ιουνίου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

**18:00-18:30 ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΤΟΥ ΚΑΘΗΓΗΤΗ ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΥ**

*Προεδρείο: Σ. Παππάς*

Από την κλινική Ιατρική στην Ιατρική Ακριβείας  
**Ε. Χατζηαγγελάκη**

**18:30-19:00 ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Ι. Κυριαζής*

Ο σημαντικός ρόλος της άσκησης στην πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ  
**Γ. Δημητριάδης**

**19:00-19:30 ΔΙΑΛΕΞΗ**

*Προεδρείο: Α. Ντιουάνι Γαλέμπ*

Οι νέες αγωγές και το μέλλον στην αντιμετώπιση του ΣΔ2  
**Α. Μελιδώνης**

**19:30-20:00 ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.13

**20:00-21:00 ΔΙΑΛΕΞΗ ΛΗΞΗΣ**

*Προεδρείο: Α. Μελιδώνης*

Από το Γουτεμβέργιο στο Internet και από το Internet στην Τεχνητή Νοημοσύνη. Η διαχρονική πορεία της ανθρωποκεντρικής Ιατρικής  
**Α. Γερμενής**

# Σάββατο 1 Ιουνίου 2024

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

### 09:00-10:00 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ν. ΚΕΦΑΛΟΝΙΑΣ

Προεδρείο: Σ. Ζαφειράτου, Α. Μιχαλόπουλος

Κ.Υ. Σάμης

**Ν. Μοσχόπουλος**

Γ.Ν.Α. Ληξουρίου

**Ξ. Γασπαράτου**

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Αργοστολίου

**Α. Κουρούκλης**

### 10:00-11:00 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

Καθημερινές προκλήσεις από τη χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών

Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης

Πόσο αξιόπιστα είναι τα συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης

**Κ. Μαρκάκης**

Συνήθη προβλήματα με την αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης

**Α. Παπαζαφειροπούλου**

### 11:00-12:30 ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Προεδρείο: Μ. Νούτσου, Σ. Ηρακλειανού

Εργαστηριακές παράμετροι Μ.Σ. πέραν παραδοσιακών

**Μ. Νούτσου**

Μ.Σ. και καρκίνος. Πώς συσχετίζονται

**Μ. Παππά**

Υπάρχουν θεραπευτικές οδηγίες για το Μ.Σ.;

**Ε. Φουστέρης**

# ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

## Παρασκευή 31 Μαΐου 2024

18.30-19.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

**sanofi** Σελ.7

Προεδρείο: Γ. Κούρτογλου

Πότε και σε ποια άτομα με ΣΔτ2 θα ξεκινήσω θεραπεία με βασική Ινσουλίνη

**Α. Παπαζαφειροπούλου**

19.00-19.30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ** (Κλινικό Φροντιστήριο)

 **Boehringer Ingelheim** Σελ.7

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Οι θεραπευτικές ανάγκες των ασθενών με ΣΔτ2 και η σύγχρονη Κάρδιο-Νέφρο-Μεταβολική θεραπευτική προσέγγιση τους:

Η θέση των SGLT-2 αναστολέων στην Π.Φ.Υ.

**Ε. Ρίζος**

## Σάββατο 1 Ιουνίου 2024

13.30-14.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

 **Lilly** Σελ.10

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Αν Expert Consensus: Μπορούν τα ανάλογα υπερταχείας δράσης ινσουλίνης να αλλάξουν την κλινική πρακτική;

**Ι. Ντούπης**

19.30-20.00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

 **Menarini Hellas** Σελ.11

Προεδρείο: Σ. Λιάτης

Ολιστική προσέγγιση στον ασθενή με Διαβήτη τύπου 2.

Επανεισάγοντας τη Καναγλιφλοζίνη στη θεραπευτική στρατηγική

**Θ. Στρατηγού**

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Αλαβέρας Α.** Παθολόγος, τ. Διευθυντής Παθολογίας, Α΄ Παθολογικής Κλινικής, «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ-ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» Γ.Ν.Α. Ε.Ε.Σ.
- Αλεξανδροπούλου Ν.** Παθολόγος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Ληξουρίου
- Ασκητής Θ.** Ψυχίατρος-Σεξολόγος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας, Μέλος ΕΨΕ, APA/USA, ISSM/ESSM, Αντιπεριφερειάρχης Υγείας Αττικής
- Ασλάνογλου Δ.** Ειδικός Παθολόγος, Μετεκπαιδευθείς στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Αθήνα
- Βαλαμακίς Γ.** Επ. Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, SCOPE European Fellow, Επισκέπτης Αναπληρωτής Καθηγητής Dept. Diabetes Endocrinology Metabolism, Warwick Medical School, Warwick, UK, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας
- Βλάχος Δ.** Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής «EVIVIOS MED»
- Βράνου Ο.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)
- Γαβριελάτος Γ.** MD, MSc, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Τμήματος Σύμπλοκων Αγγειοπλαστικών & Δομικών Καρδιακών Επεμβάσεων, Γ.Ν. Πειραιά «TZANEIO»
- Γανωτοπούλου Α.** Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Πειραιά «TZANEIO»
- Γασπαράτου Ξ.** Διευθύντρια Γενικής Ιατρικής, ΕΣΥ, Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου
- Γερμενής Α.** Ομότιμος Καθηγητής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας - Αντεπιστέλλον Μέλος της Ακαδημίας Αθηνών
- Γεωργιάδης Ν.** Ειδικός Παθολόγος, με Εξειδίκευση στα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα
- Γιαννοπούλου Α.** Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Αργοστόλι Κεφαλονιάς
- Γιάννου Ε.** Ποδολόγος-Ποδίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «TZANEIO»

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Γκόβα Α.** Ειδική Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
- Γρουζή Ε.** Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Υπεύθυνη Ιατρείου Αιμόστασης
- Δημητριάδης Γ.** Ομ. Καθηγητής Παθολογίας-Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική
- Δημοσθενόπουλος Χ.** MMedSci, PhD, Κλινικός Διαιτολόγος-Προϊστάμενος Διαιτολογικού Τμήματος, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν., Scientific Secretary of Diabetes Nutrition Study Group (DNSG)
- Ελ Ντέικ Ε.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Γλυφάδας
- Ζαφειράτου Σ.** Ειδικός Παθολόγος, Κεφαλονιά
- Ηρακλειανού Σ.** Παθολόγος-Διαβητολόγος
- Θεοδωρακοπούλου Α.** Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Ιωαννίδης Ι.** Δρ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεργάτης νοσοκομείου ΥΓΕΙΑ
- Καγκελάρη Ε.** Ειδικός Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
- Κανακά Χ.** MD, PhD, FMH (CH), Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας-Διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Νοσοκομείο Παίδων «Η ΑΓΙΑ ΣΟΦΙΑ», Πρόεδρος Ινστιτούτου Υγείας του Παιδιού
- Καπάντας Ε.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Νοσοκομείο METROPOLITAN, Πρόεδρος Ελληνικής Ιατρικής Εταιρείας Παχυσαρκίας

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

**Κατσούρη Β.**

MD, MSc, Γενικός Ιατρός, με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβητολογικό κέντρο Γ.Ν. ΤΖΑΝΕΙΟΥ και στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, Πρόεδρος Ελεγκτικής επιτροπής ΕΔΔΙΠΦΥ, Ιατρός στο Πολυϊατρείο Medifirst Περιστερίου. Ιδιωτικό Ιατρείο Σοφάδες και Καρδίτσα. Ιατρός Medifirst Περιστερίου και Αμαρουσίου

**Κουρούκλης Α.**

Παθολόγος, Επιστημονικά Υπεύθυνος Επιμελητής Β΄ Εσωτερική Παθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου

**Κούρτογλου Γ.**

Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος, Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ», Θεσσαλονίκη

**Κυριαζής Ι.**

MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Επιστ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν. Αττικής «Κ.Α.Τ.», Πρόεδρος Δ.Σ. Εταιρείας Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου για Αγγειακά Νοσήματα (Ε.Μ.Πα.Κ.Α.Ν.), Γραμματέας Δ.Σ. Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.)

**Λιάτης Σ.**

Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιστημονικός Σύμβουλος Διαβητολογικού Κέντρου «ATHENS MEDICA»

**Λιόση Β.**

Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευμένη Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

**Μαντζάρα Ε.**

Αντιπλοίαρχος(ΥΝ), RN, MCs, Εκπαιδύτρια ERC, Νοσηλεύτρια Αν. Προϊσταμένη Μ.Ε.Θ., Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

**Μαρκάκης Κ.**

MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»

**Μαρκάτου Δ.**

Αφυπηρετήσασα Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιστορίας της Τέχνης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

**Μελετιάδου Μ.**

Νοσηλεύτρια, RN, MSc, BLS, ILS, Instructor ERC, Προϊσταμένη Μονάδας Εμφραγμάτων Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ» Πρόεδρος Ομάδας Επιστημόνων Υγείας Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

|                      |                                                                                                                                                                                       |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Μελιδώνης Α.         | Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό - Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL», Πρόεδρος Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν                                                   |
| Μιχαλόπουλος Α.      | Παθολόγος-Διαβητολόγος, FSCOPE, Κέρκυρα                                                                                                                                               |
| Μοσχόπουλος Ν.       | Ειδικευμένος Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Επιμελητής Α΄ Κέντρου Υγείας Σάμης                                                       |
| Μούσλεχ Ζ.           | Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Υπεύθυνος Τμήματος Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, «EUROMEDICA» Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη |
| Μπέλλος Γ.           | Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιδημιολόγος, PhD, MR CGP, ΜΕΡΜΑ                                                                                                                       |
| Μυγδάλης Η.          | Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσ. «ΛΕΥΚΟΣ ΣΤΑΥΡΟΣ»                                                                                                      |
| Νικολάου Α.          | Γεν. Ιατρός με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                                                                  |
| Νούτσου Μ.           | Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»                                                               |
| Ντιουάνι Γαλέμπ Α.   | Γενικός Ιατρός, Ληξούρι Κεφαλονιάς                                                                                                                                                    |
| Ντούπης Ι.           | Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Όμιλος Ιατρικού Αθηνών, Κλινική Παλαιού Φαλήρου                                                              |
| Παναγιώτου Θ.        | Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών                                                                                                                 |
| Παπαζαφειροπούλου Α. | Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, MSc (Βιοστατιστική), Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»                           |
| Παππά Μ.             | Παθολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»                                                                                                                   |
| Παππάς Σ.            | Παθολόγος-Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα                                                      |

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Πέτρου Κ.** Χειρουργός Οφθαλμίατρος τ. Σ. Διευθυντής Οφθαλμοκλινικής ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ Γ.Ν.Α
- Πρεκατές Α.** Συντονιστής Διευθυντής ΜΕΘ, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Ράπτης Α.** Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ρίζος Ε.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων
- Ρίχτερ Δ.** Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, Αντιπρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ
- Σκοπελίτης Η.** Παθολόγος, MSc Tra Med, PhD, Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Σκράπαρη Ι.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Παθολογικό Τμήμα και Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΑ «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Σολωμού Ε.** Κλινική Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, BSc
- Σταματοπούλου Ε.** Νοσηλεύτρια MSc, PhD(c), Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Στρατηγού Θ.** Ενδοκρινολόγος, Bs, MD, PhD, Επιμελήτρια Α΄, Υπεύθυνη Ειδικών Ιατρείων Διαβητικής Νεφροπάθειας και Παχυσαρκίας, Ενδοκρινολογικό Τμήμα «ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ ΙΚΚΟΣ» - Διαβητολογικό Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»
- Τρικκαλινού Α.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελήτης Διαβητολογικού Κέντρου Metropolitan Hospital, Επιστ.Υπεύθυνη Digital-Clinic Επιστ. Υπεύθυνη Παθολογικού Τομέα HealthSpot Κηφισιάς και Περιστερίου
- Τσαπόγας Π.** Παθολόγος - Διαβητολόγος Αν. Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής - Κέντρο Μεταβολισμού και Διαβήτη, Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», τ. Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Κέρκυρας

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Φαραντάτου Β.** Παθολόγος, Αργοστόλι Κεφαλονιάς
- Φούσας Σ.** MD, FACC, Συντονιστής Τομέα Καρδιάς και Αγγείων «METROPOLITAN GENERAL», Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας, τ. Πρόεδρος ΕΚΕ
- Φουστέρης Ε.** MD, PhD, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικός Διευθυντής MEDOC
- Φούτρης Α.** Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ», Πειραιάς
- Φωτιάδου-Παππά Ε.** Βιοπαθολόγος, τ. Συντονίστρια Διευθύντρια Τμήματος Ανοσολογίας & Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν. Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Χατζηπαγγελάκη Ε.** Ομότιμη Καθηγήτρια Παθολογίας- Μεταβολικών Νοσημάτων ΕΚΠΑ, Visiting Professor German Diabetes Center (DDZ), Heinrich Heine University, Düsseldorf, Germany Συνεργάτης: Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο Mediterraneo First Care
- Χουρδάκη Ε.** Ειδική Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Διαβητολογικού Κέντρου «METROPOLITAN HOSPITAL» Επιστημονικά υπεύθυνη DIABESITY WELLNESS SPOT Επιστημονικά υπεύθυνη Παθολογικού - Διαβητολογικού Τμήματος Healthspot Γλυφάδας
- Χελιώτη Ε.** MD, PhD, Διευθύντρια Νεφρολογίας, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ιατρείου Σπειραματονεφριτίδων, Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Εταιρείες



# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## Οργάνωση

Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)  
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα • [www.ekomen.net](http://www.ekomen.net)

## Τόπος και χρόνος Συνεδρίου

Το **7ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2024: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στο Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου «Ο Κέφαλος», από **30 Μαΐου - 01 Ιουνίου 2024**

## Γραμματεία Συνεδρίου

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

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

 Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

 210 72 10001, 210 72 10052

## Τεχνική Γραμματεία Συνεδρίου

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

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

## Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Χορηγούνται **19,5** 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



PMI SCIENCE  
PHILIP MORRIS INTERNATIONAL

## Δημιουργούμε ένα μέλλον απαλλαγμένο από το τσιγάρο

Αναπτύσσουμε εναλλακτικά προϊόντα  
χωρίς καύση και αξιολογούμε τις  
επιπτώσεις τους στην ατομική και  
τη δημόσια υγεία χρησιμοποιώντας  
αυστηρές επιστημονικές μεθόδους

Γνωρίστε το PMI Science  
**pmiscience.com**

PMI Science

@pmiscience



*Το παρόν απευθύνεται μόνο σε επιστήμονες  
και επαγγελματίες στον τομέα της υγείας*

ΔΕΙΤΕ ΟΛΑ ΤΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΜΑΣ

# JANECLUC

ΣΙΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗ/ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ ΗCl

Κάθε δισκίο JANECLUC 50 mg/850 mg περιέχει μονοϋδρική υδροχλωρική σιταγλιπτίνη ισοδύναμη με 50 mg σιταγλιπτίνης και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

Κάθε δισκίο JANECLUC 50 mg/1000 mg περιέχει μονοϋδρική υδροχλωρική σιταγλιπτίνη ισοδύναμη με 50 mg σιταγλιπτίνης και 1000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.



Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

#### Λ.Τ σύμφωνα με το Δελτίο τιμών 12/2022\*.

JANECLUC® F.C.TAB (50+1000)MG/TAB BT X 60 TABS ΣΕ BLISTER: 20,95€

JANECLUC® F.C.TAB (50+850)MG/TAB BT X 60 TABS ΣΕ BLISTER: 28,02€

\*Σε περίπτωση ανακοίνωσης νέου Δελτίου Τιμών, θα ισχύσουν οι νεότερες.

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την  
Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος  
σκανάρωντας τον παρακάτω QR-κωδικό:



[www.demo.gr](http://www.demo.gr) | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |



**DEMO** ABEE  
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

21<sup>ο</sup> χλμ Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας, 145 68 Κρουσινέρι,  
Αττικής, Ελλάδα, Τ: +30 210 8161802, F: +30 210 8161587



# Vipidia®

## αλογλιπτίνη

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

**Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.**

*Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Π.Χ.Π.*

*«Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Τοπικό Αντιπρόσωπο: TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.»*

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

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:  
Takeda Pharma A/S Δανία  
Τοπικός Αντιπρόσωπος:  
Takeda ΕΛΛΑΣ ΑΕ



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

*Takeda, Takeda logo and Vipidia are trademarks of Takeda Pharmaceutical Company Limited used under license.*

**Πρωτόσηση:**



**ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ**  
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής, Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300  
[www.elpen.gr](http://www.elpen.gr)

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

**Januvia**  
(sitagliptin, MSD)

**Janumet**  
(sitagliptin/metformin, MSD)

Για τους διαβητικούς ασθενείς  
που είναι αρρύθμιστοι σε  
μονοθεραπεία με μετφορμίνη:

# ΜΗΝ ΚΑΘΥΣΤΕΡΕΙΤΕ ΤΟ ΕΠΟΜΕΝΟ ΒΗΜΑ ΚΑΝΕΤΕ ΤΗΝ ΚΑΤΑΛΛΗΛΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

ώστε οι ασθενείς σας να πετύχουν  
τους στόχους της HbA1c<sup>1-3</sup>



**MSD**



Πριν τη συνταγογράφηση παρακαλούμε συμβουλευτείτε τη σύντομη περίληψη χαρακτηριστικών προϊόντος που εσωκλείεται  
Βιβλιογραφία: 1. Π.Χ.Π Januvia 09/2023, 2. Π.Χ.Π Janumet 08/2023, 3. Del Prato S et al. Int J Clin Pract 2005; 59(11):1345-55.

**JANUMET (50+1000) Α.Τ 23,78€, JANUMET (50+850) Α.Τ 31,80€, JANUVIA (100) Α.Τ 22,19€, JANUVIA (50) Α.Τ 18,13€**



**MSD**

ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:  
MSD A.B.B.E. Αγίου Ισχυρίων 63, Νάυακ 17456,  
Τηλ.: 210 9897300  
Αρ. ΓΕΜΗ 121888101000  
www.msd.gr  
E-MAIL: dpc\_greece@merck.com



**BIA NEE**  
ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

#### Τοπικός αντιπρόσωπος:

BIA NEE Α.Ε. - Έδρα : Οδός Βαρκομύτης 8,  
14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά, Τηλ. 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianee.gr  
• WEBSITE: www.vianee.gr • ΟΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίας 113,  
562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ.: 000274201000

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

# Unidone

οισκία  
χλωροθαλιδόνη

**Ισχυρό & μακράς διάρκειας δράσης,  
διουρητικό θειαζιδικού τύπου<sup>1</sup>**

[illegible]

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και  
έχετε ΟΜΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΑΕ ή φ  
συστηματικώς την "ΕΠΙΣΤΗΜΗ ΚΑΡΤΑ"



[www.uni-pharma.gr](http://www.uni-pharma.gr)

Medtronic

# Καλύτερος έλεγχος με λιγότερη προσπάθεια

με το Σύστημα Αντλίας Ινσουλίνης MiniMed™ 780G

Από μία έρευνα  
διαπιστώθηκε πως

99%

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



Αποχαιρετήστε τη θεραπεία  
MDI + isCGM και μειώστε τη  
HbA1c κατά 1.4%?



Αποχαιρετήστε τα πάνω και τα  
κάτω κερδίζοντας +27%  
περισσότερο Χρόνο εντός στόχου.<sup>2§</sup>



Γνωρίστε το Σύστημα MiniMed™ 780G  
και κερδίστε +30% περισσότερο Χρόνο εντός  
στόχου κατά τη διάρκεια της νύχτας.<sup>2§</sup>

Μάθετε περισσότερα:



Κέντρο Εκπαίδευσης  
Diabetes Shop στον Πύργο  
Αθηνών



210 01 01 200 & 210 677 9099



[www.medtronic-diabetes.gr](http://www.medtronic-diabetes.gr)



<sup>§</sup> Η Ελλάδα είναι χώρα με υψηλό ποσοστό διαβήτη

<sup>§</sup> isCGM με διαλείπουσα σάκχωση

<sup>§</sup> Σε σύγκριση με MDI + isCGM

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

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

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

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

Οι πληροφορίες που περιγράφονται στο παρόν δεν αποτελούν ιατρική συμβουλή και δεν θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ως εναλλακτική λύση από το ιατρό σας. Σημειώστε τις ενδείξεις, τις αντενδείξεις, τις προφυλάξεις, τα πιθανά ανεπιθύμητα συμβάντα και κάθε άλλη πληροφορία με τον επαγγελματία υγείας που σας παρακολουθεί. Το Υποφάρμακο Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας - ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Η ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.

GR01E 2300002 © 2022 Medtronic

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



**I. M. ΚΥΡΙΑΚΙΔΗΣ Α.Ε.**  
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

MAKE EVERY MINUTE COUNT

## AFINION™ 2



Lipid panel

HbA1c

ACR

CRP



3 min. Test Time



Highly Accurate Results



NO INTERFERENCE FROM COMMON Hb VARIANTS



NGSP AND IFCC CERTIFIED

Four tests on one platform at one point of care

[www.jmkyriakidis.gr](http://www.jmkyriakidis.gr)



## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



## ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΝΕΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ 20ΕΤΟΥΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΤΗ ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ιωάννα Κεχαγιά<sup>1,2</sup>, Θ. Τσιαμπαλής<sup>1,3,4</sup>, Ευαγγελία Δαμίγου<sup>1</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>5</sup>, Γεωργία Αναστασίου<sup>6</sup>, Ευρυδίκη Κραββαρίτη<sup>6</sup>, Νίκη Κατσίκη<sup>7,8</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>6</sup>, Π.Π. Σφηκάκης<sup>6</sup>, Χριστίνα Χρυσοχόου<sup>9</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>9</sup>, Χ. Πίτσας<sup>9</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, <sup>2</sup>Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, <sup>3</sup>Σχολή Υγείας, Πανεπιστήμιο της Καμπέρα, Καμπέρα, Αυστραλία, <sup>4</sup>Τμήμα Διατροφής και Διαιτολογίας, Σχολή Φυσικής Αγωγής, Αθλητισμού και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Τρίκαλα, <sup>5</sup>B΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>6</sup>A΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», <sup>7</sup>Τμήμα Επιστημών Διατροφής και Διαιτολογίας, Διεθνές Πανεπιστήμιο, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, <sup>8</sup>Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Λευκωσία, Κύπρος, <sup>9</sup>A΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συσχέτισης νέων φλεγμονωδών δεικτών [συστημικός ανοσοφλεγμονώδης δείκτης, αναλογία ουδετερόφιλων προς λεμφοκύτταρα, αναλογία αιμοπεταλίων προς λεμφοκύτταρα και αναλογία C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (CRP) προς λεμφοκύτταρα] και 20ετούς επίπτωσης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) καθώς και ο πιθανός μηχανισμός μεσολάβησης της μακροχρόνιας προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» συνιστά μια προοπτική επιδημιολογική μελέτη καταγραφής και παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού, και πραγματοποιήθηκε στη ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 3.042 ενήλικους, 1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες, χωρίς προηγμένη ιστορική καρδιαγγειακής νόσου. Η αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, των συνιστωσών του τρόπου ζωής, των ανθρωπομετρικών καθώς και των βιοχημικών παραμέτρων, πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης (2001), αλλά και σε όλους τους επανελέγχους (2006, 2012, 2022). Ο δείκτης MedDietScore χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στη ΜΔ (εύρος 0-55) και δημιουργήθηκαν τέσσερις τροχιές ΜΔ: αυξανόμενη, μειούμενη, σταθερά υψηλή, σταθερά χαμηλή. Το δείγμα της παρούσας μελέτης περιλάμβανε 2.000 ενήλικους, ηλικίας  $43 \pm 13$  ετών, με ποσοστό ανδρών 49%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια της 20ετίας, 26.3% (95%ΔΕ 24,4%, 28,3%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν ΣΔτ2. Τα άτομα που επέδειξαν συστηματικά αυξημένο βαθμό προσκόλλησης στη ΜΔ, κατά τη διάρκεια της 10ετίας, παρουσίασαν μειωμένες τιμές αναλογίας CRP προς λεμφοκύτταρα, ινωδογόνου, CRP, ιντερλευκίνης-6, και παράγοντα νέκρωσης όγκων-α ( $p < 0,001$ ). Η αύξηση του δείκτη CRP προς λεμφοκύτταρα κατά 0,1 μονάδα, συσχετίστηκε με την αύξηση του 20ετούς κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2 κατά 16%, λαμβάνοντας υπόψη ποικίλους συγχυτικούς παράγοντες (ΣΚ=1,16 95%ΔΕ 1,01, 1,23), στην οποία η μακροχρόνια προσκόλληση στη ΜΔ ασκούσε προστατευτικό ρόλο, καθώς τόσο η άμεση όσο και η έμμεση επίδρασή της παρέμεναν σημαντικές.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο δείκτης CRP προς λεμφοκύτταρα δύναται να αποτελέσει έναν καινοτόμο δείκτη, που θα μπορούσε να ενσωματωθεί στο προγνωστικό εργαλείο ανίχνευσης των ατόμων σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2, και παρεπόμενα να συμβάλλει, στην έγκαιρη πρωτογενή πρόληψη της νόσου.

