



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

Υπό την Αιγίδα:



Με την Επιστημονική Υποστήριξη:



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
ΕΣΤΕΡΝΗΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ
HELLENIC SOCIETY
OF
INTERNAL MEDICINE



8ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2025: Από τη θεωρία στην πράξη»

ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

29-31 Μαΐου 2025

Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου
«Ο ΚΕΦΑΛΟΣ» - Κεφαλονιά

Θα κορηγηθούν 21 Ευρωπαϊκά Μόρια
Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης
(European CME credits/ECMECs) από
τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

ΚΕΓΜ Τουριστικές και Συνεδριακές Επιχειρήσεις Α.Ε. - Congress World
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7210001, 210 7222518
🌐 www.congressworld.gr, ✉ info@congressworld.gr

ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

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

Πρόεδρος:

Α. Μελιδώνης

Αντιπρόεδρος:

Δ. Ρίχτερ

Γεν. Γραμματέας:

Σ. Λιάτης

Ειδ. Γραμματέας:

Β. Λιάση

Ταμίας:

Θ. Παναγιώτου

Μέλη:

Γ. Μπέλλος

Μ. Μελετιάδου

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Το Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.) μετά από μια 12ετία 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 **8ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στο **Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου «Ο Κέφαλος»** στην Κεφαλονιά, στις **29-31 Μαΐου 2025**.

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.

29-31 Μαΐου 2025 στην Κεφαλονιά, στο 8ο 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: Σ. Λιάτης

Ειδ. Γραμματέας: Β. Λιόση

Ταμίας: Θ. Παναγιώτου

Μέλη: Γ. Μπέλλος
Μ. Μελετιάδου

ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ 8ου ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

Πρόεδρος: Α. Μελιδώνης

Σ. Ζαφειράτου

Α. Κουρούκλης

Σ. Λιάτης

Β. Λιόση

Μ. Μελετιάδου

Γ. Μπέλλος

Θ. Παναγιώτου

Δ. Ρίχτερ

Ε. Σολωμού

ΚΡΙΤΕΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

Θ. Παναγιώτου, Α. Νικολάου

Πέμπτη 29 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

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

Προεδρείο: Σ. Ζαφειράτου

Τα πολλαπλά πρόσωπα της αναιμίας: Διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι στην Π.Φ.Υ.

Β. Λιόση

Η γενική ούρων και τα ούρα 24ώρου ως διαγνωστικά εργαλεία για τη διάγνωση νεφρικών νοσημάτων στην Π.Φ.Υ.

Ε. Χελιώτη

Η εμβολιαστική κάλυψη ασθενών με μεταβολικά νοσήματα: Υπάρχουν ιδιαιτερότητες;

Α. Νικολάου

Ουρικό οξύ: Παράγοντας ή δείκτης κινδύνου; Πότε παρεμβαίνουμε;

Β. Κατσούρη

18.00-18.30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης

Η σύγχρονη διατροφική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Τι θέση έχουν οι «ειδικές δίαιτες»

Ε. Σολωμού

18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ε. Χελιώτη

Καρδιο-νεφρο-εντερομεταβολική τριλογία: Η αναδυόμενη νέα παθοφυσιολογία και θεραπευτική

Γ. Μπέλλος

19:00-20:00 **ΕΠΙΛΕΚΤΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ**

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Τα μεταβολικά νοσήματα στην τρίτη ηλικία: Σύγχρονοι θεραπευτικοί στόχοι και αγωγές

Σ. Παππάς

Πρωτογενής αγγειοπλαστική στο οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου στην Ελλάδα

Σ. Φούσας

Πέμπτη 29 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

20.00-20.20 ΕΙΣ ΜΝΗΜΗΝ ΣΤΕΛΛΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Ομιλητής: Σ. Παππάς

20.20-21.15 ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΝΑΡΞΗΣ

• Προσφωνήσεις-χαιρετισμοί

• Βράβευση εργασιών

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

1995-2025: 30 χρόνια από τη δημιουργία της Μεσογειακής
Πυραμίδας Διατροφής. Τα κέρδη στη μεταβολική υγεία.

Δ. Παναγιωτάκος

Παρασκευή 30 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09:00-10:15 **ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προεδρείο: Α. Νικολάου, Π. Σκλαβούνος

Άνδρας 50 ετών με ελεύθερο ιστορικό σε τυχαίο έλεγχο εμφανίζει ΑΠ 160/90 mmHg, ολική χοληστερόλη 242mg%, LDL= 137 mg%, TG= 190 mg%. Είναι υπέρβαρος BMI=29. Οδηγίες

Μ. Παππά

Γυναίκα 70 ετών υπό αγωγή με α-Mea, θειαζίδη και αμλοδιπίνη ΑΠ 160/100 mmHg (κρεατινίνη 1,7, GFR=42). Διαχείριση αγωγής και στην προοπτική της νόσου με GFR<30

Α. Γανωτοπούλου

Διαβητικός 65 ετών μετά παροδικό ΑΕΕ έχει ΑΠ 160/80, LDL=95, A1C=8%, BMI=32, GFR=50. Λαμβάνει μετφορμίνη 850, ροσουβαστατίνη 20 και Salospir 100mg

Ε. Ελ Ντέικ

Σχολιαστές: Ε. Καγκελάρη, Β. Κατσούρη, Α. Ξάνθης

10:15-11:00 **ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ**

Προεδρείο: Β. Λιόση, Μ. Νούτσου

Ηλικιωμένος με Μεταβολικό Σύνδρομο: Στόχοι και αντιμετώπιση

Μ. Νούτσου

Μεταβολικό Σύνδρομο και σαρκοπενία. Μπορούν να συνυπάρχουν;

Ε. Χουρδάκη

11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Β. Λιόση

Rouches Νικοτίνης: Απαγόρευση ή Ρύθμιση

Δ. Ρίχτερ

Παρασκευή 30 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

11:30-13:15 **ΖΩΝΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ**

Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης, Ι. Κυριαζής

Κλινική και εργαστηριακή εκτίμηση του ατόμου με προκλινική παχυσαρκία. Οι νέες οδηγίες 2025. Η σημασία της για τη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων

Ε. Φουστέρης

Σαρκοπενική παχυσαρκία: Οι ιδιαιτερότητες και η αξία διερεύνησης και αντιμετώπισης

Ε. Χουρδάκη

Φάρμακα έναντι παχυσαρκίας στο παρόν και το μέλλον

Α. Ανδρεάδου

Η πολιτική υγείας στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ. Βήματα και ελλείμματα

Χ. Μέλλος

13:15-13:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Εικοσιπενταενοϊκό οξύ (EPA): Παθοφυσιολογική σημασία και επίδραση σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου. Νεότερα Δεδομένα

Γ. Μπέλλος

13:45-14:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Σ. Λιάτης

Σακχαρώδης Διαβήτης: Η ετερογένεια της μεμονωμένης διάγνωσης για τον κάθε τύπο

Ι. Σκράπαρη

14:15-15:15 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (P1-P11)**

Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης, Α. Ανδρεάδου

15:15-16:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

16:30-17:30 **ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ**

Προεδρείο: Α. Κουρούκλης, Θ. Παναγιώτου

Συνδυασμός αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών αγωγών. Πότε και πώς;

Η. Σκοπελίτης

Απεικονιστικά tips and tricks

- α/α Θώρακος
- αξονική στεφανιογραφία

Ρ. Ευθυμιάδου

Παρασκευή 30 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

17:30-18:30 **ΖΩΝΗ ΚΑΡΔΙΑΚΗΣ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑΣ**

Προεδρείο: Δ. Ρίχτερ

Διαβητική μυοκαρδιοπάθεια-Καρδιακή ανεπάρκεια: Οι ιδιαιτερότητες
Γ. Γαβριελάτος

HFpEF: Είναι η νέα μεταβολική οντότητα; Διαγνωστικές και
θεραπευτικές προσεγγίσεις

Χ. Χρυσοχόου

18:30-20:00 **ΖΩΝΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ-ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ**

Προεδρείο: Α. Ράπτης, Δ. Ρίχτερ

Υπέρταση λευκής μπλούζας και συγκαλυμμένη υπέρταση:
Διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα

Α. Ράπτης

Από την αυξημένη ΑΠ στην ανθεκτική υπέρταση: Θεραπευτική
προσέγγιση

Θ. Παναγιώτου

ΑpoB ή LDL: Ποιος είναι ο καλύτερος δείκτης πρόγνωσης
καρδιαγγειακών συμβάντων

Μ. Νούτσου

Τριγλυκερίδια. Αποτελούν θεραπευτικό στόχο;

Δ. Ρίχτερ

20:00-20:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.15

20:30-21:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Μαυρογιαννάκη

Η αξία της Πολυκεντρικής παρέμβασης στην πρόληψη των χρόνιων
επιπλοκών του Διαβήτη. Γιατί και πως;

Δ. Σκούτας

Παρασκευή 30 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

08:30-09:30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (1-6)

Προεδρείο: Θ. Στρατηγού, Α. Γκόβα

09:30-10:00 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Ζ. Μούσλεχ

Βιταμίνη D. Παραλήψεις και λάθη στη διαχείριση της αγωγής.

Ο ρόλος της στο ΣΔ. Μύθοι και αλήθειες

Θ. Στρατηγού

**10:00-12:00 ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΔΡΑΝΕΙΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ:
Η ΔΙΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ
(WEB)**

Προεδρείο: Σ. Ηρακλειανού, Ε. Βλάχου

Ο Ιατρός αντιμετώπις με την κλινική αδράνεια

Α. Γανωτοπούλου

Κλινική αδράνεια στο Σακχαρώδη Διαβήτη - Νοσηλευτική αντιμετώπιση

Α. Τσαλκιτζή

Ο διαιτολόγος και οι παρεμβάσεις του στη μη συμμόρφωση στις διατροφικές οδηγίες

Π. Φακατσέλη

Η Έλλειψη Συμμόρφωσης των Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, ως αίτιο ανάπτυξης διαβητικού ποδιού

Ε. Γιάννου

Σχολιαστές: Θ. Παναγιώτου, Μ. Μελετιάδου, Σ. Μπουλαζέρη

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09:00-10:15 **ΑΠΟ ΤΗ ΘΕΩΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΡΑΞΗ. ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ**

Προεδρείο: Β. Λιόση, Ν. Αλεξανδροπούλου

Ασθενής με ΣΔ2 λαμβάνει αγωγή με γλαργινική ινσουλίνη 25 μονάδες ημερησίως και μετφορμίνη 850x1. Έχει BMI=31 και A1C=8,3. Λεύκωμα ούρων. 24ωρου: 320 mg%, GFR=28. Ποια η εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας;

Ο. Βράνου

Διαβητικός 65 ετών μετά παροδικό ΑΕΕ έχει ΑΠ 160/80, LDL=95, HDL=40, A1C=8%, BMI=32, GFR=50. Λαμβάνει μετφορμίνη 850, ροσουβαστατίνη 20, Salospir 10. Οδηγίες

Α. Γκόβα

Παχύσαρκη κυρία ετών 32 με BMI=33 παρουσιάζει στην 4η εβδομάδα κύησης Σχ=102mg%. Διαχείριση του διαβήτη κύησης

Ν. Αλεξανδροπούλου

Σχολιαστές: Α. Φούτρης, Δ. Ασλάνογλου, Κ. Βάσσης

10:15-10:45 **ΔΙΑΛΕΞΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ (Ε.Μ.ΠΑ.Κ.Α.Ν.)**

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Ο ρόλος της διατροφής στην πρόληψη της σαρκοπενίας στο ΣΔ και στο γενικό πληθυσμό

Χ. Δημοσθενόπουλος

10:45-11:45 **ΕΠΙΛΕΚΤΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ**

Προεδρείο: Ν. Γεωργιάδης

MASL-MASH: Οι νέες οδηγίες, οι νέες θεραπείες

Α. Μαυρογιαννάκη

Αστικό περιβάλλον και μεταβολική υγεία

Δ. Βλάχος

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

11:45-12:15 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο-Σχολιασμός: Π. Τσαπόγας

Διαβητικό πόδι: Οι παρεμβάσεις στην περιφερική αγγειοπάθεια και διαβητική νευροπάθεια. Οι νέες οδηγίες 2025

Α. Καμαράτος

12:15-13:15 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ**

Οι νέοι ορίζοντες στη φαρμακολογία του ΣΔ

Προεδρείο: Σ. Λιάτης, Ζ. Μούσλεχ

Smart insulins και νανοτεχνολογία στο ΣΔ1

Γ. Κούρτογλου

2πλά, 3πλά πεπτίδια: Είναι το παρόν και το μέλλον στην αντιμετώπιση του ΣΔ2;

Ι. Ιωαννίδης

13:15-13:45 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.15

13:45-14:15 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.15

14:15-15:15 **ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (P12-P22)**

Προεδρείο: Α. Καμαράτος, Β. Λιόση

15:15-16:30 **ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΗ ΔΙΑΚΟΠΗ**

16:30-17:30 **ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ**

Προεδρείο: Γ. Δημητριάδης

CGM στο ΣΔ1 και ΣΔ2. Από τη θεωρία στην πράξη: Ανάλυση περιστατικών

Α. Παπαζαφειροπούλου

Αντλίες κλειστού κυκλώματος: Πλεονεκτήματα και αδυναμίες. Αποτελούν το gold standard για το ΣΔ1;

Α. Κουτσοβασίλης

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

17:30-18:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Α. Κουτσοβασίλης

Η διαχρονική φαρμακευτική αντιμετώπιση του διαβήτη και η οικονομική της διάσταση. Τα δεδομένα των τελευταίων 26 χρόνων σε μεγάλα διαβητολογικά κέντρα

Σ. Λιάτης

18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Σ. Παππάς

Η σημασία του ύπνου στη Μεταβολική υγεία

Γ. Δημητριάδης

18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: Ι. Κυριαζής

Οι νέες κατευθυντήριες οδηγίες στην αντιμετώπιση του ΣΔ2

Α. Μελιδώνης

19:00-19:30 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.15

19:30-20:00 **ΔΟΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

Σελ.15

20:00-21:00 **ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΛΗΞΗΣ**

Προεδρείο: Α. Μελιδώνης

Η διαχείριση των από του στόματος αντιπηκτικών άμεσης δράσης (DOACs) στην καθημερινή κλινική πράξη

Ε. Γρουζή

Πρόληψη και αντιμετώπιση Καρδιακής Ανεπάρκειας σε ασθενή με συννοσηρότητες

Γ. Φιλιππάτος

21:00-21:30 **ΤΕΛΕΤΗ ΛΗΞΗΣ**

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄ (Παράλληλη Συνεδρία)

08.45 -09.30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΡΟΦΟΡΙΚΩΝ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΩΝ (8-14)

Προεδρείο: Σ. Ζαφειράτου, Β. Κατσούρη

09.30 -10.30 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΑΠΟ ΙΑΤΡΟΥΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ν. ΚΕΦΑΛΛΟΝΙΑΣ

Προεδρείο: Α. Κουρούκλης

Κ.Υ. Σάμης

Ν. Μοσχόπουλος

Νοσοκομείο Ληξουρίου

Σ. Ζαφειράτου

Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Αργοστολίου

Α. Κουρούκλης

Σχολιασμός: Μ. Βολνεάνσκι

10:00-11.00 ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ

Προεδρείο: Μ. Μελετιάδου, Α. Καμαράτος

Η εξέταση του Διαβητικού ποδιού στην κλινική πράξη

Ε. Γιάννου

11:00-12:00 ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ

Το διαβητικό άτομο στη «δύση» της ζωής του (ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Ε.Υ.)

Προεδρείο: Α. Νικολάου, Ε. Βλάχου

Επιπτώσεις και διαχείριση του συνδρόμου ευθραυστότητας στα διαβητικά άτομα

Μ. Μελετιάδου

Φροντίδα του διαβητικού ατόμου στο τέλος της ζωής του

Ε. Βλάχου

Ψυχολογικές επιπτώσεις στα ηλικιωμένα διαβητικά άτομα

Σ. Μπουλαζέρη

12:00-12:30 ΔΙΑΛΕΞΗ

Προεδρείο: Α. Νικολάου

Γλυκά προβλήματα με τα μάτια: Με τη ματιά του ειδικού

Κ. Πέτρου

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄
(Παράλληλη Συνεδρία)

12:30-14:00 ΕΠΙΛΕΓΟΝΤΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (WEB)

Προεδρείο-Σχολιαστές: Γ. Δημητριάδης, Θ. Παναγιώτου

Με νεφρική νόσο

Α. Ράπτης

Με παχυσαρκία

Σ. Λιάτης

Με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος

Χ. Κολιάκη

ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Παρασκευή 30 Μαΐου 2025

20:00-20:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



Σελ.8

Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**

Η έγκαιρη θεραπευτική διαχείριση των Κάρδιο-Νέφρο-Μεταβολικών Νοσημάτων με τους SGLT2 αναστολείς... Από τη θεωρία στην πράξη
Α. Κουτσοβασίλης

Σάββατο 31 Μαΐου 2025

13:15-13:45 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



Σελ.11

Προεδρείο: **Σ. Λιάτης**

Η αξία της προστασίας της καρδιάς και των νεφρών από νωρίς στους ασθενείς με ΣΔτ2 πέραν της ρύθμισης της HbA1c
Ι. Σκράπαρη

13:45-14:15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

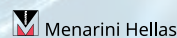


Σελ.11

Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**

Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II: Βασική ινσουλίνη και κλινική αποτελεσματικότητα
Α. Παπαζαφειροπούλου

19:00-19:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



Σελ.12

19:30-20:00 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**



Σελ.12

Προεδρείο: **Α. Μελιδώνης**

Η Παχυσαρκία ως συνιστώσα του Καρδιονεφρομεταβολικού Συνδρόμου
Α. Ανδρεάδου

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Οργάνωση

Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)
Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα • www.ekomenet.net

Τόπος και χρόνος Συνεδρίου

Το **8ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2025: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στο Δημοτικό Θέατρο Αργοστολίου «Ο Κέφαλος», από **29-31 Μαΐου 2025**

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, τουλάχιστο μία ώρα πριν από την ώρα παρουσίασης τους σύμφωνα με το Επιστημονικό Πρόγραμμα

Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Θα χορηγηθούν **21** Ευρωπαϊκά Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης (European CME credits/ECMECs) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.)

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

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις Εταιρείες



ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Αλεξανδροπούλου Ν.** Παθολόγος, τ. Διευθύντρια ΕΣΥ, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Ληξουρίου τέως Δήμαρχος Ληξουρίου, Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Ανδρεάδου Α.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE Certified in Obesity Management, Health Coaching-Lifestyle Medicine, Συνεργάτης Ιατρείου Παχυσαρκίας Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Ασλάνογλου Δ.** Ειδικός Παθολόγος, Μετεκπαιδευθείς στο Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Αθήνα
- Βάσσης Κ.** Ειδικός Παθολόγος Ιδιώτης Πάτρα, τ. Συντονιστής 6ης Τ.Ο.Μ.Υ Πατρών
- Βλάχος Δ.** Γενικός Ιατρός, Κλινική Διατροφή ΕΚΠΑ, Ιατρικός Διευθυντής Ενivios Med
- Βλάχου Ε.** Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Μέλος ΔΣ Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND)
- Βολνεάνσκι Μ.** Γενική/Οικογενειακή Ιατρός, Ιατρικό Κέντρο Αυδήμου, Κύπρος
- Βράνου Ο.** Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ)
- Γαβριελάτος Γ.** MD, MSc, FESC, Επεμβατικός Καρδιολόγος, Υπεύθυνος Τμήματος Σύμπλοκων Αγγειοπλαστικών & Δομικών Καρδιακών Επεμβάσεων, Ιατρείο Καρδιακής Ανεπάρκειας, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Γανωτοπούλου Α.** Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Γεωργιάδης Ν.** Ειδικός Παθολόγος με Εξειδίκευση στα Καρδιομεταβολικά Νοσήματα
- Γιάννου Ε.** Ποδολόγος-Ποδίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Γκόβα Α.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Scope Certified, Health Coach Certified
- Γρουζή Ε.** Αιματολόγος, Συντονίστρια Διευθύντρια ΝΥ Αιμοδοσίας, ΓΑΟΝΑ «ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Υπεύθυνη Ιατρείου Αιμόστασης
- Δημητριάδης Γ.** Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- 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), Board member IDF Europe
- Ελ Ντέικ Ε.** Παθολόγος-Διαβτολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Κ.Υ. Γλυφάδας, Αθήνα
- Ευθυμιάδου Ρ.** Ακτινολόγος, Διευθύντρια Τμήματος PET-CT & Αναπληρώτρια Διευθύντρια Τμήματος CT&MRI, Διαγνωστικό & Θεραπευτικό Κέντρο «ΥΓΕΙΑ»
- Ζαφειράτου Σ.** Ειδικός Παθολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ.Ν Ληξουρίου «ΜΑΝΤΖΑΒΙΝΑΤΕΙΟ»
- Ηρακλειανού Σ.** Παθολόγος-Διαβτολόγος
- Ιωαννίδης Ι.** Παθολόγος-Διαβτολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Συνεργάτης Νοσοκομείου «ΥΓΕΙΑ»
- Καγκελάρη Ε.** Ειδικός Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Συνεργάτης Διαβτολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Καμαράτος Α.** Παθολόγος-Διαβτολόγος, MD, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Διαβτολογικού Κέντρου Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ», Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Κατσούρη Β.** Γενικός Ιατρός MD, MSc με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβτολογικό κέντρο Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ» και στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική, Πρόεδρος Ελεγκτικής επιτροπής ΕΔΔΙΠΦΥ, Ιδιωτικό Ιατρείο Σοφάδες και Καρδίτσα, Ιατρός Medifirst Περιστερίου και Αμαρουσίου
- Κολιάκη Χ.** Παθολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Επιστημονική Συνεργάτις Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής και Διαβτολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα
- Κουρούκλης Α.** Παθολόγος, Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Κεφαλονιάς - Αργοστολίου, Επιστημονικά Υπεύθυνος του Τμήματος
- Κούρτογλου Γ.** Ειδικός Παθολόγος-Διαβτολόγος, Υπεύθυνος Παθολογικού και Διαβτολογικού Τμήματος, Κλινική «ΑΓΙΟΣ ΛΟΥΚΑΣ», Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Κουτσοβασίλης Α.

MD, MSc, PhD, Παθολόγος-Διαβτολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Γ' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Κυριαζής Ι.

MD, PhD, FNSCOPE, Παθολόγος-Διαβτολόγος, 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.), Γενικός Γραμματέας Δ.Σ Εταιρείας Παθολογίας Ελλάδος (Ε.Π.Ε.), Γραμματέας Εταιρείας Κλινικών Εφαρμογών & Θεραπευτικής Χρονίων Νοσημάτων (Ε.Κ.Ε.Θε.Χ.Νο)

Λιάτης Σ.

Παθολόγος-Διαβτολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, τέως Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Σύμβουλος Πρότυπου Διαβητολογικού Κέντρου «ATHENS MEDICA»

Λίση Β.

Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευμένη Διαβτολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Μαυρογιαννάκη Α.

MD, PhD, Παθολόγος-Διαβτολόγος, Διευθύντρια Β' Παθολογικής Κλινικής & Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Ν.Α. «ΝΙΜΤΣ»

Μελετιάδου Μ.

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

Μελιδώνης Α.

Παθολόγος-Διαβτολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό - Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL», Πρόεδρος Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.

Μέλλος Χ.

Αντιπεριφερειάρχης Δημόσιας Υγείας Περιφέρειας Πελοποννήσου, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας Πελοποννήσου «Υγεία εν τη Ενώσει», Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α' - ΤΕΠ Γενικό Νοσοκομείο Κορίνθου

Μοσχόπουλος Ν.

Ειδικευμένος Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας Επιμελητής Α' Κέντρου Υγείας Σάμης

Μούσλεχ Ζ.

Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Υπεύθυνος Ενδοκρινολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, «EUROMEDICA» Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Μπέλλος Γ.	Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιδημιολόγος, PhD, MR CGP, ΜΕΡΜΑ, Εκπαιδευτής Μικροβιώματος
Μπουλαζέρη Σ.	MSc στην Εκπαίδευση και Φροντίδα στο ΣΔ, Υπεύθυνη Νοσηλεύτρια Γραφείου Εκπαίδευσης και Ενημέρωσης στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Γ.Ν. Χίου «ΣΚΥΛΙΤΣΕΙΟ», Πιστοποιημένη Νοσηλεύτρια στην Εκπαίδευση Αντλίων Ινσουλίνης και Συστημάτων Καταγραφής Γλυκόζης
Νικολάου Α.	Γενικός Ιατρός με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»
Νούτσου Μ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα
Ξάνθης Α.	Ειδικός Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας Περάματος
Παναγιωτάκος Δ.	Καθηγητής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας - Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, Αθήνα
Παναγιώτου Θ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
Παπαζαφειροπούλου Α.	Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc (Βιοστατιστική), Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πρόεδρος του Επιστημονικού Φορέα Ιατρικής Μετεκπαίδευσης «ΕΠΙΛΥΩ»
Παππά Μ.	Παθολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας-Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
Παππάς Σ.	Παθολόγος-Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα
Πέτρου Κ.	Χειρουργός Οφθαλμίατρος τέως Συντονιστής Διευθυντής Οφθαλμολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Αθήνα
Ράπτης Α.	Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Ιατρικής Σχολής Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών
Ρίχτερ Δ.	Καρδιολόγος, MD, FESC, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών, ΑΝΤΙΠΡΟΕΔΡΟΣ «ΕΚΟΜΕΝ»

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Σκλαβούνος Π.** MD, MPH, Γενικός Ιατρός, Επιμελητής ΕΣΥ, ΚΥ Βάρης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικών Ιατρών, ΓΝ «Ασκληπιείο Βούλας»
- Σκοπελίτης Η.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, MSc Tra Med, PhD, Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»
- Σκούτας Δ.** Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α «ΑΝΑΓΕΝΝΗΣΗ» Θεσσαλονίκη, Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη
- Σκράπαρη Ι.** MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»
- Σολωμού Ε.** Κλινικός Διαιτολόγος-Διατροφολόγος, BSc
- Στρατηγού Θ.** Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος, Bs, MD, PhD, Επιμελήτρια Α΄, Ενδοκρινολογικό Τμήμα «Δ. ΙΚΚΟΣ» - Διαβητολογικό Κέντρο, Ευρωπαϊκό και Εθνικό Κέντρο Εμπειρογνωμοσύνης Σπάνιων, Ενδοκρινολογικών Νοσημάτων, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ - ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ», Υπεύθυνη Ειδικών Ιατρείων Διαβητικής Νεφροπάθειας, Παχυσαρκίας και Οστεοπόρωσης
- Τσαλκτζή Α.** Υπολοχαγός (ΥΝ), MSc «Εκπαίδευση και φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», 401 Γ.Σ.Ν.Α.
- Τσαπόγας Π.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αν. Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής -Διαβητολογικό Ιατρείο, Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», τ. Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Κέρκυρας
- Φακατσέλη Π.** Διαιτολόγος-Διατροφολόγος
- Φιλιππάτος Γ.** Καθηγητής Καρδιολογίας, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.) Διευθυντής στη Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Π.Γ.Ν.Α. «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Φούσας Σ.** MD, FACC, Συντονιστής Τομέα Καρδιάς και Αγγείων «METROPOLITAN GENERAL», Επ. Καθηγητής Καρδιολογίας, τ. Πρόεδρος ΕΚΕ

ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

Φουστέρης Ε.

MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικός Διευθυντής MEDOC

Φούτρης Α.

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά «ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΕΗΜΩΝ»

Χελιώτη Ε.

Νεφρολόγος, MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια Νεφρολογικού Τμήματος Μ.Τ.Ν, Επιστημονικά Υπεύθυνη Ιατρείου Σπειραματονεφρίτιδων, Νεφρολογικό Τμήμα ΜΤΝ. Γ.Ν.Π. «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Χουρδάκη Ε.

Ειδική Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Διαβητολογικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL», Επιστημονικά υπεύθυνη Diabetesy Wellness Spot, Επιστημονικά Υπεύθυνη Παθολογικού-Διαβητολογικού Τομέα HealthSpot Γλυφάδας-Πειραιά

Χρυσοχόου Χ.

Καρδιολόγος, Διευθύντρια, Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Υπεύθυνη Ιατρείου Καρδιακής Ανεπάρκειας, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»



+38%
ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ
ΚΙΝΔΥΝΟΣ
ΕΡΠΗΤΑ ΖΩΣΤΗΡΑ
ΣΕ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ¹

ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΤΕ ΤΟΥΣ ΜΕ SHINGRIX²

ΤΟ SHINGRIX ΣΥΣΤΗΝΕΤΑΙ ΚΑΙ ΑΠΟΖΗΜΙΩΝΕΤΑΙ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ
ΕΝΗΛΙΚΕΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ≥60 ΕΤΩΝ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΑ ΑΝΟΣΟΚΑΤΕΣΤΑΛΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ
ΗΛΙΚΙΑΣ ≥18 ΕΤΩΝ³

Σύνοψη προφίλ ασφάλειας⁴: Το SHINGRIX αντενδείκνυται σε οποιοδήποτε έχει υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όπως συμβαίνει με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη θα πρέπει να είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη σε περίπτωση αναφυλακτικού συμβάντος μετά τη χορήγηση του εμβολίου.

Σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω οι πιο συχνά αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν άλγος στη θέση ένεσης (68,1% συνολικά/δόση, 3,8% σοβαρού βαθμού/δόση), μυαλγία (32,9% συνολικά/δόση, 2,9% σοβαρού βαθμού/δόση), κόπωση (32,2% συνολικά/δόση, 3,0 % σοβαρού βαθμού/δόση) και κεφαλαλγία (26,3% συνολικά/δόση, 1,9% σοβαρού βαθμού/δόση). Οι περισσότερες από αυτές τις ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ήταν μεγάλης διάρκειας (διάμεση διάρκεια 2 έως 3 ημέρες). Η διάρκεια των ανεπιθύμητων ενεργειών που αναφέρθηκαν ως σοβαρές ήταν 1 έως 2 ημέρες. Σε ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών που έχουν ανοσοανεπάρκεια ή βρίσκονται σε ανοσοκαταστολή λόγω νόσου ή θεραπείας (αναφέρονται ως ανοσοκατεσταλμένοι (IC)), το προφίλ ασφαλείας ήταν σε συμφωνία με εκείνο που παρατηρήθηκε σε ενήλικες ηλικίας 50 ετών και άνω. Υπάρχουν

περιορισμένα δεδομένα σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών με αυξημένο κίνδυνο ΗΖ που δεν είναι IC. Συνολικά, υπήρξε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης κάποιων ανεπιθύμητων ενεργειών σε νεότερες ηλικιακές ομάδες:

- μελέτες σε IC ενήλικες ηλικίας ≥18 ετών (συγκεντρωτική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης πόνου στο σημείο της ένεσης, κόπωσης, μυαλγίας, κεφαλαλγίας, ρίγους και πυρετού ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 18-49 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 50 ετών και άνω.

- μελέτες σε ενήλικες ηλικίας ≥50 ετών (συγκεντρωτική ανάλυση): η συχνότητα εμφάνισης μυαλγίας, κόπωσης, κεφαλαλγίας, ρίγους, πυρετού και γαστρεντερικών συμπτωμάτων ήταν υψηλότερη σε ενήλικες ηλικίας 50-69 ετών σε σύγκριση με αυτούς ηλικίας 70 ετών και άνω.

Δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του SHINGRIX σε έγκυες γυναίκες. Ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση του SHINGRIX κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι άγνωστο εάν το SHINGRIX απεκκρίνεται στο ανθρώπινο γάλα. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με SHINGRIX μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την προστασία όλων των εμβολιασμένων.

Βιβλιογραφία : 1. Huang C-T, Lee C-Y, Sung H-Y, et al. Association between diabetes mellitus and the risk of herpes zoster: a systematic review and meta-analysis. J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(2):586–597. 2. SHINGRIX, Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Οκτώβριος 2023. 3. Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων, Αθήνα 22/8/2024.

Α.Τ.: 165,86 €. % επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων: 100% για τους πληθυσμούς που περιγράφονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών Ενηλίκων 2024. Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. Τα ανωτέρω ισχύουν κατά την ημερομηνία σύνταξης του εντύπου/καταχώρησης. Παρακαλούμε επικοινωνήστε με την εταιρία για επιβεβαίωση πλήρους ενημερωμένων δεδομένων, για οποιαδήποτε πληροφορία ή/και αναφορά Ανεπιθύμητων Ενεργειών στο τηλέφωνο 210 6882100.

PM-GR-GSK-ADVR-240001 | ΞΕΥΣ 11/2024 – 11/2026



GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λ. Κηφισίας 266, 152 32 Χαλάνδρι, Αθήνα, Τηλ.: 210 6882100
www.gr.gsk.com



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος. Για την

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



Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος σκανάρете το QR code. Σε έντυπη μορφή είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρία.

Το εμπορικό σήμα ανήκει ή έχει παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.

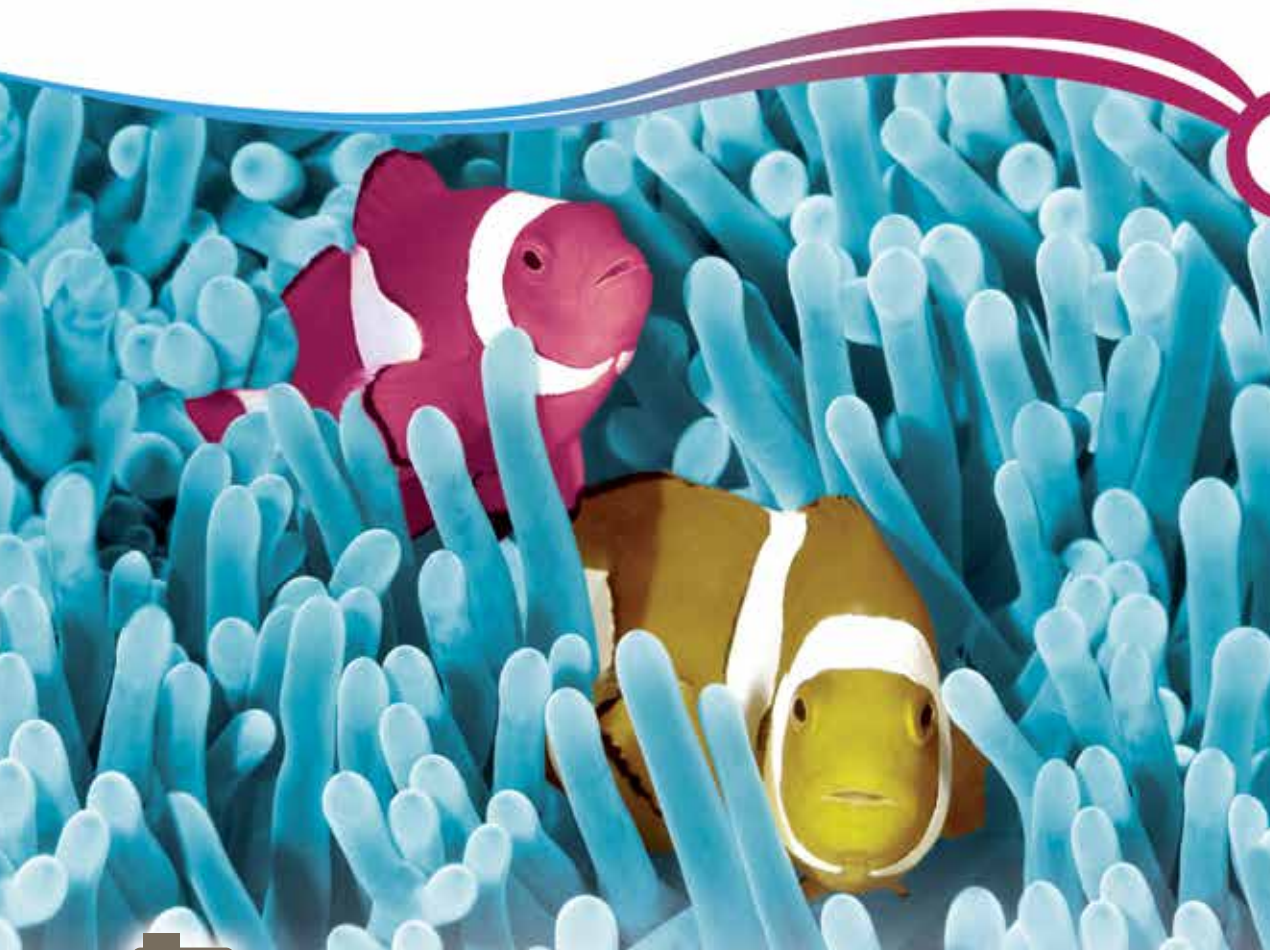
© 2024 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK.



SHINGRIX
(ZOSTER VACCINE
RECOMBINANT,
ADJUVANTED)

Sinvia plus®

σιταλιπτίνη / υδροχλωρική μετφορμίνη



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

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

ΠΡΟΪΟΝ	Λ.Τ.
SINVIA PLUS® F.C.TAB (50+850)MG/TAB BT X 56 TABS ΣΕ BLISTERS PVC/PVDC//ALU	16,90€
SINVIA PLUS® F.C.TAB (50+1000)MG/TAB BT X 56 TABS ΣΕ BLISTERS PVC/PVDC//ALU	22,61€

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΪΟΝ ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΑΠΑΙΤΕΙΤΑΙ ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΥΝΤΑΓΗ
Για συνταγογραφικές πληροφορίες συμβουλευτείτε την ΠΧΠ ή απευθυνθείτε στην εταιρεία ELPEN.

Για την Περίληψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος
(ΠΧΠ) σαρώστε τον κωδικό QR



Αναφέρετε κάθε εικαζόμενη/πιθανολογούμενη
ανεπιθύμητη ενέργεια απευθείας στον ΕΟΦ,
σύμφωνα με το εθνικό σύστημα αναφοράς
ανεπιθύμητων ενεργειών.

Η ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΑΠΟ ΤΟΝ

RSV

**ΑΡΧΙΖΕΙ
ΤΩΡΑ**

&

**ΔΙΑΡΚΕΙ ΓΙΑ 2 ΕΠΙΔΗΜΙΚΕΣ
ΠΕΡΙΟΔΟΥΣ RSV¹**

AREXVY - ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ²

Μετά την ανασύσταση, μία δόση (0,5 mL) περιέχει: Αντιγόνο RSVPreF3^{12,3}, 120 μικρογραμμάρια. ¹Ανασυνδυασμένη γλυκοπρωτεΐνη F του αναπνευστικού συγκυτιακού ιού σταθεροποιημένη στη μορφή προ της σύντηξης = RSVPreF3. ²RSVPreF3 που παράγεται σε κύτταρα ωοθηκών κινεζικού κρικητού (CHO) μέσω τεχνολογίας ανασυνδυασμένου DNA. ³Ανοσοενισχυμένο με AS01¹, που περιέχει: φυτικό εκχύλισμα Quilajia saponaria Molina, κλάσμα 21 (QS-21), 25 μικρογραμμάρια, 3-O-desacyl-4'-monophosphoryl lipid A (MPL) από Salmonella minnesota 25 μικρογραμμάρια.

ΣΥΝΩΝΗ ΠΡΟΦΙΛ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ AREXVY²

Το Arexvy αντενδείκνυται σε οποιονδήποτε έχει υπερευαίσθησία στις δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Όπως συμβαίνει με όλα τα ενέσιμα εμβόλια, η κατάλληλη ιατρική θεραπεία και επίβλεψη θα πρέπει να είναι πάντα άμεσα διαθέσιμη σε περίπτωση αναφυλακτικού συμβάντος μετά τη χορήγηση του εμβολίου. Το προφίλ ασφαλείας που παρουσιάζεται παρακάτω βασίζεται σε μια ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο, Φάσης III κλινική μελέτη (που διεξήχθη στην Ευρώπη, τη Βόρεια Αμερική, την Ασία και το Νότιο ημισφαίριο) σε ενήλικες ηλικίας ≥ 60 ετών, κατά την οποία πάνω από 12.000 ενήλικες έλαβαν μία δόση Arexvy και πάνω από 12.000 έλαβαν εικονικό φάρμακο. Στους συμμετέχοντες στη μελέτη ηλικίας 60 ετών και άνω, οι συχνότερα αναφερόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν άλγος στη θέση ένεσης (61%), κόπωση (34%), μυαλγία (29%), κεφαλαλγία (28%) και αρθραλγία (18%). Αυτές οι ανεπιθύμητες ενέργειες ήταν συνήθως ήπιες ή μέτριας έντασης και υποχώρησαν εντός λίγων ημερών μετά τον εμβολιασμό.

Οι περισσότερες άλλες ανεπιθύμητες ενέργειες δεν ήταν συχνές και αναφέρθηκαν παρόμοια ανάμεσα στις ομάδες της μελέτης. Δεν υπάρχουν δεδομένα από τη χρήση του Arexvy σε έγκυες γυναίκες. Ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να αποφεύγεται η χρήση του Arexvy κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Είναι άγνωστο εάν το Arexvy απεκκρίνεται στο ανθρώπινο ή ζωικό γάλα. Όπως συμβαίνει με οποιοδήποτε εμβόλιο, ο εμβολιασμός με Arexvy μπορεί να μην έχει ως αποτέλεσμα την προστασία όλων των εμβολιασμένων.