**GLP-1 ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ VS DPP-4 ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ: ΕΧΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΣΤΙΣ ΝΟΗΤΙΚΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΠΟΙΑ ΠΤΥΧΗ ΤΩΝ ΙΝΚΡΕΤΙΝΙΚΩΝ ΑΓΩΓΩΝ ΒΟΗΘΑΕΙ ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ;**

Α. Μητσέας<sup>3</sup>, Αικατερίνη Τρικκαλινού<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Χρυσικού<sup>3</sup>, Ν. Ψωμάς<sup>3</sup>, Φωτεινή Μοσχίδη<sup>3</sup>, Ι. Μπακάλης<sup>2</sup>, Φραντζέσκα Γάφου<sup>1</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Metropolitan Hospital, <sup>3</sup>Cardiff Metropolitan University

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η GLP-1 είναι μια ορμόνη με τη δυνατότητα να μειώσει τα επίπεδα ζαχάρου στο αίμα. Στη θεραπεία του διαβήτη, χρησιμοποιούνται αγωνιστές της GLP-1, καθώς και ανταγωνιστές του ενζύμου DPP-4, το οποίο διασπά ορμόνες όπως η GLP-1. Σκοπός αυτής της έρευνας είναι να συγκρίνει την αποτελεσματικότητα των αντιδιαβητικών αγωγών GLP1-RAs και DPP-4 στην διατήρηση των νοητικών λειτουργιών σε ασθενείς με ΣΔτ2.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη εντάχθηκαν 154 ασθενείς με ΣΔτ2, (το 59% ήταν άνδρες), ηλικίας  $62.9 \pm 11.0$  έτη. Χωρίστηκαν σε 2 ομάδες ανάλογα με την αντιδιαβητική αγωγή που λάμβαναν. Η πρώτη ομάδα αποτελούνταν από 83 (53.9%) ασθενείς με αγωγή GLP1-RAs, ενώ στη δεύτερη ομάδα εντάχθηκαν ασθενείς με αγωγή αναστολέων DPP-4. Όλοι οι ασθενείς μετείχαν σε δοκιμασίες που θα εξέταζαν τις νοητικές τους λειτουργίες (γλώσσα, μνήμη, συγκέντρωση, εκτελεστικές λειτουργίες). Για τις δοκιμασίες χρησιμοποιήθηκε το MMSE καθώς και ένα επιπρόσθετο τεστ μνήμης. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το SPSS 28.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς είχαν μέση διάρκεια διαβήτη  $10,7 \pm 8,7$  χρόνια και ηλικία, ενώ δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στην ηλικία ( $p=0,246$ ) ή τη διάρκεια διαβήτη ( $p=0,222$ ). Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων στα αποτελέσματα του MMSE ( $\mu=27,19 \pm 2,9$  vs  $\mu=25,58 \pm 3,7$ ,  $p=0,003$ ) υπέρ της πρώτης ομάδας, ενώ δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των 2 ομάδων στα αποτελέσματα του τεστ μνήμης.

**IGF-2 ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΜΕΝΗ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: ΑΝΑΦΟΡΑ ΤΡΙΩΝ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**

Θεοδώρα Στρατηγού, Σοφία Γεωργιάδη, Χρυσούλα Κούκουλα, Όλγα Παπαλού, Καλλιόπη Παντελιά, Γεωργία Ντάλη, Μαρινέλα Τζανέλα

*Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος», Διαβητολογικό Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η έκκριση ινσουλινόμορφου αυξητικού παράγοντα 2 (IGF-2) από μεσεγχυματικούς και επιθηλιακούς όγκους δύναται να προκαλέσει υπογλυκαιμικά επεισόδια μέσω ενεργοποίησης του υποδοχέα της ινσουλίνης. Η διάγνωση επιβεβαιώνεται με τον αυξημένο λόγο IGF-2/IGF-1. **ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ:** Παρουσίαση τριών περιπτώσεων IGF-2 διαμεσολαβούμενης υπογλυκαιμίας εντός του έτους 2023.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** *Πρώτη περίπτωση:* Γυναίκα ηλικίας 46 ετών, στον 7ο μήνα εγκυμοσύνης, υποβλήθηκε σε μαγνητική τομογραφία λόγω διπλωπίας και βλεφαρόπτωσης, που ανέδειξε ευμεγέθη όγκο στη βάση του κρανίου. Μετά τον τοκετό (χωρίς επιπλοκές) εμφάνισε υπογλυκαιμικό κώμα και νοσηλεύθηκε. Στην εργαστηριακή διερεύνηση προέκυψαν χαμηλά επίπεδα γλυκόζης, ινσουλίνης και C-πεπτιδίου με επαρκή επίπεδα κορτιζόλης και αυξημένο λόγο IGF-2/IGF-1. Ακολούθησε υφολική χειρουργική εκτομή του όγκου που, ιστολογικά, χαρακτηρίστηκε ως χονδροσάρκωμα. Συμπληρωματική θεραπεία με γλυκοκορτικοειδή οδήγησε σε πλήρη ύφεση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

*Δεύτερη περίπτωση:* Γυναίκα ηλικίας 74 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και χειρουργηθέντος GIST, προ δεκαετίας, με μη υπολειπόμενη νόσο, αναφέρει υπογλυκαιμικά επεισόδια, κυρίως νηστείας, με αδρενεργικά συμπτώματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε χαμηλή συγκέντρωση γλυκόζης, ινσουλίνης και C-πεπτιδίου, επαρκή επίπεδα κορτιζόλης και αυξημένο λόγο IGF-2/IGF-1. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε ευμεγέθη, μη εξαιρέσιμο όγκο, του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου. Ακολούθησε βιοψία που διέγινωσσε στρωματικό όγκο του γαστρεντερικού σωλήνα μεσεγχυματογενούς αρχής. Τα υπογλυκαιμικά επεισόδια αντιμετωπίστηκαν θεραπευτικά με μεθυλπρεδνιζολόνη και ιματινίμη.

*Τρίτη περίπτωση:* Γυναίκα ηλικίας 73 ετών, χωρίς γνωστό ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη, ανέφερε υπογλυκαιμικά επεισόδια, κυρίως νηστείας, με νευρογλυκοπενικά συμπτώματα. Ο εργαστηριακός έλεγχος κατέδειξε χαμηλή συγκέντρωση γλυκόζης, ινσουλίνης και C-πεπτιδίου, επαρκή επίπεδα κορτιζόλης και αυξημένο λόγο IGF-2/IGF-1. Διενεργήθηκε αξονική τομογραφία κοιλίας που ανέδειξε κωροκατακτιπτική εξεργασία της μήτρας. Ακολούθησε χειρουργική εξαίρεση με άμεση υποχώρηση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Η ιστολογική εξέταση διέγινωσσε επιθηλιοειδές λειομυοσάρκωμα μήτρας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η παραγωγή IGF-2 από όγκους μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια. Ενδεδειγμένη θεραπεία θεωρείται η χειρουργική εξαίρεση. Για μη εξαιρέσιμους, χειρουργικά, όγκους δύναται να χρησιμοποιηθούν αποτελεσματικά τα γλυκοκορτικοειδή.

**Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ 20ΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)**

Ιωάννα Κεχαγιά<sup>1,2</sup>, Θ. Τσιαμπαλής<sup>1</sup>, Ευαγγελία Δαμίγου<sup>1</sup>, Φ. Μπάρκας<sup>3</sup>, Γεωργία Αναστασίου<sup>4</sup>, Ευρυδίκη Κραββαρίτη<sup>4</sup>, Ε. Λυμπερόπουλος<sup>4</sup>, Π.Π. Σφηκάκης<sup>4</sup>, Χριστίνα Χρυσοχόου<sup>5</sup>, Κ. Τσιούφης<sup>5</sup>, Χ. Πίτσαβος<sup>5</sup>, Δ. Παναγιωτάκος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, <sup>2</sup>Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, <sup>3</sup>Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, <sup>4</sup>Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθήνα, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», <sup>5</sup>Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η μελέτη της συσχέτισης ανάμεσα στην προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) και στην 20ετή επίπτωση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» συνιστά μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη καταγραφής και παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού, σε συνδυασμό με τους παράγοντες που την επηρεάζουν, και πραγματοποιήθηκε στη ευρύτερη περιοχή της Αττικής. Το δείγμα της μελέτης αποτελούνταν από 3.042 ενηλίκους, 1.514 άνδρες και 1.528 γυναίκες, χωρίς προηγηθέν ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου. Η αξιολόγηση των κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών, των συνιστωσών του τρόπου ζωής, των ανθρωπομετρικών καθώς και των βιοχημικών παραμέτρων, πραγματοποιήθηκαν κατά την έναρξη της μελέτης (2001), αλλά και σε όλους τους επανελέγχους (2006, 2012, 2022). Ο δείκτης MedDietScore χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της προσκόλλησης στη ΜΔ (εύρος 0-55) και δημιουργήθηκαν τέσσερις τροχιές ΜΔ, με κριτήριο τον μακροχρόνιο ή βραχυχρόνιο βαθμό προσκόλλησης σε αυτήν: αυξανόμενη, μειούμενη, σταθερά υψηλή, σταθερά χαμηλή. Το δείγμα της παρούσας μελέτης περιλάμβανε 2.000 ενηλίκους, με ελεύθερο ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου, ηλικίας  $43 \pm 13$  ετών, με ποσοστό ανδρών 49%.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Κατά τη διάρκεια της 20ετίας, 26,3% (95%ΔΕ 24,4%, 28,3%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν ΣΔτ2, με την επίπτωση εμφάνισης της νόσου να είναι 1,5 φορές μεγαλύτερη στους άνδρες, συγκριτικά με τις γυναίκες ( $p < 0,001$ ). Τα άτομα που επέδειξαν συστηματικά αυξημένο βαθμό προσκόλλησης στη ΜΔ, κατά τη διάρκεια της 10ετίας, παρουσίασαν σημαντικά βελτιωμένο, τόσο γλυκαιμικό, όσο και λιπιδαιμικό προφίλ (έναρξη μελέτης και 10ετής επανέλεγχος) ( $p < 0,001$ ), ενώ εμφάνισαν σημαντικά μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2 στην 20ετία κατά 21%, συγκριτικά με τα άτομα που βρίσκονταν στη σταθερά χαμηλή τροχιά προσκόλλησης στη ΜΔ ( $\Sigma K=0,79$  95%ΔΕ 0,47, 0,86).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μακροχρόνια προσκόλληση στη Μεσογειακή Διατροφή ασκεί προστατευτική δράση, όσον αφορά στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 και παρεπόμενα θα μπορούσε να ενσωματωθεί στις πρακτικές των επαγγελματιών υγείας, αναφορικά με την αντιμετώπιση της χρόνιας αυτής νόσου, σε πρωτογενές επίπεδο.

**ΔΙΕΝΕΡΓΕΙΑ ΒΙΟΨΙΑΣ ΝΕΦΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΠΡΩΤΕΪΝΟΥΡΙΑ ΤΥΠΟΥ ΝΕΦΡΩΣΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ**

Σοφία Γεωργιάδη<sup>1</sup>, Αγγελική Παϊκοπούλου<sup>2</sup>, Γ. Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Μαρινέλα Τζανέλα<sup>1</sup>, Θεοδώρα Στρατηγού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Ενδοκρινολογίας «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων και <sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η συσχέτιση κλινικοεργαστηριακών και ιστοπαθολογικών ευρημάτων διενέργειας βιοψίας νεφρού (BN) σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2 (ΣΔτ2) με πρωτεϊνουρία τύπου νεφρωσικού συνδρόμου (ΠΤΝΣ).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΙ:** Διενεργήθηκε αναδρομική μελέτη 32 ασθενών, του Ειδικού Εξωτερικού Ιατρείου Διαβητικής Νεφροπάθειας. Όλοι έπασχαν από ΣΔτ2 και παρουσίαζαν ΠΤΝΣ. Καταγράφηκαν τα βιοχημικά αποτελέσματα γλυκαιμικού ελέγχου και νεφρικής λειτουργίας. Όλοι υποβλήθηκαν σε BN και κατηγοριοποιήθηκαν με κριτήριο τα ιστοπαθολογικά ευρήματα σε 3 κατηγορίες: α) αμιγής διαβητική νεφροπάθεια (ΑΔΝ), β) μη διαβητική νεφρική νόσος (ΜΔΝΝ) και γ) μικτή νεφρική νόσος (ΜΝΝ).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 15 ασθενείς (47%) είχαν ευρήματα ΑΔΝ, 13 ασθενείς (41%) είχαν ευρήματα ΜΔΝΝ και 4 ασθενείς (12%) είχαν ευρήματα ΜΝΝ. Όλοι εμφάνιζαν αρτηριακή υπέρταση. Οι ασθενείς με ΑΔΝ τη στιγμή της BN ήταν κατά μέσο όρο νεότεροι (54 έτη) συγκριτικά με τους ασθενείς με ΜΔΝΝ (68 έτη) και ΜΝΝ (71 έτη) ( $p=0,016$ ) και εμφάνιζαν υψηλότερες τιμές HbA1c (7,9%) συγκριτικά με τους ασθενείς με ΜΔΝΝ (6,5%) και ΜΝΝ (6,8%) ( $p=0,049$ ). Οι ασθενείς με ΜΔΝΝ εμφάνιζαν κατά μέσο όρο σημαντικά μικρότερη διάρκεια νόσου (8,4 έτη) συγκριτικά με εκείνους με ΑΔΝ (11,6 έτη) και με ΜΝΝ (13,3 έτη) ( $p=0,04$ ). Η συχνότητα διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (ΔΑ) ήταν κατά μέσο όρο υψηλότερη μεταξύ των ασθενών με ΑΔΝ (60%) και ΜΝΝ (75%) συγκριτικά με εκείνους με ΜΔΝΝ (8%) ( $p<0,01$ ). Ο υψηλός βαθμός νεφρικής ίνωσης (>25%) ήταν συχνότερος μεταξύ των ασθενών με ΑΔΝ (80%) συγκριτικά με τους ασθενείς με ΜΔΝΝ (38%) και ΜΝΝ (50%) ( $p=0,018$ ). Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά του βαθμού νεφροσκλήρυνσης μεταξύ των 3 ομάδων (αντίστοιχα 27%, 31%, 30% -  $p=0,87$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η ανίχνευση πρωτεϊνουρίας τύπου νεφρωσικού συνδρόμου σε διαβητικούς ασθενείς ίσως πρέπει να οδηγεί σε Βιοψία Νεφρού με τη συνεργασία Νεφρολόγου. Τα υπάρχοντα κριτήρια και οι παρούσες ενδείξεις για διενέργεια Βιοψίας Νεφρού σε ασθενείς με Πρωτεϊνουρία Τύπου Νεφρωσικού Συνδρόμου ίσως πρέπει να επανεκτιμηθούν και αναθεωρηθούν

**ΟΙ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΙ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΠΟΥ ΕΥΝΟΟΥΝ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ**

Εμμανουέλα Χουρδάκη<sup>1</sup>, Α. Μπτσέας<sup>2</sup>, Ν. Ψωμάς<sup>2</sup>, Φωτεινή Μοσχίδη<sup>2</sup>, Ι. Μπακάλης<sup>5</sup>, Γ. Τσιρονίκος<sup>4</sup>, Ελένη Σιδέρη<sup>3</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>2</sup>Cardiff Metropolitan University, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, <sup>5</sup>Παθολογική Κλινική Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) μπορούν να αναπτύξουν Διαβητική Νεφροπάθεια (ΔΝ). Οι πιθανότητες ανάπτυξης της νόσου σε διαβητικούς ασθενείς επηρεάζονται από δημογραφικούς, κοινωνικούς και καρδιαγγειακούς παράγοντες. Η παρούσα μελέτη στοχεύει στην ανάλυση των παραγόντων που μπορεί να είναι επικίνδυνοι για την ανάπτυξη Διαβητικής Νεφροπάθειας.

**ΜΕΘΟΔΟΣ/ΥΛΙΚΟ:** Στην εξής μελέτη, εξετάστηκε η πιθανότητα ανάπτυξης Διαβητικής Νεφροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη σύμφωνα με δημογραφικούς, κοινωνικούς και καρδιαγγειακούς παράγοντες που ενδεχομένως συμβάλλουν ως παράγοντες κινδύνου. Εντάχθηκαν στη μελέτη 810 ενήλικοι με ΣΔτ2, εκ των οποίων οι 521 (64,3%) 289 ήταν άντρες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο  $65,61 \pm 11,49$  και η διάρκεια διαβήτη ήταν  $12,57 \pm 10,35$  χρόνια. Πραγματοποιήθηκε λήψη ιατρικού ιστορικού των ασθενών, καταγραφή δημογραφικών/κοινωνικών στοιχείων καθώς και εργαστηριακή μέτρηση των επιπέδων LDL και e-GFR για να προσδιοριστεί η εμφάνιση διαβητικής νεφροπάθειας. Οι παράγοντες που ελέγχθηκαν είναι το κάπνισμα, το φύλο, το BMI, η ηλικία και η διάρκεια του ΣΔτ2. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 26.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση παλινδρόμησης δεν έδειξε στατιστική σημαντικότητα στη συσχέτιση μεταξύ διαβητικής νεφροπάθειας και καπνίσματος ( $\text{Wald } \chi^2 = 4,023, p = 0,259$ ). Επίσης δεν βρέθηκε στατιστική σημαντικότητα μεταξύ διαβητικής νεφροπάθειας και BMI. Βρέθηκε όμως στατιστική σημαντικότητα στην πρόβλεψη διαβητικής νεφροπάθειας από την ηλικία ( $b = 0,099, \text{Wald } \chi^2 = 66,413, p < 0,001$ ). Συγκεκριμένα, για κάθε μοναδική μονάδα αύξησης στην ηλικία, οι πιθανότητες να υπάρχει νεφρική νόσος λόγω διαβήτη αυξήθηκαν κατά ένα παράγοντα 1.104. Παρατηρήθηκε ακόμα και στατιστική σημαντικότητα στην πρόβλεψη διαβητικής νεφροπάθειας από τη διάρκεια του διαβήτη ( $b = 0,054, \text{Wald } \chi^2 = 34,962, p < 0,001$ ) και τα επίπεδα LDL ( $b = -0,009, \text{Wald } \chi^2 = 7,692, p < 0,05$ ), με κάθε μοναδιαία αύξηση να επηρεάζει τον κίνδυνο νεφροπάθειας κατά 1,055 και 0,992 αντίστοιχα. Η πολυπαραγοντική ανάλυση έδειξε ότι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΝ είναι η ηλικία και η διάρκεια του ΣΔτ2. Η διάρκεια ΣΔτ2 είχε επιρροή στην εμφάνιση νεφροπάθειας της τάξης του 1,9%, ενώ η ηλικία 9,3%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πλείστοι όσοι παράγοντες κινδύνου, κυρίως καρδιαγγειακοί παράγοντες, ευνοούν την ανάπτυξη ΔΝ στα άτομα με ΣΔτ2, με την ηλικία των ασθενών και τη διάρκεια του ΣΔτ2 να σχετίζονται ανεξάρτητα με την ανάπτυξη ΔΝ.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΙΣ ΓΝΩΣΤΙΚΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ**

Αικατερίνη Τρικκαλινού<sup>1</sup>, Ελένη Σιδέρη<sup>3</sup>, Α. Μητσέας<sup>2</sup>, Αλεξάνδρα Χρυσικού<sup>3</sup>,  
Μαίρη Βιδάλη, Φραντζέσκα Γάφου<sup>1</sup>, Βασιλική Κουλοσούσα<sup>1</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>2</sup>Cardiff Metropolitan University, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική Metropolitan Hospital

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2 και η παχυσαρκία, κυρίως μέσω της αντίστασης στην ινσουλίνη, επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφάλου. Αυτή η μελέτη αποσκοπεί στην εξέταση της σχέσης μεταξύ των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και του σωματικού βάρους με τις γνωστικές λειτουργίες των ασθενών που πάσχουν από ΣΔτ2.

**ΜΕΘΟΔΟΣ - ΥΛΙΚΟ:** Σε αυτή τη μελέτη συμμετείχαν 254 ενήλικοι με ΣΔτ2, εκ των οποίων το 59,8% (152) ήταν άνδρες και το 40,2% (102) ήταν γυναίκες. Ο μέσος χρόνος διαβήτη των συμμετεχόντων ήταν  $10,73 \pm 8,2$  έτη και η μέση ηλικία ήταν  $63,6 \pm 12,1$  έτη. Όλοι οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε προφορικές δοκιμασίες για να εξεταστούν οι γνωσιακές τους λειτουργίες. Οι δοκιμασίες περιλάμβαναν το Mini Mental State Examination (MMSE) καθώς και μια δοκιμασία εγχάραξης/ανάκλησης και είχαν ως στόχο να αξιολογήσουν τις δυνατότητες μνήμης, συγκέντρωσης, υπολογισμών, προσανατολισμού και γλωσσικών δεξιοτήτων των ασθενών. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε εργαστηριακός έλεγχος της γλυκαιμικής κατάστασης και καταγραφή σωματομετρικών χαρακτηριστικών για όλους τους ασθενείς.