Βιβλιογραφία:

1. Arexvy, Περίληψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος, Φεβρουάριος 2025
Λιανική τιμή: 205,98€

Για την Περίληψη των Χαρακτηριστικών του
AREXVY σκανάρετε το QR code. Σε έντυπη μορφή
είναι διαθέσιμη κατόπιν αιτήσεως στην εταιρεία.



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



www.kitritinikarta.gr

Τα εμπορικά σήματα ανήκουν ή έχουν παραχωρηθεί στον Όμιλο Εταιρειών GSK.
©2025 Όμιλος εταιρειών GSK ή δικαιούχος του Ομίλου GSK

GSK

GlaxoSmithKline ΜΟΝΟΠΡΟΣΩΠΗ Α.Ε.Β.Ε.
Λ. Κηφισίας 266, 15232 Αθήνα, Τηλ. 210 6882100
www.gsk.com

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.

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



www.demo.gr | Ελληνικά Φάρμακα με Παγκόσμια Εμβέλεια |

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



DEMO ABEE
ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

21^ο χλμ Εθν. Οδού Αθηνών-Λαμίας, 145 68 Κρυονέρι,
Αττικής, Ελλάδα, T: +30 210 8161802, F: +30 210 8161587

JANECLUC/421/1 04/2023

Sitagliptin/ Uni-Pharma

σιταγλιπτίνη

Simevin

σιταγλιπτίνη / υδροχλωρική μετφορμίνη



Για τη μείωση των
επιπέδων σακχάρου

σε άτομα με Σακχαρώδη
Διαβήτη Τύπου 2

Πριν τη συνταγογράφηση
συμβουλευθείτε την ΠΧΠ
σαρώνοντας τον κωδικό QR.

Sitagliptin/
Uni-Pharma



Simevin



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
αναφέρετε ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΛΑ τα φάρμακα
συμπληρώνοντας την "ΚΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ".

Α.Τ. Simevin (50/850) mg: 24,31€, Simevin (50/1000) mg: 18,18€
Α.Τ. Sitagliptin/Uni-Pharma 50 mg: 12,62€, Sitagliptin/Uni-Pharma 100 mg: 15,47€



Pharmaceutical Laboratories S.A.



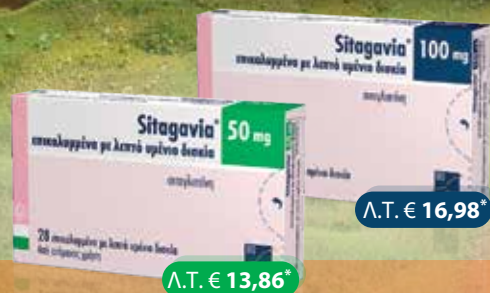
14^ο χλμ. Εθνικής Οδού 1, 145 64 Κηφισιά
Τηλ.: 210-80 72 512, Fax: 210-80 78 907
e-mail: unipharma@uni-pharma.gr
www.uni-pharma.gr

Sitagavia®

σιταγλιπτίνη

Maymetsi®

σιταγλιπτίνη/μετφορμίνη



Pitavador
πιταβασατίνη
1 mg | 2 mg | 4 mg

CO-ROSUVADOR

ροσουβασατίνη/εξετιμίμπη

5/10 mg | 10/10 mg | 20/10 mg



ΧΟΡΗΓΗΣΗ PITAVADOR F.C. Tab 1mg/tab Btx30 Α.Τ.* 10,58 €, 2mg/tab Btx30 Α.Τ.* 18,06 €, 4mg/tab Btx30 Α.Τ.* 27,73 €
ΜΕ ΙΑΤΡΙΚΗ CO-ROSUVADOR F.C. Tab 5/10mg/tab Btx30 Α.Τ.* 12, 96 €, 10/10mg/tab Btx30 Α.Τ.* 7,41 €, 20/10mg/tab Btx30 Α.Τ.* 10, 79 €
ΣΥΝΤΑΓΗ * Λιανικές Τιμές βάσει δελτίου τιμών που δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο 2024.

KRKA HELLAS

Μιχαλακοπούλου 45, 115 28 Αθήνα
Τηλ.: 210 010 1613, E-mail: Info.gr@krka.biz
www.krka.biz

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



Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να συμβουλευτείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος σκανάροντας το QR code



Rustez®

Ροσουβαστατίνη/Εζετιμίπη

RUSTEZ® F.C.TAB (5+10)MG/TAB BT X 30 TABS | Λ.Τ: 23,26
RUSTEZ® F.C.TAB (10+10)MG/TAB BT X 30 TABS | Λ.Τ: 23,62
RUSTEZ® F.C.TAB (20+10)MG/TAB BT X 30 TABS | Λ.Τ: 27,70
RUSTEZ® F.C.TAB (40+10)MG/TAB BT X 30 TABS | Λ.Τ: 31,05

Τρόπος διάθεσης: Με ιατρική συνταγή. Καλύπτεται από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Πριν την συνταγογράφηση απευθυνθείτε στις Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των προϊόντων σκανάροντας το κάτωθι QR CODE ή κατόπιν αιτήματος στον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας.



Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και

Αναφέρετε

ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα

Συμπληρώνοντας την «**ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ**»



Menarini Hellas



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*



ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΖΟΕΤΟΥΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2, ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΗΣ ΠΡΟΒΛΕΠΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΜΟΝΤΕΛΟΥ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΥΠΟΛΕΙΠΟΜΕΝΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ιωάννα Κεχαγιά^{1,2}, Σοφία-Παναγιώτα Παννακοπούλου¹, Φ. Μπάρκας³, Μαίρη Γιαννακούλια¹, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π.Π. Σφηκκάκης⁴, Χ. Πίτσαβος⁵, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, ³Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ⁴Α' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Α' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης διαφόρων δεικτών παχυσαρκίας με την 20ετή επίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), σε φαινομενικά υγιείς ενήλικες που συμμετείχαν στη μελέτη ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Στην παρούσα ανάλυση περιλήφθηκαν δεδομένα από 2000 άτομα χωρίς αθηροσκληρωτική καρδιαγγειακή νόσο και ΣΔτ2 κατά την έναρξη (μέση ηλικία: 43 ± 13 έτη, 51% γυναίκες). Καταγράφηκαν κοινωνικοδημογραφικά, ανθρωπομετρικά, κλινικά, βιοχημικά καθώς και χαρακτηριστικά του τρόπου ζωής, κατά την έναρξη και στις επανεκτιμήσεις. Αξιολογήθηκαν ανθρωπομετρικοί δείκτες σχετιζόμενοι με τη συνολική και την κεντρική παχυσαρκία καθώς και δείκτες που σχετίζονται με τη δυσλειτουργία του λιπώδους ιστού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της 20ετούς παρακολούθησης, η επίπτωση του ΣΔτ2 ήταν 26,3% (95%ΔΕ 24,4%, 28,3%). Όλοι οι εξεταζόμενοι δείκτες παρουσίασαν ανεξάρτητη συσχέτιση με την εμφάνιση ΣΔτ2, με συνολική διαγνωστική ακρίβεια περίπου 75%. Εξαιρουμένου του δείκτη συσσώρευσης λιπιδίων (LAP), οι δείκτες δυσλειτουργίας λιπώδους ιστού παρουσίασαν μέτρια διακριτική ικανότητα (C-statistic: 0,70-0,80), παρόμοια με τους δείκτες παχυσαρκίας που αξιολογούν τη συνολική και κεντρικού τύπου παχυσαρκία. Επιπλέον, το όφελος στην προγνωστική ικανότητα για την εμφάνιση του υπολειπόμενου κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2 από τους εξεταζόμενους δείκτες παχυσαρκίας κυμάνθηκε από 0% για τους ανθρωπομετρικούς δείκτες σχετιζόμενους με την παχυσαρκία, έως 4,7% για τους δείκτες που σχετίζονται με τη δυσλειτουργία του λιπώδους ιστού. Συγκεκριμένα, οι δείκτες $TyG*WHtR$ και $TyG*WC$ παρουσίασαν τη μεγαλύτερη διακριτική ικανότητα μεταξύ των δεικτών δυσλειτουργίας του λιπώδους ιστού.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι παραδοσιακοί ανθρωπομετρικοί δείκτες παχυσαρκίας όσο και εκείνοι που αντικατοπτρίζουν τη δυσλειτουργία του λιπώδους ιστού εμφάνισαν μέτρια προγνωστική αξία ως προς την εμφάνιση ΣΔτ2 σε βάθος 20ετίας. Τα ευρήματα αυτά αναδεικνύουν τον πολυπαραγοντικό ρόλο της αυξημένης λιπώδους μάζας στον μεταβολισμό της γλυκόζης, τη σημασία μιας ολιστικής αξιολόγησης της παχυσαρκίας στη στρατηγική πρόληψης του διαβήτη, σε συνδυασμό με την πιθανή ενσωμάτωση των δεικτών δυσλειτουργίας λιπώδους ιστού στα μελλοντικά μοντέλα πρόβλεψης του υπολειπόμενου κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2.

Η ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΠΡΟΒΛΕΠΕΙ ΤΑ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΑ ΕΙΔΗ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Ν. Ψωμάς², Μαίρη Βιδάλη², Τζεσιάννα Μπέλη², Ελένη Σιδέρη^{1,2}, Βενετία Ζαΐρη², Ρουξάντρα Τομά², Α. Χατζηκωστής², Α. Μελιδώνης¹

¹Metropolitan Hospital, ²Cardiff Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι γνωστό πως ο Διαβήτης συνοδεύεται με επιπλοκή Χρόνιας Νεφρικής Νόσου. Διερευνητέο είναι το αν η Χρόνια Νεφρική Νόσος δύναται να προβλέψει τη μείωση των γνωστικών λειτουργιών και ποιες, ακριβώς, πτυχές αυτών.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς με διαβήτη από τους οποίους N=219 ήταν γυναίκες, N=393 ήταν άνδρες και N=8 επέλεξαν άλλο. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν MO=62,6 έτη. Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν MO= 11,69 έτη. Ο μέσος όρος του GFR ήταν MO=83,21 και TA=24,32. Η συνολική γνωστική λειτουργία μετρήθηκε με το Mini Mental State Examination (MMSE). Επίσης, η καθυστερημένη ανάκληση της μνήμης προέκυψε από το Five-Word Test. Η ταχύτητα επεξεργασίας μετρήθηκε με το Trail Making A. Τα εργαλεία αυτά είναι αξιόπιστα και έγκυρα. Η μέθοδος ανάλυσης που χρησιμοποιήθηκε ήταν η Απλή Γραμμική Παλινδρόμηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό, καθώς $F=(1,492) = 25,17$, προσαρμοσμένο $R^2=0,05$ και $p < 0,001$. Το GFR βρέθηκε ότι προβλέπει τη συνολική γνωστική λειτουργία, αφού $\beta=0,22$. Άρα, όσο μειώνεται το GFR προβλέπει μείωση της συνολικής γνωστικής λειτουργίας. Επίσης το μοντέλο με την καθυστερημένη ανάκληση της μνήμης ήταν στατιστικά σημαντικό, καθώς $F=(1,492) = 18,43$, προσαρμοσμένο $R^2=0,03$ και $p < 0,001$. Το GFR βρέθηκε ότι προβλέπει τη συνολική καθυστερημένη ανάκληση της μνήμης, αφού $\beta=0,19$. Άρα, όσο μειώνεται το GFR προβλέπει μείωση της μνήμης. Τέλος, το μοντέλο με την ταχύτητα επεξεργασίας ήταν στατιστικά σημαντικό, καθώς $F=(1,475) = 39,20$, προσαρμοσμένο $R^2=0,07$ και $p < 0,001$. Το GFR βρέθηκε ότι προβλέπει την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών, αφού $\beta=-0,28$. Άρα, όσο μειώνεται το GFR προβλέπει αύξηση του χρόνου ολοκλήρωσης της δοκιμασίας Trail Making A (μείωση της ταχύτητας επεξεργασίας).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, η Χρόνια Νεφρική Νόσος προβλέπει μείωση των γνωστικών λειτουργιών, ακόμα και μετά από προσαρμογή σε όλους τους άλλους παράγοντες κινδύνου. Συγκεκριμένα, προβλέπει μείωση της συνολικής γνωστικής λειτουργίας, της καθυστερημένης ανάκλησης της μνήμης και της ταχύτητας επεξεργασίας.

ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΠΡΟΤΥΠΩΝ, ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙ-ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΚΕΝΤΡΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ 24ΕΤΙΑ

Γ. Καραμανάκος¹, Αναστασία Παπαζαφειροπούλου², Α. Κουτσοβασίλης³, Αγγελική Βάκκα³, Κ. Μαγγανάς¹, Κ. Σαλαπάτας¹, Άννα Γαρμπή¹, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου³, Ν. Τεντολούρης¹, Σ. Λιάτης¹

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό, ²Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο», ³Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Η αποτελεσματική ρύθμιση των λιπιδίων είναι ζωτικής σημασίας για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Στόχος της παρούσας μελέτης ήταν η καταγραφή της εξέλιξης των προτύπων, της αποτελεσματικότητας και του κόστους της αντιλιπιδαιμικής αγωγής στους ασθενείς με ΣΔτ2 σε τριτοβάθμια διαβητολογικά κέντρα στην Ελλάδα, κατά την τελευταία 24ετία.

ΥΛΙΚΑ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Περιλαμβάνονται δεδομένα από 4.963 ασθενείς με ΣΔτ2 που είχαν τουλάχιστον δύο επισκέψεις στα διαβητολογικά ιατρεία τριών τριτοβάθμιων νοσοκομείων τα έτη 1998, 2006, 2012, 2018 και 2024. Καταγράφηκαν κλινικά, δημογραφικά δεδομένα και το λιπιδαιμικό προφίλ. Παράλληλα καταγράφηκε το είδος της αντιλιπιδαιμικής αγωγής, η συχνότητα χρήσης στατινών, της εξετιμίμης, των φιβρατών, των PCSK9i, η χρήση γενοσήμων έναντι πρωτότυπων φαρμάκων και το μηνιαίο κόστος, υπολογισμένο βάσει τιμών ΕΟΠΥΥ και αναπροσαρμοσμένο με βάσει πληθωρισμού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η χρήση αντιλιπιδαιμικής αγωγής αυξήθηκε από 17,5% των ασθενών το 1998 σε 79,5% το 2024 ($p < 0,001$). Συγκεκριμένα το 2024, το 70,1% των ασθενών λάμβανε στατίνη, το 32,1% λάμβανε εξετιμίμη (είτε μόνη είτε σε συνδυασμό), το 7,6% λάμβανε φιβράτες και μόλις το 0,2% PCSK9i. Το 66,2% των αντιλιπιδαιμικών φαρμάκων ήταν γενόσημα, ενώ το 33,8% πρωτότυπα. Η μέση τιμή LDL-C μειώθηκε σταθερά από $149,7 \pm 40,9$ mg/dL το 1998 σε $77,8 \pm 37,6$ mg/dL το 2024 ($p < 0,001$). Το ποσοστό των ασθενών που πέτυχαν τον στόχο LDL-C < 100 mg/dL αυξήθηκε από 9,5% σε 78,9% ($p < 0,001$). Το μέσο μηνιαίο κόστος της αντιλιπιδαιμικής αγωγής αυξήθηκε από €2,2 το 1998 σε €18,0 το 2024.

ΠΙΝΑΚΑΣ: Μέσες τιμές χαρακτηριστικών ασθενών (ΜΟ $\pm$ ΤΑ).

Έτος	Ηλικία (έτη)	Διάρκεια διαβήτη (έτη)	BMI (kg/m ²)	ΣΑΠ	LDL-C
1998	62,5 $\pm$ 10,3	9,8 $\pm$ 6,7	29,4 $\pm$ 5,0	139,3 $\pm$ 17,8	149,7 $\pm$ 40,9
2006	64,5 $\pm$ 10,5	11,5 $\pm$ 7,1	30,1 $\pm$ 5,5	134,8 $\pm$ 18,6	112,6 $\pm$ 33,8
2012	67,4 $\pm$ 9,6	13,6 $\pm$ 7,8	30,5 $\pm$ 5,9	135,1 $\pm$ 17,3	96,9 $\pm$ 29,7
2018	66,6 $\pm$ 10,3	14,2 $\pm$ 8,1	30,9 $\pm$ 6,3	132,4 $\pm$ 16,4	85,7 $\pm$ 25,3
2024	65,1 $\pm$ 11,3	15,1 $\pm$ 8,9	30,2 $\pm$ 7,0	132,5 $\pm$ 17,9	77,8 $\pm$ 37,6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Κατά την τελευταία 24ετία, η χρήση της αντιλιπιδαιμικής θεραπείας σε ασθενείς με ΣΔτ2 αυξήθηκε σημαντικά, με παράλληλη βελτίωση στον έλεγχο της LDL-C. Η ευρύτερη χρήση εξετιμίμης και συνδυαστικών σχημάτων οδήγησε σε υψηλότερα ποσοστά επίτευξης στόχων, ενώ η αυξημένη χρήση γενοσήμων φαρμάκων πιθανόν περιορίσε περαιτέρω την οικονομική επιβάρυνση.

ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ, ΠΡΟΣΚΟΛΛΗΣΗ ΣΤΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ 20ΕΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Σοφία-Παναγιώτα Γιαννακοπούλου¹, Ναταλία Σίνου², Αικατερίνη Σκανδάλη², Γεωργία Αναστασίου³, Ι. Ανδρικού², Χριστίνα Χρυσόχοου², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος³, Π. Σφηκάκης³, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, ²A' Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, ³A' Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», ⁴B' Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ενώ ο καρδιομεταβολικός δείκτης (CMI) αποτελεί έναν νέο δείκτη αξιολόγησης της κατανομής του λιπώδους ιστού και της μεταβολικής λειτουργίας, η σχέση του με την καρδιαγγειακή νόσο παραμένει ασαφής. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει τη συσχέτιση μεταξύ του CMI και του 20ετούς κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, εξετάζοντας τον πιθανό τροποποιητικό ρόλο της προσκόλλησης στη Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ).

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες/1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης συνελέχθησαν διατροφικές πληροφορίες μέσω ημι-ποσοτικού ερωτηματολογίου κατανάλωσης τροφίμων και αξιολογήθηκε ο βαθμός υιοθέτησης της ΜΔ, μέσω του MedDietScore (εύρος 0-55) όπου υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη προσκόλληση στις αρχές της ΜΔ. Παράλληλα λήφθηκαν δείγματα αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων τριγλυκεριδίων και χοληστερόλης των υψηλής πυκνότητας λιποπρωτεϊνών (HDL-C) ενώ πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της περιφέρειας μέσης και ύψους, που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του δείκτη CMI. Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια, η οποία περιλάμβανε 1988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της 20ετούς παρακολούθησης, 718 συμμετέχοντες (36%) εκδήλωσαν καρδιαγγειακή νόσο. Για κάθε 1 μονάδα αύξηση του δείκτη CMI, η πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακού συμβάματος κατά τη διάρκεια της 20ετίας, αυξάνεται κατά περίπου 32% (ΣΚ=1,320, $p=0,031$, κατόπιν προσαρμογής για ηλικία, φύλο, κάπνισμα και σωματική δραστηριότητα). Διαστροφάτωση ως προς την υιοθέτηση της ΜΔ, έδειξε ότι η συσχέτιση ήταν στατιστικά σημαντική μόνο στα άτομα με χαμηλή προσκόλληση στη ΜΔ (χαμηλότερο τρίτημώριο MedDietScore), όπου αύξηση κατά 1 μονάδα στον CMI, συσχετίστηκε με αύξηση κατά περίπου 47,6% (ΣΚ=1,476, $p=0,047$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυξημένα επίπεδα του δείκτη CMI σχετίζονται με αυξημένο 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, ιδιαίτερα σε άτομα με χαμηλή προσκόλληση στη ΜΔ, γεγονός που υπογραμμίζει τον πιθανό τροποποιητικό ρόλο της διατροφής στον καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Ο ΣΥΝΕΡΓΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΚΑΙ ΑΝΘΡΩΠΟΜΕΤΡΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥΣ, ΚΑΙ Η 20ΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ιωάννα Κεχαγιά^{1,2}, Φ. Μπάρκας³, Κωνσταντίνα Κυριλή⁴, Π.-Σ. Αδαμίδης⁴, Ασημίνα Λουκίνα⁵, Ευρυδίκη Κραββαρίτη⁴, Ε. Λυμπερόπουλος⁴, Π.Π. Σφηκκάκης⁴, Χριστίνα Χρυσοχόου⁵, Κ. Τσιούφης⁵, Χ. Πίτσαβος⁵, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, ³Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ⁴Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος των κοινωνικοδημογραφικών (ηλικία, φύλο) και των ανθρωπομετρικών παραμέτρων (Δείκτης μάζας σώματος-ΔΜΣ, ηλικίο περιφέρειας μέσης προς ύψος-WHtR), στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2), έχει μελετηθεί ενδελεχώς. Ωστόσο ο ρόλος τους, και η πιθανή ή μη- συνέργεια, στη μακροχρόνια επίπτωση ΣΔτ2, σε άτομα με διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (ΔΓΝ), δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του συνεργιστικού ρόλου των παραπάνω παραγόντων και της ΔΓΝ, στον 20ετή κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική επιδημιολογική έρευνα που ξεκίνησε το 2001 στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής, με στόχο την παρακολούθηση της υγείας του πληθυσμού. Συνολικά συμμετείχαν 2000 ενήλικες, ηλικίας 43 ± 13 ετών, εκ των οποίων το 51% ήταν γυναίκες. Καταγράφηκαν κοινωνικοοικονομικά, ανθρωπομετρικά, βιοχημικά χαρακτηριστικά και παράγοντες τρόπου ζωής, τόσο κατά την έναρξη (2001) όσο και στους επανελέγχους (2006, 2012, 2022). ΔΓΝ παρουσίαζαν 773 άτομα (39%), εκ των οποίων 343 ήταν γυναίκες (44,4%) και 430 άνδρες (55,6%).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η 20ετής επίπτωση ΣΔτ2 σε άτομα με ΔΓΝ ήταν 45% (347/773), 36,7% στις γυναίκες και 51,4% στους άνδρες ($p < 0,001$). Στα άτομα με ΔΓΝ, κάθε έτος ηλικίας αύξανε τον κίνδυνο κατά 2% (ΣΚ=1,02, 95%ΔΕ 1,01, 1,03), το άρρεν φύλο κατά 82% (ΣΚ=1,82, 95%ΔΕ 1,36, 2,43), η αύξηση του ΔΜΣ κατά 1 μονάδα κατά 4% (ΣΚ=1,04, 95%ΔΕ 1,01, 1,09), η αύξηση του δείκτη WHtR κατά 0,1 μονάδα κατά 50% (ΣΚ=1,50, 95%ΔΕ 1,24, 1,81). Στους νορμογλυκαιμικούς, η ηλικία αύξανε τον κίνδυνο κατά 2% (ΣΚ=1,02, 95%ΔΕ 1,01, 1,03), ενώ η αύξηση του WHtR ανά 0,1 μονάδα κατά 35% (ΣΚ=1,35, 95%ΔΕ 1,12, 1,62), αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το άρρεν φύλο φαίνεται να δρα συνεργιστικά με τη ΔΓΝ, στον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔτ2 μακροχρόνια, επομένως το φύλο δύναται να αποτελέσει ισχυρό προβλεπτικό παράγοντα εξέλιξης ΣΔτ2, στην περίπτωση της διαταραγμένης ομοιόστασης της γλυκόζης.

Ο ΣΥΝΕΡΓΙΣΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΙΚΟΥ ΒΑΡΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΠΛΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΔΥΑΣΤΙΚΩΝ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΚΑΙ ΖΟΕΤΟΥΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ιωάννα Κεχαγιά^{1,2}, Φ. Μπάρκας³, Ε. Μιελής⁴, Ελπινίκη Βλαχοπούλου¹, Χριστίνα Βαφία¹, Δ. Δαλμύρας¹, Γεωργία Αναστασίου⁵, Ε. Λυμπερόπουλος⁵, Π.Π. Σφηκάκης⁵, Χριστίνα Χρυσοχόου⁴, Κ. Τσιούφης⁴, Χ. Πίτσαβος⁴, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, ³Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ⁴Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος σωματικού βάρους έχει μελετηθεί ενδελεχώς, όσον αφορά στην πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Ωστόσο ο συνεργιστικός ρόλος του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους/παχυσαρκίας στη συσχέτιση ανάμεσα στους λιπιδαιμικούς δείκτες (ολική χοληστερόλη/HDL-χοληστερόλη, CMI, NHHR) και στη μακροχρόνια επίπτωση ΣΔτ2, δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση του υπέρβαρου/παχυσαρκίας, στη συσχέτιση ανάμεσα στους λιπιδαιμικούς δείκτες και στον ΣΔτ2.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» συνιστά μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη καταγραφής και παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού, και πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. 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). Το δείγμα της παρούσας μελέτης περιλάμβανε 2000 ενήλικες, ηλικίας 43 ± 13 ετών (51% γυναίκες).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στην 20ετία, 26,3% (95%ΔΕ 24,4%, 28,3%) των συμμετεχόντων εμφάνισαν ΣΔτ2. Το σύνολο των απλών και συνδυαστικών λιπιδαιμικών δεικτών συσχετίστηκε σημαντικά με την 20ετή εμφάνιση ΣΔτ2, αφού λήφθηκαν υπόψη ποικίλοι συγχυτικοί παράγοντες ($p < 0,001$). Στην ομάδα των υπέρβαρων/παχύσαρκων η αύξηση του λόγου ολική χοληστερόλη/HDL-χοληστερόλη κατά μία μονάδα συσχετίστηκε με αύξηση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2 στην 20ετία κατά 18% ($ΣΚ=1,18$ 95%ΔΕ 1,02, 1,35), η αύξηση του δείκτη CMI κατά μία μονάδα με αύξηση του κινδύνου κατά 15% ($ΣΚ=1,15$ 95%ΔΕ 0,99, 1,32), και του δείκτη NHHR κατά μία μονάδα με αύξηση του κινδύνου κατά 17% ($ΣΚ=1,17$ 95%ΔΕ 1,02, 1,35), κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώθηκε στην ομάδα των νορμοβαρών (p αλληλεπίδρασης $< 0,001$)

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το υπερβάλλον σωματικό βάρος και/ή η παχυσαρκία φαίνεται να δρα συνεργιστικά, στη θετική συσχέτιση ανάμεσα στο δυσμενές λιπιδαιμικό προφίλ, όπως αποτυπώνεται μέσω των λιπιδαιμικών δεικτών, και στην εμφάνιση ΣΔτ2 μακροπρόθεσμα.

ΣΥΝΥΠΑΡΞΗ ΘΥΡΕΟΕΙΔΙΤΙΔΑΣ HASHIMOTO, N. ADDISON ΚΑΙ ΠΡΩΤΟΔΙΑΓΝΩΣΘΕΝΤΟΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Η. Γεωργόπουλος, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1 (ΣΔτ1), η νόσος Addison και η Θυρεοειδίτιδα Hashimoto μπορεί να συνυπάρχουν στο πλαίσιο του συνδρόμου πολλαπλής αυτοάνοσης ενδοκρινικής ανεπάρκειας.

ΣΚΟΠΟΣ: Να περιγράψουμε την περίπτωση ασθενούς με διαβητική κετοξέωση ως πρώτη εκδήλωση ΣΔ και ταυτόχρονη ύπαρξη θυρεοειδίτιδας Hashimoto και νόσου Addison.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Άνδρας 16 ετών εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω διαβητικής κετοξέωσης, με ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό. Μετά την αποκατάσταση φυσιολογικής οξεοβασικής ισορροπίας και την επίτευξη νορμογλυκαιμίας, παρατηρήθηκε εμμένουσα υπερκαλιαιμία και ληθαργική κατάσταση. Ο ορμονολογικός έλεγχος κατέδειξε αυξημένη TSH (12,5 mIU/ml). Λόγω της υπερκαλιαιμίας και της εμφάνισης ήπιας μελάγχρωσης του προσώπου και των θηλών, εστάλψαν τα επίπεδα ACTH, τα οποία βρέθηκαν αυξημένα (1500 pg/ml). Τα επίπεδα αντί-TPO και αντί-TG ήταν επίσης αυξημένα (180 και 320 iu/l). Και η δοκιμασία τετρακοσακτίδης 1 mg απέβη θετική για φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια. Ο περαιτέρω έλεγχος με υπερηχογραφικό έλεγχο και Scan θυρεοειδούς ήταν συμβατός με Θυρεοειδίτιδα Hashimoto. Ο ανοσολογικός έλεγχος κατέδειξε θετικά αντί-GAD και αντισώματα έναντι της τυροσινοφωσφατάσης. Η MRI υπόφυσης ήταν αρνητική.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η συνύπαρξη ανεπάρκειας σε περισσότερους του ενός ενδοκρινείς αδένες αποτελεί φαινόμενο που υποεκτιμάται στην καθημερινή κλινική πράξη. Η κλινική υποψία και ο πλήρης παρακλινικός έλεγχος μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση των ποικίλων εμφανίσεων του συνδρόμου πολλαπλής αυτοάνοσης ενδοκρινικής ανεπάρκειας.

ΑΠΟ ΤΙΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΠΤΥΧΕΣ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΗ ΠΟΥ ΕΞΑΣΘΕΝΕΙ ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΚΑΙ ΑΠΟ ΠΟΙΟ ΟΡΙΟ ΚΑΙ ΠΑΝΩ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Μαίρη Βιδάλη², Ελένη Σιδέρη^{1,2}, Ν. Ψωμάς², Βενετία Ζαΐρη², Εμμανουέλα Χουρδάκη¹, Αικατερίνη Τρικκαλινού¹, Α. Μελιδώνης¹

¹Metropolitan Hospital, ²Cardiff Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι ήδη γνωστό πως υπάρχουν διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες αναφορικά με τις γνωστικές λειτουργίες. Διερευνητέο είναι το από ποια ηλικία και μετά παρατηρείται η γνωστική εξασθένηση σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη και ποιες πτυχές των λειτουργιών αυτών εξασθενούν πρώτες.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Οι συμμετέχοντες ήταν ασθενείς με διαβήτη από τους οποίους N=219 ήταν γυναίκες, N=393 ήταν άνδρες και N=8 επέλεξαν άλλο. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν MO=62,6 έτη. Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν MO=11,69 έτη. Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε 4 ομάδες με βάση την ηλικία τους: Ομάδα 1 = Lowest-30 (N=14), Ομάδα 2 = 31-50 (N=102), Ομάδα 3 = 51-65 (N=225), Ομάδα 4 = 66-Highest (N=279). Η συνολική γνωστική λειτουργία μετρήθηκε με το Mini Mental State Examination (MMSE). Επίσης, η καθυστερημένη ανάκληση της μνήμης προέκυψε από το Five-Word Test. Τα εργαλεία αυτά είναι αξιόπιστα και έγκυρα. Η μέθοδος ανάλυσης ήταν η ANOVA κατά 1 ανεξάρτητη μεταβλητή.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες αναφορικά με το MMSE, καθώς $F(3,609) = 19,20$ και $p < 0,001$. Αναλυτικότερα, φάνηκε να υπάρχουν διαφορές μεταξύ των ασθενών ηλικίας 31-50 με MO=28 και των ασθενών ηλικίας 66-Highest με MO=25,92 με $p < 0,001$. Τέλος, βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ασθενών ηλικίας 51-65 με MO=27,48 και των ασθενών ηλικίας 66-Highest με MO=25,92 με $p < 0,001$. Επίσης, αναφορικά με την καθυστερημένη ανάκληση της μνήμης βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στις ηλικιακές ομάδες, καθώς $F(3,609) = 35,80$ και $p < 0,001$. Αναλυτικότερα, βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των ασθενών ηλικίας 51-65 με MO=5,43 και των ασθενών ηλικίας 66-Highest με MO=4,13 με $p < 0,001$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, όπως είναι ήδη γνωστό, υπάρχουν διαφορές στις γνωστικές λειτουργίες ανάμεσα σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι η λειτουργία της καθυστερημένης ανάκλησης της μνήμης φαίνεται να αρχίζει να εξασθενεί από την ηλικία των 51 και μετά, λόγω της επίδρασης του διαβήτη αθροιστικά στην επίδραση του χρόνου.

ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗ ΚΑΙ ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ: ΠΟΙΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΑΠΟΤΙΜΟΥΝ ΘΕΤΙΚΑ ΤΗ ΣΧΕΣΗ;

Βενετία Ζαϊρη², Μαίρη Βιδάλη², Τζεσιάννα Μπέλη², Ελένη Σιδέρη^{1,2}, Ρουζάντρα Τομά², Αικατερίνη Τρικκαλινού¹, Α. Μελιδώνης¹

¹Metropolitan Hospital, ²Cardiff Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με μελέτες είναι γνωστό ότι υπάρχει συσχέτιση της ινσουλινοαντίστασης με τη στεάτωση του ήπατος. Διερευνητέο είναι το ποιοι, συγκεκριμένα, δείκτες ινσουλινοαντίστασης συσχετίζονται με τη στεάτωση ήπατος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Οι συμμετέχοντες ήταν N=141 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Οι άνδρες ήταν N=93 άτομα και οι γυναίκες N=48. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν MO=62,6 έτη με TA=11,72. Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν MO=11,69 έτη με TA=10,62. Οι δείκτες που ελέγχθηκαν με επικαιροποιημένες εφαρμογές ήταν το FIB-4 για τη στεάτωση ήπατος και οι HOMA-IR, TYG και QUICKI για την ινσουλινοαντίσταση. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS. Η μέθοδος ανάλυσης ήταν ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's r correlation coefficient).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Διαπιστώθηκε μια στατιστικά σημαντική ισχυρή θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $r=0,882$ και $p=0,020$. Επομένως, όσο αυξάνεται το FIB-4 τόσο αυξάνεται και το HOMA-IR. Ακολούθως, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson για να εξετάσει τη συσχέτιση ανάμεσα στο FIB-4 και στο QUICKI. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $r=-0,071$ και $p>0,05$. Τέλος, χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson για να εξετάσει τη συσχέτιση ανάμεσα στο FIB-4 και στο TYG. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $r=-0,045$ και $p>0,05$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, από τους ελεγχθέντες δείκτες ινσουλινοαντίστασης μόνο ο HOMA-IR ελέγχει και συσχετίζει στατιστικά σημαντικά την ινσουλινοαντίσταση με τη στεάτωση ήπατος. Το εύρημα αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, καθώς ναι μεν ήταν ήδη γνωστή η σχέση της ινσουλινοαντίστασης με τη στεάτωση ήπατος, αλλά πλέον βρέθηκε από την παρούσα μελέτη το ποιος, ακριβώς, δείκτης ινσουλινοαντίστασης συσχετίζεται θετικά με τη στεάτωση ήπατος.

Ο ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ

Αικατερίνη Τρικκαλινού¹, Βασιλική Κουλοσούσα¹, Εμμανουέλα Χουρδάκη¹,
Μαριάνθη Καραδημητρίου¹, Κ. Παπαλαζάρου¹, Μαίρη Βιδάλη², Α. Μελιδώνης¹

¹Metropolitan Hospital, ²Cardiff Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Σύμφωνα με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, είναι γνωστό πως οι επιπλοκές του Διαβήτη στο άτομο είναι πολλαπλές. Έτσι ερευνήθηκε ο επιπολασμός των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη σε ενδεικτικό δείγμα του Διαβητολογικού Κέντρου Metropolitan Hospital.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στη συγκεκριμένη ερευνά επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία N=992 ασθενείς του διαβητολογικού κέντρου, από τους οποίους N=474 γυναίκες (47,8%) και N=518 άνδρες (52,2%). Από τους ασθενείς N=40 (4%) είχαν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 1, N=912 (92%) είχαν διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2 και N=40 (4%) είχαν προδιαβήτη. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν MO=62,6 έτη με TA=11,72. Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν MO=13,10 έτη με TA=10,7.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:**1. Καρδιαγγειακές Επιπλοκές**

Η πλειοψηφία των ατόμων πάσχουν από στεφανιαία νόσο ή καρδιακή ανεπάρκεια N=613 (61,8%). Αναφορικά με τους ασθενείς με STEND ή μπαλονάκι ήταν N=263 (26,5%), N=29 (2,9%) με αγγειακό εγκεφαλικό, N=87 (8,8%) δεν υπήρχαν δεδομένα για το είδος της καρδιαγγειακής επιπλοκής.

2. Διαβητική Νευροπάθεια

Για τη διερεύνηση της διαβητικής νευροπάθειας, συλλέχθηκαν δεδομένα από την εξέταση του βιοδιαθεσίόμετρου. Η πλειοψηφία των ασθενών N=593 (59,7%), δεν πάσχει από διαβητική νευροπάθεια (βιοδιαθεσίόμετρο και των δύο άκρων <25). Ενώ το N=399 (40,3%), κατά την κλινική εξέταση βρέθηκε με νευροπάθεια λόγω διαβήτη (βιοδιαθεσίόμετρο και των δύο άκρων >25).

3. Νεφρικές Επιπλοκές

Από τους N=992 ασθενείς για τους οποίους υπολογίστηκε το GFR, N=160 (16,1%) είχαν GFR <60, ενώ N=832 (83,9%) είχαν GFR >61.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, αποτυπώθηκε ο επιπολασμός των επιπλοκών του διαβήτη ενός διαβητολογικού κέντρου. Η μελέτη αυτή υπογραμμίζει τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης και παρακολούθησης των σχετιζόμενων επιπλοκών σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη καθώς και την ανάγκη για ενίσχυση των προληπτικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων στο πλαίσιο της πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας.



ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΩΝ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΕΦΗΒΩΝ

Κωνσταντίνη Αρσενίου¹, Δ. Νάσης²

¹Νοσηλεύτρια, ΠΕ Επισκέπτρια Υγείας, MSc, φοιτήτρια Νοσηλευτικής ΠΑΔΑ, ΓΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα, ²Νοσηλεύτης, MSc, ΓΑΟΝΑ «Ο ΑΓΙΟΣ ΣΑΒΒΑΣ», Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο ΣΔτ1 είναι μια αυτοάνοση διαταραχή, όπου το ανοσοποιητικό σύστημα επιτίθεται στα νησίδια του παγκρέατος, καταστρέφοντας τα β-κύτταρα που παράγουν ινσουλίνη. Η παραδοσιακή διαχείριση του ΣΔτ1 απαιτεί διαρκή μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης και συχνές ενέσεις ινσουλίνης, κάτι που καθιστά δύσκολη την καθημερινότητα των ασθενών. Ωστόσο, η σύγχρονη τεχνολογία έχει φέρει επανάσταση στον τρόπο διαχείρισης της νόσου.

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της επίδρασης των νέων τεχνολογιών στη διαχείριση του ΣΔτ1 σε παιδιά και εφήβους.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Διενεργήθηκε αναζήτηση με λέξεις κλειδιά όπως σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, παιδιά, έφηβοι, νέες τεχνολογίες, αισθητήρες μέτρησης γλυκόζης, αντλίες ινσουλίνης 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, όσες σχετίζονταν άμεσα με το υπό διερεύνηση θέμα και ήταν γραμμένες στην αγγλική γλώσσα.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ένα από τα πιο σημαντικά εργαλεία είναι τα συστήματα συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης (CGM), τα οποία προσφέρουν συνεχή παρακολούθηση των επιπέδων γλυκόζης. Η εξέλιξη των αντλιών ινσουλίνης είναι σημαντική και ακριβής επιτρέποντας στους ασθενείς να προγραμματίζουν δόσεις βάσει των αναγκών τους. Η ανάπτυξη της τηλεϊατρικής επιτρέπει στους ασθενείς να παρακολουθούνται απομακρυσμένα από τους ιατρούς τους, οι οποίοι λαμβάνουν δεδομένα από τα συστήματα CGM και τις αντλίες ινσουλίνης σε πραγματικό χρόνο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Οι νέες τεχνολογίες επιτρέπουν την ταχύτερη και πιο αποτελεσματική προσαρμογή της θεραπείας, ενώ μειώνουν την ανάγκη συχνών επισκέψεων σε ιατρεία. Προσφέρουν επίσης στους ασθενείς καλύτερο έλεγχο της καθημερινής διαχείρισης της νόσου τους, μέσω της χρήσης ψηφιακών εργαλείων και υπενθυμίσεων. Η χρήση των σύγχρονων τεχνολογιών βελτιώνει σημαντικά την ποιότητα ζωής των ατόμων με ΣΔτ1, προσφέροντάς τους μεγαλύτερη αυτονομία και καλύτερη ψυχολογική ευεξία.

ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΜΕΣΗΣ-ΤΡΙΓΛΥΚΕΡΙΔΙΩΝ, 20ΕΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΚΑΙ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΦΥΛΟΥ: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Σοφία-Παναγιώτα Γιαννακοπούλου¹, Κ. Δημητριάδης², Ε. Μιχελής², Π.-Σ. Αδαμίδης³, Γ. Μετζαντωνάκης², Χριστίνα Χρυσού², Σμαραγδή Αντωνοπούλου¹, Φ. Μπάρκας⁴, Ε. Λυμπερόπουλος³, Π. Σφηκάκης³, Κ. Τσιούφης², Χ. Πίτσαβος², Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο, ²Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, «Ιπποκράτειο» Νοσοκομείο, ³Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», ⁴Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Μελέτες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός αυξημένης περιφέρειας μέσης και υψηλών τριγλυκεριδίων είναι πιο αποτελεσματικός στην αναγνώριση ατόμων με αθηρογόνο λιπιδαιμικό προφίλ σε σύγκριση με άλλους δείκτες. Στην παρούσα μελέτη, διερευνήθηκε η συσχέτιση μεταξύ του δείκτη περιφέρειας μέσης-τριγλυκεριδίων (WTI) και του 20ετούς κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου, εξετάζοντας τις πιθανές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών.

ΥΛΙΚΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» είναι μια προοπτική μελέτη πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο 2002-2022. Το 2002, συνολικά 3.042 ενήλικες χωρίς κλινικά εκδηλωμένη καρδιαγγειακή νόσο (1.514 άνδρες/1.528 γυναίκες) δέχθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη. Κατά την έναρξη της μελέτης λήφθηκαν δείγματα αίματος για τη μέτρηση των επιπέδων τριγλυκεριδίων και πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις της περιφέρειας μέσης, που χρησιμοποιήθηκαν για τον υπολογισμό του δείκτη WTI. Πραγματοποιήθηκε παρακολούθηση μετά από 20 χρόνια, η οποία περιελάμβανε 1.988 άτομα με διαθέσιμα δεδομένα για την εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Κατά τη διάρκεια της 20ετούς παρακολούθησης, 718 συμμετέχοντες (36%) εκδήλωσαν καρδιαγγειακή νόσο. Μετά από προσαρμογή για την ηλικία και το φύλο, κάθε αύξηση κατά 1 μονάδα στον δείκτη WTI συσχετίστηκε με αύξηση περίπου 0,2% στον 20ετή κίνδυνο καρδιαγγειακού συμβάματος (ΣΚ=1,002, $p=0,010$). Διαστρωμάτωση ως προς το φύλο, έδειξε ότι η συσχέτιση ήταν στατιστικά σημαντική μόνο στις γυναίκες, στις οποίες αύξηση κατά 1 μονάδα στον δείκτη WTI, συσχετίστηκε με αύξηση του 20ετούς κινδύνου εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου κατά 0,5% (ΣΚ=1,005, $p=0,024$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αυξημένα επίπεδα του δείκτη WTI σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, με την επίδραση αυτή να είναι πιο έντονη στις γυναίκες. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τον πιθανό τροποποιητικό ρόλο του φύλου στην εκτίμηση του καρδιαγγειακού κινδύνου και την ανάγκη για εμβάθυνση της έρευνας στην πολύπλοκη αλληλεπίδραση μεταξύ φύλου και καρδιαγγειακής νόσου.

ΤΡΟΧΙΕΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΓΜΕΝΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΝΗΣΤΕΙΑΣ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥΣ, ΚΑΙ ΖΟΕΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2: ΜΕΛΕΤΗ ΑΤΤΙΚΗ (2002-2022)

Ιωάννα Κεχαγιά^{1,2}, Φ. Μπάρκας³, Ε. Μιχελής⁴, Ελπινίκη Βλαχοπούλου¹, Χριστίνα Βαφιά¹, Δ. Δαλμύρας¹, Γεωργία Αναστασίου⁵, Ε. Λυμπερόπουλος⁵, Π.Π. Σφηκκάκης⁵, Χριστίνα Χρυσοχόου⁴, Κ. Τσιούφης⁴, Χ. Πίτσαβος⁴, Δ. Παναγιωτάκος¹

¹Τμήμα Διαιτολογίας-Διατροφής, Σχολή Επιστημών Υγείας & Αγωγής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Κλινικής Διαιτολογίας-Διατροφής, Διαγνωστικό και Θεραπευτικό Κέντρο Αθηνών ΥΓΕΙΑ, ³Τμήμα Εσωτερικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, ⁴Α΄ Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ⁵Α΄ Τμήμα Προπαιδευτικής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ: Ο ρόλος της Μεσογειακής Διατροφής (ΜΔ) και του καπνίσματος έχει μελετηθεί ενδελεχώς, όσον αφορά στην πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Ωστόσο η συσχέτιση αυτών στην εμφάνιση ΣΔτ2, δεν έχει επαρκώς μελετηθεί. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης των ως άνω τροχιών και της μακροχρόνιας επίπτωσης ΣΔτ2, σε άτομα με διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (ΔΓΝ) καθώς και σε νορμογλυκαιμικούς.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη «ΑΤΤΙΚΗ» συνιστά μία προοπτική επιδημιολογική μελέτη καταγραφής και παρακολούθησης της υγείας του πληθυσμού, και πραγματοποιήθηκε στην ευρύτερη περιοχή της Αττικής. 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 Μεσογειακή Διατροφή (ΜΔ) (εύρος 0-55), ενώ χρησιμοποιήθηκαν οι τροχιές καπνίσματος, και υιοθέτησης της ΜΔ (2002-2022). Το δείγμα της παρούσας μελέτης περιλάμβανε 2000 ενήλικες, ηλικίας 43 ± 13 ετών (51% γυναίκες) και το σύνολο των ατόμων με ΔΓΝ ήταν 773 (39%) [343 γυναίκες (44,4%), 430 άνδρες (55,6%)].

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η 20ετής επίπτωση ΣΔτ2 ήταν 45% [36,7% στις γυναίκες και 51,4% στους άνδρες ($p < 0,001$)]. Στα άτομα με ΔΓΝ, η τροχιά της σταθερά υψηλής προσκόλλησης στη ΜΔ συσχετίστηκε με μείωση του 20ετούς κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2 κατά 59% ($\Sigma K = 0,41$ 95%ΔΕ 0,26, 0,65), ενώ η τροχιά σταθερά υψηλής προσκόλλησης στο κάπνισμα σε αύξηση του κινδύνου κατά 67% ($\Sigma K = 1,67$ 95%ΔΕ 1,14, 2,44), αντίστοιχα. Στους νορμογλυκαιμικούς, η τροχιά σταθερά υψηλής προσκόλλησης στη ΜΔ συσχετίστηκε με μείωση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔτ2 κατά 40% ($\Sigma K = 0,60$ 95%ΔΕ 0,36, 0,99), ενώ η τροχιά σταθερά υψηλής προσκόλλησης στο κάπνισμα αύξησε τον κίνδυνο κατά 52% ($\Sigma K = 1,52$ 95%ΔΕ 1,01, 2,28), αντίστοιχα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μακροχρόνια σταθερά υψηλή προσκόλληση στη ΜΔ και στο κάπνισμα φαίνεται να δρουν συνεργιστικά με το διαταραγμένο γλυκαιμικό προφίλ, στην εμφάνιση ΣΔτ2 μακροπρόθεσμα.

ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΥΠΝΟΥ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ

Η. Γεωργόπουλος^{1,2}, Δ. Μπίρμπα², Γ. Φαβατάς¹, Α. Χατζόπουλος^{1,2}, Π. Χέρας²

¹Παθολογικός Τομέας Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου, ²Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Συσχέτιση της διάρκειας του ύπνου με τον επιπολασμό ή της επίπτωσης της Αρτηριακής Υπέρτασης (ΑΥ) αναφέρεται σε πρόσφατες επιδημιολογικές μελέτες. Υποστηρίζεται ότι η χρονίως μειωμένη διάρκεια του ύπνου μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένη δραστηριότητα του συμπαθητικού συστήματος, με αποτέλεσμα την αύξηση της Αρτηριακής Πίεσης (ΑΠ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η διερεύνηση της σχέσης της αναφερόμενης ημερήσιας διάρκειας του ύπνου (ΑΗΔΥ) με την ΑΥ σε αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού της Αργολίδας, καθότι δεν υπάρχουν δεδομένα στον Ελλαδικό χώρο.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν 2089 κάτοικοι Αργολίδας (911 άνδρες και 1178 γυναίκες) μέσης ηλικίας $46,9 \pm 15$ ετών, οι οποίοι ταξινομήθηκαν σε 5 ομάδες βάσει της ΑΗΔΥ (Α <6 ώρες, Β: 6-7 ώρες, Γ: 7-8 ώρες, Δ: 8-9 ώρες, και Ε >9 ώρες). Ως υπερτασικά ορίστηκαν τα άτομα με γνωστή ΑΥ και εκείνα με Συστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ) ≥ 140 mm Hg, και Διαστολική Αρτηριακή Πίεση (ΔΑΠ) ≥ 90 mm Hg.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο επιπολασμός της ΑΥ ήταν 29,1%. Η μέση ΑΗΔΥ ήταν στα υπερτασικά άτομα $7,13 \pm 1,29$ ώρες και $7,24 \pm 1,17$ ώρες στα μη υπερτασικά ($p < 0,001$). Τα άτομα με ΑΗΔΥ <6 ώρες (Ομάδα Α) παρουσιάζουν υπέρταση σε ποσοστό 41,1% έναντι 25,9%, 30,2%, 27,8% και 26,2% των Ομάδων Β, Γ, Δ, Ε αντίστοιχα ($p=0,009$). Η ΑΗΔΥ συσχετίζεται αρνητικά με τη ΣΑΠ ($p=0,002$), τη ΔΑΠ ($p=0,035$) και την πίεση σφυγμού ($p=0,001$). ΑΗΔΥ <6 ώρες διπλασιάζει την πιθανότητα ΑΥ (OR= 1,73, 95% CI= 1,22-2,45, $p=0,002$).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η μειωμένη διάρκεια του ύπνου σχετίζεται με την αυξημένη αρτηριακή πίεση και πίεση σφυγμού, η οποία υποδηλώνει σκλήρυνση του αγγειακού τοιχώματος. Διάρκεια ύπνου <6 ώρες ημερησίως διπλασιάζει την πιθανότητα εμφάνισης ΑΥ. Τα ανωτέρω συνηγούν υπέρ της αναγκαιότητας περαιτέρω παρέμβασης στον τρόπο ζωής για την πρόληψη και αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης.

ΝΕΥΡΟΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΙΣΘΗΤΗΡΙΑΚΗΣ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

Μυρτώ Πατάγια Μπακαράκη¹, Θεοφάνης Δουρμπόνης²

¹Τμήμα Εργοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, ²251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σχέση μεταξύ του νευρικού συστήματος και του μεταβολισμού αποτελεί αντικείμενο αυξανόμενου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι η αισθητηριακή ολοκλήρωση μπορεί να επηρεάσει τη ρύθμιση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και, κατ' επέκταση, μεταβολικές λειτουργίες όπως η έκκριση ινσουλίνης, η ρύθμιση του στρες και η ενεργειακή ομοιόσταση. Ωστόσο, η διερεύνηση της συμβολής της νευροεργοθεραπείας σε αυτή τη διαδικασία παραμένει περιορισμένη.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση εξετάζει τη συσχέτιση μεταξύ αισθητηριακής ολοκλήρωσης και μεταβολικών παραμέτρων, διερευνώντας τον πιθανό ρόλο της νευροεργοθεραπείας στη διαχείριση μεταβολικών νοσημάτων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar, χρησιμοποιώντας λέξεις-κλειδιά όπως «sensory integration», «autonomic nervous system», «metabolism», «occupational therapy» και «diabetes regulation». Εντάχθηκαν άρθρα των τελευταίων 10 ετών που σχετίζονται με τη θεματική της νευροεργοθεραπείας και των μεταβολικών διαταραχών.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η ανασκόπηση έδειξε ότι παρεμβάσεις εργοθεραπείας που εστιάζουν στην αισθητηριακή ολοκλήρωση μπορούν να επηρεάσουν το στρες, μειώνοντας την υπερέκκριση κορτιζόλης και βελτιώνοντας την απόκριση στην ινσουλίνη. Επιπλέον, νευροεργοθεραπευτικές τεχνικές, όπως η βαθιά πίεση και οι πολυαισθητηριακές παρεμβάσεις, φαίνεται να συμβάλλουν στη ρύθμιση της ενεργειακής ισορροπίας. Παρόλα αυτά, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την καθιέρωση συγκεκριμένων πρωτοκόλλων παρέμβασης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η αισθητηριακή ολοκλήρωση αποτελεί πολλά υποσχόμενη παρέμβαση στη ρύθμιση των μεταβολικών παραμέτρων, ανοίγοντας νέες προοπτικές για τη διαχείριση των μεταβολικών νοσημάτων μέσω της νευροεργοθεραπείας. Η περαιτέρω μελέτη του θέματος μπορεί να οδηγήσει σε καινοτόμες θεραπευτικές προσεγγίσεις με εφαρμογές στην κλινική πράξη.

ΣΤΕΑΤΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΒΑΘΜΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Εμμανουέλα Χουρδάκη¹, Μαίρη Βιδάλη², Τζεσιάννα Μπέλη², Ελένη Σιδέρη^{1,2}, Βενετία Ζαΐρη², Ρουξάντρα Τομά², Α. Χατζηκωστής², Α. Μελιδώνης¹

¹Metropolitan Hospital, ²Cardiff Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Είναι γνωστό ότι σε πολλές περιπτώσεις υπάρχει συσχέτιση του διαβήτη με καρδιαγγειακές επιπλοκές. Διερευνητέο είναι από την παρούσα μελέτη αν ο βαθμός καρδιαγγειακού κινδύνου στον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2 συσχετίζεται με τον βαθμό στεάτωσης ήπατος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Οι συμμετέχοντες ήταν N=141 άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Οι άνδρες ήταν N=93 άτομα και οι γυναίκες N=48. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν MO=62,6 έτη με TA=11,72. Η μέση διάρκεια διαβήτη ήταν MO=11,69 έτη με TA=10,62. Οι δείκτες που ελέγχθηκαν με επικαιροποιημένες εφαρμογές ήταν το FIB-4 για τη στεάτωση ήπατος και το ESC CVD Risk (Score 2 Diabetes) για τον βαθμό καρδιαγγειακού κινδύνου. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS. Η μέθοδος ανάλυσης ήταν ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's r correlation coefficient).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Χρησιμοποιήθηκε ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson για να εξετάσει τη συσχέτιση ανάμεσα στο FIB-4 και στο Score-2. Βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές, καθώς $r=0,624$ και $p=0,047$. Επομένως, όσο αυξάνεται το Score-2 (βαθμός καρδιαγγειακού κινδύνου) τόσο αυξάνεται και το FIB-4 (κίνδυνος στεάτωσης ήπατος).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, όσο αυξάνεται ο βαθμός καρδιαγγειακού κινδύνου στον Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2, τόσο αυξάνεται και ο κίνδυνος στεάτωσης ήπατος. Τα αποτελέσματα υπογραμμίζουν τη σημασία της εξατομικευμένης ιατρικής προσέγγισης για τους διαβητικούς ασθενείς. Η αξιολόγηση του καρδιαγγειακού κινδύνου σε συνδυασμό με την υγεία του ήπατος είναι κρίσιμη για τη δημιουργία ενός αποτελεσματικού πλάνου θεραπείας.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ-2 ΥΠΕ-ΤΗΝ ΕΠΤΑΕΤΙΑ 2018-2024

Χρυστίνα Σεϊτοπούλου¹, Γεωργία Καλλιώρα², Χρήστος Νάτσος³, Μαριλένα Σταμούλη⁴, Νικόλαος Καλόγηρος⁵, Αντωνία Μουρτζίκου⁶

¹Βιοπαθολογικό Εργαστήριο ΚΥ ΝΙΚΑΙΑΣ - ΠΦΥ, ²ΔΥΠΕ, Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Άγιος Παντελεήμων», ³Τμήμα Βιολογίας, ΕΚΠΑ, ⁴Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, «ΝΝΑ», ⁵Βιοπαθολογικό Εργαστήριο, «ΝΝΑ», ⁶Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Πατρών, ⁶Μικροβιολογικό Τμήμα, ΓΓΝΠ «Άγιος Παντελεήμων»

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο διαβήτης κύησης εμφανίζεται συνήθως μετά το δεύτερο τρίμηνο της κυοφορίας, 2 στις 10 εγκύους θα εμφανίσουν διαβήτη κύησης.

ΣΚΟΠΟΣ: Ήταν η διερεύνηση του διαβήτη κύησης στο Βιοπαθολογικό εργαστήριο του ΚΥ Νίκαιας την επταετία 2018-2024.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Η γενική αίματος εκτελέσθηκε στον αιματολογικό αναλυτή CELLTAC G της NIHON KOHDEN, ο βιοχημικός έλεγχος στον KONELAB 60 ενώ η γενική ούρων με τη μέθοδο Multistix των 10 παραμέτρων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:

2018-2024	Γλυκοζαιμία (74-115 mg/dL)	Γλυκοζουρία (+/-)	Λευκωματουρία (+/-)	Γλυκοζυλιωμένη A1c (4,0-6,0%)
764 έγκυες γυναίκες	152 ↑ 592 N 20 ↓	Στις 152 ↑ σάκχαρο αίματος: οι 49 +	Στις 152 ↑ σάκχαρο αίματος: οι 51 +	Στις 152 ↑ σάκχαρο αίματος: οι 76 ↑ A1c Στις 592 N σάκχαρο αίματος: οι 120 ↑ A1c
Σύνολο	764 έγκυες	49 έγκυες με γλυκοζουρία	51 έγκυες με λευκωματουρία	196 έγκυες με ↑ A1c

↑ υψηλή τιμή, N Φυσιολογικές τιμές, ↓ Χαμηλή τιμή

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αποδεικνύεται για πολλοστή φορά, ότι η A1c αποτελεί τον στοχευμένο δείκτη ανίχνευσης του διαβήτη κύησης, με τη λευκωματουρία/γλυκοζουρία να ακολουθούν. Ο διαβήτης κύησης ευθύνεται για πολυάριθμες επιπλοκές όπως η καθυστέρηση ενδομήτριας ανάπτυξης, η προεκλαμψία-εκλαμψία, η προωρότητα, η νεογενική υπογλυκαιμία κ.λπ. Η πρώιμη ανίχνευσή του στοχεύει στη διασφάλιση τόσο της ποιότητας ζωής της μητέρας και του εμβρύου, όσο και πρωτίστως στην επιβίωσή τους. Ο διαβήτης θεωρείται ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα Δημόσιας υγείας παγκοσμίως λόγω του πολυμορφισμού, της διαφορετικής του προσέγγισης, των επιπλοκών του, συνεπώς η συμβολή της Π.Φ.Υ. στην έγκυρη και έγκαιρη διάγνωσή του θεωρείται ακρογωνιαίος λίθος στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

ΨΕΥΔΟΑΠΟΦΩΛΙΔΟΤΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2

Η. Γεωργόπουλος¹, Ι. Τσιπιανίτη², Α. Χατζόπουλος¹, Π. Χέρας¹

¹Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου, ²Οφθαλμολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Το Ψευδοαποφωλιδोटικό Σύνδρομο (PEX-S) που χαρακτηρίζεται από εναπόθεση παθολογικών ινιδικών στοιχείων σε οφθαλμικές και εξοφθαλμικές δομές έχει συνδεθεί τα τελευταία χρόνια με την εμφάνιση αθηρωματικών βλαβών.