Τέλος, η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 26.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο μέσος όρος της HbA1c και του BMI των ασθενών της μελέτης ήταν  $6,41 \pm 1,14$  και  $30,22 \pm 6,28$  kg/m<sup>2</sup>, αντίστοιχα. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων σε σχέση με τη διάρκεια του διαβήτη ( $p=0,481$ ), την ηλικία ( $p=0,773$ ), το BMI ( $p=0,990$ ) και το eGFR ( $p=0,437$ ). Η στατιστική ανάλυση έδειξε συσχέτιση της HbA1c με τις βαθμολογίες της δοκιμασίας ανάκλησης ( $r=0,177$ ,  $p=0,016$ ) αλλά όχι με τις βαθμολογίες της δοκιμασίας εγχάραξης ( $r=-0,107$ ,  $p=0,105$ ). Διαπιστώθηκε επίσης στατιστικά σημαντική συσχέτιση της HbA1c με τις συνολικές βαθμολογίες του MMSE ( $r=-0,218$ ,  $p=0,004$ ). Δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση του BMI με τις δοκιμασίες ανάκλησης ( $r=0,001$ ,  $p=0,499$ ) ή εγχάραξης ( $r=0,042$ ,  $p=0,316$ ). Τέλος, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του BMI με τις συνολικές βαθμολογίες του MMSE ( $r=-0,056$ ,  $p=0,459$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της μελέτης υποδεικνύουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ επιπέδων HbA1c και απόδοσης στις δοκιμασίες ανάκλησης και των συνολικών βαθμολογιών του MMSE. Αυτό υποδηλώνει ότι οι υψηλότερες τιμές HbA1c σχετίζονται με χειρότερη νοτική λειτουργία σε ασθενείς με ΣΔτ2.

Παράλληλα, δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ BMI, και δοκιμασιών ανάκλησης ή εγχάραξης καθώς και με τις συνολικές βαθμολογίες του MMSE. Η έρευνα επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα του αυστηρού ελέγχου της γλυκόζης για τη διατήρηση της νοτικής λειτουργίας σε ασθενείς με ΣΔτ2.

**ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ ΣΕ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ**

Σοφία Γεωργιάδη, Ν. Κατεχάκης, Δήμητρα Μπαϊκούση, Αγγελική Μανδραπύλια, Όλγα Παπαλού, Μαρινέλα Τζανέλα, Θεοδώρα Στρατηγού

Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο - Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπανίων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η χορήγηση λιραγλουτίδης συστήνεται ως συμπληρωματική θεραπευτική αγωγή σε δίαιτα χαμηλών θερμίδων και αυξημένη σωματική δραστηριότητα σε ενήλικους με αρχικό δείκτη μάζας σώματος (BMI)  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  ή  $\geq 27 \text{ kg/m}^2$  έως  $< 30 \text{ kg/m}^2$  παρουσία τουλάχιστον μίας συννοσηρότητας σχετιζόμενης με το βάρος. Η θεραπεία πρέπει να διακόπτεται ύστερα από 12 εβδομάδες στη δόση των 3,0 mg/ημέρα επί μη απώλειας τουλάχιστον 5% του αρχικού σωματικού βάρους.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η αξιολόγηση της ασφάλειας και της αποτελεσματικότητας της λιραγλουτίδης στη θεραπεία της παχυσαρκίας σε μη διαβητικούς ασθενείς.

**ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν 30 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, χωρίς Σακχαρώδη Διαβήτη, με BMI  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ , που παρακολουθήθηκαν στο Ειδικό Ιατρείο Παχυσαρκίας κατά το 2023. Σε όλους χορηγήθηκε λιραγλουτίδη σε τελική θεραπευτική δόση 3,0 mg άπαξ ημερησίως, επιπρόσθετα της συνιστώμενης δίαιτας και άσκησης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** α) 27/30 ασθενείς (ποσοστό 90%) πέτυχαν μείωση σωματικού βάρους  $\geq 5\%$  κατόπιν 12 εβδομάδων συνεχιζόμενης θεραπείας με λιραγλουτίδη υπό θεραπευτική δόση. Από αυτούς 14 (ποσοστό 52%) πέτυχαν μείωση σωματικού βάρους  $\geq 10\%$  μετά από ένα έτος θεραπείας, ενώ οι υπόλοιποι 13 (ποσοστό 48%) διατήρησαν την αρχική απώλεια βάρους, β) 3/30 ασθενείς (ποσοστό 10%), μολονότι δεν πέτυχαν τον στόχο μείωσης βάρους  $\geq 5\%$  κατόπιν 12 εβδομάδων θεραπείας, συνέχισαν αυτόβουλα να λαμβάνουν το φάρμακο και μόνον 1 από αυτούς πέτυχε μείωση σωματικού βάρους  $\geq 5\%$  στο πέρας του έτους. Σε επίπεδο ανεπιθύμητων ενεργειών παρατηρήθηκαν κυρίως τις πρώτες εβδομάδες θεραπείας, αρκετά, ήπιας ή μέτριας βαρύτητας, παροδικά επεισόδια γαστρεντερικών διαταραχών (ναυτίας, εμέτων, διάρροιας ή σπανιότερα δυσκοιλιότητας) που όμως δεν οδήγησαν κανέναν σε διακοπή της θεραπείας. Αναφέρθηκαν επίσης παροδικά επεισόδια αϋπνίας κυρίως στην έναρξη της θεραπείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της μελέτης συναινούν στην αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της λιραγλουτίδης στη θεραπεία μη διαβητικών ασθενών με παχυσαρκία. Συμφωνούν με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες οι οποίες ενέκριναν τη χρήση της λιραγλουτίδης για την απώλεια σωματικού βάρους σε παχύσαρκους ασθενείς χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΑΠΟ INFLUENZA ΤΥΠΟΥ Α ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Χρυσάνθη Δουκαρέλλη<sup>5</sup>, Αννούλα Τάση<sup>5</sup>, Ευανθία Κρασιά<sup>4</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>Γενικός Ιατρός Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων ΚΥ Καλυβίων

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Ασθενής άρρεν 17 ετών, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων για αιματολογικό έλεγχο επειδή εμφάνιζε πυρετό και κόπωση από 3ημέρου.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:** Ελεύθερο.

**ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο εργαστηριακός έλεγχος έδειξε: Γενική αίματος με λεμφοκυτταρικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων, WBC 3.000. Έγινε μικροσκοπική καταμέτρηση του τύπου λευκών όπου όντως υπήρχε υπεροχή των λεμφοκυττάρων έναντι των πολυμορφοπύρνων 60% λεμφοκύτταρα, 30% πολυμορφοπύρνα, 8% μονοκύτταρα και 2% ηωσινοφιλία. Τα λεμφοκύτταρα ήταν σε μεγάλο ποσοστό διεγερμένα ως επί ιώσεως. Ο βιοχημικός έλεγχος του ασθενούς έδειξε ανεβασμένα ηπατικά. Ο έλεγχος για Covid 19 ήταν αρνητικός όπως και το mono test.

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ:** Ο ασθενής παραπέμφθηκε με γνώμονα τις εργαστηριακές εξετάσεις από τον συνάδελφο Γενικό Ιατρό σε εφημερεύον Νοσοκομείο όπου διενεργήθηκε έλεγχος για ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ CMV IgM, IgG που ήταν αρνητικά αλλά και αντισώματα για influenza τύπου Α και Β και ο ασθενής βγήκε θετικός στα αντισώματα της influenza τύπου Α και αποχώρησε αφού έλαβε κατάλληλη αγωγή και οδηγίες για λοίμωξη από γρίπη τύπου Α.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα παραπάνω καταδεικνύεται η σημασία του επιχρίσματος περιφερικού αίματος για τη διαφορική διάγνωση της μικροβιακής από την ιογενή λοίμωξη αλλά και ότι η αгаστή συνεργασία και επικοινωνία ανάμεσα στον Γενικό Ιατρό και τον Ιατρό Βιοπαθολόγο σε ένα Κέντρο Υγείας, οδηγεί στην καλύτερη και αποτελεσματικότερη διερεύνηση και τελικώς διάγνωση και θεραπεία του οποιοδήποτε ασθενούς. Αποδεικνύεται επίσης ότι ο ιός της γρίπης τύπου Α μπορεί να είναι αιτία διαταραχής της ηπατικής λειτουργίας και ανεβασμένων ηπατικών ενζύμων ακόμα και σε ασθενείς νεαρής ηλικίας που θα περιμέναμε κάποιο άλλο ηπατοτρόπο ιό με συνηθέστερο τον ιό Epstein-Barr να είναι υπαίτιος της παροδικής αυτής ηπατικής δυσλειτουργίας.

## ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΗ ΣΕΞΟΥΑΛΙΚΗ, ΑΝΑΠΑΡΑΓΩΓΙΚΗ, ΜΗΤΡΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΚΑΘΩΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΝΕΟΓΝΩΝ, ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ ΣΤΟ ΚΥ ΒΑΡΗΣ

π. Μ. Δανδουλάκης<sup>1</sup>, Δ. Ασλάνογλου<sup>1</sup>, Γ. Βαρσάμης<sup>1</sup>, Μαρία Γεμελιάρη<sup>1</sup>, Κυριακή Δανδουλάκη<sup>1</sup>, Χριστιάννα Μιλάι<sup>1</sup>, Αναστασία Αμπατζίδη<sup>1</sup>, Μερóπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Α. Δαμπάλης<sup>1,2</sup>, Δ. Δρόσος<sup>1,3</sup>, Γεωργία-Μαρία Μαρκοπούλου<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Τοπικό Ερευνητικό Δίκτυο Οικογενειακής Ιατρικής Βάρης «Η Αγία Σοφία και οι θυγατέρες αυτής», <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, <sup>4</sup>Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής Σχολή Δημόσιας Υγείας Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο ΠΟΥ το 2018 διεξήγαγε παγκόσμια έρευνα η οποία αφορούσε τη σεξουαλική και αναπαραγωγική υγεία, την προγεννητική φροντίδα καθώς και την υγεία των νεογνών, των παιδιών, και των εφήβων (SRMNCAH-ΣΑΜΠΠΕΥ). Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών αυτών στο ΚΥ Βάρης.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από τον ΠΟΥ τέθηκαν τα ακόλουθα ερωτήματα: 1. Περιγράψτε ποιες υπηρεσίες ΣΑΜΠΠΕΥ περιλαμβάνονται στις πολιτικές που αφορούν την καθολική κάλυψη υγείας στην περιοχή ευθύνης του ΚΥ Βάρης. Θα χρησιμοποιηθεί ο εσωτερικός κανονισμός λειτουργίας του ΚΥ Βάρης. 2. Αξιολογήστε τον βαθμό στον οποίο είναι διαθέσιμες στα άτομα για τα οποία προορίζονται; Για την αξιολόγηση αυτή θα χρησιμοποιηθούν τα στοιχεία BI FORM του ΚΥ Βάρης, με τα οποία συμπληρώθηκε ο ισορροπημένος πίνακας αποτελεσμάτων υγείας (ΙΠΑΥ). 3. Προσδιορίστε πιθανούς φραγμούς του συστήματος υγείας στην παροχή υπηρεσιών υγείας ΣΑΜΠΠΕΥ χρησιμοποιώντας μια μεθοδολογία ανίχνευσης. Θα χρησιμοποιηθεί ο ΙΠΑΥ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** 1. Στον εσωτερικό κανονισμό λειτουργίας αναγράφονται αναλυτικά οι υπηρεσίες τις οποίες προσφέρει το ΚΥ Βάρης. 2. Διάσταση Εσωτερικών Διαδικασιών ΙΠΑΥ.

| Στρατηγικός στόχος    | Δείκτης απόδοσης                             | Τιμή δείκτη | Στόχος δείκτη | % επίτευξης σε σχέση με τον στόχο |
|-----------------------|----------------------------------------------|-------------|---------------|-----------------------------------|
| Προληπτικές εξετάσεις | Συνολικός αριθμός Test Παπανικολάου          | 142,00      | 230,00        | 61,74%                            |
| Προληπτικές εξετάσεις | Συνολικός αριθμός Test Mantoux               | 5,00        | 12,00         | 41,67%                            |
| Προληπτικές εξετάσεις | Συνολικός αριθμός εμβολιασμών παιδιών (0-15) | 147,00      | 190,00        | 77,37%                            |
| Προληπτικές εξετάσεις | Συνολικός αριθμός ατομικών δελτίων μαθητών   | 160,00      | 170,00        | 94,12%                            |

3. Θα γίνει συσχέτιση των αποτελεσμάτων με τους στόχους του ΚΥ Βάρης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** 1. Τα υπάρχοντα στοιχεία BiForm δεν καλύπτουν όλα τα στοιχεία των υπηρεσιών υγείας ΣΑΜΠΠΕΥ. 2. Τα αποτελέσματα του Πίνακα δείχνουν ότι τα ετήσια ποσοστά διενέργειας προληπτικών τεστ είναι μικρά σε σύγκριση με το πληθυσμό του Το ΠΦΥ Βάρης. Αυτό οφείλεται στο ότι το προσωπικό που υπηρετεί στο ΚΥ Βάρης, υπολείπεται του προβλεπόμενου από τον ν. 6012/22-12-2017 ανθρώπινου δυναμικού του Το ΠΦΥ Βάρης. 3. Προτείνεται η ενεργοποίηση του θεσμού του προσωπικού ιατρού, η χρήση του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Υγείας για την λίστα ασθενών, και η στελέχωση με το προβλεπόμενο από την νομοθεσία προσωπικό.

**ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥ ENOLOCUMAB ΣΕ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ**

Σ. Παπαστεφάνου, Δ. Μπάνης, Μαρία Μητροφάνη

*Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η Υπερλιπιδαιμία θεωρείται γνωστός παράγοντας κινδύνου για εκδήλωση Στεφανιαίας Νόσου (ΣΝ). Η Ευρωπαϊκή Καρδιολογική Εταιρεία (ESC) προτείνει την αντιμετώπισή της με στατίνες και προσθήκη εξετιμίμπης. Ωστόσο η μη ανοχή τους καθώς και η αποτυχία επίτευξης στόχου στη μέγιστη ανεκτή δόση, οδηγούν σε αντιμετώπιση με προσθήκη εκπροσώπου των αναστολέων PCSK9 (Evolocumab). Σκοπός της εργασίας να παρουσιασθεί η διαχρονική εμπειρία που αποκτήθηκε από την αντιμετώπιση ενός επιβαρυσμένου ασθενούς πολύ υψηλού κινδύνου.

**ΥΛΙΚΟ:** Άνδρας 54 ετών με ατομικό ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2, Αρτηριακής Υπέρτασης, Στεφανιαίας Νόσου με NSTEMI κάτω τοιχώματος, PCI × 1 στην Δεξιά Στεφανιαία αρτηρία (RCA), Παχυσαρκία (BMI=40,82), Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και αδυναμία επίτευξης στόχου όσον αφορά τα επίπεδα της LDL σε διαχρονική παρακολούθηση.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Ο ανωτέρω ασθενής ελάμβανε Μπισοπρολόλη 5 mg × 1, ASA 100 mg × 1, Ιρμπεσαρτάνη 150 mg × 1, Εμπαγλιφλοζίνη 10 mg × 1, Μετφορμίνη 1.000 mg × 2 και αντιμετώπιση διαδοχικά, ανά δίμηνο με Ατορβαστατίνη 40 mg, συνδυασμό Εξετιμίμπης -Σιμβαστατίνης 10/40, Εξετιμίμπης -Ροσουβαστατίνης 10/40 mg, με μη ικανοποιητικά αποτελέσματα (LDL αρχική = 168 mg, LDL τελική= 124 mg). Με την εισαγωγή των αναστολέων PCSK9 στη φαρμακευτική φαρέτρα αποφασίσθηκε η προσθήκη του Evolocumab.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Μείωση της LDL από τον 1ο μήνα (LDL= 102 mg) με επίτευξη του επιθυμητού στόχου στο τρίμηνο (LDL=53 mg).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προσθήκη των αναστολέων PCSK9 (Evolocumab), στο διπλό σχήμα πέτυχε αφενός μεν να μειώσει στα επιθυμητά επίπεδα την LDL, αφετέρου δε να τα διατηρήσει για τους επόμενους δέκα (10) μήνες στα στοχευμένα όρια σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της ESC, όντας απόλυτα ανεκτός, χωρίς εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

**ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΗΣ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑΣ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΑΠΟΜΑΚΡΥΣΜΕΝΩΝ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΧΩΝ**

Αναστασία Γαλανοπούλου<sup>1</sup>, Τ. Πολυκανδριώτης<sup>2</sup>, Δ. Γουγουρέλας<sup>1</sup>, Μάνθα Γεροσίδερν<sup>3</sup>, Αθηνά-Μαρία Κουφαδάκη<sup>4</sup>, Ευπραξία Γουγουρέλα<sup>5</sup>, Ν. Κονδύλης<sup>6</sup>

<sup>1</sup>ΚΥ Γκούρας Κορινθίας, <sup>2</sup>Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, <sup>3</sup>Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, <sup>4</sup>Νοσοκομείο Μετροπόλιταν, <sup>5</sup>ΚΥ Τζερμιάδου Λασιθι, <sup>6</sup>Κεντρικά Ιατρεία ΕΛ.ΑΣ

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η καταθλιπτική συνδρομή αποτελεί μια σειρά συμπτωμάτων που επιφέρουν αλλαγές στη λειτουργικότητα του ατόμου. Επιδημιολογικά, τα ποσοστά της βαίνουν συνεχώς αυξανόμενα και η συννόσηση με το σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) είναι αξιοσημείωτη.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ήταν η αναγνώριση και διερεύνηση της κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔ που προσήλθαν για παρακολούθηση σε τακτικό ιατρείο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

**ΥΛΙΚΟ/ΜΕΘΟΔΟΣ:** Τον πληθυσμό μελέτης αποτέλεσαν 139 λήπτες υπηρεσιών υγείας με ΣΔ, που επισκέφθηκαν το ιατρείο χρόνιων νοσημάτων από Ιανουάριο έως Σεπτέμβριο 2023. Πραγματοποιήθηκε κλινική εξέταση, λήψη ατομικού ιστορικού και διερευνήθηκε η κατάθλιψη με χρήση ειδικής βαθμονομημένης κλίμακας Hamilton. Παράλληλα, με το εργαλείο MMSE (Mini Mental State Examination), εκτιμήθηκε η γνωστική λειτουργία και εν συνεχεία εκτιμήθηκε η συννόσηση με άνοια (MMSE SCORE <24/30).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εκ του δείγματος, 21% (n=29), είχαν ήδη διαγνωσμένη καταθλιπτική συνδρομή και ελάμβαναν θεραπεία σε τακτική βάση. Συνοδά νοσήματα ήταν η αρτηριακή υπέρταση 19% (n=27), η στεφανιαία νόσος 20% (n=28) και η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια 1,24% (n=2). Καταγράφηκαν οι συνθήκες διαβίωσης, όπου 73,53% (n=102) διέμενε με φροντιστή, ενώ οι υπόλοιποι μόνοι. Τέθηκε πρώτη διάγνωση καταθλιπτικής συνδρομής στο 24,46% (n=34). Η πλειοψηφία αφορούσε γυναίκες [70,5% (n=24)] και ηλικίες 51-70 ετών [44,12% (n=15)]. Εδόθησαν οδηγίες έναρξης αντικαταθλιπτικής αγωγής με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRI'S) ή επιλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRI'S) κατά περίπτωση. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά δεν συνεστήθηκαν, ιδιαίτερα στη συννόσηση με άνοια, που αντιστοιχούσε στο 26% (n=13). Ακολούθησε τακτική παρακολούθηση αρχικά ανά δύο εβδομάδες και έπειτα μηνιαίως. Το 15% (n=21) παραπέμφθηκε σε ειδικό.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η κατάθλιψη αποτελεί μείζον ζήτημα και μολονότι διατίθενται αποτελεσματικές θεραπείες, συχνά υπάρχουν δυσκολίες στη διάγνωση και αντιμετώπιση. Οι λειτουργοί πρωτοβάθμιας περίθαλψης στοχεύουν στην έγκαιρη ανίχνευση και κατάλληλη παρέμβαση. Οφείλουν να προσεγγίζουν τόσο ασθενείς, όσο και φροντιστές, προσφέροντας πολύπλευρη υποστήριξη και να παραπέμπουν στοχευμένα περιπτώσεις ασθενών που χρήζουν εξειδικευμένης διερεύνησης και παρακολούθησης.

**Λέξεις κλειδιά:** καταθλιπτική συνδρομή, ψυχική υγεία

**Η ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ SGLT2 ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΓΩΝΙΣΤΩΝ ΤΩΝ GLP-1 ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΣΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ: ΜΙΑ ΜΕΤΑΝΑΛΥΣΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΔΟΚΙΜΩΝ**

Ε. Ρίζος<sup>1</sup>, Χ. Τάγκας<sup>2</sup>, Α.-Γ. Ασημακόπουλος<sup>3</sup>, Β. Τσιμικόδημος<sup>4</sup>, Γεωργία Αναστασίου<sup>4</sup>, Manfredi Rizzo<sup>5,6</sup>, Α. Αγγουρίδης<sup>7,8</sup>, Ευαγγελία Ντζάνη<sup>2,9</sup>

<sup>1</sup> Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>2</sup> Τμήμα Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>3</sup> Τμήμα Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>4</sup> Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Ιωάννινα, Ελλάδα, <sup>5</sup> School of Medicine, Department of Health Promotion, Mother and Child Care, Internal Medicine and Medical Specialties (Promise), University of Palermo, Palermo, Italy, <sup>6</sup> College of Medicine, Mohammed Bin Rashid University (MBRU), Dubai, UAE, <sup>7</sup> Ιατρική Σχολή, Ευρωπαϊκό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Νικοσία, Κύπρος, <sup>8</sup> Τομέας Εσωτερικής Παθολογίας, Γερμανικό Ογκολογικό Κέντρο, Λεμεσός, Κύπρος, <sup>9</sup> Center for Evidence-Based Medicine, Department of Health Services, Policy and Practice, School of Public Health, Brown University, Providence, RI, USA

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Η ταχύτητα του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity [PWV]) και ο δείκτης ενίσχυσης (augmentation index [Aix]) είναι δείκτες αξιολόγησης της αρτηριακής σκληρίας. Σκοπός της μετα-ανάλυσης αυτής είναι η μελέτη της επίδρασης των αναστολέων του συμμεταφορέα νατρίου - γλυκόζης 2 (Sodium glucose cotransporter 2 [SGLT2i]) και των αγωνιστών του υποδοχέα του γλυκαγονόμορφου πεπτιδίου-1 (Glucagon-like peptide 1 [GLP-1-RA]) στην αρτηριακή σκληρία σε ενήλικους.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Αναζήτηση στο PubMed (έως τον Ιανουάριο του 2024) τυχαιοποιημένων κλινικών δοκιμών που μελετούν την επίδραση των SGLT2i ή GLP-1-RA στην αρτηριακή σκληρία όπως αυτή εκφράζεται με το PWV και το Aix. Ο βαθμός επίδρασης των μελετών που συμπεριλήφθηκαν εκφράστηκε ως σταθμισμένη μέση διαφορά (weighted mean difference [WMD]) και διάστημα εμπιστοσύνης 95%. Πραγματοποιήθηκαν υποαναλύσεις με βάση τον συγκριτικό παράγοντα (εικονικό φάρμακο έναντι ενεργού ενεργού συγκριτικού παράγοντα), τον σχεδιασμό (τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή έναντι μελέτης διασταυρούμενης μετάβασης), τον πληθυσμό (διαβητικοί έναντι όλων) και το σχεδιασμό ως διπλή-τυφλή μελέτη (ναι έναντι όχι).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Συμπεριλήφθηκαν συνολικά 19 μελέτες (SGLT2i, 12 μελέτες: GLP-1-RA, 5 μελέτες: συνδυασμός SGLT2i/GLP-1-RA, 2 μελέτες) που αξιολόγησαν 1.212 συμμετέχοντες. Δεν παρατηρήθηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ GLP-1-RA ή SGLT2i και PWV ή Aix. Καμία από τις αναλύσεις υποομάδων δεν έδειξε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Ενδείξεις βελτίωσης των δεικτών αρτηριακής δυσκαμψίας (PWV, Aix) δεν παρατηρήθηκαν μετά τη χορήγηση SGLT2i ή GLP-1-RA.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ & ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΑΠΟ ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΦΟΡΕΙΣ**

Ι. Κυριαζής, Ι. Ιωαννίδης, Α. Κουτσοβασίλης, Ι. Ντούπης, Κέλλυ Μαγουνάκη,  
Μαρία Οικονομίδη, Χ. Δημοσθενόπουλος

*Εταιρεία Μελέτης Παραγόντων Κινδύνου Αγγειακών Νοσημάτων*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παχυσαρκία αποτελεί πολυπαραγοντικό νόσημα, το οποίο οφείλεται στην κληρονομική προδιάθεση του ατόμου αλλά και σε περιβαλλοντικούς λόγους. Η παιδική παχυσαρκία αποτελεί μια από τις πιο σημαντικές προκλήσεις του τομέα δημόσιας υγείας.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η επικαιροποίηση των διεθνών δεδομένων για το θέμα της παιδικής και εφηβικής παχυσαρκίας, και των προγραμμάτων πρόληψης από τον WHO και το CDC.

**ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΒΙΒ:** Μελετήθηκαν δεδομένα από άρθρα, της τελευταίας πενταετίας, μέσω βάσεων δεδομένων όπως η Medline και η Scopus. Επίσης μελετήθηκαν αναφορές από διεθνείς οργανισμούς όπως ο WHO και το CDC. Από τα ευρήματα της ανασκόπησης φάνηκε ότι πάνω από 390 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι ηλικίας 5-19 ετών ήταν υπέρβαροι το 2022. Ο επιπολασμός του υπέρβαρου (συμπεριλαμβανομένης της παχυσαρκίας) μεταξύ των παιδιών και των εφήβων ηλικίας 5-19 ετών έχει αυξηθεί δραματικά από μόλις 8% το 1990 σε 20% το 2022, ενώ σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Έκθεση Παχυσαρκίας 2022 του ΠΟΥ, η Ελλάδα κατέχει την τρίτη θέση μεταξύ των ευρωπαϊκών χωρών με υπέρβαρα και παχύσαρκα παιδιά κάτω των 5 ετών (1 στα 8 παιδιά). Οι στρατηγικές πρόληψης που κατευθύνονται από τον WHO εστιάζουν κυρίως στην αύξηση της σωματικής άσκησης και στην εφαρμογή υγιεινής διατροφής μέσα από εθνικά προγράμματα και εκστρατείες. Για να υπάρχουν ενιαία στοιχεία από την παρακολούθηση του θέματος, ο WHO σε συνεργασία με το CDC, έχει σχεδιάσει το Global School-based Student Health Survey (GSHS), ένα εργαλείο που έχει ως στόχο να βοηθήσει τις χώρες στη μέτρηση της παχυσαρκίας και στην αξιολόγηση τόσο των συμπεριφορών υγείας, όσο και των προστατευτικών παραγόντων που μπορεί να βοηθήσουν στον έλεγχο του φαινομένου και στηρίζεται σε ένα χαμηλού κόστους αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο το οποίο σκιαγραφεί πληροφορίες σχετικά με τις αιτίες, τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα του φαινομένου. Έως σήμερα, μόνο το 25% των κρατών μελών της Ευρωπαϊκής Ένωσης έχουν επικυρώσει και συμμετέχουν σε αυτή τη μελέτη. Στην Αυστραλία, μετά από την εφαρμογή προγράμματος πρόληψης σχετικά με την παιδική παχυσαρκία, διαπιστώθηκε ότι το όφελος για την υγεία είναι πολύ μεγαλύτερο από το κόστος εφαρμογής ενός συντονισμένου προγράμματος πρόληψης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας, μέσω συντονισμένων προγραμμάτων αγωγής υγείας, αποτελεί το κυριότερο μέσο με το οποίο μπορεί να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο αυτό. Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να συμβάλλουν ουσιαστικά με την τεχνογνωσία και την επιστημονική τους κατάρτιση σε αυτό.





## ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ



**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΟΔΗΓΙΩΝ ΓΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΤΙΦΩΣΦΟΛΙΠΙΔΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ**

Ι. Δελημάρης

*Μεταδιδάκτωρ Διατροφικής Εκπαίδευσης ΠΘ, Διδάκτωρ Ιατρικής, Κέντρο Διδασκαλίας, Έρευνας και Τεχνολογίας (ΚΔΕΤ), Μητροπολιτικό Κολλέγιο, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο (ΑΣ) είναι μια αυτοάνοση διαταραχή που χαρακτηρίζεται από την παραγωγή αντιφωσφολιπιδικών αντισωμάτων και επηρεάζει περίπου το 1-5% του γενικού πληθυσμού. Μια σημαντική πτυχή της διαχείρισης του (ΑΣ) αποτελούν οι διατροφικές οδηγίες, οι οποίες μπορούν να διαδραματίσουν κρίσιμο ρόλο στην προαγωγή της υγείας σε ασθενείς με (ΑΣ).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση των διατροφικών οδηγιών για ασθενείς με (ΑΣ).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ως υλικό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η διαθέσιμη βιβλιογραφία στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων MEDLINE, Cochrane Library και Google Scholar. Η μεθοδολογία αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των διαθέσιμων δημοσιευμένων εργασιών. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους/λέξεις ευρετηρίου: «αντιφωσφολιπιδικό σύνδρομο» και «διατροφικές οδηγίες».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι κυριότερες διατροφικές οδηγίες για ασθενείς με (ΑΣ) είναι οι εξής: α) αποφυγή υπερκατανάλωσης κορεσμένων λιπαρών, κόκκινου κρέατος και επεξεργασμένων τροφίμων (καθώς υποστηρίζεται ότι συμβάλλουν στη δυσλειτουργία του ενδοθελίου), β) αυξημένη κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και δημητριακών ολικής αλέσεως (περιέχουν βιταμίνες, μέταλλα και αντιοξειδωτικά που μπορούν να βοηθήσουν στη βελτίωση της λειτουργίας του ενδοθελίου), γ) συμπερίληψη πηγών ωμέγα-3 λιπαρών οξέων στη διατροφή, όπως τα λιπαρά ψάρια, οι λιναρόσποροι και τα καρύδια (τα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα υποστηρίζεται ότι έχουν αντιθρομβωτικά και αντιφλεγμονώδη αποτελέσματα), δ) διατήρηση επαρκών επιπέδων βιταμίνης D κυρίως μέσω πρόσληψης λιπαρών ψαριών και γαλακτοκομικών (η ανεπάρκεια βιταμίνης D έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης θρόμβων αίματος), ε) περιορισμός της πρόσληψης αλκοολούχων και καφεϊνούχων ποτών και σύσταση για επαρκή κατανάλωση νερού κατά τη διάρκεια της ημέρας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, οι διατροφικές οδηγίες διαδραματίζουν κρίσιμο ρόλο στη διαχείριση του (ΑΣ). Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καλύτερη κατανόηση του ρόλου της διατροφής στο (ΑΣ) και της πιθανής επίδρασής της στην πορεία και τα αποτελέσματα της νόσου.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΙΖΟΝΑ Β-ΘΑΛΑΣΣΑΙΜΙΑ**

Ι. Δελημάρης

*Μεταδιδάκτωρ ΠΘ, Διδάκτωρ Ιατρικής, Κέντρο Διδασκαλίας, Έρευνας και Τεχνολογίας (ΚΔΕΤ), Μητροπολιτικό Κολλέγιο, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μείζων β-θαλασσαιμία (ΜβΘ) είναι η πιο σοβαρή μορφή θαλασσαιμίας. Η ποιότητα ζωής είναι μια ευρεία έννοια που περιλαμβάνει τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευημερία ενός ατόμου. Στην περίπτωση ασθενών με (ΜβΘ), η ποιότητα ζωής τους επηρεάζεται σημαντικά λόγω της χρόνιας και εξουθενωτικής φύσης της νόσου.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με (ΜβΘ).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Ως υλικό της μελέτης χρησιμοποιήθηκε η διαθέσιμη βιβλιογραφία στις διαδικτυακές βάσεις δεδομένων MEDLINE, Cochrane Library και Google Scholar. Η μεθοδολογία αφορά στη βιβλιογραφική ανασκόπηση των διαθέσιμων δημοσιευμένων εργασιών. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας τους ακόλουθους όρους/λέξεις ευρετηρίου: «μείζων β-θαλασσαιμία» και «ποιότητα ζωής».

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με (ΜβΘ) εμφανίζουν χαμηλότερη συνολική ποιότητα ζωής σε σύγκριση με υγιή άτομα, με τον σωματικό τομέα να είναι ο πιο επηρεασμένος (συμπτώματα όπως η κόπωση, η δύσπνοια και ο πόνος στα οστά καταλήγουν να δυσχεραίνουν σημαντικά την καθημερινή ζωή των πασχόντων). Επιπλέον, επηρεάζεται η ψυχολογική ευεξία των ασθενών με (ΜβΘ), καθώς εμφανίζονται υψηλά επίπεδα άγχους και κατάθλιψης στους ασθενείς. Η χρόνια φύση της νόσου και η ανάγκη για συχνές επισκέψεις και θεραπείες στο νοσοκομείο μπορεί να οδηγήσει σε κοινωνική απομόνωση και δυσκολίες στη διατήρηση των σχέσεων και των κοινωνικών δραστηριοτήτων. Επίσης, οι ασθενείς με χαμηλό κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο εμφανίζουν χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους με υψηλότερο κοινωνικοοικονομικό υπόβαθρο. Το φαινόμενο μπορεί να οφείλεται στην οικονομική επιβάρυνση εξαιτίας της νόσου. Επιπρόσθετα, οι ασθενείς με ισχυρή οικογενειακή υποστήριξη εμφανίζουν υψηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με εκείνους με φτωχή οικογενειακή υποστήριξη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, οι ασθενείς με (ΜβΘ) έχουν σημαντικά χαμηλότερη ποιότητα ζωής σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Ως εκ τούτου, είναι σημαντικό για τους επαγγελματίες υγείας να μην επικεντρώνονται μόνο στην ιατρική διαχείριση της νόσου, αλλά και να αντιμετωπίζουν τους διάφορους παράγοντες που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με (ΜβΘ).

**Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Κωνσταντίνα Αρσενίου<sup>1</sup>, Δ. Νάσης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Νοσηλεύτρια, ΠΕ Επισκέπτρια Υγείας, MSc, φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Νοσηλεύτης, ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παιδική παχυσαρκία είναι μια χρόνια πάθηση, η οποία μπορεί να εμφανιστεί ακόμα και στην εμβρυϊκή κατάσταση. Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας και οι επιδράσεις της στην υγεία την έχουν κατατάξει από τον ΠΟΥ, σε πάθηση με υψηλό βαθμό επικινδυνότητας για την υγεία. Απαραίτητη είναι η πρόληψη και η έγκαιρη διάγνωση. Η συμβολή του νοσηλευτή είναι καταλυτική, γιατί είναι ο επαγγελματίας που θα συντονίζει και θα κατευθύνει τις ενέργειες που απαιτούνται για την βοήθεια που θα δοθεί στο παιδί και στην οικογένειά του.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της παιδικής παχυσαρκίας σε όλο το φάσμα της. Επιδιώκεται δηλαδή η προσέγγιση του όρου μέσα από την αιτιολογία εμφάνισής του, τα αποτελέσματά του, τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης και το ρόλο του νοσηλευτή σε όλα αυτά τα στάδια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Διενεργήθηκε αναζήτηση σε ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων (Pubmed, Google Scholar), ανασκοπικών και ερευνητικών μελετών που εκπονήθηκαν σε εθνικό και διεθνές επίπεδο, ενώ τέθηκε χρονολογικός περιορισμός πενταετίας, ώστε να συμπεριληφθούν οι πιο πρόσφατες έρευνες. Από το σύνολο των μελετών, συμπεριλήφθηκαν όσες σχετίζονταν άμεσα με το υπό διερεύνηση θέμα.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η πλήρης και όσο το δυνατό καλύτερη ενημέρωση για τη σωστή πρόληψη της παιδικής παχυσαρκίας και η μέριμνα για τη σωστή εφαρμογή της πρόληψης με τις σωστές μεθόδους, είναι υψίστης σημασίας εργαλείο στην προσπάθεια αντιμετώπισης και μετρίωσης του φαινομένου.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Αναμφίβολα η παχυσαρκία είναι ένα σοβαρό πρόβλημα που τείνει να πάρει διαστάσεις παγκόσμιας επιδημίας. Τα παιδιά είναι ιδιαίτερα ευάλωτα στο πρόβλημα αυτό και οι συνέπειες είναι εξαιρετικά πιθανόν να διαρκέσουν για ολόκληρη τη ζωή.

**Λέξεις κλειδιά:** Παιδική παχυσαρκία, υπέρβαρα παιδιά, ρόλος νοσηλευτή, πρόληψη, επιπτώσεις υγείας.

**Η ΜΕΘΟΔΟΣ BOBATH ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ: ΜΙΑ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ**

Μυρτώ Πατάγια Μπακαράκη<sup>1</sup>, Θ. Δουρμπόνης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Msc, PhDc Neuroscience, Καθηγήτρια, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, <sup>2</sup>Στρατιωτικός Νοσηλευτής, 251 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει τη Μέθοδο Bobath και τον τρόπο εφαρμογής της στη θεραπεία νευρολογικών διαταράξεων. Η μέθοδος Bobath αναπτύχθηκε από τους Berta και Karel Bobath με σκοπό να βελτιώσει τη λειτουργία και την ποιότητα ζωής ατόμων με νευρολογικές διαταράξεις, όπως είναι η εγκεφαλική παράλυση και η μερική πληγή μετά από εγκεφαλικό. Το σκοπό αυτό υλοποιήθηκε για να επιχειρηθεί η αύξηση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής αυτών των ατόμων που αντιμετωπίζουν νευρολογικές διαταραχές.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης είναι να αναλύσει την αποτελεσματικότητα και την εφαρμογή της μεθόδου Bobath στη θεραπεία νευρολογικών διαταράξεων καθώς επίσης και να εξετάσει τις βασικές αρχές και στρατηγικές θεραπείας που προτείνονται.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Για τη σύνταξη αυτής της βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διεξήχθησαν έρευνες σε επιστημονικά άρθρα, βιβλία και ερευνητικές μελέτες που αφορούν τη μέθοδο Bobath και την εφαρμογή της στη θεραπεία νευρολογικών διαταραχών. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις-κλειδιά όπως «Bobath method», «neurodevelopmental treatment», «neurological disorders», «rehabilitation», «stroke», «cerebral palsy» για την αναζήτηση επιστημονικών εργασιών στη βάση δεδομένων PubMed.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι αναζητήσεις στη βάση δεδομένων PubMed παρήγαγαν πληθώρα επιστημονικών άρθρων και μελετών που αφορούν την εφαρμογή και την αποτελεσματικότητα της μεθόδου Bobath σε ασθενείς με νευρολογικές διαταραχές. Πολλές από αυτές τις μελέτες υποστηρίζουν θετικά αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας σε ασθενείς που χρησιμοποιούν τη μέθοδο Bobath.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η βιβλιογραφική ανασκόπηση καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η μέθοδος Bobath αποτελεί μια σύγχρονη και αποτελεσματική προσέγγιση για τη θεραπεία νευρολογικών διαταραχών, εστιάζοντας στη βελτίωση της κινητικότητας και της λειτουργικότητας των ασθενών. Η χρήση της μεθόδου απαιτεί συνεχή παρακολούθηση και συνεργασία από πολλούς επαγγελματίες του χώρου της υγείας. Περαιτέρω έρευνα είναι απαραίτητη για να κατανοήσουμε πλήρως την αποτελεσματικότητά της και τις συνθήκες εφαρμογής σε διάφορους τύπους ασθενών και πλαισίωσή της.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΕΚΧΥΛΙΣΜΑΤΟΣ SAINT JOHN'S WORT ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ: *IN VIVO* ΚΑΙ *IN HUMAN* ΜΕΛΕΤΕΣ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Το βαλσαμόχορτο αποτελεί ένα φυτό που έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στη θεραπεία της κατάθλιψης. Εντούτοις, σήμερα, όλο και περισσότερα δεδομένα ανακλύπτουν σχετικά με τις ευεργετικές δράσεις του στη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη. Στόχος της παρούσας ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του εκχυλίσματος Saint John's Wort (SJW) στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη σε *in vivo* και *in human* μοντέλα.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Cochrane και Medline που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν αγγλόφωνες τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, μελέτες ασθενών-μαρτύρων, κοόρτης και ενδιαφέρουσες αναλύσεις περιστατικών που δημοσιεύθηκαν κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες συγχρονικές ή αποκλειστικά *in vitro*, έρευνες με μικρή διάρκεια παρέμβασης ή δείγμα, καθώς και μελέτες με υγιείς συμμετέχοντες ή παιδιά/εφήβους. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμπεριλήφθηκαν στην τρέχουσα ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από αξιολόγηση 247 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκε τελικά ένα δείγμα 168 μελετών που ήταν σύμφωνο με τα κριτήρια επιλογής. Όσον αφορά στις *in vivo* μελέτες, αποδείχθηκε ότι το SJW αποτρέπει τον πρώιμο θάνατο των β-παγκρεατικών κυττάρων και αναχαιτίζει οδούς σηματοδότησης φλεγμονής σε διαβητικά παχύσαρκα ζωικά μοντέλα, αναστέλλοντας κυτταροκίνες και προφλεγμονώδεις παράγοντες. Παράλληλα, το εκχύλισμα SJW, παρατηρήθηκε να καταστέλλει τον νευροπαθητικό πόνο σε αρουραίους με διαβητική νευροπάθεια, τονίζοντας την αναλγητική δράση της περιεχόμενης υπερφορίνης και υπερικίνης. Θετικές επιδράσεις αποκαλύφθηκαν και σε αρουραίους με ινσουλινοαντίσταση. Όσον αφορά σε μελέτες *in human*, η χρήση του SJW φάνηκε να συμβάλλει στην βελτίωση των ελκών σε ασθενείς με σοβαρό διαβητικό πόδι, κυρίως λόγω ομαλοποίησης του γλυκαιμικού προφίλ και της μικροαγγειακής κυκλοφορίας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ουσίες του εκχυλίσματος SJW φαίνεται να συμβάλλουν στη διαχείριση του σακχαρώδους διαβήτη τόσο σε ζωικά μοντέλα όσο και σε ανθρώπους. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω τεκμηρίωση των ευρημάτων αυτών σε μεταγενέστερες μελέτες.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΙΝΟΓΟΝΙΚΗΣ ΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΕΛΕΤΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Οι μεταβολικές διαταραχές που εμφανίζονται σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) συχνά συνδέονται με ινογόνα περιβάλλοντα, οδηγώντας σε ιστικές διαταραχές και δυσλειτουργία οργάνων. Ως εκ τούτου, σκοπός της τρέχουσας ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση των μηχανισμών ίνωσης στον ΣΔ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από βιβλιογραφικές αναζητήσεις στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Cochrane μέχρι τα τέλη Μαρτίου 2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην ανασκόπηση συμπεριλήφθηκαν ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις, γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά τα έτη 2013-2024. Από την εργασία απορρίφθηκαν περιλήψεις άρθρων, μελέτες περίπτωσης, έρευνες οικολογικές, συγχρονικές, ασθενών-μαρτύρων ή κοόρτης, μελέτες με μικρή διάρκεια παρέμβασης ή δείγμα, καθώς και έρευνες με υγιείς ή ανήλικους συμμετέχοντες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αφού εξετάστηκαν 106 άρθρα, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν 43 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Οι περισσότερες μελέτες έκαναν λόγο για τις ινωτικές δράσεις της ινσουλινοαντίστασης και της υπεργλυκαιμίας. Ειδικά, η υπεργλυκαιμία φάνηκε να επηρεάζει τους ινοβλάστες, δημιουργώντας ινώδεις ίνες κολλαγόνου και να ενεργοποιεί ινογονικά μονοπάτια, όπως οξειδωτικό στρες, σχηματισμό τελικών προϊόντων γλυκοζυλίωσης (Advanced Glycation End Products - AGEs), διαταραχές στις νευρομυϊκές συνάψεις και έναρξη προφλεγμονωδών καταρρακτών. Όσον αφορά στην ινσουλινοαντίσταση, αρκετές έρευνες συνέκλιναν στην ινωτική της δράση στους ιστούς και τα παρακείμενα όργανα λόγω επαγόμενης γλυκο- και λιποτοξικότητας. Συγκεκριμένα για την λιποτοξικότητα, αποδείχθηκε ότι η μειωμένη ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη, οδηγεί σε περιορισμό των αντιλιποϊκών επιδράσεων της ορμόνης, με άμεσο αποτέλεσμα την εκδήλωση δυσλιπιδαιμιών, ινωτικού μηχανισμού και κυτταρικού τραυματισμού.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Πολλοί κυτταρικοί και μοριακοί μηχανισμοί που συμβαίνουν στον οργανισμό διαβητικών ασθενών φαίνεται να οδηγούν σε διαβητική ίνωση και τελικά ιστική βλάβη. Εντούτοις, απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να τεκμηριώνουν τα παραπάνω ευρήματα και περαιτέρω διερεύνηση των λόγων για τους οποίους συμβαίνουν αυτές οι αλλαγές.

**ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΥΣΤΙΚΗ ΊΝΩΣΗ: ΤΙ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Δεδομένου ότι οι ασθενείς με Κυστική Ίνωση (ΚΙ) εμφανίζουν συχνά διατροφικά ελλείμματα, κυρίως λόγω των εκτεταμένων δυσασπορροφήσεων, καθίσταται αναγκαία η βέλτιστη διατροφική φροντίδα ήδη από την παιδική ηλικία. Ως εκ τούτου, σκοπός της τρέχουσας ανασκόπησης ήταν η συγκέντρωση στοιχείων που αφορούν στην κατάλληλη διατροφική διαχείριση ασθενών με ΚΙ.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed Medline, Scopus, Google Scholar και Cochrane έως τις αρχές Απριλίου του 2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-αναλύσεις, μελέτες ασθενών-μαρτύρων, κοόρτης και ελεγχόμενες τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που αφορούσαν στη διατροφική φροντίδα νοσούντων με ΚΙ, ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά τα έτη 2014-2024, συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα εργασία. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν περιλήψεις άρθρων, μελέτες συγχρονικές ή οικολογικές καθώς και έρευνες με περιορισμένο δείγμα ή χρόνο παρέμβασης.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από αξιολόγηση 304 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκε τελικά ένα δείγμα 172 μελετών που ήταν σύμφωνο με τα κριτήρια επιλογής και αποκλεισμού. Οι περισσότερες μελέτες συμφώνησαν σε μια δίαιτα πλούσια σε λιπαρά, ενέργεια και μικροσυστατικά, με στόχο την πρόληψη της υποθρεψίας καθώς και στην καλύτερη διαχείριση των δυσασπορροφήσεων, με ελάττωση των παγκρεατικών λιπασών. Παράλληλα, υπογράμμισαν την αναγκαιότητα για χορήγηση υπερθερμιδικών σκευασμάτων *per os* σε ασθενείς που δεν μπορούσαν να πετύχουν τους στόχους με τη συνήθη διατροφή. Σε περιπτώσεις που δεν επαρκεί η σίτιση *per os*, οι γιατροί μπορούν να σκεφθούν την εντερική ή την παρεντερική σίτιση, με τη δεύτερη να πραγματοποιείται βραχυπρόθεσμα και σε περιπτώσεις όπου αντενδείκνυται η πρώτη.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διατροφική φροντίδα στην ΚΙ είναι ύψιστης σημασίας στη βελτίωση της διαβίωσης των ασθενών και στην ελάττωση των επιπλοκών. Παρόλα αυτά, απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να επικεντρώνονται στη διατροφική διαχείριση ασθενών με ΚΙ και εμπλουτισμός των διατροφικών κατευθυντήριων οδηγιών.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΗ ΓΕΝΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ TURNER ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΕ ΝΕΑΡΑ ΚΟΡΙΤΣΙΑ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Σήμερα, πολλά δεδομένα ανακύπτουν αναφορικά με τη συσχέτιση του συνδρόμου Turner και την υπεργλυκαιμία. Εντούτοις, δεν έχουν μελετηθεί εκτεταμένα οι λόγοι για τους οποίους παρατηρείται η σχέση αυτή. Ως εκ τούτου, στόχος της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση των αιτιών που άτομα με το συγκεκριμένο σύνδρομο εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά υπεργλυκαιμίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, Google Scholar, Cochrane και Medline που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Συστηματικές ανασκοπήσεις, μετα-ανάλυσεις και τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές που διερευνούσαν τον μεταβολισμό της γλυκόζης στο σύνδρομο Turner, ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά την προαναφερθείσα περίοδο, συμπεριλήφθηκαν στην τρέχουσα εργασία. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες παρατήρησης, έρευνες με περιορισμένο δείγμα ή χρόνο παρέμβασης, καθώς και μελέτες με ενήλικες ή υγιείς συμμετέχοντες. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από εξέταση 232 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκε τελικά ένα δείγμα 87 μελετών που ήταν σύμφωνο με τα κριτήρια επιλογής. Η πλειονότητα των μελετών αυτών, συμφώνησε στη δοσοεξαρτώμενη ελάττωση της ινσουλινοευσαισμίας σε κορίτσια που λάμβαναν αγωγή με ανασυνδυασμένη αυξητική ορμόνη, με το αποτέλεσμα να υποχωρεί με τη διακοπή της θεραπείας. Συγκεκριμένα ήταν τα ευρήματα αναφορικά με την ορμονοθεραπεία και την υπεργλυκαιμία, καθώς οι μελέτες συνέκλιναν στην ελάττωση της ινσουλινοαντίστασης αλλά όχι στην ανοχή της γλυκόζης. Από έρευνες που αξιολογούσαν την παχυσαρκία, την αύξηση της ηλικίας και τον υπογοναδισμό σε συνάρτηση με την υπεργλυκαιμία σε κορίτσια με σύνδρομο Turner, παρατηρήθηκε ευθεία θετική συσχέτιση.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παράμετροι του συνδρόμου Turner φαίνεται να σχετίζονται με την εμφάνιση υπεργλυκαιμίας σε νεαρά κορίτσια. Εντούτοις, απαιτείται διεξαγωγή μελετών μεγάλης κλίμακας και περαιτέρω διερεύνηση των λόγων για τους οποίους συμβαίνει αυτό.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΗΧΑΝΙΣΜΩΝ ΦΛΕΓΜΟΝΩΔΟΥΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΕΠΑΓΟΜΕΝΗΣ ΑΠΟ ΧΡΟΝΙΑ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑ: ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί μια χρόνια νοσοπαθογένεια που χαρακτηρίζεται από εκτεταμένη φλεγμονή. Σκοπός της τρέχουσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των μηχανισμών φλεγμονής σε καταστάσεις υπεργλυκαιμίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Cochrane, που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, μελέτες ασθενών-μαρτύρων και κοόρτης, γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά τα προαναφερθέντα έτη. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες συγχρονικές, αναλύσεις περιστατικών καθώς και έρευνες με μικρή διάρκεια παρέμβασης ή δείγμα. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια εκλογής, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από αξιολόγηση 307 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν 196 μελέτες που ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής. Οι μελέτες συμφώνησαν στην υπερέκκριση προφλεγμονωδών κυτταροκινών, όπως ο παράγοντας νέκρωσης όγκου-α (TNF-α), η ιντερφερόνη-γ (IFN-γ) και οι ιντερλευκίνες IL-1β και IL-6 στον ΣΔ. Στην πραγματικότητα, οι παράγοντες αυτοί αποδείχθηκε ότι επάγουν τη φλεγμονώδη απόκριση έμμεσα, ενεργοποιώντας άλλες ουσίες, όπως οι ενεργοποιημένες από μιτογόνο πρωτεϊνικές κινάσες (MAPKs) και οι μεταγραφικοί παράγοντες STAT-1 (μετατροπείς σήματος και ενεργοποιητής της μεταγραφής-1) και NF-κΒ (πυρηνικός παράγοντας κάπα-ελαφριά αλυσίδα-ενισχυτή ενεργοποιημένων Β κυττάρων). Ειδικότερα, οι MAPKs και ιδίως οι C-Jun N-τερματικές κινάσες (JNKs) παρατηρήθηκε να ενεργοποιούν διαδικασίες απόπτωσης των β-παγκρεατικών κυττάρων και να μειώνουν την ινσουλινοευαισθησία των περιφερικών ιστών σε περιβάλλοντα υπεργλυκαιμίας ή παχυσαρκίας. Όσον αφορά στις πρωτεΐνες STAT-1, αποδείχθηκε ότι όταν ενεργοποιούνται από ιντερφερόνες, μεταναστεύουν από το κυτταρόπλασμα όπου βρίσκονταν σε ανενεργή μορφή στον πυρήνα και προσδένονται σε προφλεγμονώδη γονίδια. Αντίστοιχες διαδικασίες φάνηκε να πραγματοποιεί και ο NF-κΒ μέσω ενεργοποίησης της πρωτεΐνης IκΒ.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρόνια υπεργλυκαιμία φαίνεται να συνδέεται άρρηκτα με παράγοντες φλεγμονής. Εντούτοις, απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση των λόγων για τους οποίους συμβαίνει αυτό.

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΩΝ ΔΡΑΣΕΩΝ ΤΟΥ ΥΠΕΡΙΚΟΥ ΣΕ ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ: ΜΕΛΕΤΕΣ IN HUMAN**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Σήμερα, ολοένα περισσότερα δεδομένα θέλουν το υπερικό να συσχετίζεται με αντιφλεγμονώδεις μηχανισμούς. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση των δράσεων του υπερικού στη ρύθμιση της φλεγμονής σε περιβάλλοντα υπεργλυκαιμίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Medline και Cochrane, έως τα μέσα Απριλίου 2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, μελέτες ασθενών-μαρτύρων και κοόρτης, γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά τη δεκαετία 2014-2024. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες συγχρονικές, περιγραφικές, σποραδικές παρατηρήσεις, καθώς και έρευνες με μικρή διάρκεια παρέμβασης ή δείγμα. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια εκλογής, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αφού έγινε αξιολόγηση 165 άρθρων, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τελικά 61 μελέτες που ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής. Οι μελέτες συμφώνησαν στην αποτροπή πρώιμου θανάτου των β-παγκρεατικών κυττάρων και στην αναχαίτιση οδών σηματοδότησης φλεγμονής σε διαβητικούς ασθενείς που λάμβαναν υπερικό, αναστέλλοντας κυτταροκίνες και προφλεγμονώδεις παράγοντες. Αναλυτικότερα, το υπερικό παρατηρήθηκε να παρεμποδίζει τη δράση της 5-λιποοξυγονάσης (5-LO) στη δημιουργία των λευκοτριενίων A4, B4, C4, D4 και E4, αποτρέποντας την φωσφορυλίωση των ομάδων Ser271 και Ser663. Μάλιστα, παρατηρήθηκε αδυναμία κατάλυσης του 5-υδροϋπεροξεικοσατετραενοϊκού οξέος στο λευκοτριένιο A4 από την 5-LO και συνεπώς αποκλεισμός σχηματισμού επιπρόσθετων προφλεγμονωδών παραγόντων, συμπεριλαμβανομένων των λευκοτριενίων B4 και C4. Συγχρόνως, το υπερικό βρέθηκε να αναστέλλει τον σχηματισμό της προσταγλανδίνης E2 (PGE-2), περιορίζοντας κατά αυτόν τον τρόπο την οξεία και τη χρόνια φλεγμονή. Ουσιαστικά, αποκαλύφθηκε ότι η ουσία αυτή εμποδίζει την ενζυμική μετατροπή της προσταγλανδίνης H2 (PGH-2) σε PGE-2 μέσω της μικροσωμικής σύνθεσης της προσταγλανδίνης E-1 (mPGES-1).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το υπερικό φαίνεται να ενεργοποιεί αντιφλεγμονώδεις παράγοντες σε καταστάσεις υπεργλυκαιμίας. Παρόλα αυτά, απαιτούνται περισσότερες μελέτες που να εξηγούν αναλυτικότερα τους μηχανισμούς συσχέτισης.

**ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΛΗΞΟΥΡΙΟΥ ΤΟ ΕΤΟΣ 2023**

Σ. Βαρεμένος, Παναγιώτα Λιάκου, Ν. Μολφέτας, Αριάδνη Μοσχονά, Παρασκευή Σαμίου, Ελεάνα Τουλάτου

*Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Γενικό Νοσοκομείο Ληξουρίου «Μαντζαβινάτειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η γλυκιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) αποτελεί έναν βιοδείκτη με σημαντικό ρόλο στη γλυκαιμική ρύθμιση των διαβητικών ασθενών, στην πρόληψη των επιπλοκών του διαβήτη, αλλά και στη διάγνωση του διαβήτη όταν διενεργείται με προτυποποιημένη μέθοδο. Η HbA1c αντανakλά τη γλυκαιμική κατάσταση του ασθενούς τους τελευταίους 2-3 μήνες.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Καταγραφή των επιπέδων HbA1c των ασθενών του ΓΝ Ληξουρίου σε διάρκεια ενός έτους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Κατά τη διάρκεια του έτους 2023 προσήλθαν 698 ασθενείς, 363 άνδρες με διάμεση ηλικία τα 67 έτη (19-92) και 335 γυναίκες με διάμεση ηλικία τα 61 έτη (21-97), για μέτρηση HbA1c. Ο προσδιορισμός HbA1c έγινε στο σύστημα Dimension EXL 200 σε δείγμα ολικού φλεβικού αίματος με EDTA με ανοσοπροσδιορισμό θολοσιμετρικής αναστολής (TINIA) για τη μέτρηση της HbA1c και τροποποίηση της αντίδρασης αλκαλικής αιματίνης για τη μέτρηση της συνολικής αιμοσφαιρίνης. Στη συνέχεια υπολογίστηκε το αποτέλεσμα % HbA1c προτυποποιημένο κατά το Εθνικό Πρόγραμμα Τυποποίησης Γλυκιωμένης Αιμοσφαιρίνης (NGSP). Η διασφάλιση της ποιότητας των αποτελεσμάτων επιτεύχθηκε με την εφαρμογή εσωτερικού ελέγχου ποιότητας.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαμορφώθηκαν τέσσερις ομάδες HbA1c, <5,7%, που αντιστοιχεί στο φυσιολογικό, 5,7-6,4% (προδιαβήτης), 6,5-7% (διαβήτης με καλό γλυκαιμικό έλεγχο) και >7%. Στον Πίνακα παρουσιάζεται η κατανομή των ασθενών στις τέσσερις ομάδες HbA1c.

| HbA1c (%)       | <5,7            | 5,7-6,4         | 6,5-7         | >7            |
|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|---------------|
| <b>ΑΝΔΡΕΣ</b>   | 141/363 (38,8%) | 162/363 (44,6%) | 30/363 (8,3%) | 30/363 (8,3%) |
| <b>ΓΥΝΑΙΚΕΣ</b> | 135/335 (40,3%) | 141/335 (42,1%) | 32/335 (9,6%) | 27/335 (8%)   |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Από τα αποτελέσματά μας διαπιστώνουμε ότι το 16,6% των ανδρών και το 17,6% των γυναικών εμφανίζουν HbA1c >6,5%. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα χρόνια νόσημα με σοβαρές επιπλοκές και ολοένα αυξανόμενο επιπολασμό τις τελευταίες δεκαετίες, κάτι το οποίο τον καθιστά σοβαρό πρόβλημα δημόσιας υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο.

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΘΕΡΑΠΕΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΣΤΕΝΩΣΗΣ ΕΝΤΟΣ ΣΤΕΝΤ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΤΕΝΤΣ ΜΕ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΕΚΧΥΛΙΣΗ, ΜΠΑΛΟΝΙΑ ΕΚΛΟΥΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ Ή ΑΠΛΗ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ;**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Η επαναστένωση εντός stent (in-stent restenosis-ISR) αποτελεί ένα σοβαρό κλινικό πρόβλημα που ενδέχεται να ελαττώσει σημαντικά την αιματική παροχή, οδηγώντας τελικά σε υποξία και ισχαιμία οργάνων. Μέχρι πρότινος, η καλύτερη θεραπευτική επιλογή για την ISR δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς. Στόχος της τρέχουσας ανασκόπησης ήταν η σύγκριση των στεντς με φαρμακευτική εκχύλιση (drug-eluting stents-DES), των μπαλονιών έκλυσης φαρμάκων (drug-eluting balloons-DEB) και της απλής αγγειοπλαστικής με παλιό μπαλόνι (plain old balloon angioplasty-POBA) στην αντιμετώπιση της επαναστένωσης εντός στεντ (in-stent restenosis-ISR) σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από βιβλιογραφικές αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Cochrane, που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές και μετα-αναλύσεις που ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν μελέτες παρατήρησης και έρευνες που περιλάμβαναν δείγματα υγιών συμμετεχόντων ή είχαν περιορισμένη διάρκεια παρέμβασης. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης, συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αφού έγινε αξιολόγηση 217 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τελικά 102 μελέτες που ήταν σύμφωνες με τα κριτήρια επιλογής. Η πλειονότητα των μελετών συμφώνησε στην παρατήρηση χαμηλότερων ποσοστών θνησιμότητας από οποιαδήποτε αιτία (All-cause Mortality-ACM), επαναγγείωσης βλάβης-στόχου (Target Lesion Revascularization-TLR), εμφράγματος του μυοκαρδίου (Myocardial infarction-MI) και μείζονων ανεπιθύμητων καρδιαγγειακών συμβαμάτων (Major Adverse Cardiac Events-MACE) σε διαβητικούς ασθενείς που ακολουθούσαν θεραπεία με DEB, συγκλίνοντας στην καλύτερη θεραπευτική επιλογή για την ISR. Τέλος, οι μελέτες συμφώνησαν στο DES ως τη δεύτερη αποδοτικότερη θεραπεία για την ISR όσον αφορά τα TLR, ACM, MACE, αλλά ως την τρίτη επιλογή για το MI.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θεραπεία με DEB στην αντιμετώπιση της ISR σε διαβητικούς φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματική, ακολουθούμενη από το DES και στη συνέχεια από το POBA.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΨΕΥΔΟΥΣ ΘΡΟΜΒΟΠΕΝΙΑΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρανιά<sup>4</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

**ΑΙΤΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ:** Ασθενής άρρεν 56 ετών, προσέρχεται στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων για διενέργεια πλήρους εργαστηριακού έλεγχου στο πλαίσιο check up.

**ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ:** Από το ιστορικό αναφέρει ΑΥ και υπερχοληστερολαιμία.

**ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ:** Ο εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο στο ΚΥ Καλυβίων έδειξε τα εξής: Γενική αίματος με πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών αιμοσφαιρίων με WBC 5.200, MCV 90,0, MCH 18,0, HCT 45,0, HGB 15,0, PLT 100.000, Εκτελέστηκε και πλήρης βιοχημικός έλεγχος στον ασθενή στον οποίο εμφανίσε χοληστερίνη 240 mg/dl, LDL 165 mg/DL όλα τα υπόλοιπα καθόλα φυσιολογικά.

Έγινε μικροσκοπική καταμέτρηση των αιμοπεταλίων σε επίχρισμα περιφερικού αίματος όπου βρέθηκε παρουσία σωρών αιμοπεταλίων. Μετά συνεννόηση και αгаστή συνεργασία με τη συνάδερφο Παθολόγο που του είχε συνταγογραφήσει τις εξετάσεις, ο ασθενής επανήλθε στο Εργαστήριο για νέο έλεγχο με καινούργια γενική αίματος αλλά και έλεγχο πήξης. Η γενική αίματος περάστηκε κατευθείαν απ' τον αιματολογικό αναλυτή και έδειξε PLT 225.000 δηλαδή φυσιολογικά όταν όμως παρέμεινε περίπου κανά 45λεπτο και ξαναπεράστηκε από τον αιματολογικό αναλυτή έδειξε PLT 100.000, τα οποία στη μικροσκοπική καταμέτρηση των αιμοπεταλίων σε νέο επίχρισμα γενικής αίματος ήταν ψευδή και υπήρχαν πάλι σωροί αιμοπεταλίων. Ομοίως περάσαμε από τον αιματολογικό αναλυτή και γενική αίματος από το μπουκαλάκι της πήξης που περιέχει κιτρικό ασβέστιο ως αντιπηκτικό τα αιμοπετάλια και αμέσως μετά τη λήψη και μετά 45 λεπτά ήταν 225.000 δεν υπήρχε θρομβοπενία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Ο ασθενής είχε καθόλα φυσιολογικά αιμοπετάλια (225.000) και όχι ψευδή θρομβοπενία (100.000), επειδή εμφάνιζε σωρούς αιμοπεταλίων στη μικροσκοπική καταμέτρηση των αιμοπεταλίων σε επίχρισμα γενικής αίματος όταν η γενική αίματος παρέμενε 45 λεπτά και πέρα.

Από τα παραπάνω καταδεικνύεται για μια ακόμα φορά η σημασία του επιχρίσματος περιφερικού αίματος για τη διερεύνηση και σωστή καταμέτρηση των αιμοπεταλίων. Αποδεικνύεται ακόμα τέλος ότι μερικοί άνθρωποι εμφανίζουν ψευδή θρομβοπενία αποτέλεσμα της ύπαρξης EDTA αντιπηκτικού στα μπουκαλάκια λήψης γενικής αίματος.

**ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΤΩΝ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΩΝ ΟΥΡΩΝ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρασιά<sup>4</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χάτζου<sup>5</sup>, Παρασκευή-Άννα Ξενοπούλου<sup>5</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α', ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΔΕ Παρασκευαστών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η διερεύνηση των μικροβιακών ειδών που αποτέλεσαν αιτιολογικό παράγοντα ουρολοιμώξεως σε σύνολο 80 θετικών καλλιέργειών ούρων στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Σε 80 θετικές καλλιέργειες ούρων έγινε ταυτοποίηση του παθογόνου μικροβιακού παράγοντα. Ο έλεγχος της ευαισθησίας έγινε με τη μέθοδο διάχυσης δίσκων κατά Kirby-Bauer.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αναλυτικά τα ποσοστά των μικροβιακών παραγόντων που παρατηρήθηκαν είναι τα εξής: *Escherichia coli* 65%, *Klebsiella pneumoniae* 10%, *Proteus* spp 8%, *Enterococcus* spp 7%, *Staphylococcus aureus* 5%, *Pseudomonas aeruginosa* 2%, *Acinetobacter baumannii* 1,5%, *Candida* spp 1%, Λοιπα Gram (-) παθογόνα (*Enterobacter* spp, *Citrobacter* spp κτλ) 0,5%

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Σύμφωνα με τα δεδομένα των παραπάνω αποτελεσμάτων, την 1η θέση μικροβιακού παράγοντα πρόκλησης ουρολοιμώξεων στο γενικό πληθυσμό στην κοινότητα καταλαμβάνει η *Escherichia coli*, ακολουθώντας η *Klebsiella pneumoniae* και σε μικρότερο ποσοστό τα υπόλοιπα παθογόνα.