ΣΚΟΠΟΣ: Στη μελέτη μας εξετάζεται αν η ύπαρξη του PEX-S είναι πιο συχνή σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) που έχουν μακροαγγειακές βλάβες σε σχέση με τους μη διαβητικούς αγγειακούς ασθενείς.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: 100 αγγειακοί ασθενείς ηλικίας $59,5 \pm 9,5$ ετών αποτέλεσαν το δείγμα της μελέτης μας (60 άνδρες και 40 γυναίκες). Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε οφθαλμολογική εξέταση με σχισμοειδή λυχνία για την ύπαρξη PES-X. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το Fishers Exact Test.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Στο 24% του συνόλου (24 ασθενείς) ανευρέθηκε PEX-S στην ομάδα των διαβητικών PEX-S παρατηρήθηκε στο 30% (15 ασθενείς) έναντι 18% (9 ασθενείς) των μη διαβητικών ασθενών ($p=0,24$ $RR=1,35$ 95% CI: 0,91-2,01 OR=1,95). Στους άρρενες PEX-S εμφανίστηκε στο 28% (17 ασθενείς) και συγκεκριμένα στο 37% (11 ασθενείς) των διαβητικών και στο 20% (6 ασθενείς) των μη διαβητικών ($p=0,25$ $RR=1,46$ 95% CI 0,90-2,38 OR=2,31). Στις γυναίκες, PEX-S εμφανίστηκε στο 18% (7 ασθενείς) και συγκεκριμένα στο 20% (4 ασθενείς) των διαβητικών και στο 15% (3 ασθενείς) των μη διαβητικών ($p=1,00$ $RR=1,17$ 95% CI 0,56-2,45 OR=1,41).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Το PEX-S, αν και φαίνεται να συναντάται συχνότερα στους αγγειακούς ασθενείς με ΣΔτ2, η εμφάνιση του δεν διαφέρει στατιστικά σημαντικά με εκείνη των μη διαβητικών. Ομοίως δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές και ως προς το φύλο των ασθενών, παρότι PEX-S, εμφανίστηκε συχνότερα στους άνδρες με ΣΔτ2.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΤΗΣ ΚΙΡΚΑΔΙΑΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ Η ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Μυρτώ Πατάγια Μπακαράκη

Τμήμα εργοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι διαταραχές του κιρκάδιου ρυθμού σχετίζονται άμεσα με μεταβολικά νοσήματα όπως η παχυσαρκία, ο διαβήτης τύπου 2 και το μεταβολικό σύνδρομο. Ωστόσο, η επίδραση αυτών των διαταραχών στη λειτουργικότητα των ατόμων και ο ρόλος της εργοθεραπείας ως μη φαρμακευτική παρέμβαση δεν έχουν διερευνηθεί επαρκώς.

ΣΚΟΠΟΣ: Η παρούσα μελέτη διερευνά την πιθανότητα εργοθεραπευτικής παρέμβασης για τη ρύθμιση των κιρκάδιων ρυθμών, με στόχο τη βελτίωση της λειτουργικότητας και της ποιότητας ζωής των ατόμων με μεταβολικά νοσήματα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργείται συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε μελέτες που αφορούν:

- τη σύνδεση μεταξύ κιρκάδιου ρυθμού και μεταβολικών διαταραχών,
- εργοθεραπευτικές παρεμβάσεις στη ρύθμιση των ρουτινών και της αισθητηριακής ρύθμισης,
- τη συμβολή των δραστηριοτήτων καθημερινής ζωής (ADLs) στη ρύθμιση του βιολογικού ρολογιού.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Οι υπάρχουσες μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η διαταραχή του ύπνου και η αστάθεια στις καθημερινές ρουτίνες επιδεινώνουν τις μεταβολικές δυσλειτουργίες. Προκαταρκτικά στοιχεία υποδεικνύουν ότι παρεμβάσεις όπως η σταθεροποίηση των ρουτινών ύπνου, η διαχείριση φωτισμού και η προσαρμογή των δραστηριοτήτων μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ατόμων με μεταβολικά νοσήματα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η εργοθεραπεία μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του κιρκάδιου ρυθμού, συμβάλλοντας στη βελτίωση της ποιότητας ζωής ατόμων με μεταβολικά νοσήματα. Η ανάπτυξη στοχευμένων παρεμβάσεων αποτελεί πεδίο μελλοντικής έρευνας με καινοτόμες προεκτάσεις.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΣΕ ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Η. Γεωργόπουλος, Γ. Κορδοπάτη, Α. Χατζόπουλος, Π. Χέρας

Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

ΣΚΟΠΟΣ: Να καταγραφεί και να μελετηθεί η τυχόν ανάπτυξη διαταραχών επιπέδων σακχάρου σε ογκολογικούς ασθενείς, δεδομένου ότι στη βιβλιογραφία αναφέρεται ότι τα χρησιμοποιούμενα χημειοθεραπευτικά σχήματα πιθανόν να έχουν τοξική επίδραση στα β-κύτταρα του παγκρέατος, γεγονός που μπορεί να προκαλέσει ανωμαλίες σε ότι αφορά την έκκριση της ινσουλίνης.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Υλικό της μελέτης μας αποτέλεσαν συνολικά 138 νεοπλασματικοί ασθενείς (76 άνδρες και 62 γυναίκες), στους οποίους ελέγχθηκαν περιοδικά τα επίπεδα του σακχάρου του αίματος (αιμοληψία μετά από 12ωρη νηστεία) με τη βοήθεια βιοχημικού αναλυτή (φωτοχημική μέθοδος). Από τη μελέτη μας αποκλείστηκαν προηγουμένως όσοι ασθενείς παρουσίασαν πριν την ανάπτυξη του όγκου ιστορικό διαταραχής των επιπέδων του σακχάρου στο αίμα (σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σακχαρώδη διαβήτη κυήσεως ή θετική δοκιμασία ανοχής γλυκόζης).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συνολικά σημαντικά αυξημένες τιμές σακχάρου νηστείας ($> 180 \text{ mg/dL}$) παρουσίασαν 49 ασθενείς (ποσοστό 35,5%) εκ των οποίων 30 ήταν άνδρες (ποσοστό 39,5%) και 19 γυναίκες (ποσοστό 30,6%). Επίσης, αρκετά μεγάλος αριθμός ασθενών (36 άτομα-26,1%) παρουσίασε μικρότερου βαθμού διαταραχές στην ανοχή γλυκόζης (τιμές σακχάρου 120-180 mg/dL).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αποδεικνύεται, επομένως, στους νεοπλασματικούς ασθενείς, εμφανίζονται συχνά και μάλιστα συχνότερα στους άνδρες, τόσο διαταραχές ανοχής γλυκόζης όσο και αληθής σακχαρώδης διαβήτης, ως αποτέλεσμα της τοξικής επίδρασης των χημειοθεραπευτικών σχημάτων, που εφαρμόζονται στη θεραπεία τους. Ως εκ τούτου, η συστηματική παρακολούθηση των τιμών του σακχάρου στους ασθενείς αυτούς, είναι απαραίτητες, έτσι ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές του.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΙΔΗΡΟΠΕΝΙΚΗΣ ΑΝΑΙΜΙΑΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΤΗΣ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Μαριλένα Σταμούλη, Ευφροσύνη Κανναβού, Ανδρέας Πολύζος, Σοφία Κουγιουμτζίδου, Βασιλική Μπουρτσάλα, Μαρία Τσεσμελή, Κωνσταντίνα Ζερβού, Χρυσάνθη Νικολέρη, Σοφία Κουκλά, Ιωάννης Θεοδωράκος, Εμμανουήλ Κωνσταντάκης

Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Βιοχημικό Τμήμα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η σιδηροπενική αναιμία οφείλεται στην ανεπάρκεια του σιδήρου και αποτελεί τη συχνότερα απαντώμενη αναιμία στον γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι αφορά σε περισσότερα από 2 δισεκατομμύρια ανθρώπους παγκοσμίως και επηρεάζει κυρίως βρέφη, παιδιά, εφήβους και γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Σκοπός της εργασίας μας είναι η διερεύνηση της σιδηροπενικής αναιμίας στον πληθυσμό της κοινότητας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη έχουν συμπεριληφθεί 945 ενήλικα άτομα, 374 άνδρες (39,6%) και 571 γυναίκες (60,4%), ηλικίας 18 ως 65 ετών, στα οποία έγινε προσδιορισμός για σίδηρο, φερριτίνη, τρανσφερίνη και ολική σιδηροδεσμευτική ικανότητα (TIBC). Οι μετρήσεις έγιναν στον αυτόματο βιοχημικό αναλυτή ABBOTT ARCHITECT C8000. Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το SPSS Version25.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η μέση τιμή του σιδήρου ήταν για τους άνδρες 95,2 και για τις γυναίκες 76,0 μg/dL, για τη φερριτίνη 98,2 και 30,7 ng/mL, για την τρανσφερίνη 228,0 και 243,5 και για την TIBC 298,4 και 313,6 αντίστοιχα. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στη μέση τιμή και των τεσσάρων παραμέτρων μεταξύ ανδρών και γυναικών. Τα αποτελέσματα συνοψίζονται στον παρακάτω πίνακα:

		ΑΝΔΡΕΣ		ΓΥΝΑΙΚΕΣ	
		n	%	n	%
ΣΙΔΗΡΟΣ Τ.Α. ΑΝΔΡΕΣ 60-160 μg/dL Τ.Α. ΓΥΝΑΙΚΕΣ 40-150 μg/dL	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	75	20,1	66	11,6
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	270	72,2	429	75,1
	ΥΦΗΛΟΤΕΡΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	29	7,8	76	13,3
ΦΕΡΡΙΤΙΝΗ Τ.Α. ΑΝΔΡΕΣ 20-240 ng/mL Τ.Α. ΓΥΝΑΙΚΕΣ 10-120 ng/mL	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	12	3,2	156	27,3
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	362	96,8	415	72,7
ΤΡΑΝΣΦΕΡΙΝΗ Τ.Α. 170-330 mg/dL	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	7	1,9	14	2,5
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	367	98,1	557	97,5
TIBC Τ.Α. 220-400 μg/dL	ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ	18	4,8	14	2,5
	ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΕΠΙΠΕΔΑ	356	95,2	557	97,5

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συνολικά 141 (14,9%) άτομα, 75 άνδρες και 66 γυναίκες παρουσίαζαν ανεπάρκεια σιδήρου και 168 (17,8%), 12 άνδρες και 156 γυναίκες, ανεπάρκεια φερριτίνης. Οι χαμηλές τιμές του σιδήρου αφορούν και στα δύο φύλα εξίσου, ενώ η ανεπάρκεια φερριτίνης αφορά κυρίως τις γυναίκες. Επιπρόσθετα 105 άτομα (11,1%), 29 άνδρες και 76 γυναίκες, είχαν επίπεδα σιδήρου μεγαλύτερο από το ανώτατο όριο του διαστήματος αναφοράς. Τα ποσοστά ανεπάρκειας σχετικά με την τρανσφερίνη και την TIBC είναι 2,22% και 3,39% αντίστοιχα και αφορούν εξίσου και στα δύο φύλα. Το παρατηρούμενο ποσοστό σιδηροπενίας είναι υψηλό στον υπό μελέτη πληθυσμό.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΠΡΩΤΟΕΜΦΑΝΙΖΟΜΕΝΗ ΥΠΗΛΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΣΤΟ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ευανθία Κρασιά², Α. Γκίκας²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η υψηλή αρτηριακή πίεση, που αναφέρεται επίσης ως αρτηριακή υπέρταση αποτελεί ένα είδος επιδημίας στον σύγχρονο κόσμο. Επηρεάζοντας σχεδόν τον μισό πληθυσμό, πολλά άτομα δεν γνωρίζουν καν ότι έχουν αυτή την κατάσταση. Η αρτηριακή πίεση μετράει ποια είναι η πίεση που ασκεί το αίμα στα τοιχώματα των αρτηριών καθώς ρέει σε αυτά. Αν αφεθεί χωρίς θεραπεία, η υψηλή αρτηριακή πίεση μπορεί να οδηγήσει σε πολλά σοβαρά προβλήματα υγείας. Επειδή τα συμπτώματα της υψηλής πίεσης του αίματος μπορεί να μην εκδηλωθούν έως ότου τα επίπεδα είναι επικίνδυνα υψηλά, είναι πολύ σημαντικό για τα άτομα να κατανοήσουν τα αίτια της αρτηριακής υπέρτασης και τους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της.

Όσον αφορά τις αιτίες της υψηλής αρτηριακής πίεσης για το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού, δεν υπάρχει ενιαία, ευδιάκριτη αιτία υψηλής αρτηριακής πίεσης. Αυτό ονομάζεται πρωτοπαθής ή ιδιοπαθής υπέρταση και πιστεύεται ότι αναπτύσσεται βαθμιαία με την πάροδο του χρόνου. Στη δευτεροπαθή υπέρταση, η υψηλή αρτηριακή πίεση προκαλείται άμεσα από μια υποκείμενη ιατρική κατάσταση, όπως: 1. Νεφρικά προβλήματα, 2. Όγκοι επινεφριδίων, 3. Διαταραχές του θυρεοειδούς, 4. Αποφρακτική άπνοια ύπνου, 5. Συγγενή παθήσεις των αιμοφόρων αγγείων, 6. Ορισμένα φάρμακα, 7. Ναρκωτικά, συμπεριλαμβανομένων των αμφεταμινών και της κοκαΐνης.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργαστηριακή διερεύνηση ασθενούς 53 ετών που προσήλθε στα ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων για κρίση υπέρτασης και κεφαλαλγία.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής άρρεν ετών 53 προσήλθε με υψηλή αρτηριακή πίεση (190/100) και κεφαλαλγία στα ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων από τον οποίον ελήφθησαν αιματολογικές εξετάσεις που στάλθηκαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων. Ο ασθενής αυτός έχει ιστορικό ΣΔ τυπού II υπό αγωγή και η υπέρταση ΉΤΑΝ πρωτοεμφανιζόμενη με ταυτόχρονη αναιμία από 3μήνου χωρίς να έχει διερευνηθεί το αίτιο ούτε της αναιμίας ούτε της υπέρτασης. Από τον ασθενή ελήφθησαν μετά αιμοληψία οι εξής εξετάσεις αίματος 1. Γενική αίματος, 2. Γενική ούρων, 3. ΤΚΕ, 4. Πλήρης Βιοχημικός έλεγχος (ουρία, κρεατινίνη, ηπατικά SGOT και SGPT, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, γGT, αλκαλική φωσφατάση, Νάτριο, Κάλιο, σάκχαρο).

Η επεξεργασία των δειγμάτων έγινε στον βιοχημικό αναλυτή της ΚΕΚΗ και της γενικής αίματος στον αναλυτή ABACUS 5 της medicon.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γενική αίματος του ασθενούς είχε WBC 5.700 με πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών (πολυμορφοπύρρηνα 60%, λεμφοκύτταρα 35%, μονοκύτταρα 4%, πωσινόφιλα 1%) και PLT 220.000. Ο αιματοκρίτης HCT ήταν 35,0 με αιμοσφαιρίνη HGB 12,5 g/dL με MCV 80 και MCH 30. Η ΤΚΕ είχε τιμή 85 mm/h, η CRP είχε τιμή 3 mg/dL εντός φυσιολογικών ορίων, η ουρία είναι 200 mg/dL και η κρεατινίνη 4,5 mg/dL. Ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος ήταν κατά φύσιν. Στη γενική ούρων ο ασθενής εμφάνισε αιμοσφαιρίνη θετική (++) και στο ίζημα της γενικής ούρων κατά τη μικροσκόπηση υπήρχαν δύσμορφα ερυθρά σε ποσοστό 70%. Μετά συνεννόηση του Ιατρού Βιοπαθολόγου και του εφημερεύοντα Γενικού Ιατρού ο ασθενής προσκομίστηκε σε εφημερεύον 3βάθμιο Νοσοκομείο για περαιτέρω διερεύνηση και αντιμετώπιση.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η κρίση υπέρτασης του ασθενούς αυτού συνοδεύεται και προκαλείται από σοβαρή επιβάρυνση της νεφρικής λειτουργίας αυτού (ουρία 200 mg/dL, κρεατινίνη 4,5 mg/dL) με πολύ υψηλή ΤΚΕ με τιμή 85 mm/h αλλά και την παρουσία δύσμορφων ερυθρών σε ποσοστό 70% που υποδηλώνει βλάβη του σπειράματος των νεφρών. Όντως εντός του Νοσοκομείου ο ασθενής μετά βιοψία νεφρού και περαιτέρω διερεύνηση διαγνώστηκε με αυτοάνοσο νόσημα (αγγειίτιδα των μικρών αγγείων ανοσολογικής αιτιολογίας) όπως μας είχε προκαθορίσει η ύπαρξη δύσμορφων ερυθρών κατά τη μικροσκόπηση του ιζήματος ούρων αλλά και η υψηλή ΤΚΕ στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ.

CHRONO-OCCUPATIONAL THERAPY: ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΝΑΤΟΤΗΤΑΣ ΕΠΑΝΑΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΚΙΡΚΑΔΙΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΚΑΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΣΩ ΕΡΓΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ

Μυρτώ Πατάγια Μπακαράκη¹, Θεοφάνης Δουρμπόνης²

¹Τμήμα Εργοθεραπείας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Ελλάδα, ²251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Ελλάδα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο κirkάδιος ρυθμός αποτελεί βασικό ρυθμιστή των φυσιολογικών λειτουργιών του ανθρώπινου οργανισμού, επηρεάζοντας την ορμονική έκκριση, τη θερμοκρασία του σώματος, τον ύπνο, τη γνωσιακή απόδοση και την ενεργειακή ισορροπία. Η απορρύθμιση αυτού του ρυθμού έχει συνδεθεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων μεταβολικών παθήσεων, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, η παχυσαρκία, η υπέρταση και το μεταβολικό σύνδρομο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της δυνατότητας αξιοποίησης εργοθεραπευτικών παρεμβάσεων ως μέσου συγχρονισμού του κirkάδιου ρυθμού καθώς και η μελέτη της επίδρασής τους στη βελτίωση της μεταβολικής υγείας και της συνολικής λειτουργικότητας των ατόμων.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργήθηκε συστηματική ανασκόπηση της διεθνούς επιστημονικής βιβλιογραφίας στις βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus και Google Scholar. Χρησιμοποιήθηκαν λέξεις - κλειδιά: “circadian rhythm”, “occupational therapy”, “chrono-therapy”, “metabolic health”, “biological clock”, “activity timing” και “executive function”.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα ευρήματα ανέδειξαν τη σημασία της χρονικής δόμησης δραστηριοτήτων, της τήρησης σταθερών ρουτινών και της ρύθμισης του ύπνου και της διατροφής. Οι παρεμβάσεις αυτές σχετίζονται με ενίσχυση του κirkάδιου συγχρονισμού και ενδεχόμενη βελτίωση μεταβολικών δεικτών, αν και απαιτείται περαιτέρω επιβεβαίωση μέσω πειραματικών μελετών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Η chrono-occupational therapy προτείνεται ως μια ανερχόμενη προσέγγιση στην εργοθεραπευτική πρακτική. Η ανάπτυξη και εφαρμογή στοχευμένων, χρονικά προσαρμοσμένων παρεμβάσεων δύναται να προσφέρει νέα θεραπευτικά εργαλεία για την υποστήριξη ατόμων με μεταβολικές ή νευρογνωστικές διαταραχές, καθιστώντας αναγκαία τη διεξαγωγή πρωτογενούς έρευνας υψηλής ποιότητας.

Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΟΙ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΦΥΛΟ ΣΤΟ ΑΓΧΟΣ

Μαίρη Βιδάλη², Α. Μελιδώνης¹, Ελένη Σιδέρη^{1,2}

¹Metropolitan Hospital, ²London Metropolitan University

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Μερικές έρευνες δείχνουν ότι ο διαβήτης συσχετίζεται με το άγχος, ενώ άλλες πως δεν συσχετίζεται. Ο στόχος της παρούσας έρευνας είναι να εξετάσει το αν η διάρκεια του Διαβήτη Τύπου 2 και η ηλικία των ασθενών μπορούν να συσχετιστούν με το άγχος και το αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες με διαβήτη τύπου 2 ως προς το άγχος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Στην έρευνα αυτή οι συμμετέχοντες ήταν N=190 άτομα με Διαβήτη Τύπου 2, εκ των οποίων N=133 (70%) ήταν άνδρες, N=57 (30%) ήταν γυναίκες. Ο μέσος όρος της ηλικίας στο δείγμα ήταν M=62,43 έτη (TA=11,47). Για να εξεταστεί το άγχος χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα άγχους HAMILTON που είναι αξιόπιστη και έγκυρη. Για τις στατιστικές αναλύσεις χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS. Οι μέθοδοι ανάλυσης ήταν ο γραμμικός συντελεστής συσχέτισης Pearson (Pearson's r correlation coefficient) και το t-test ανεξάρτητων δειγμάτων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στη διάρκεια Διαβήτη και στο άγχος, καθώς $r=0,063$ και $p>0,05$. Επίσης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και στο άγχος, καθώς $r=0,045$ και $p>0,05$. Τέλος, δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, με τους άνδρες να έχουν μέσο όρο άγχους M=13,62 (TA=8,69) και τις γυναίκες μέσο όρο άγχους M=12,39 (TA=7,91), καθώς $t(188)=-0,92$ και $p>0,05$.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη βρήκε πως δεν υπάρχει συσχέτιση του Διαβήτη με το άγχος. Η έλλειψη συσχέτισης μπορεί να οφείλεται στο ότι οι συμμετέχοντες παρακολουθούνταν από ειδικούς υγείας σε τακτική βάση και προλάμβαναν, ενδεχομένως, τα συμπτώματα του άγχους. Το ίδιο βρέθηκε και σε άλλες μελέτες που οι ασθενείς επισκέπτονταν κάθε έξι μήνες περίπου ειδικούς υγείας για τον διαβήτη.

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Ευαγγελία Μαχίνη

Γενικός Ιατρός, Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας Ανατολικής Αττικής

ΣΚΟΠΟΣ: Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό πρόβλημα για τη δημόσια υγεία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της συχνότητας εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε κοινοτικό πληθυσμό ηλικιωμένων της Ανατολικής Αττικής, ηλικίας άνω των 60 ετών και η διερεύνηση συσχέτισης με τη μεσογειακή διατροφή και άλλους πιθανούς παράγοντες κινδύνου, όπως το φύλο, η οικονομική κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, τα χρόνια νοσήματα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Διεξήχθη Συγχρονική Μελέτη (cross-sectional study), σε 154 ενεργά μέλη των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.) των Δήμων Ραφήνας- Πικερμίου και Παλλήνης- Γέρακα- Ανθούσας της Ανατολικής Αττικής.

Σχεδιάστηκε ένα κατάλληλα διαμορφωμένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο για την καταγραφή των βασικών δημογραφικών δεδομένων του υπό μελέτη πληθυσμού. Εφαρμόστηκε η Ελληνική έκδοση της Γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης (GDS-15) για την εκτίμηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων στους ηλικιωμένους και η MedDietScore (MDS) για την εκτίμηση των συνθηκών μεσογειακή διατροφής των συμμετεχόντων.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Συμπτώματα κατάθλιψης βάσει του διαγνωστικού εργαλείου GDS-15 εμφανίζει το 24,7% (21,4% μέτρια και 3,2% σοβαρά μορφή) του υπό μελέτη πληθυσμού. Συχνότερη εμφανίζεται η κατάθλιψη στις γυναίκες (14,3% έναντι 3,2%, $p=0,034$), στα άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ($p=0,012$) και μικρότερο εισόδημα ($p=0,003$) καθώς και σε όσους παρουσιάζουν συν-νοσηρότητα με ασθένειες του μυοσκελετικού συστήματος, αγχώδεις εκδηλώσεις, κατάθλιψη και προβλήματα του αναπνευστικού (με αντίστοιχες τιμές $p=0,026$, $p<0,001$, $p<0,001$ και $p=0,001$).

Ο βαθμός υιοθέτησης του MedDietScore δεν σχετίζεται άμεσα με την εμφάνιση κατάθλιψης όπως προκύπτει από τη βαθμολογία της GDS-15. Παρατηρείται όμως συσχέτιση κάποιων επιμέρους τροφών με την καταθλιπτική συμπτωματολογία. Η αύξηση της κατανάλωσης λαχανικών και η ελάττωση της κατανάλωσης πουλερικών και αλκοόλ μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την παρούσα μελέτη αποδεικνύουν την ύπαρξη παραγόντων κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης στους ηλικιωμένους, ανάμεσα τους και η διατροφή.

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ

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

Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Η διακοπή του καπνίσματος στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη αποτελεί στις ιατρικές οδηγίες, οδηγία με βαθμό Α, διότι έχει αποδειχθεί σε πολλές τυχαιοποιημένες μελέτες ότι το κάπνισμα αυξάνει το ποσοστό των επιπλοκών του Σακχαρώδους Διαβήτη.

ΣΚΟΠΟΣ: Ο σκοπός της μελέτης είναι να αναδείξει τον βαθμό συμμόρφωσης των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη ως προς τη διακοπή του καπνίσματος καθώς και τη διαφορετική συμπεριφορά ως προς το κάπνισμα ρυθμισμένων και μη ατόμων με διαβήτη.

ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ: Μελετήθηκαν συνολικά 522 ασθενείς του διαβητολογικού ιατρείου (249 άνδρες και 273 γυναίκες) του διαβητολογικού ιατρείου δευτεροβάθμιου νοσοκομείου. Καταγράφηκαν πόσοι από αυτούς ήταν καπνιστές, πόσοι διέκοψαν το κάπνισμα με τη διάγνωση του διαβήτη και πόσοι ήταν μη καπνιστές.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: 271 ασθενείς δεν κάπνιζαν (82 άνδρες και 189 γυναίκες) 147 ασθενείς διέκοψαν το κάπνισμα με την έναρξη του διαβήτη (98 άνδρες και 49 γυναίκες) και 104 ασθενείς συνέχιζαν να καπνίζουν (64 άνδρες και 40 γυναίκες). Όσον αφορά τη ρύθμιση του διαβήτη και της συμπεριφοράς ως προς το κάπνισμα, παρατηρήθηκαν τα εξής: α) στους άνδρες με $HbA_{1c} \geq 7\%$, 38% διέκοψαν το κάπνισμα, ενώ το 31,7% συνέχιζαν να καπνίζουν. Β) στους έχοντες $HbA_{1c} < 7\%$, 44,2% διέκοψαν το κάπνισμα και 28,2% συνέχιζαν να καπνίζουν. Όσον αφορά τις γυναίκες, με $HbA_{1c} \geq 7\%$ 15,9% διέκοψαν το κάπνισμα, ενώ το 18,3%, το συνέχισαν. Με $HbA_{1c} < 7\%$, 15,8% διέκοψαν, ενώ 11,6% συνέχιζαν να καπνίζουν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα άτομα με διαβήτη που διακόπτουν το κάπνισμα φαίνεται να επιτυγχάνουν καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη. Αντίθετα, αυτοί που δεν ρυθμίζουν τον διαβήτη, δεν διακόπτουν το κάπνισμα. Κατά συνέπεια, οι θεράποντες ιατροί, οφείλουν να επιμένουν περισσότερο ως προς τη διακοπή του καπνίσματος, προκειμένου να μειωθούν οι επιπλοκές του διαβήτη.

ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΒΙΟΧΗΜΙΚΩΝ ΔΕΙΚΤΩΝ ΣΕ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΝΤΑΙ ΤΑ ΠΟΛΥΙΑΤΡΕΙΑ ΤΗΣ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ «ΓΙΑΤΡΟΙ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ»

Ζωή-Χριστίνα Σταθουλοπούλου¹, Σ. Χατζηπαναγιώτου¹, Παρασκευή Ντετοπούλου², Α. Ιωαννίδης², Χρυσούλα-Ηλιάνα Νικολάου¹

¹Τμήμα Ιατρικής Βιοπαθολογίας, Αιγινήτειο Νοσοκομείο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, ²Τμήμα Επιστήμης Διατροφής και Διαιτολογίας, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου

ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ: Στην Ευρώπη, το 10% του συνολικού πληθυσμού, ήτοι 90,7 εκατομμύρια άνθρωποι, αποτελείται από διεθνείς μετανάστες, οι οποίοι λόγω της παρατεταμένης παραμονής τους στη χώρα υποδοχής και της προσαρμογής τους στον δυτικό τρόπο ζωής, γίνονται πιο επιρρεπείς σε μεταβολικές ασθένειες. (Murphy M et al, 2017). Η μελέτη αυτή αξιολόγησε την εμφάνιση μεταβολικών ασθενειών που σχετίζονται με τη διατροφική πρόσληψη και τον τρόπο ζωής σε πληθυσμό μεταναστών στην Ελλάδα.

ΜΕΘΟΔΟΣ: Η μελέτη σχεδιάστηκε ως σημειακού επιπολασμού (συγχρονική) σε επίπεδο πολυϊατρείου και περιλάμβανε 393 συμμετέχοντες άνω των 18 ετών, από τους οποίους συλλέχθηκαν δείγματα αίματος. Χρησιμοποιήθηκαν μοντέλα πολλαπλής λογιστικής παλινδρόμησης για την ανάλυση μεταβολικών διαταραχών. Το $p < 0,05$ θεωρήθηκε στατιστικά σημαντικό.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο διαβήτης βρέθηκε να επιπολάζει στο 5,1% του πληθυσμού της μελέτης και συσχετίζεται θετικά με τη διατροφή δυτικού τύπου (B: 0,877, p : 0,003, OR: 0,416, 95% C.I.: 0,223 -0,742) και την περίμετρο μέσης (p : 0,03, OR: 1,055, 95% C.I.: 1,019-1,092). Το μεταβολικό σύνδρομο βρέθηκε να επιπολάζει στο 10,7% του πληθυσμού της μελέτης και συσχετίζεται αρνητικά με την άσκηση στις γυναίκες (p : 0,004, OR: 0,139, 95% C.I.: 0,036 -0,534). Η αυξημένη ομφαλική περίμετρος συσχετίστηκε θετικά με τη διατροφή δυτικού τύπου (p : 0,013, OR: 0,433, 95% C.I.: 0,223-0,840) στους άνδρες. Η υπεργλυκαιμία συσχετίστηκε θετικά με την ηλικία (p : 0,036, OR: 1,64, 95% C.I.: 1,034 -2,601) και το φύλο (p : 0,007, OR: 2,729, 95% C.I.: 1,314 -5,670). Η υπερτριγλυκεριδαιμία συσχετίστηκε αρνητικά με την άσκηση (p : 0,038, OR: 0,546, 95% C.I.: 0,308 -0,966) και συσχετίστηκε θετικά με τη διατροφή δυτικού τύπου (p : 0,009, OR: 0,683, 95% C.I. p : 0,006, OR: 1,028, 95% C.I.: 1,008 -1,049). Η υπερουριχαιμία συσχετίστηκε θετικά με το φύλο (p : 0,007, OR: 3,929, 95% C.I.: 1,447-10,668) και την ομφαλική περίμετρο (p : 0,004, OR: 1,04, 95% C.I.: 1,013-1,072).

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Τα αποτελέσματα της μελέτης κατέδειξαν ότι οι βιοχημικοί και μεταβολικοί δείκτες σχετίζονται με τη διατροφική ποιότητα και με παράγοντες του τρόπου ζωής.

ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ ΣΤΟΝ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑΣ

Μαριλένα Σταμούλη, Κωνσταντίνα Ζερβού, Χρυσάνθη Νικολέρη, Σοφία Κουκλά, Ευφροσύνη Κανναβού, Ανδρέας Πολύζος, Σοφία Κουγιουμτζίδου, Βασιλική Μπουρτσάλα, Μαρία Τσεσμελή, Ιωάννης Θεοδωράκος, Εμμανουήλ Κωνσταντάκης

Εργαστήριο Βιοπαθολογίας, Βιοχημικό Τμήμα, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

ΣΚΟΠΟΣ της εργασίας μας είναι η διερεύνηση των επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) στον πληθυσμό κοινότητας, ο οποίος προσήλθε για προληπτικό έλεγχο στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών κατά το χρονικό διάστημα 2020-2024.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ: Στη μελέτη έχουν συμπεριληφθεί 19183 άτομα, 11825 άνδρες (61,6%) και 7358 γυναίκες (38,4%) ηλικίας 18-70 ετών. Η μέτρηση των επιπέδων της HbA1c έγινε στον αναλυτή ARKRAY HA-8190n, με τη μέθοδο της HPLC (High Performance Liquid Chromatography), η οποία είναι μέθοδος αναφοράς. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το πρόγραμμα SPSS Version 25.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: α) 61,7% (6981 άνδρες και 4853 γυναίκες) των εξετασθέντων είχε φυσιολογικές τιμές HbA1c (4,0-5,7%). Η μέση τιμή στους άνδρες ήταν 5,27% και στις γυναίκες 5,22%, β) 31,2% των εξετασθέντων (3861 άνδρες και 2116 γυναίκες) είχαν επίπεδα που συνάδουν με προδιαβήτη (5,7-6,4%), με μέση τιμή και στα δύο φύλα 6,04%, γ) 7,1% των εξετασθέντων (974 άνδρες και 386 γυναίκες) είχαν παθολογικές τιμές HbA1c (>6,5%) με μέση τιμή στους άνδρες 7,74% και στις γυναίκες 7,68%, δ) 0,1% των εξετασθέντων (9 άνδρες και 3 γυναίκες) είχαν επίπεδα HbA1c. Μετά από περαιτέρω διερεύνηση διαπιστώθηκε ότι οι μετρήσεις αυτές οφείλονται σε παρεμβολές λόγω αιμοσφαιρινοπαθειών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο σακχαρώδης διαβήτης συνιστά μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας παγκοσμίως. Η HbA1c είναι ένας σημαντικός δείκτης για τη διάγνωση του ΣΔ, τη γλυκαιμική ρύθμιση των ασθενών με ΣΔ και την πρόληψη των επιπλοκών της νόσου. Σύμφωνα με τα επιδημιολογικά δεδομένα στον ανεπτυγμένο κόσμο, το 1/3 περίπου του πληθυσμού εμφανίζει προδιαβήτη, με αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση ΣΔ μέσα στα επόμενα 3-5 έτη. Τα αποτελέσματα μας συνάδουν με τα επιδημιολογικά δεδομένα.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΨΥΧΡΟΣΥΓΚΟΛΛΗΤΙΝΕΣ ΣΤΟΝ ΟΡΟ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΤΥΧΑΙΟ ΕΛΕΓΧΟ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ευανθία Κρασιά², Α. Γκίκας²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Οι ψυχροσυγκολλητίνες είναι συνήθως IgM αυτοαντισώματα που προκαλούν συγκόλληση ερυθροκυττάρων σε θερμοκρασία 0-10° C. Η εξέταση γίνεται για τη διάγνωση της άτυπης πνευμονίας (M. Pneumoniae) καθώς και άλλων λοιμώξεων και ορισμένων αιμολυτικών αναιμιών (νόσος ψυχροσυγκολλητινών) αλλά εμφανίζονται και επί κάποιων αυτοάνοσων νοσημάτων και καρκίνων.

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργαστηριακή διερεύνηση ασθενούς που προσήλθε στο Βιοπαθολογικό εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων για τακτικό έλεγχο.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής θήλυ ετών 70 προσήλθε για προγραμματισμένες εξετάσεις στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων. Από το ατομικό ιστορικό της η ασθενής αναφέρει ψωριασική αρθρίτιδα και κολπική μαρμαρυγή.

Από την ασθενή ελήφθησαν μετά αιμοληψία οι εξής εξετάσεις αίματος 1. Γενική αίματος 2. Γενική ούρων. 3. ΤΚΕ 4. Πλήρης Βιοχημικός έλεγχος (ουρία, κρεατινίνη, ηπατικά, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, γGT, αλκαλική φωσφατάση, Νάτριο, Κάλιο, σάκχαρο, ουρικό οξύ), 4. Ορμονολογικός έλεγχος θυρεοειδούς (TSH, θυρεοσφαιρίνη TG).

Η επεξεργασία των δειγμάτων έγινε στον βιοχημικό αναλυτή της ΚΕΚΗ και της γενικής αίματος στον αναλυτή ABACUS 5 της medicon.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γενική αίματος της ασθενούς είχε WBC 11.150 με πολυμορφοπυρηνικό τύπο λευκών (πολυμορφοπύρνηνα 77%, λεμφοκύτταρα 19%, μονοκύτταρα 4%) και PLT 220.000.

Ο αιματοκρίτης HCT ήταν 24,0 με αιμοσφαιρίνη HGB 11,1 g/dL.

Όπως φαίνεται καθαρά σε αυτή τη γενική αίματος δεν ισχύει ο βασικός κανόνας $HGB \times 3 = HCT$. Από αυτό συμπεραίνουμε ότι τα ερυθρά κάνουν συσσωματώματα και δεν μετρούνται σωστά από τον αιματολογικό αναλυτή πράγμα που επιβεβαιώνεται και στη μικροσκοπική εξέταση επιχρίσματος αίματος. Σε αυτές τις περιπτώσεις αν θερμάνουμε τη γενική αίματος του ασθενούς για 40 λεπτά στους 37° C και περάσουμε τη γενική αίματος εκ νέου από τον αιματολογικό αναλυτή θα δούμε όπως και συνέβη και στη συγκεκριμένη ασθενή ότι ο αιματοκρίτης ανεβαίνει και ισχύει ο βασικός κανόνας $HGB \times 3 = HCT$. Όντως μετά τη θέρμανση της γενικής αίματος όπως περιγράφηκε, η ασθενής είχε HCT 35,5 με αιμοσφαιρίνη HGB 11,1 g/dL, MCV 85,8 και MCH 26,7. Στη μικροσκόπηση του επιχρίσματος της γενικής αίματος μετά τη θέρμανση δε παρατηρούνται συσσωματώματα ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Η ΤΚΕ είχε τιμή 54 mm/h, η CRP είχε τιμή 9 mg/dL, η TG είχε τιμή 500 ng/dL.

Ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος και η γενική ούρων ήταν κατά φύσιν.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω φαίνεται ότι η ασθενής εμφανίζει HCT που συμβαδίζει με την τιμή της αιμοσφαιρίνης που έχει εφόσον η γενική αίματος της θερμανθεί στους 37° C για 40 λεπτά.

Οπότε της συστήθηκε να κάνει έλεγχο για κρυοσφαιρίνες και ψυχροσυγκολλητίνες και όντως είχε αρνητικές κρυοσφαιρίνες αλλά θετικές 1/32 ψυχροσυγκολλητίνες στις οποίες οφειλόταν η διαφορά αυτή στον αιματοκρίτη προ και μετά θέρμανσης της γενικής αίματος.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΕ ΓΙΑ ΣΥΝΕΧΙΖΟΜΕΝΟ ΕΜΠΥΡΕΤΟ ΣΤΟ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ευανθία Κρασιά², Α. Γκίκας²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Ο κυτταρομεγαλοϊός CMV είναι ένας κοινός ιός που εμφανίζεται στους ανθρώπους όλων των ηλικιών. Γενικά σχεδόν 1 στα 3 παιδιά έχει μολυνθεί από CMV έως την ηλικία των 5 ετών. Σχεδόν οι μισοί ενήλικες έχουν μολυνθεί από CMV έως την ηλικία των 40 ετών.

Ο CMV ανήκει στους ερπητοϊούς με αποτέλεσμα εάν μολύνει έναν ασθενή κάποια στιγμή ακόμα και αν είναι ασυμπτωματικός να παραμένει στο σώμα του για μια ζωή και να μπορεί να επανενεργοποιηθεί όποτε του το επιτρέψει το ανοσοποιητικό του ασθενούς αυτού.

Τις περισσότερες φορές η λοίμωξη με CMV είναι ασυμπτωματική, ενώ μερικές φορές σε υγιείς ανθρώπους μπορεί να προκαλέσει πυρετό, πονόλαιμο, καταβολή και κακουχία, πρησμένους λεμφαδένες και πιο σπάνια μονοκυττάρωση και ηπατίτιδα (αυξημένα ηπατικά ένζυμα, ηπατομεγαλία κτλ).

ΣΚΟΠΟΣ: Η εργαστηριακή διερεύνηση ασθενούς 40 ετών που προσήλθε από τα ΤΕΠ στο Βιοπαθολογικό εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων για συνεχιζόμενο εμπύρετο έως 39° C από 5ημέρου.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Ασθενής άρρεν ετών 40 προσήλθε με παρατεινόμενο εμπύρετο έως 39° C και φαρυγγαλγία από 5ημέρου στα ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων από τον οποίον ελήφθησαν αιματολογικές εξετάσεις που στάλθηκαν στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων. Το ατομικό ιστορικό του ασθενούς είναι ελεύθερο.

Από τον ασθενή λήφθηκαν μετά αιμοληψία οι εξής εξετάσεις αίματος 1. Γενική αίματος, 2. Γενική ούρων, 3. ΤΚΕ, 4. Πλήρης Βιοχημικός έλεγχος (ουρία, κρεατινίνη, ηπατικά SGOT και SGPT, C-αντιδρώσα πρωτεΐνη, γGT, αλκαλική φωσφατάση, Νάτριο, Κάλιο, σάκχαρο).

Η επεξεργασία των δειγμάτων έγινε στον βιοχημικό αναλυτή της ΚΕΚΗ και της γενικής αίματος στον αναλυτή ABACUS 5 της medicon.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Η γενική αίματος του ασθενούς είχε WBC 12.150 με λευκοκυτταρικό τύπο λευκών (αναστροφή λευκών) με μονοκυττάρωση (λεμφοκύτταρα 60%, πολυμορφοπύρνηνα 27% και μονοκύτταρα 13%) και PLT 220.000. Ο αιματοκρίτης HCT ήταν 40,0 με αιμοσφαιρίνη HGB 14,1 g/dL.