Άλλωστε η *Escherichia coli* διαχρονικά καταδεικνύεται το πιο συχνά απαντώμενο παθογόνο στις καλλιέργειες ούρων όπως ήταν αναμενόμενο με βάση τη σύγκριση με την αίτια πρόκλησης ουρολοιμώξεων στη κοινότητα τόσο στους ασθενείς που εξετάζονται σε άλλα Κέντρα Υγείας στη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη όσο και στα στελέχη μικροβίων που απαντώνται συχνότερα και στα νοσοκομεία.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΛΙΝΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΤΥΠΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ**

N. Καμαράτος-Σεβδαλής, Χ. Κώνστας, Αναστασία Νομικού, Ιωάννα Λιώση, Χ. Τσαγκάρης, Α. Καμαράτος

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, «Τζάνειο» Νοσοκομείο Πειραιά*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Γυναίκα ασθενής 78 ετών προσήλθε στο Κέντρο με δύο έλκη στο δεξί της κάτω άκρο, τα οποία πρωτοεμφανίστηκαν προ εξαμήνου. Έχει διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη προ 8 ετών, και δεν έχει επιτύχει ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση. Κατά την εξέταση παρουσιάζει 2 διαβητικά έλκη διαμέτρου 0,5 εκ. στην δεξιά πτέρνα με μελαγχρωστικές κηλίδες, εκ των οποίων το ένα παρουσιάζει κοκκιώδη ιστό, χωρίς σημεία λοίμωξης. Η ασθενής παρουσιάζει εικόνα περιφερικής νευροπάθειας, με αίσθηση δονήσεων 35 mV στο βιοθεσίόμετρο και περιφερικής αγγειοπάθειας, με σφυροβραχιόνιο δείκτη 0.7.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η υπενθύμιση και η ανάδειξη του μελανώματος ως μέρος της διαφορικής διάγνωσης που χρήζει μεγάλης κλινικής υποψίας για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Αρχικά, η διάγνωση που τίθεται είναι διαβητικό έλκος άκρου ποδός. Γίνεται έναρξη θεραπείας με ινσουλίνη, χειρουργικός καθαρισμός των ελκών, τακτικές αλλαγές των επιθεμάτων. Ταυτόχρονα χορηγήθηκε αγωγή για την αντιμετώπιση της περιφερικής νευροπάθειας και περιφερικής αγγειακής νόσου. Ωστόσο, μετά από 2 μήνες θεραπείας δεν παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση. Αποφασίζεται η λήψη ιστοτεμαχίου από το έλκος για βιοψία, όπου και διαγιγνώσκεται μελάνωμα άκρου ποδός.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στο παρόν περιστατικό, εφόσον επετεύχθη έγκαιρα η σωστή διάγνωση, ο ασθενής αφ' ενός δύναται να ξεκινήσει την κατάλληλη θεραπεία και αφ' ετέρου αποφεύγεται η χορήγηση περαιτέρω θεραπείας για το έλκος και ό,τι αυτή συνεπάγεται (κόστος, παρενέργειες κ.ά.)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μεγάλη σημασία δίνεται από τη διεθνή βιβλιογραφία στην έγκαιρη διάγνωση του μελανώματος. Η έγκαιρη διάγνωση οδηγεί σε σημαντικά ευνοϊκότερη πρόγνωση. Μείζονος σημασίας, για αυτό το σκοπό, είναι η άρτια λήψη της βιοψίας. Σε ασθενείς με ΣΔ πρέπει να υπάρχει κλινική υποψία μελανώματος, ιδιαίτερα στις ακόλουθες περιπτώσεις: α) Μη επουλωτικό έλκος παρά την καλή ρύθμιση, β) εμφάνιση ελκωτικής βλάβης χωρίς προφανείς παράγοντες κινδύνου, γ) παρουσία άτυπων υπερχρωματικών ή κοκκιωδών στοιχείων

**ΗΠΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ ΣΕ ΔΙΑΣΤΗΜΑ 7 ΜΗΝΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρασιά<sup>4</sup>, Χρυσάνθη Δουκαρέλλη<sup>3</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χάτζου<sup>5</sup>, Παρασκευή-Άννα Ξενοπούλου<sup>5</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α΄, ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός, Διευθυντής, ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΔΕ Παρασκευαστών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι λειτουργικές διαταραχές του ήπατος αποτελούν ένα μεγάλο πρόβλημα σε ασθενείς διαφόρων ηλικιών, που οφείλονται σε ιογενείς παράγοντες, αλκοόλ, χρήση φαρμάκων, και νοσήματα που επηρεάζουν την ηπατική βιοχημεία. Μετά το ιστορικό ο εργαστηριακός έλεγχος των ηπατικών ενζύμων είναι απαραίτητος.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ηπατικών ενζύμων, αλανινικής τρανσαμινάσης (SGOT), ασπαρτικής τρανσαμινάσης (SGPT), γ-γλουταμυλ-τρανσφεράσης (γ-GT) και αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) ασθενών που προσήλθαν στο βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Προσδιορίστηκαν στον ορό αίματος των ασθενών τα ηπατικά ένζυμα SGOT, SGPT, γ-GT, ALP σε διάστημα 7 μηνών (1/10/2023 -28/4/2024), έγινε καταγραφή των ποσοστών μεμονωμένα για κάθε ένζυμο και τα ποσοστά των ασθενών με ταυτόχρονη αύξηση και των 4 ενζύμων. Η μέτρηση των εξετάσεων έγινε στον βιοχημικό αναλυτή ΚΕΚΗ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Εξετάσθηκαν συνολικά 750 δείγματα ασθενών εκ των οποίων οι 350 (46,6%) ήταν άνδρες με μέσο όρο ηλικίας τα 52 έτη, και οι 400 (53,4%) με μέσο όρο ηλικίας τα 54 έτη. Αυξημένες τιμές SGOT είχαν 150/750 ασθενείς (20%), SGPT 90/750 (12%), γ-GT 50/750 (6,66%) και ALP 40/750 (5,33%). Παθολογικά αυξημένες τιμές και στα 4 ένζυμα είχαν 70 ασθενείς (9,3%) εκ των οποίων 50 άνδρες και 20 γυναίκες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Παρατηρήσαμε το μεγαλύτερο ποσοστό αύξησης στην SGOT και την SGPT που βρίσκονται κυρίως στο ήπαρ σε αντίθεση με τα υπόλοιπα ένζυμα που βρίσκονται και σε άλλα όργανα άλλα και ένα σχετικά μικρό ποσοστό παθολογικά αυξημένων δεικτών συνολικά. Το ποσοστό αυξημένων τιμών και στα 4 ένζυμα είναι μεγαλύτερο στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες γεγονός που πιθανώς οφείλεται τόσο στις διαφορετικές κοινωνικές συνήθειες των αντρών (κάπνισμα, αλκοόλ κτλ) όσο και στη προφυλακτική επίδραση των οιστρογόνων στις γυναίκες. Καταλήγοντας λοιπόν διαφαίνεται καθαρά ότι το ιστορικό και η κλινική εξέταση είναι απαραίτητα εργαλεία μαζί με τη χρήση του εργαστηριακού ελέγχου τόσο για την διάγνωση όσο και για την πρόληψη των παθήσεων του ήπατος των ασθενών που προσέρχονται στη Πρωτοβάθμια Περίθαλψη.

**ΜΕΛΕΤΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΟ ΚΑΙ ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΥΨΗΛΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ ΚΑΙ LDL ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρασιά<sup>4</sup>, Χρυσάνθη Δουκαρέλλη<sup>3</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χάτζου<sup>5</sup>, Παρασκευή-Άννα Ξενοπούλου<sup>5</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α΄, ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός Διευθυντής, ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΔΕ Παρασκευαστών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο, σε σχέση με τους υπόλοιπους ασθενείς, για έμφραγμα ή εγκεφαλικό επεισόδιο ή ακόμα και να εκδηλώσουν στεφανιαία νόσο, κυρίως όταν συνδυάζεται με αυξημένη χοληστερόλη και LDL.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή των ασθενών με αυξημένο σάκχαρο > 110 mg/dL σε συνδυασμό με αυξημένη χοληστερόλη > 180 mg/dL και LDL > 115 mg/dL.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Η συλλογή των δειγμάτων έγινε σε διάστημα 4 μηνών (1/1/2024-28/4/2024) από 230 ασθενείς που προσήλθαν στο βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων, εκ των οποίων οι 100 (43,47%) ήταν άνδρες και οι 130 (56,53%) ήταν γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 85 ετών. Η επεξεργασία των δειγμάτων έγινε στον βιοχημικό αναλυτή ΚΕΚΗ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από το σύνολο των 230 ασθενών οι 93 (40,43%) είχαν αυξημένο σάκχαρο > 110 mg/dL με ποσοστό 53% άνδρες και 47% γυναίκες. Από το σύνολο των 93 ασθενών οι 50 (53,7%) είχαν αυξημένη χοληστερόλη και LDL, εκ των οποίων το 56% ήταν άνδρες και το 34% γυναίκες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Με βάση τα στατιστικά μας διαπιστώσαμε ότι το 40,43% των ασθενών που προσήλθαν στο ΚΥ Καλυβίων παρουσίασε αυξημένο σάκχαρο και ένα σχετικά υψηλό ποσοστό 53,7% εμφάνισε συνύπαρξη αυτού του αυξημένου σακχάρου με υψηλή χοληστερόλη και LDL, με μικρή υπεροχή όσον αφορά το φύλο στους άνδρες.

Καταλήγουμε λοιπόν ότι στους διαβητικούς ασθενείς ο έλεγχος της χοληστερόλης και LDL είναι απαραίτητος τόσο για την καλύτερη ρύθμισή του σακχάρου όσο και για την πρόληψη άλλα και την αποφυγή των καρδιαγγειακών και των εγκεφαλικών επεισοδίων.

**ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρανιά<sup>4</sup>, Χρυσάνθη Δουκαρέλλη<sup>3</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χάτζου<sup>5</sup>, Παρασκευή-Άννα Ξενοπούλου<sup>5</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α΄, ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός Διευθυντής, ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΔΕ Παρασκευαστών Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η μέτρηση των λιπιδαιμικών δεικτών, που τα τελευταία χρόνια αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα, είναι απαραίτητη για τον καθορισμό του κινδύνου καρδιακής νόσου, σε συνδυασμό και με άλλους παράγοντες, ώστε να αναγνωριστούν οι ασθενείς που χρήζουν φαρμακευτικής αγωγής και για την αξιολόγηση αυτής.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Η καταγραφή και μελέτη του λιπιδαιμικού προφίλ των ασθενών του ΚΥ Καλυβίων.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Επεξεργάστηκαν και μετρήθηκαν οι λιπιδαιμικοί δείκτες χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, υψηλής και χαμηλής πυκνότητας λιποπρωτεΐνες σε ασθενείς που προσήλθαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων σε διάστημα 4 μηνών (1/1/2024 -28/4/2024). Η μέτρηση των δεικτών έγινε στο βιοχημικό αναλυτή ΚΕΚΗ.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Για την χοληστερόλη εξετάστηκαν 230 ασθενείς, οι 100 (43,47%) ήταν άνδρες και οι 130 (56,53%) ήταν γυναίκες, ηλικίας από 18 έως 85 ετών με όριο τα 200 mg/dL, και καταγράφηκαν 190 ασθενείς με υψηλή χοληστερόλη (82,60%). Για τα τριγλυκερίδια εξετάστηκαν οι παραπάνω 230 ασθενείς με όριο τα 150 mg/dL και καταγράφηκαν 67 ασθενείς (29,1%) άνω του ορίου. Η LDL των παραπάνω ασθενών που εξετάστηκαν ήταν σε 170 ασθενείς άνω των 115 mg/dL (73,91%). Η HDL των παραπάνω ασθενών που εξετάστηκαν ήταν σε 138 (60%) ασθενείς με τιμές χαμηλότερες από 40 mg/dL.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μελετώντας τις τιμές των λιπιδαιμικών δεικτών διαπιστώνεται ένα υψηλό ποσοστό ασθενών με αυξημένη χοληστερόλη και LDL άνω του 50% κυρίως σε ηλικίες μεγαλύτερες των 40 ετών, σε συνδυασμό με το 60% των ασθενών αυτών με χαμηλή HDL που συμβάλλει στην ανάπτυξη της αθηρωματικής πλάκας. Ο λιπιδαιμικός έλεγχος είναι απαραίτητος ώστε να δοθούν οι κατάλληλες οδηγίες προς θεραπεία που θα συμβάλλουν σημαντικά στην γενικότερη πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου.

**ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ**

Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Μιλτιάδης Αλεξίου<sup>1</sup>, Μαρία Ιακωβίδου<sup>2</sup>, Ευανθία Κρασιά<sup>4</sup>, Χρυσάνθη Δουκαρέλλη<sup>3</sup>, Αννούλα Τάση<sup>3</sup>, Αικατερίνη Χάτζου<sup>5</sup>, Παρασκευή-Άννα Ξενοπούλου<sup>5</sup>, Αριστοφάνης Γκίκας<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Ιατρός Βιοπαθολόγος, Επιμελητής Α', ΚΥ Καλυβίων, <sup>2</sup>Επικουρικός Ιατρός Βιοπαθολόγος, ΚΥ Καλυβίων, <sup>3</sup>ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, ΚΥ Καλυβίων, <sup>4</sup>Γενικός Ιατρός Διευθυντής, ΚΥ Καλυβίων, <sup>5</sup>ΔΕ Παρασκευαστών Ιατρικών Εργαστηρίων ΚΥ Καλυβίων

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η υγιεινή και ασφάλεια στην εργασία προάγει τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και ζωής των εργαζομένων, αυξάνει την αποδοτικότητά τους και μειώνει σημαντικά τις επαγγελματικές ασθένειες και τα εργατικά ατυχήματα. Στο βιοπαθολογικό εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων η υγεία και η ασφάλεια των εργαζομένων τίθεται καθημερινά σε κίνδυνο τόσο από τις συνθήκες εργασίας όσο και από τα χρησιμοποιούμενα υλικά γεγονός που εξετάζεται στη παρακάτω μελέτη στην οποία παραθέτονται και τα μέτρα προστασίας που ακολουθούνται επιτυχώς για την αποφυγή των εργασιακών κινδύνων εντός του Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Καταγράφονται οι επαγγελματικοί κίνδυνοι στους οποίους εκτίθεται το προσωπικό ενός Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου και τα μέτρα που λαμβάνονται για την προστασία αυτού.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σημαντικότεροι κίνδυνοι στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο είναι η έκθεση σε μολυσμένα βιολογικά υγρά και η εισπνοή αερολυμάτων, ο κίνδυνος τραυματισμού από τη χρήση βελονών-αιχμηρών αντικειμένων άλλα και κατά το χειρισμό των απορριμμάτων η κατά το στρώσιμο καλλιεργείων διαφόρων βιολογικών υλικών. Εξίσου σημαντική είναι η έκθεση σε χημικές ουσίες κατά τη χρώση πλακιδίων για τη παρασκευή του επιχρίσματος αίματος. Επιπροσθέτως, η χρήση μικροσκοπίου και υπολογιστή και η κακή στάση σώματος άλλα και η παρατεταμένη καθιστική εργασία μπορεί να προκαλέσει προβλήματα υγείας σε οφθαλμούς, μυοσκελετικό (προβλήματα στη μέση, σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα κτλ) πονοκεφάλους και πρόκληση ημικρανιών καθώς και αύξηση του ποσοστού ΣΔ και υπερχολησταιρολαιμίας. Το κυκλικό ωράριο και οι εφημερίες συντελούν στην εξουθένωση του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, διαταράσσουν τον κύκλο του υγιούς ύπνου και του φυσιολογικού κirkάδιου ρυθμού, προκαλούν εργασιακό stress, προβλήματα στην προσωπική και κοινωνική ζωή και επηρεάζουν την απόδοση αυξάνοντας τον κίνδυνο μείωσης της προσοχής και συγκέντρωσης κατά τη διενέργεια των εργασιών άρα και τη πιθανότητα τραυματισμού του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού. Μέτρα που λαμβάνονται για τον περιορισμό των παραπάνω κινδύνων είναι ο εργονομικός και λειτουργικός σχεδιασμός του Εργαστηρίου με σκοπό την εκτέλεση εργασιών μειώνοντας τον κίνδυνο τραυματισμού. Επιπλέον η χρήση συστημάτων εξαερισμού και κλιματισμού, συστήματος πυροπροστασίας άλλα και ο επαρκής φωτισμός και η σωστή αποθήκευση των εύφλεκτων υλικών συμβάλλουν στο παραπάνω στόχο. Σημαντική βεβαίως είναι και η λήψη μέτρων ατομικής προστασίας (μάσκα, γάντια, ασπίδα) καθώς και ο επαρκής αριθμός ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού για το περιορισμό της εξουθένωσης και του κινδύνου λάθους.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η προαγωγή της υγείας των εργαζομένων στους χώρους εργασίας αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα προσωπικής κοινωνικής και οικονομικής ευημερίας. Η τήρηση των παραπάνω μέτρων και η πρόληψη επικίνδυνων καταστάσεων είναι μείζονος σημασίας για την υγεία, την ασφάλεια και τη μακροήμερευση του προσωπικού ιατρικού και παραϊατρικού ενός Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου.

**ΔΙΑΣΦΑΛΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΕΝΑ ΣΥΜΒΕΒΛΗΜΜΕΝΟ ΜΕ ΤΟ ΕΟΠΥΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΙΑΤΡΟ**

π. Μ. Δανδουλάκης<sup>1</sup>, Δ. Ασλάνογλου<sup>1</sup>, Γ. Βαρσάμης<sup>1</sup>, Μαρία Γεμελιάρη<sup>1</sup>, Κυριακή Δανδουλάκη<sup>1</sup>, Χριστιάννα Μιλάι<sup>1</sup>, Αναστασία Αμπατζίδη<sup>1</sup>, Μερόπη Σαλούστρου<sup>1</sup>, Α. Δαμπάλης<sup>1,2</sup>, Δ. Δρόσος<sup>1,3</sup>, Γεωργία-Μαρία Μαρκοπούλου<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>Τοπικό Ερευνητικό Δίκτυο Οικογενειακής Ιατρικής Βάρης «Η Αγία Σοφία και οι θυγατέρες αυτής», <sup>2</sup>Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», <sup>3</sup>Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων, <sup>4</sup>Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής Σχολή Δημόσιας Υγείας Τμήμα Δημόσιας και Κοινωνικής Υγείας

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της εργασίας αυτής είναι η διασφάλιση της ποιότητας σε ένα συμβεβλημένο με το ΕΟΠΥΥ προσωπικό ιατρό, μετά από 8 μήνες λειτουργίας του ιατρείου του.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Ο ισορροπημένος πίνακας αποτελεσμάτων υγείας (ΙΠΑΥ) είναι ένα σύστημα ολικής ποιότητας. Μέρος αυτής αποτελεί η μέτρηση της κλινικών δεικτών για καρδιαγγειακά νοσήματα (KAN). Μετά την εφαρμογή του οικογενειακού ιατρού το 2017 έχουν γίνει στο Κ.Υ. Βάρης 2 μετρήσεις των κ.δ. για τα KAN. Μετά από τις μετρήσεις αυτές έγινε διαδικασία DELPHI, προκειμένου να επιτευχθεί ομοφωνία από τις 2 διαφορετικές ομάδες που έκαναν τις δύο μετρήσεις αυτές. Η μέτρηση των κ.δ. για KAN θα γίνει βάσει της ομοφωνίας η οποία προέκυψε από τη διαδικασία DELPHI. Επιλέχτηκε τυχαίο δείγμα της λίστας (1, 10...). Αποκλείστηκαν όσοι είχαν γεννηθεί μετά από 31/12/1970. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το excel 2016.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το τυχαίο δείγμα μετά από τον αποκλεισμό όσων είχαν γεννηθεί μετά από 31/12/1970 ήταν 29 ασθενείς. Η μέση ηλικία του δείγματος είναι 69,9 έτη. Τα αποτελέσματα της μέτρησης φαίνονται στον παρακάτω Πίνακα.

| Στρατηγικός Στόχος                                                                                                         | Δείκτης Απόδοσης (Κλινικοί Δείκτες για KAN) | Τιμή Δείκτη | Στόχος Δείκτη |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>Πίνακας 1.</b> Διερεύνηση για παράγοντες κινδύνου (αριθμός και % ασθενών που διερευνήθηκαν για παράγοντες κινδύνου)     |                                             |             |               |
| <b>Πρόληψη KAN</b>                                                                                                         | 1. Κάπνισμα                                 | 41,4%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 2. Σακχαρώδης Διαβήτης                      | 100%        | 100%          |
|                                                                                                                            | 3. Δυσλιπιδαιμία                            | 100%        | 100%          |
|                                                                                                                            | 4. Υπέρταση                                 | 100%        | 100%          |
|                                                                                                                            | 5. ΔΜΣ                                      | 62,1%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 6. Οικογενειακό ιστορικό πρώιμης στ. νόσου  | 37,9%       | 100%          |
| <b>Πίνακας 2.</b> Διερεύνηση για βλάβες οργάνων στόχου (αριθμός και % ασθενών που διερευνήθηκαν για βλάβες οργάνων στόχου) |                                             |             |               |
| <b>Πρόληψη KAN</b>                                                                                                         | 1. Υπερτροφία αριστεράς κοιλίας             | 13,8%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 2. Λευκωματουρία                            | 58,6%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 3. Αθηρωμάτωση καρωτίδων                    | 31%         | 100%          |
|                                                                                                                            | 4. Στεφανιαία νόσος                         | 100%        | 100%          |
|                                                                                                                            | 5. ΑΕΕ                                      | 100%        | 100%          |
|                                                                                                                            | 6. Φύσημα καρδιάς                           | 27,6%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 7. Νεφρική βλάβη                            | 51,7%       | 100%          |
|                                                                                                                            | 8. Περιφερική αρτηριοπάθεια                 | 24,1%       | 100%          |

| Στρατηγικός Στόχος                                                                                                                                            | Δείκτης Απόδοσης (Κλινικοί Δείκτες για ΚΑΝ)                                                                                                    | Τιμή Δείκτη | Στόχος Δείκτη |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|---------------|
| <b>Πίνακας 3.</b> Παρεμβάσεις για μείωση καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με ΑΠ, Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2 και δυσλιπιδαιμία (Αριθμός και % ασθενών) |                                                                                                                                                |             |               |
| <b>Πρόληψη ΚΑΝ</b>                                                                                                                                            | 1. Παρεμβάσεις για μείωση του καπνίσματος (αριθμός και ποσοστό ασθενών στους οποίους έχει γίνει πρόταση για το σεμινάριο διακοπής καπνίσματος) | 41,4%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 2. Με ΔΜΣ <25                                                                                                                                  | 20,7%       | 100%          |
| <b>Πίνακας 4.</b> Πρόληψη επιπλοκών/Προαγωγή αυτοφροντίδας σε ασθενείς με ΑΠ, Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 και 2 και δυσλιπιδαιμία (Αριθμός και % ασθενών)       |                                                                                                                                                |             |               |
| <b>Πρόληψη ΚΑΝ</b>                                                                                                                                            | 1. Στους οποίους γίνεται λιπιδαιμικός έλεγχος τουλάχιστον κάθε 12 μήνες                                                                        | 89,7%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 2. Στους οποίους μετρήθηκε η μικροαλβουμίνη τους τελευταίους 12 μήνες                                                                          | 0%          | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 3. Που υποβλήθηκαν σε βυθοσκόπηση (με μυδρίαση) τους τελευταίους 12 μήνες                                                                      | 0%          | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 4. Που υποβλήθηκαν σε καταγεγραμμένη εξέταση ποδιών τους τελευταίους 12 μήνες                                                                  | 0%          | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 5. Οι οποίοι μετρούν τεκμηριωμένα (καταγεγραμμένο στην κάρτα υγείας) μόνοι τους τη γλυκόζη τριχοειδικού αίματος τους τελευταίους 12 μήνες      | 0%          | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 6. Στους οποίους η HbA <sub>1c</sub> μετράται τουλάχιστον κάθε 6 μήνες                                                                         | 80%         | 100%          |
| <b>Πίνακας 5.</b> Αριθμός και % ασθενών που πέτυχαν τον θεραπευτικό στόχο αριθμός και % ασθενών                                                               |                                                                                                                                                |             |               |
| <b>Πρόληψη ΚΑΝ</b>                                                                                                                                            | 1. Υψηλού κινδύνου με τιμές ΣΑΠ <130 mm Hg                                                                                                     | 11,1%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 2. Υψηλού κινδύνου με τιμές ΔΑΠ <85 mm Hg                                                                                                      | 22,1%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 3. Μέσου & χαμηλού κινδύνου με τιμές ΣΑΠ <140 mm Hg                                                                                            | 37,5%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 4. Μέσου & χαμηλού κινδύνου με τιμές ΔΑΠ <90 mm Hg                                                                                             | 62,5%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 5. HbA <sub>1c</sub> <8%                                                                                                                       | 33,3%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 6. Υψηλού ΚΑΚ με τιμές LDL-χοληστερόλης <100 mg/dL                                                                                             | 36,8%       | 100%          |
|                                                                                                                                                               | 7. Χαμηλού & μέσου ΚΑΚ με τιμές χοληστερίνης <250mg/dL                                                                                         | 66,7%       | 100%          |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συμπλήρωση του ΑΗΦΥ βοηθάει σημαντικά στην προσπάθεια μέτρησης των κ.δ. για την πρόληψη των ΚΑΝ και συνεπώς στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας ΠΦΥ. Οι κ.δ. στους οποίους καταγράφονται χαμηλά ποσοστά, οφείλονται στο γεγονός ότι δεν συμπληρώθηκαν των αντίστοιχα κεφάλαια του ΑΗΦΥ, όπως αυτά έχουν καθοριστεί από τη διαδικασία DELPHI. Χρειάζεται προγραμματισμός, ώστε να συμπληρωθούν σταδιακά όλα τα κεφάλαια του ΑΗΦΥ, όπως αυτό ορίζεται και από τη σύμβαση που υπογράφει ο προσωπικός ιατρός με τον ΕΟΠΥΥ.

**ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ SGLT2 ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΩΝ ΕΝΕΡΓΕΙΩΝ**

Σοφία Γεωργιάδη<sup>1</sup>, Αγγελική Αγγελίδου<sup>1</sup>, Αγγελική Παϊκοπούλου<sup>2</sup>, Γ. Ιωαννίδης<sup>1</sup>, Μαρινέλα Τζανέλα<sup>1</sup>, Θεοδώρα Στρατηγού<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Διονύσιος Ίκκος» - Διαβητολογικό Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων και <sup>2</sup>Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός - Πολυκλινική»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ:** Οι αναστολείς SGLT2 (iSGLT2), τα τελευταία χρόνια, χρησιμοποιούνται ευρέως στη διαχείριση ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) και Χρόνια Νεφρική Νόσο (ΧΝΝ). Σκοπός της παρούσας μελέτης καταγραφής, ήταν η αξιολόγηση της συχνότητας εμφάνισης ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χορήγηση αυτής της κατηγορίας φαρμάκων.

**ΥΛΙΚΟ- ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν συνολικά 120 ασθενείς, άνδρες και γυναίκες, με ΣΔ και ΧΝΝ, που παρακολουθήθηκαν στο Ειδικό Ιατρείο Διαβητικής Νεφροπάθειας τα έτη 2021, 2022 και 2023, με συχνότητα παρακολούθησης, κατά μέσο όρο, 3 προσελεύσεις/έτος. Σε όλους, κατά πάγια πρακτική λειτουργίας του Ειδικού Ιατρείου, χορηγήθηκε, πριν από την έναρξη φαρμακευτικής αγωγής, ειδικό φυλλάδιο οδηγιών για τη χορήγηση των iSGLT2.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 120 ασθενείς της μελέτης καταγραφής: α) 5 ασθενείς (ποσοστό 4,2%) εμφάνισαν ήπιας έως μέτριας έντασης λοιμώξεις γεννητικών οργάνων που στους 4 εξ αυτών αντιμετωπίστηκαν αποτελεσματικά με έναν κύκλο συμβατικής θεραπείας χωρίς διακοπή της χορήγησης iSGLT2, ενώ 1 ασθενής διέκοψε οριστικά τη χορήγηση iSGLT2, β) 2 ασθενείς (ποσοστό 1,6%) εμφάνισαν επεισόδιο ουρολοίμωξης το οποίο αντιμετωπίστηκε αποτελεσματικά φαρμακευτικά με ταυτόχρονη προσωρινή διακοπή της χορήγησης iSGLT2, γ) 1 ασθενής (ποσοστό 0,8%) που ελάμβανε συμπληρωματικά ινσουλίνη εμφάνισε ήσσονος σημασίας υπογλυκαιμικά επεισόδια, δ) 1 ασθενής (ποσοστό 0,8%) εμφάνισε κνησμό γεννητικών οργάνων, ε) 1 ασθενής (ποσοστό 0,8%) ανέφερε παροδικά επεισόδια έντονης δυσκοιλιότητας, στ) 1 ασθενής (ποσοστό 0,8%) ανέφερε παροδικά επεισόδια υπότασης και έντονης δίψας, ζ) κανένας από τους 120 ασθενείς δεν νοσηλεύτηκε για επεισόδιο διαβητικής κετοξέωσης

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης καταγραφής συμφωνούν με την ανασκόπηση της Διεθνούς Βιβλιογραφίας. Η τακτική παρακολούθηση των ασθενών με ΣΔ και ΧΝΝ και η αναλυτική ενημέρωσή τους στην έναρξη της νέας θεραπευτικής αγωγής φαίνεται ότι συμβάλλει καθοριστικά στη συμμόρφωσή τους και στην έγκαιρη αναγνώριση πιθανών ανεπιθύμητων ενεργειών.

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΤΙΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔτ2**

Αλεξάνδρα Χρυσικού<sup>2</sup>, Α. Μπτσέας<sup>2</sup>, Μαίρη Βιδάλη<sup>2</sup>, Ελένη Σιδέρη<sup>3</sup>,  
Εμμανουέλα Χουρδάκη<sup>1</sup>, Βασιλική Κουλοσούσα<sup>1</sup>, Γ. Τσιρονίκος<sup>4</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>2</sup>Cardiff Metropolitan University, <sup>3</sup>Νευρολογική Κλινική Metropolitan Hospital, <sup>4</sup>Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) συχνά αντιμετωπίζουν καρδιαγγειακές επιπλοκές όπως είναι η στεφανιαία νόσος και η περιφερειακή καρδιοπάθεια. Η παρούσα μελέτη στοχεύει να εξετάσει εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης κάποιας καρδιαγγειακής επιπλοκής και καπνίσματος σε ασθενείς με ΣΔτ2.

**ΜΕΘΟΔΟΣ/ΥΛΙΚΟ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 810 ενήλικοι με ΣΔτ2, εκ των οποίων οι 521 (64,3%) 289 ήταν άντρες. Οι ηλικίες των συμμετεχόντων ήταν κατά μέσο όρο  $65,61 \pm 11,49$  και η διάρκεια διαβήτη ήταν  $12,57 \pm 10,35$  χρόνια.

Όλοι οι συμμετέχοντες με ρωτήθηκαν αν καπνίζουν και χωρίστηκαν σε κατηγορίες (0= μη καπνιστές, 1=καπνιστές, 2=πρώην καπνιστές, 3=ηλεκτρονικό τσιγάρο). Πάρθηκε επίσης ιατρικό ιστορικό καρδιαγγειακών παθήσεων ώστε να εξεταστεί αν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του καπνίσματος και των καρδιαγγειακών επιπλοκών που μπορεί να αντιμετωπίσουν ασθενείς με ΣΔ. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το SPSS 26.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Στην ανάλυση παλινδρόμησης (logistic regression analysis) προβλέποντας στεφανιαία νόσο από το κάπνισμα παρατηρήθηκε ένα στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ( $p < 0.001$ ). Συγκρινόμενοι με τους μη καπνιστές (κατάσταση 0), άτομα που χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα (κατάσταση 3) είχαν περίπου 2.124 φορές υψηλότερες πιθανότητες να εμφανίσουν στεφανιαία νόσο ( $b = 0.753$ , Wald  $\chi^2 = 5.923$ ,  $p = 0.015$ ). Άτομα που έχουν σταματήσει το κάπνισμα (κατάσταση 2) έδειξαν περίπου 2.924 φορές υψηλότερες πιθανότητες ( $b = 1.073$ , Wald  $\chi^2 = 27.147$ ,  $p < 0.001$ ). Ενώ οι τρέχοντες καπνιστές (κατάσταση 1) είχαν περίπου 1.550 φορές υψηλότερες πιθανότητες εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, αν και αυτή η συσχέτιση δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $b = 0.438$ , Wald  $\chi^2 = 3.386$ ,  $p = 0.066$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το κάπνισμα έχει σαφή δυσμενή επίδραση στον κίνδυνο ανάπτυξης στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς ασθενείς, ακόμα και σε αυτούς που χρησιμοποιούν ηλεκτρονικά τσιγάρα.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΑΡΑΤΕΤΑΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΚΑΙ ΝΟΣΟ ΑΠΟ ΕΝΑΠΟΘΕΣΗ ΚΡΥΣΤΑΛΛΩΝ ΠΥΡΟΦΩΣΦΟΡΙΚΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ (CPPD)**

Δ. Φιλίππου, Ξ.-Κ. Βρύσης, Ναταλία Βάρσου, Μαρία Φραγκούλη, Δ. Φερτάκης, Φανή Χαϊκάλη, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Ν. Φυτράκης, Ζωίτσα Ζαχαριάδου, Αλεξάνδρα Σιάννη

Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η νόσος από εναπόθεση κρυστάλλων πυροφωσφορικού ασβεστίου (CPPD) ή ψευδοουρική αρθρίτιδα αποτελεί πιθανή αιτία οξείας και υποξείας αρθρίτιδας, ιδιαίτερα σε άτομα τρίτης ηλικίας. Εκδηλώνεται με συμπτώματα φλεγμονής σε αρθρώσεις όπως γόνατο, γλγνοβραχιόνια άρθρωση και καρπός, ενίοτε δε, εμφανίζει και συστηματική συμπτωματολογία όπως πυρετός και διαταραχές επιπέδου συνείδησης.

**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ:** Άνδρας 87 ετών εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω παρατεταμένου εμπυρέτου από μηνός και πρόσφατες νοσηλίες κατά τις οποίες έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή χωρίς ανταπόκριση. Από τον εργαστηριακό έλεγχο ανευρέθησαν ορθόχρωμη ορθοκυτταρική αναιμία (Hb: 10 g/dL), αυξημένη ΤΚΕ (130 mm/h), αυξημένοι δείκτες φλεγμονής (WBC 15.000/mL, CRP 20 mg/dL) και αρνητικοί ανοσολογικοί δείκτες (ANA, ANCA, RF). Ελήφθησαν αιμοκαλλιέργειες επί πυρετού οι οποίες ανεδείχθησαν στείρες, ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο με αξονικό και μαγνητικό τομογράφο δεν προέκυψαν αξιόλογα στοιχεία. Μετά από πολυήμερη νοσηλεία χωρίς άλλα αξιόλογα ευρήματα, με πυρετική κίνηση από 37,6 έως 38,3°C, ο ασθενής εμφάνισε έντονες αρθραλγίες και κλινική εικόνα αρθρίτιδας γονάτων, καρπών και μετακαρποφαλαγγικών αρθρώσεων. Διενεργήθη παρακέντηση δεξιού γονάτος υπό υπέρηχο και από το αρθρικό υγρό απομονώθηκαν κρύσταλλοι πυροφωσφορικού ασβεστίου. Βάσει αυτών και συνεκτίμηση των κλινικών ευρημάτων τέθηκε διάγνωση οξείας πολυαρθρικής αρθρίτιδας από κρυστάλλους πυροφωσφορικού ασβεστίου σε έδαφος χρονίας. Ο ασθενής τέθηκε σε αγωγή με μεθυλπρεδνιζολόνη 12 mg ημερησίως, με κλινική και εργαστηριακή βελτίωση έπειτα από 48 ώρες και ύφεση της πυρετικής κίνησης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διερεύνηση ασθενών με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας αποτελεί ακόμα και σήμερα πρόκληση για τον κλινικό γιατρό. Το ιστορικό και η κλινική εξέταση συμβάλλουν καίρια στην διαγνωστική προσπέλαση, ενώ η CPPD πρέπει να συμπεριλαμβάνεται στη διαφορική διάγνωση, ειδικά σε άτομα άνω των 80 ετών.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:**

1. Zhang W, Doherty M, Bardin T, et al. European League Against Rheumatism recommendations for calcium pyrophosphate deposition. Part I: terminology and diagnosis. *Ann Rheum Dis.* 2011; 70 (4): 563-570.
2. Rosenthal AK, Ryan LM. Calcium Pyrophosphate Deposition Disease. *N Engl J Med.* 2016; 374(26): 2575-2584.
3. Parperis K, Papachristodoulou E, Kakoullis L, Rosenthal AK. Management of calcium pyrophosphate crystal deposition disease: A systematic review. *Semin Arthritis Rheum.* 2021; 51(1): 84-94.
4. John Stack, Geraldine McCarthy, Calcium pyrophosphate deposition (CPPD) disease, Treatment options, Best Practice & Research Clinical Rheumatology, Volume 35, Issue 4, 2021, 101720, ISSN 1521-6942.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ COVID-19 ΚΑΙ ΕΥΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΚΕΤΟΞΕΩΣΗ**

Στυλιανή Λαγού, Ναταλία Βάρσου, Δ. Φερτάκης, Δ. Φιλίππου, Λ. Λεμονίδης, Κ. Τεντολούρης, Ελισσάβετ Θωίδη, Κυπαρισσία Σιταρά, Μαρία Δήμου, Αλεξάνδρα Σιάννη

Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «Η Ελπίς», Αθήνα

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) είναι γνωστό ότι εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο για σοβαρή νόσο COVID-19 και αυξημένη θνησιμότητα (1). Επιπρόσθετα, γνωρίζουμε ότι ο ιός SARS-CoV-2 δυνητικά μπορεί να εμφανίσει άμεση τοξική επίδραση στο β-παγκρεατικό κύτταρο (2). Η Ευγλυκαιμική Διαβητική Κετοξέωση (ΕυΔΚΟ), ήδη γνωστή από το 1973 (3), εμφανίζεται πλέον με μεγαλύτερη επίπτωση λόγω της ευρείας χρήσης των αναστολέων του Συμμεταφορέα Νατρίου-Γλυκόζης 2 (sodium-glucose cotransporter 2 inhibitors, SGLT-2i) (4,5) που από το 2015 έχουν συσχετιστεί με την εμφάνιση ΕυΔΚΟ (4).

Η ΕυΔΚΟ συνήθως χαρακτηρίζεται από σχεδόν φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης (<250 mg/dL), παρουσία σοβαρής μεταβολικής οξέωσης, κετοναιμίας και κετονουρίας (5).

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ:** Άνδρας, 68 ετών με ιστορικό ΣΔτ2 (υπό αγωγή με συνδυασμό μετορμίνης/εμπαγλιφλοζίνης) και ΧΑΠ προσήλθε στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου «Ελπίς» αιτιώμενος δύσπνοια με συνοδό παραγωγικό βήχα από διημέρου. Ο ασθενής ήταν απύρετος και αιμοδυναμικά σταθερός με SpO<sub>2</sub> 88% RA (ετέθη σε MV 24%), με εικόνα αναπνευστικής δυσχέρειας. Από τα αέρια αρτηριακού αίματος διαπιστώθηκε μεταβολική οξέωση με pH: 7.27, pCO<sub>2</sub>: 39 mm Hg, pO<sub>2</sub>: 80 mm Hg, HCO<sub>3</sub>: 18 mEq/L, Lac: 1,5 mmol/L, AG: 21 (με αλβουμίνη ορού 3.2) σε συνθήκες 2 L/min οξυγόνου με ρινική κάνουλα. Ο εργαστηριακός έλεγχος παρατίθεται στον Πίνακα 1. Ο ασθενής βρέθηκε θετικός για SARS-CoV-2. Από τον απεικονιστικό έλεγχο αναδείχτηκε πύκνωση δεξιού μέσου λοβού.

Παράλληλα, βάσει των ανωτέρω ευρημάτων τέθηκε η διάγνωση της ΕυΔΚΟ και έγινε έναρξη θεραπείας με ενδοφλέβια χορήγηση ισότονων υγρών και αντλία ινσουλίνης. Μετά από 48 ώρες, ο ασθενής παρουσίασε φυσιολογικές τιμές pH, HCO<sub>3</sub>- και χάσματος ανιόντων, οπότε έγινε μετάβαση σε σχήμα ινσουλίνης basal-bolus.

**Πίνακας 1.** Εργαστηριακός Έλεγχος

| Εργαστηριακός έλεγχος  | Τιμές      |
|------------------------|------------|
| Hb                     | 14.8 mg/dL |
| Hct                    | 43.5%      |
| PLT                    | 324.000    |
| WBC                    | 4750       |
| Γλυκόζη ορού 150 mg/dL | 150 mg/dL  |
| Ουρία                  | 48 mg/dL   |
| Κρεατινίνη             | 0.84 mg/dL |
| Κάλιο                  | 4 mEq/L    |
| Νάτριο                 | 138 mEq/L  |
| SGOT/ SGPT             | 27/35      |
| γ-GT                   | 75         |
| ALP                    | 58         |

| Εργαστηριακός έλεγχος | Τιμές                      |
|-----------------------|----------------------------|
| Χολερυθρίνη ολική     | 0.5                        |
| LDH                   | 235                        |
| HBA 1c                | 6.7                        |
| CRP                   | 46 mg/dl (φ.τ. <0,5 mg/dL) |
| Προκαλσιτονίνη        | 0.55                       |

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Λόγω της αυξανόμενης χρήσης των SGLT2i για τη θεραπεία ασθενών με ΣΔτ2 και όχι μόνο, θα πρέπει να μην παραβλέπεται η σπάνια άλλα δυνητικά θανατηφόρα επιπλοκή της ΕυΔΚΟ, ειδικά σε ασθενείς με λοίμωξη COVID-19.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Sharma P, Behl T, Sharma N, Singh S, Grewal AS, Albarrati A, et al. COVID-19 and diabetes: Association intensify risk factors for morbidity and mortality. Biomed Pharmacother Biomedecine Pharmacother. 2022 Jul; 151: 113089.
2. Mine K, Nagafuchi S, Mori H, Takahashi H, Anzai K. SARS-CoV-2 Infection and Pancreatic  $\beta$  Cell Failure. Biology. 2021 Dec 24; 11(1): 22.
3. Munro JF, Campbell IW, McCuish AC, Duncan LJP. Euglycaemic Diabetic Ketoacidosis. Br Med J. 1973 Jun 9; 2(5866): 578-80.
4. Colacci M, Fralick J, Odutayo A, Fralick M. Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitors and Risk of Diabetic Ketoacidosis Among Adults With Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Can J Diabetes. 2022 Feb; 46(1): 10-15.e2.
5. Chow E, Clement S, Garg R. Euglycemic diabetic ketoacidosis in the era of SGLT-2 inhibitors. BMJ Open Diabetes Res Care. 2023 Oct 4; 11(5): e003666.

**ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΜΕ ΠΟΜΦΟΛΥΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΙΔΕΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΡΗΣΗ ΒΙΛΔΑΓΛΙΠΤΙΝΗΣ**

Δ. Φιλίππου, Φανή Χαϊκάλη, Ναταλία Βάρσου, Ελισσάβετ Θωίδη, Μαρίνα Τζαννή,  
Λ. Λεμονίδης, Ευαγγελία Μουγκαράκη, Ν. Φυτράκης, Στυλιανή Λαγού, Αλεξάνδρα Σιάννη

Παθολογική Κλινική ΓΝΑ «Η Ελπίς»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές είναι μια χρόνια, αυτοάνοση, πομφολυγώδης δερματοπάθεια. Προσβάλλει κυρίως ασθενείς άνω των 70 ετών. Θεωρείται σπάνια νόσος, καθώς κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται 1-4 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους. Η επίπτωση της νόσου αυξάνεται σημαντικά με την ηλικία. Σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται σε παρενέργειες της βιλδαγλιπτίνης.

**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ:** Ένας 68χρονος άνδρας με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (υπό βιλδαγλιπτίνη/μετφορμίνη 50/1000 ×2 και γλικλαζίδη 120 mg ×1) και δυσλιπιδαιμίας (υπό ροσουβαστατίνη) μεταφέρθηκε από Δερματολογική Κλινική λόγω απορρύθμισης του σακχαρώδους διαβήτη του (σάκχαρο νηστείας = 600 mg/dL). Ο ασθενής νοσηλεύτηκε στη δερματολογική κλινική για τη θεραπεία του πομφολυγώδους πεμφιγοειδούς για το οποίο έλαβε υψηλές δόσεις κορτιζόνης (40 mg πρεδνιζόνης ×1), η οποία πιθανότατα ευθύνεται για την παραπάνω απορρύθμιση, καθώς και δοξκυκλίνης λόγω μόλυνσης τραύματος από βιοψία δερματικών βλαβών. Ο ασθενής εμφανίζεται χωρίς πυρετό, αιμοδυναμικά και αναπνευστικά σταθερός. Η κλινική εξέταση έδειξε πομφολυγώδες πεμφιγοειδές στα άνω, κάτω άκρα και κορμό και έντονο κνησμό στις περιοχές αυτές. Από εργαστηριακές εξετάσεις είχε σάκχαρο αίματος = 351, γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη = 9. 5 χωρίς οξέωση από αέρια αίματος (pH= 7,44 pO<sub>2</sub>= 107 pCO<sub>2</sub>=28,2 HCO<sub>3</sub>=19,4 lac=2,6). Ο ασθενής υποβλήθηκε σε θεραπεία με ενυδάτωση με κρυσταλλικά υγρά, ινσουλίνη lantus μακράς δράσης και ενδιάμεσες διορθώσεις με ινσουλίνη actrapid βραχείας δράσης, καθώς και με αναστολέα SGLT2 εμπαγλιφλοζίνη για να αποφευχθεί ο αναστολέας DPP-4 βιλδαγλιπτίνη που φαίνεται να σχετίζεται με το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές. Μετά την αποκατάσταση των τιμών σακχάρου στο αίμα του, ο ασθενής επέστρεψε στη Δερματολογική Κλινική για συνέχιση της νοσηλείας.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το SPC του αναστολέα DPP-4 βιλδαγλιπτίνη αναφέρει πομφολυγώδεις και αποφολιδωτικές δερματικές βλάβες ως παρατήρηση μετά την έναρξη κυκλοφορίας του φαρμάκου (δεν αναφέρονται στις επίσημες ανεπιθύμητες ενέργειες). Συγκεκριμένα, αν και δεν παρατηρήθηκε αυξημένη συχνότητα εμφάνισης δερματικών βλαβών σε κλινικές δοκιμές, υπήρξε περιορισμένη εμπειρία σε ασθενείς με δερματικές επιπλοκές λόγω διαβήτη. Για το λόγο αυτό, συνιστάται η παρακολούθηση για δερματικές επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς. Υπάρχουν και άλλες καταγεγραμμένες περιπτώσεις όπου η βιλδαγλιπτίνη σχετίζεται με πομφολυγώδες πεμφιγοειδές. Συμπερασματικά, το πομφολυγώδες πεμφιγοειδές του ασθενούς μπορεί να οφείλεται στη βιλδαγλιπτίνη που έπαιρνε και ως εκ τούτου κρίθηκε σκόπιμο να αλλάξει η αντιδιαβητική θεραπεία του.

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

1. K. Kridin και R. Bergman, 'Association of Bullous Pemphigoid With Dipeptidyl-Peptidase 4 Inhibitors in Patients With Diabetes: Estimating the Risk of the New Agents and Characterizing the Patients', JAMA Dermatol, τ. 154, τχ. 10, σσ. 1152-1158, Οκτωβρίου 2018, doi: 10.1001/jamadermatol.2018.2352.
2. M. Ganeva, T. Gancheva, K. Manuelyan, και E. Hristakieva, 'Gliptin-induced bullous pemphigoid', Int J Clin Pharmacol Ther, τ. 62, τχ. 2, σσ. 89-95, Φεβρουαρίου 2024, doi: 10.5414/CP204478 [3] S. Yoshiji κ.ά., 'Bullous pemphigoid associated with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: A report of five cases', J Diabetes Investig, τ. 9, τχ. 2, σσ. 445-447, Μαρτίου 2018, doi: 10.1111/jdi.12695.
3. S. Yoshiji κ.ά., 'Bullous pemphigoid associated with dipeptidyl peptidase-4 inhibitors: A report of five cases', J Diabetes Investig, τ. 9, τχ. 2, σσ. 445-447, Μαρτίου 2018, doi: 10.1111/jdi.12695.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΜΕ ΤΟΠΙΚΗ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΥΨΗΛΗΣ ΠΙΕΣΗΣ**

Νίκη Μόφορη<sup>1</sup>, Ν. Καμαράτος-Σεβδαλής<sup>1,2</sup>, Σταυρούλα Παντζαρτζή<sup>1</sup>, Α. Καμαράτος<sup>1,2</sup>, Σ. Αντωνόπουλος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», <sup>2</sup>Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Ασθενής 85 ετών προσήλθε στα επείγοντα του ΓΝΠ «Τζάνειο» λόγω αναφερόμενου άλγους στη βάση του αριστερού τετάρτου δακτύλου, όπου και διαπιστώθηκε διαβητικό έλκος, διαστάσεων 2,8 cm × 1.8 cm × 1 cm. Από το ιστορικό της αναφέρεται ότι φέρει το έλκος από οκταμήνου, λαμβάνει αντιβιοτική αγωγή για 6 εβδομάδες και πραγματοποιείται συχνά περιποίηση του έλκους σε ιατρείο διαβητικού ποδιού χωρίς όμως την επιτυχή σύγκλεισή του. **ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός του poster είναι η παρουσίαση μιας μεθόδου επούλωσης ανθεκτικού έλκους με τη χρήση τοπικής οξυγονοθεραπείας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο και ελήφθησαν οι εξής ενέργειες: α) Καλλιέργεια ιστοτεμαχίου, β) Ενδελεχής εκτίμηση της ροής των αγγείων με υπερήχους, γ) χειρουργική και ορθοπεδική εκτίμηση, δ) μαγνητική άκρου ποδός, ε) σπινθηρογράφημα οστών με σεσημασμένα λευκά. Η αντιδιαβητική της αγωγή κατά τη διάρκεια της νοσηλείας ήταν η εξής: ινσουλίνη Tresiba 20 IU, ινσουλίνη NovoRapid προγευματικά ανάλογα με κλίμακα. Τέθηκε αντιβιοτική αγωγή με δαπτομυκίνη και πιπερακιλλίνη-ταζοβακτάμη. Μετά από δύο εβδομάδες θεραπείας, δεν παρατηρήθηκε καμία κλινική βελτίωση. Στο αριστερό κάτω άκρο της ασθενούς εφαρμόστηκε τοπική οξυγονοθεραπεία υψηλής πίεσης 3 φορές την ημέρα για μία ώρα. Η στεγανότητα της μεθόδου έγινε εφικτή χρησιμοποιώντας αδιάβροχο κάλυμμα επιδέσμων/ναρθήκων ποδιού, στο οποίο εισήχθη οξυγόνο μέσω ρινικής κάνουλας, επιτυγχάνοντας έτσι υψηλή συγκέντρωση. Η ασθενής συνέχισε τη θεραπεία, διάρκειας ενός μήνα, έως και την τελική επούλωση του έλκους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Με τη χρήση της συμπληρωματικής τοπικής οξυγονοθεραπείας υψηλής πίεσης επετεύχθη ταχύτατη επούλωση ενός χρόνιου διαβητικού έλκους ανθεκτικού σε συμβατικές θεραπείες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η τοπική οξυγονοθεραπεία, όπως αναφέρεται από τη βιβλιογραφία, αποτελεί χρήσιμη συμπληρωματική μέθοδο για τη θεραπεία διαβητικών ελκών. Ως γνωστόν, η ταχύτητα επούλωσης ενός διαβητικού έλκους είναι σημαντική, ώστε να αποφευχθούν σημαντικές επιπλοκές οι οποίες ενίοτε καθίστανται και θανατηφόρες (ακρωτηριασμός).

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΣΥΝΕΙΔΗΤΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΣΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΜΕΛΕΤΩΝ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Πολλές μελέτες έχουν αναφερθεί στην επίδραση της συνειδητής διατροφής στη διαχείριση παραμέτρων του μεταβολικού συνδρόμου, όπως η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση και οι διαταραχές του λιπιδαιμικού προφίλ. Στόχος της παρούσας ανασκόπησης ήταν η αξιολόγηση της επίδρασης του mindful eating στη διαχείριση της παχυσαρκίας.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase και Cochrane έως τις αρχές Μαΐου 2024 που κάλυπταν τη δεκαετία 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-ανάλυσεις, συστηματικές ανασκοπήσεις, μελέτες κοόρτης και ασθενών-μαρτύρων που ήταν γραμμένες στα αγγλικά και δημοσιευμένες κατά την προαναφερθείσα περίοδο. Από την ανασκόπηση αποκλείστηκαν έρευνες περιορισμένης διάρκειας ή δείγματος, μελέτες που επικεντρώνονταν σε ανήλικους συμμετέχοντες, καθώς και έρευνες οικολογικές ή συγχρονικές. Τα πλήρη κείμενα των μελετών που πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης συμπεριλήφθηκαν στην ανασκόπηση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Αφού έγινε εξέταση 301 δημοσιεύσεων, στην εργασία συμπεριλήφθηκαν 72 μελέτες που συμφωνούσαν με τα κριτήρια επιλογής. Οι μελέτες συνέκλιναν στην ελάττωση της συναισθηματικής σίτισης σε παχύσαρκους ενήλικες που ακολουθούσαν συνειδητή διατροφή λόγω καλύτερης απόκρισης σε εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. στη μυρωδιά ή τη θέαση νόστιμων τροφίμων), επηρεάζοντας τα υποθαλαμικά κέντρα ανταμοιβής. Παράλληλα, το mindful eating φάνηκε να συμβάλλει στη διαχείριση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των βουλιμικών συμπεριφορών σε παχύσαρκους συμμετέχοντες. Επιπλέον, αποδείχθηκε ότι οι συμμετέχοντες που κατανάλωναν το φαγητό τους χωρίς περισπασμούς (π.χ. χωρίς τη χρήση τηλεόρασης ή κινητού τηλεφώνου) εμφάνιζαν λιγότερα σήματα πείνας και χαμηλότερες αυξήσεις στα επίπεδα γκρελίνης ορού. Τέλος, η συνειδητή κατανάλωση τροφής δείχθηκε να αυξάνει την αυτοαποτελεσματικότητα των ατόμων όσον αφορά το φαγητό και να ενισχύει την προθυμία τους για περισσότερη σωματική δραστηριότητα κυρίως μέσω αύξησης της αυτοπεποίθησης και της θετικής εικόνας σώματος.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το mindful eating φαίνεται να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας σε ενήλικες συμμετέχοντες. Εντούτοις, απαιτείται διεξαγωγή περισσότερων μελετών που να τεκμηριώνουν τα παραπάνω ευρήματα.

**ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΥΡΩΠΑΪΚΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΣΥΣΤΑΣΕΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ: ΕΛΕΓΧΟΣ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΙΣ ΕΠΙΣΗΜΕΣ ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ**

Ιωάννα Πυλαρινού

*Τμήμα Ιατρικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Σήμερα, πολύ άνθρωποι στρέφονται στην αναζήτηση πληροφοριών στο Διαδίκτυο. Μάλιστα, στις αναζητήσεις αυτές η πιο συχνή είναι αυτή της απώλειας βάρους και της διόρθωσης της παχυσαρκίας. Στόχος της τρέχουσας ανασκόπησης ήταν η διερεύνηση της συμμόρφωσης των ευρωπαϊκών ιστοσελίδων αναφορικά με την ελάττωση του σωματικού βάρους ως προς τις κατευθυντήριες οδηγίες.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Από αναζητήσεις στις βάσεις δεδομένων PubMed, Embase, Medline και Scopus που κάλυπταν τα έτη 2014-2024, συλλέχθηκαν σχετικές μελέτες. Στην εργασία συμπεριλήφθηκαν συγχρονικές μελέτες, τυχαιοποιημένες κλινικές δοκιμές, μετα-αναλύσεις και συστηματικές ανασκοπήσεις που ήταν δημοσιευμένες σε αγγλόφωνα περιοδικά κατά το προαναφερθέν διάστημα. Από την ανασκόπηση, αποκλείστηκαν περιλήψεις άρθρων, έρευνες περιορισμένης διάρκειας ή δείγματος, καθώς και μελέτες που αφορούσαν μη ευρωπαϊκές ιστοσελίδες και συστάσεις διατροφής.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ύστερα από αξιολόγηση 267 άρθρων στην εργασία εντάχθηκαν 192 μελέτες που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής. Τα ευρήματα των ερευνών έδειξαν ότι στο σύνολο των ιστοσελίδων που εξετάστηκαν, η βαθμολογία ως προς τις αυτοσχέδιες κλίμακες, κυμάνθηκε κατά διάμεσο 3, που σημαίνει ότι οι ιστοσελίδες έδειξαν εξαιρετικά χαμηλή συμφωνία ως προς τις επίσημες ευρωπαϊκές συστάσεις παχυσαρκίας. Συγκεκριμένα, η σύσταση «διατροφικά μοτίβα με περιορισμένες θερμίδες για την επίτευξη μείωσης του σωματικού βάρους σε διάστημα 6-12 μηνών», φάνηκε να συγκεντρώνει την υψηλότερη βαθμολογία σε 53 μελέτες, ακολουθούμενη από την σύσταση «διατροφικά μοτίβα με έμφαση σε μεταβλητές ποσότητες μακροθρεπτικών συστατικών για την επίτευξη μείωσης του σωματικού βάρους εντός 6-12 μηνών». Αντίθετα, η χαμηλότερη βαθμολογία σημειώθηκε στη διατροφική σύσταση «Ενήλικες με παχυσαρκία και προδιαβήτη θα πρέπει να στοχεύουν σε 5-7% απώλεια βάρους, ενώ ενήλικες με παχυσαρκία και διαβήτη τύπου 2 σε απώλεια 7-15%».

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η συμφωνία των ευρωπαϊκών ιστοσελίδων με τις επίσημες οδηγίες για τη διόρθωση της παχυσαρκίας χαρακτηρίστηκε ως φτωχή και με υψηλές αποκλίσεις. Ωστόσο, χρειάζονται επιπρόσθετες έρευνες που να μελετούν τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό.





## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

### R

RIZZO M. \_\_\_\_\_ 42

ΔΟΥΡΜΠΟΗΣ Θ. \_\_\_\_\_ 49

ΔΡΟΣΟΣ Δ. \_\_\_\_\_ 39, 65

### Z

ΖΑΧΑΡΙΑΔΟΥ Ζ. \_\_\_\_\_ 69

### A

ΑΓΓΕΛΙΔΟΥ Α. \_\_\_\_\_ 67

ΑΓΓΟΥΡΙΔΗΣ Α. \_\_\_\_\_ 42

ΑΛΕΞΙΟΥ Μ. \_\_\_\_\_ 38, 58, 59, 61, 62, 63, 64

ΑΜΠΑΤΖΙΔΗ Α. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Γ. \_\_\_\_\_ 30, 33, 42

ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ. \_\_\_\_\_ 73

ΑΡΣΕΝΙΟΥ Κ. \_\_\_\_\_ 48

ΑΣΗΜΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.-Γ. \_\_\_\_\_ 42

ΑΣΛΑΝΟΓΛΟΥ Δ. \_\_\_\_\_ 39, 65

### B

ΒΑΡΕΜΕΝΟΣ Σ. \_\_\_\_\_ 56

ΒΑΡΣΑΜΗΣ Γ. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΒΑΡΣΟΥ Ν. \_\_\_\_\_ 69, 70, 72

ΒΙΔΑΛΗ Μ. \_\_\_\_\_ 36, 68

ΒΡΥΣΗΣ Ξ.-Κ. \_\_\_\_\_ 69

### Γ

ΓΑΛΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. \_\_\_\_\_ 41

ΓΑΦΟΥ Φ. \_\_\_\_\_ 31, 36

ΓΕΜΕΛΙΑΡΗ Μ. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΓΕΡΟΣΙΔΕΡΗ Μ. \_\_\_\_\_ 41

ΓΕΩΡΓΙΑΔΗ Σ. \_\_\_\_\_ 32, 34, 37, 67

ΓΚΙΚΑΣ Α. \_\_\_\_\_ 38, 58, 59, 61, 62, 63, 64

ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑ Ε. \_\_\_\_\_ 41

ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑΣ Δ. \_\_\_\_\_ 41

### Δ

ΔΑΜΙΓΟΥ Ε. \_\_\_\_\_ 30, 33

ΔΑΜΠΑΛΗΣ Α. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗ Κ. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΔΑΝΔΟΥΛΑΚΗΣ Π.Μ. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΔΕΛΗΜΑΡΗΣ Ι. \_\_\_\_\_ 46, 47

ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. \_\_\_\_\_ 43

ΔΗΜΟΥ Μ. \_\_\_\_\_ 70

ΔΟΥΚΑΡΕΛΛΗ Χ. \_\_\_\_\_ 38, 61, 62, 63, 64

### Θ

ΘΩΙΔΗ Ε. \_\_\_\_\_ 70, 72

### I

ΙΑΚΩΒΙΔΟΥ Μ. \_\_\_\_\_ 38, 58, 59, 61, 62, 63, 64

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Γ. \_\_\_\_\_ 34, 67

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Ι. \_\_\_\_\_ 43

### K

ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α. \_\_\_\_\_ 60, 73

ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ-ΣΕΒΔΑΛΗΣ Ν. \_\_\_\_\_ 60, 73

ΚΑΤΕΧΑΚΗΣ Ν. \_\_\_\_\_ 37

ΚΑΤΣΙΚΗ Ν. \_\_\_\_\_ 30

ΚΕΧΑΓΙΑ Ι. \_\_\_\_\_ 30, 33

ΚΟΝΔΥΛΗΣ Ν. \_\_\_\_\_ 41

ΚΟΥΚΟΥΛΑ Χ. \_\_\_\_\_ 32

ΚΟΥΛΟΣΟΥΣΑ Β. \_\_\_\_\_ 36, 68

ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. \_\_\_\_\_ 43

ΚΟΥΦΑΔΑΚΗ Α.-Μ. \_\_\_\_\_ 41

ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΗ Ε. \_\_\_\_\_ 30, 33

ΚΡΑΝΙΑ Ε. \_\_\_\_\_ 38, 58, 59, 61, 62, 63, 64

ΚΥΡΙΑΖΗΣ Ι. \_\_\_\_\_ 43

ΚΩΝΣΤΑΣ Χ. \_\_\_\_\_ 60

### Λ

ΛΑΓΟΥ Σ. \_\_\_\_\_ 70, 72

ΛΕΜΟΝΙΔΗΣ Λ. \_\_\_\_\_ 70, 72

ΛΙΑΚΟΥ Π. \_\_\_\_\_ 56

ΛΙΩΣΗ Ι. \_\_\_\_\_ 60

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. \_\_\_\_\_ 30, 33

### M

ΜΑΓΟΥΝΑΚΗ Κ. \_\_\_\_\_ 43

ΜΑΝΔΡΑΠΥΛΙΑ Α. \_\_\_\_\_ 37

ΜΑΡΚΟΠΟΥΛΟΥ Γ.-Μ. \_\_\_\_\_ 39, 65

ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. \_\_\_\_\_ 31, 35, 36, 68

ΜΗΤΡΟΦΑΝΗ Μ. \_\_\_\_\_ 40

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

|                    |                |
|--------------------|----------------|
| ΜΗΤΣΕΑΣ Α. ....    | 31, 35, 36, 68 |
| ΜΙΛΑΪ Χ. ....      | 39, 65         |
| ΜΟΛΦΕΤΑΣ Ν. ....   | 56             |
| ΜΟΣΧΙΔΗ Φ. ....    | 31, 35         |
| ΜΟΣΧΟΝΑ Α. ....    | 56             |
| ΜΟΥΓΚΑΡΑΚΗ Ε. .... | 69, 72         |
| ΜΟΦΟΡΗ Ν. ....     | 73             |
| ΜΠΑΪΚΟΥΣΗ Δ. ....  | 37             |
| ΜΠΑΚΑΛΗΣ Ι. ....   | 31, 35         |
| ΜΠΑΝΗΣ Δ. ....     | 40             |
| ΜΠΑΡΚΑΣ Φ. ....    | 30, 33         |

### Ν

|                 |    |
|-----------------|----|
| ΝΑΣΗΣ Δ. ....   | 48 |
| ΝΟΜΙΚΟΥ Α. .... | 60 |
| ΝΤΑΛΗ Γ. ....   | 32 |
| ΝΤΖΑΝΗ Ε. ....  | 42 |
| ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. .... | 43 |

### Ξ

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| ΞΕΝΟΠΟΥΛΟΥ Π.-Α. .... | 59, 61, 62, 63, 64 |
|-----------------------|--------------------|

### Ο

|                    |    |
|--------------------|----|
| ΟΙΚΟΝΟΜΙΔΗ Μ. .... | 43 |
|--------------------|----|

### Π

|                           |                                    |
|---------------------------|------------------------------------|
| ΠΑΪΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....       | 34, 67                             |
| ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ. ....      | 30, 33                             |
| ΠΑΝΤΕΛΙΑ Κ. ....          | 32                                 |
| ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΗ Σ. ....        | 73                                 |
| ΠΑΠΑΛΟΥ Ο. ....           | 32, 37                             |
| ΠΑΠΑΣΤΕΦΑΝΟΥ Σ. ....      | 40                                 |
| ΠΑΤΑΓΙΑ-ΜΠΑΚΑΡΑΚΗ Μ. .... | 49                                 |
| ΠΙΤΣΑΒΟΣ Χ. ....          | 30, 33                             |
| ΠΟΛΥΚΑΝΔΡΙΩΤΗΣ Τ. ....    | 41                                 |
| ΠΥΛΑΡΙΝΟΥ Ι. ....         | 50, 51, 52, 53, 54, 55, 57, 74, 75 |

### Ρ

|               |    |
|---------------|----|
| ΡΙΖΟΣ Ε. .... | 42 |
|---------------|----|

### Σ

|                    |                                    |
|--------------------|------------------------------------|
| ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΥ Μ. .... | 38, 39, 58, 59, 61, 62, 63, 64, 65 |
| ΣΑΜΙΟΥ Π. ....     | 56                                 |
| ΣΙΑΝΝΗ Α. ....     | 69, 70, 72                         |
| ΣΙΔΕΡΗ Ε. ....     | 35, 36, 68                         |
| ΣΙΤΑΡΑ Κ. ....     | 70                                 |
| ΣΤΡΑΤΗΓΟΥ Θ. ....  | 32, 34, 37, 67                     |
| ΣΦΗΚΑΚΗΣ Π.Π. .... | 30, 33                             |

### Τ

|                      |                            |
|----------------------|----------------------------|
| ΤΑΓΚΑΣ Χ. ....       | 42                         |
| ΤΑΣΗ Α. ....         | 38, 58, 59, 61, 62, 63, 64 |
| ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Κ. ....  | 70                         |
| ΤΖΑΝΕΛΑ Μ. ....      | 32, 34, 37, 67             |
| ΤΖΑΝΝΗ Μ. ....       | 72                         |
| ΤΟΥΛΑΤΟΥ Ε. ....     | 56                         |
| ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α. ....  | 31, 36                     |
| ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Χ. ....    | 60                         |
| ΤΣΙΑΜΠΑΛΗΣ Θ. ....   | 30, 33                     |
| ΤΣΙΜΙΧΟΔΗΜΟΣ Β. .... | 42                         |
| ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ. ....     | 30, 33                     |
| ΤΣΙΡΟΝΙΚΟΣ Γ. ....   | 35, 68                     |

### Φ

|                   |            |
|-------------------|------------|
| ΦΕΡΤΑΚΗΣ Δ. ....  | 69, 70     |
| ΦΙΛΙΠΠΟΥ Δ. ....  | 69, 70, 72 |
| ΦΡΑΓΚΟΥΛΗ Μ. .... | 69         |
| ΦΥΤΡΑΚΗΣ Ν. ....  | 69, 72     |

### Χ

|                  |                    |
|------------------|--------------------|
| ΧΑΪΚΑΛΗ Φ. ....  | 69, 72             |
| ΧΑΤΖΟΥ Α. ....   | 59, 61, 62, 63, 64 |
| ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε. .... | 35, 68             |
| ΧΡΥΣΙΚΟΥ Α. .... | 31, 36, 68         |
| ΧΡΥΣΟΧΟΥ Χ. .... | 30, 33             |

### Ψ

|               |        |
|---------------|--------|
| ΨΩΜΑΣ Ν. .... | 31, 35 |
|---------------|--------|



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



**SHINGRIX**  
(ZOSTER VACCINE  
RECOMBINANT, ADJUVANTED)

**AREXVY**  
(RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS  
VACCINE RECOMBINANT, ADJUVANTED)

**Ahead together against infectious diseases**

**SHINGRIX - ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:**



Μετά την ανασύσταση, μία δόση (0,5 mL) περιέχει: Αντιγόνο γλυκοπρωτεΐνης E<sup>2,3</sup> του ιού της ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα<sup>1</sup> 50 μικρογραμμάρια Ιός ανεμευλογιάς-έρπητα ζωστήρα = VZV<sup>2</sup> ανασυνδυασμένο με AS01B που περιέχει: φυτικό εκχύλισμα Quiljaja saponaria Molina, κλάσμα 21 (QS-21) 50 μικρογραμμάρια 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) από Salmonella minnesota 50 μικρογραμμάρια γλυκοπρωτεΐνη E (gE) που παράγεται σε κύτταρα ωοθηκών κινεζικού κρικητού (CHO) μέσω τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA.

Λ.Τ.: 165,86€ % επικυρήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100% για τους πληθυσμούς που περιγράφονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του υλικού. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρεία για επιβεβαίωση πλήρως ενημερωμένων δεδομένων, για περισσότερες πληροφορίες ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών απευθυνθείτε στην εταιρεία στο τηλέφωνο 2106882100. Για τις Περιλήψεις των Χαρακτηριστικών των Προϊόντων (SHINGRIX/AREXVY) σκανάρετε το QR code. Σε έντυπη μορφή είναι διαθέσιμες κατόπιν αιτήσεως στην εταιρεία.

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο εταιρειών GSK. ©2024 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK.

**AREXVY - ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:**



Μετά την ανασύσταση, μία δόση (0,5 mL) περιέχει: Αντιγόνο RSVPreF3<sup>2,3,120</sup> μικρογραμμάρια<sup>1</sup> Ανασυνδυασμένη γλυκοπρωτεΐνη F του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού σταθεροποιημένη στη μορφή προ της σύντηξης = RSVPreF3<sup>2</sup> RSVPreF3 που παράγεται σε κύτταρα ωοθηκών κινεζικού κρικητού (CHO) μέσω τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA<sup>2</sup> ανασυνδυασμένο με AS01E που περιέχει: φυτικό εκχύλισμα Quiljaja saponaria Molina, κλάσμα 21 (QS-21) 25 μικρογραμμάρια 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) από Salmonella minnesota 25 μικρογραμμάρια.

Λιανική Τιμή: 205,98€ % επικυρήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: αναμένεται. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

**GSK**

GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε  
Λ. Κηφισίας 266, 15232 Αθήνα, Τηλ. 210 6882100  
[www.gr.gsk.com](http://www.gr.gsk.com)

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



# HCP Portal Novo Nordisk Hellas

Ο νέος ιστότοπος της  
Novo Nordisk Hellas αποκλειστικά  
για Επαγγελματίες Υγείας  
είναι πλέον διαθέσιμος.

**Αξίζει να τον επισκεφτείτε!**



[pro.novonordisk.gr](http://pro.novonordisk.gr)