Η ΤΚΕ είχε τιμή 40 mm/h, η CRP είχε τιμή 15 mg/dL, το SGOT 58 U/L και το SGPT 70 U/L όλα αυξημένα.

Ο λοιπός βιοχημικός έλεγχος και η γενική ούρων ήταν κατά φύσιν.

Το επίχρισμα της γενικής αίματος κατά τη μικροσκόπηση επιβεβαίωσε τον λεμφοκυτταρικό τύπο λευκών (αναστροφή) και τη μονοκυττάρωση και ανέδειξε και την ύπαρξη διεγερμένων λεμφοκυττάρων ως επι ίώσεως.

Έγινε monotest στον ασθενή μετά συνεννόηση του Ιατρού Βιοπαθολόγου με τον εφημερεύοντα Γενικό Ιατρό το οποίο ήταν αρνητικό και εστάλησαν αντισώματα IGM και IGG για CMV, EPSTEIN BARR καθώς και αντισώματα για ηπατίτιδα Β και C καθώς και HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο).

Όλα ήταν αρνητικά εκτός των αντισωμάτων IGM και IGG για CMV που ήταν θετικά.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο ασθενής εμφάνιζε το παρατεταμένο εμπύρετο έως 39° C από 5ημέρου αλλά και τα αυξημένα ηπατικά ένζυμα λόγω λοίμωξης από CMV. Επομένως ακόμα και σε υγιείς ενήλικες ασθενείς και όχι μόνο σε ασθενείς όπως βρέφη, παιδιά ή ανοσοκατεσταλμένους, οι οποίοι εμφανίζουν αναστροφή λευκών και μονοκυττάρωση στη γενική αίματος αλλά και αυξημένα ηπατικά ένζυμα, θα πρέπει να διενεργείται έλεγχος αντισωμάτων IGM και IGG για CMV καθώς αν και όχι συχνά ο CMV αποτελεί την αιτία νόσησης των υγείων ενήλικων αυτών ασθενών.

ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΥΠΕΡΗΩΣΙΝΟΦΙΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟΥ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ευανθία Κρασιά², Α. Γκίκας²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ κ.τ.λ.) προσέρχονται συχνά ασθενείς όλων των ηλικιών για διερεύνηση και αντιμετώπιση λοιμώξεων του αναπνευστικού. Κατά τη διερεύνηση αυτών των λοιμώξεων η μικροσκόπηση του επιχρίσματος της γενικής αίματος μπορεί να αναδείξει σπάνια πολύ αυξημένους πληθυσμούς πωσινοφίλων που παρατηρούνται σε παρασιτώσεις, αλλεργίες αλλά και στα πλαίσια του αιματολογικού συνδρόμου της υπερηωσινοφιλίας.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση περιστατικού ασθενούς άρρεν 65 ετών, ο οποίος προσέρχεται στα ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων με συμπτώματα λοίμωξης ανώτερου αναπνευστικού (πυρετική κίνηση έως 38°C, έντονο βήχα, καταρροή). Απ το ατομικό αναμνηστικό αναφέρει ΣΔ, ΧΑΠ και αυξημένων πωσινοφίλων από 5ετίας.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργείται πλήρης εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων (γενική αίματος, γενική ούρων, πλήρης βιοχημικός έλεγχος) μετά λήψη αίματος από την ασθενή που προσήλθε στα ΤΕΠ του εν λόγω ΚΥ. Η γενική αίματος πραγματοποιήθηκε στον αιματολογικό αναλυτή ABACUS 5 της εταιρείας Medicus και η ανάλυση των βιοχημικών αποτελεσμάτων στον βιοχημικό αναλυτή ΚΕΚΗ.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο στο ΚΥ Καλυβίων έδειξε τα εξής:

Γενική αίματος με τύπο λευκών αιμοσφαιρίων (50% πολυμορφοπύρνα, 29% λεμφοκύτταρα, 20% πωσινόφιλα, 1% βασεόφιλα) με WBC 15.200, MCV 78,0, MCH 26,0, HCT 40,0, HGB 13,0, PLT 250.000.

Εκτελέστηκε και βιοχημικός έλεγχος στον ασθενή ο οποίος εμφάνισε C αντιδρώσα πρωτεΐνη 30 mg/dL, σάκχαρο 220 mg/dL, ηπατικά ένζυμα, ουρία, κρεατινίνη και γενική ούρων καθόλα φυσιολογικά.

Διενεργήθη και επίχρισμα της γενικής αίματος (πλακάκι) με χρώσεις May-Grubal και Giemsa λόγω αυξημένων πωσινοφίλων στη γενική αίματος στο οποίο μετά μικροσκόπηση από την Ιατρό Βιοπαθολόγο επιβεβαιώθηκαν και μικροσκοπικά τα αυξημένα πωσινόφιλα σε ποσοστό 20%.

ΠΟΡΕΙΑ - ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Ο ασθενής μετά συνεννόηση και με τον εφημερεύοντα θεράποντα Γενικό Ιατρό των ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων παραπέμφθηκε σε 3βάθμιο Νοσοκομείο όπου διαγνώστηκε με πνευμονία και υπερηωσινοφιλικό σύνδρομο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται για μια ακόμα φορά η σημασία της διενέργειας και μικροσκόπησης του επιχρίσματος της γενικής αίματος (πλακάκι) από τον εκάστοτε Ιατρό Βιοπαθολόγο του Βιοπαθολογικού Εργαστηρίου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΟΥΡΟΛΟΙΜΩΣΗΣ ΑΠΟ ESCHERICHIA COLI ΜΕ ΑΝΤΟΧΗ ΣΤΗ ΣΙΠΡΟΦΛΟΞΑΣΙΝΗ ΣΤΟ ΒΙΟΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΤΟΥ ΚΥ ΚΑΛΥΒΙΩΝ

Μερόπη Σαλούστρου¹, Ευανθία Κρασιά², Α. Γκίκας²

¹Ιατρός Βιοπαθολόγος Επιμελητής Α΄ ΚΥ Καλυβίων, ²Γενικός Ιατρός, Διευθυντής ΚΥ Καλυβίων

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Κέντρα Υγείας, ΤΟΜΥ κτλ) προσέρχονται συχνά ασθενείς όλων των ηλικιών για διερεύνηση και αντιμετώπιση λοιμώξεων του ουροποιητικού. Η συχνότερη αιτία των λοιμώξεων αυτών στην κοινότητα είναι το gram (-) βακτηρίδιο *Escherichia coli*.

ΣΚΟΠΟΣ: Διερεύνηση περιστατικού ασθενούς θήλυ 35 ετών, η οποία προσέρχεται στα ΤΕΠ του ΚΥ Καλυβίων με συμπτώματα ουρολοίμωξης και δεκαδική πυρετική κίνηση. Από το ιστορικό αναμνηστικό αναφέρει ΣΔ και κοραλλιογενείς λίθους νεφρών για τους οποίους της έχει συσταθεί η διενέργεια χειρουργείου σε εύλογο χρονικό διάστημα.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ: Διενεργείται πλήρης εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο του ΚΥ Καλυβίων (γενική αίματος, γενική ούρων, καλλιέργεια ούρων, αντιβιογράμμα, βιοχημικός έλεγχος) μετά τη λήψη αίματος από την ασθενή που προσήλθε στα ΤΕΠ του εν λόγω ΚΥ με έντονα δυσουρικά ενοχλήματα, άλγος οσφυϊκής χώρας και δεκαδική πυρετική κίνηση.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Ο εργαστηριακός έλεγχος στο Βιοπαθολογικό Εργαστήριο στο ΚΥ Καλυβίων έδειξε τα εξής: Γενική αίματος με πολυμορφοκυτταρικό τύπο (80% πολυμορφοκύτταρα, 20% λεμφοκύτταρα) λευκών αιμοσφαιρίων με WBC 15.200, MCV 78,0, MCH 26,0, HCT 39,0, HGB 13,0, PLT 250.000.

Η γενική ούρων έδειξε ΡΗ 6,0, ειδικό βάρος 1020, αιμοσφαίρινη θετική (++) , λευκά αιμοσφαίρια θετικά (++) , πρωτεΐνη θετική (+) και κατά τη μικροσκοπήση υπήρχαν πυοσφαίρια > 100 κ.ο.π., ερυθρά 18-20 κ.ο.π., λίγα ουρικά άλατα και άφθονοι μικροοργανισμοί. Εκτελέστηκε και βιοχημικός έλεγχος στην ασθενή η οποία εμφάνισε κρεατινίνη 2,40 mg/dL, ουρία 70 mg/dL, C αντιδρώσα πρωτεΐνη 15 mg/dL, ηπατικά ένζυμα καθόλα φυσιολογικά.

Δόθηκε και καλλιέργεια ούρων η οποία προχώρησε σε αντιβιογράμμα με τη μέθοδο δίσκων Kirby bauer.

Στην καλλιέργεια ούρων αναπτύχθηκαν > 100.000 CFU/ML *Escherichia coli*.

Στο αντιβιογράμμα: Ευαίσθητα αντιβιοτικά ήταν Cefixime, Cefazidime, Ceftriaxone, Κεφίπιμ (κεφαλοσπορίνες 3ης και 4ης γενιάς), αζτρεονάμη και τριμεθοπρίμη - αζτρεονάμη, ιμιπενέμη, μεροπενέμη.

Ανθεκτικά αντιβιοτικά ήταν αμικιλίνη, αμικασίνη, σιπροφλοξασίνη, νορφλοξασίνη, νιτροφουραντοΐνη.

Μέτρια ευαισθησία είχαν τα αντιβιοτικά αμοξικιλίνη-κλαβουλανικό οξύ, τετρακυκλίνη, cefaclor και cefuroxime.

ΠΟΡΕΙΑ - ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ: Η ασθενής μετά τη διενέργεια πλήρη εργαστηριακού ελέγχου (γενική αίματος, γενική ούρων, καλλιέργεια ούρων, αντιβιογράμμα, βιοχημικός έλεγχος) και αφού της συστήθηκε ακτινολογικός έλεγχος (υπερηχογράφημα νεφρών, ακτινογραφία νεφρών) αποχώρησε από τα ΤΕΠ με αντιβίωση σιπροφλοξασίνη για 7 ημέρες και της δόθηκε οδηγία να επανέλθει για να πάρει το αποτέλεσμα της καλλιέργειας ούρων και του αντιβιογράμματος σε 2 ημέρες και να φέρει μαζί και τα αποτελέσματα του ακτινολογικού ελέγχου για περαιτέρω αξιολόγηση και αντιμετώπιση.

Με την ολοκλήρωση του αντιβιογράμματος τη 2η ημέρα από την προσέλευση της στα ΤΕΠ, η Ιατρός Βιοπαθολόγος του ΚΥ Καλυβίων επικοινωνήσε με την ασθενή τηλεφωνικά γιατί η αντιβίωση που είχε λάβει –η σιπροφλοξασίνη– έπρεπε να αλλαχθεί καθώς το *E. coli* που είχε

αναπτυχθεί στην ουροκαλλιέργεια και της προκάλεσε την ουρολοίμωξη ήταν ανθεκτικό στη σιπροφλοξασίνη.

Μετά συνεννόηση και με τον εφημερεύοντα θεράποντα γενικό ιατρό των επειγόντων του ΚΥ Καλυβίων, η ασθενής και λόγω του ιστορικού της (ύπαρξη κοραλλιογενών λίθων στα νεφρά) παραπέμφθηκε σε 3βάθμιο νοσοκομείο όπου της άλλαξαν την αντιβίωση (σιπροφλοξασίνη) οι νεφρολόγοι με βάση το αντιβιογράμμα σε cefixime των 400 mg per os για 10 ημέρες.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Αναδεικνύεται για μια ακόμα φορά η σημασία της διενέργειας αντιβιογράμματος και καλλιέργειας στις λοιμώξεις του ουροποιητικού για τους ασθενείς της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας καθώς στη συγκεκριμένη περίπτωση ασθενούς αλλά και γενικότερα στην κοινότητα υπάρχει η πιθανότητα να υπάρξουν στελέχη *Escherichia coli*, του συχνότερου αιτίου ουρολοιμώξεων που εμφανίζουν αντοχή στις κινολόνες (σιπροφλοξασίνη, νορφλοξασίνη).



ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Α

ΑΔΑΜΙΔΗΣ Π.-Σ.	38, 47
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Γ.	37, 39, 48
ΑΝΔΡΙΚΟΥ Ι.	37
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΥ Σ.	37, 47
ΑΡΣΕΝΙΟΥ Κ.	46

Β

ΒΑΚΚΑ Α.	36
ΒΑΦΙΑ Χ.	39, 48
ΒΙΔΑΛΗ Μ.	35, 41, 42, 43, 51, 59
ΒΛΑΧΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	39, 48

Γ

ΓΑΡΜΠΗ Α.	36
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η.	40, 49, 53, 55, 61
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Σ.-Π.	34, 37, 47
ΓΙΑΝΝΑΚΟΥΛΙΑ Μ.	34
ΓΚΙΚΑΣ Α.	57, 64, 65, 66, 67

Δ

ΔΑΛΜΥΡΑΣ Δ.	39, 48
ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ Κ.	47
ΔΟΥΡΜΠΟΗΣ Θ.	50, 58

Ζ

ΖΑΪΡΗ Β.	35, 41, 42, 51
ΖΕΡΒΟΥ Κ.	56, 63

Θ

ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΣ Ι.	56, 63
---------------	--------

Ι

ΙΩΑΝΝΙΔΗΣ Α.	62
--------------	----

Κ

ΚΑΛΛΙΩΡΑ Γ.	52
ΚΑΛΟΓΗΡΟΣ Ν.	52
ΚΑΝΝΑΒΟΥ Ε.	56, 63
ΚΑΡΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.	43
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ.	36

ΚΕΧΑΓΙΑ Ι.	34, 38, 39, 48
ΚΟΡΔΟΠΑΤΗ Γ.	55
ΚΟΥΓΙΟΥΜΤΖΙΔΟΥ Σ.	56, 63
ΚΟΥΚΛΑ Σ.	56, 63
ΚΟΥΛΟΣΟΥΣΑ Β.	43
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α.	36
ΚΡΑΒΒΑΡΙΤΗ Ε.	38
ΚΡΑΝΙΑ Ε.	57, 64, 65, 66, 67
ΚΥΡΙΛΗ Κ.	38
ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΗΣ Ε.	56, 63

Λ

ΛΙΑΤΗΣ Σ.	36
ΛΟΥΚΙΝΑ Α.	38
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	34, 37, 38, 39, 47, 48

Μ

ΜΑΓΓΑΝΑΣ Κ.	36
ΜΑΧΙΝΗ Ε.	60
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α.	35, 41, 42, 43, 51, 59
ΜΕΤΖΑΝΤΩΝΑΚΗΣ Γ.	47
ΜΙΧΕΛΗΣ Ε.	39, 47, 48
ΜΠΑΡΚΑΣ Φ.	34, 37, 38, 39, 47, 48
ΜΠΕΛΗ Τ.	35, 42, 51
ΜΠΙΡΜΠΑ Δ.	49, 61
ΜΠΟΥΡΤΣΑΛΑ Β.	56, 63

Ν

ΝΑΣΗΣ Δ.	46
ΝΑΤΣΗΣ Χ.	52
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Χ.-Η.	62
ΝΙΚΟΛΕΡΗ Χ.	56, 63
ΝΤΕΤΟΠΟΥΛΟΥ Π.	62

Π

ΠΑΝΑΓΙΩΤΑΚΟΣ Δ.	34, 37, 38, 39, 47, 48
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.	36
ΠΑΠΑΛΑΖΑΡΟΥ Κ.	43
ΠΑΤΑΓΙΑ ΜΠΑΚΑΡΑΚΗ Μ.	50, 54, 58
ΠΙΤΣΑΒΟΣ Χ.	34, 37, 38, 39, 47, 48
ΠΟΛΥΖΟΣ Α.	56, 63

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ

Σ

ΣΑΛΑΠΑΤΑΣ Κ.	36
ΣΑΛΟΥΣΤΡΟΥ Μ.	57, 64, 65, 66, 67
ΣΕΪΤΟΠΟΥΛΟΥ Χ.	52
ΣΙΔΕΡΗ Ε.	35, 41, 42, 51, 59
ΣΙΝΟΥ Ν.	37
ΣΚΑΝΔΑΛΗ Α.	37
ΣΤΑΘΟΥΛΟΠΟΥΛΟΥ Ζ.-Χ.	62
ΣΤΑΜΟΥΛΗ Μ.	52, 56, 63
ΣΦΗΚΑΚΗΣ Π.Π.	34, 37, 38, 39, 47, 48

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.	36
ΤΟΜΑ Ρ.	35, 42, 51
ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α.	41, 42, 43
ΤΣΕΣΜΕΛΗ Μ.	56, 63
ΤΣΙΟΥΦΗΣ Κ.	37, 38, 39, 47, 48
ΤΣΙΠΙΑΝΙΤΗ Ι.	53

Φ

ΦΑΒΑΤΑΣ Γ.	49, 61
-----------------	--------

Χ

ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β.	36
ΧΑΤΖΗΚΩΣΤΗΣ Α.	35, 51
ΧΑΤΖΗΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Σ.	62
ΧΑΤΖΟΠΟΥΛΟΣ Α.	40, 49, 53, 55, 61
ΧΕΡΑΣ Π.	40, 49, 53, 55, 61
ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε.	41, 43, 51
ΧΡΥΣΟΧΟΟΥ Χ.	37, 38, 39, 47, 48

Ψ

ΨΩΜΑΣ Ν.	35, 41
---------------	--------



Eliquis[™] apixaban

Κάθε επικαλυμμένο με λεπτό υμένιο
δισκίο περιέχει 2,5 mg ή 5 mg apixaban.



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη
Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται από την εταιρεία.

PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Λεωφ. Μεσογείων 243, Ψυχικό 15451, Αθήνα, Ελλάδα,
Τηλ. Επικοινωνίας 210 67 85 800, Αριθ. Γ.Ε.ΜΗ. 000242901000.

PFIZER ΕΛΛΑΣ Α.Ε. (CYPRUS BRANCH) Λεωφ. Αθολόσσας 26, 2018,
Λευκωσία, Κύπρος, Τηλ.: +357 22 817690.

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΟΔΕΙ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για ΟΑΑ
τα φάρμακα συμπεριλαμβάνοντας την "Κίτρινη Κάρτα"

PP-ELI-GRC-1109-FEB25

Vazkepa®

Νέα κυκλοφορία

(icosapent ethyl)

ΑΛΛΑΖΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΚΒΑΣΕΩΝ

- ✓ 25% μείωση του σχετικού κινδύνου στα μείζονα καρδιαγγειακά επεισόδια, * NNT=21, $p < 0,001$.¹
- ✓ Το πρώτο και μοναδικό συνταγογραφούμενο φαρμακευτικό προϊόν με βάση το κεκαθαρισμένο EPA, για τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.^{2,3}
- ✓ Συστήνεται από τις κατευθυντήριες οδηγίες των ESC και EAS για μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.⁴⁻⁷

* MACE 5 σημείων: καρδιαγγειακός θάνατος, μη θανατηφόρο ΕΜ, μη θανατηφόρο εγκεφαλικό επεισόδιο, επαναγγείωση στεφανιαίων, ή ασταθής στηθάγχη που απαιτεί ενδοαοσκομιακή νοσηλεία.

Το VAZKEPA (εικοσπενταενοϊκό αιθύλιο) ενδείκνυται για τη μείωση του κινδύνου καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ενήλικες ασθενείς υπό θεραπεία με στατίνες σε υψηλό καρδιαγγειακό κίνδυνο με αυξημένα τριγλυκερίδια ($TG \geq 150 \text{ mg/dL}$ [$\geq 1,7 \text{ mmol/L}$]) και εγκατεστημένη καρδιαγγειακή νόσο, ή διαβήτη και τουλάχιστον έναν άλλο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου.¹

▼ Το παρόν φαρμακευτικό προϊόν υπόκειται σε πρόσθετη παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέπει τον γρήγορο εντοπισμό νέων πληροφοριών για την ασφάλεια. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες.

1. Bhatt DL, et al. Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. N Engl J Med. 2019;380(1):11–22. 2. VAZKEPA Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος 01_2024. 3. VAZKEPA EPAR report, January 2021. 4. Visseren FLJ, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227–3337. 5. Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020;41(1):111–188. 6. Byrne RA, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720–3826. 7. Marx N, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in patients with diabetes. Eur Heart J. 2023;44(39):4043–4140.



Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε την ΠΧΠ που θα βρείτε στο QR code.

© 2024 Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited All Rights Reserved. AMARIN, VAZKEPA and REDUCE-IT are registered trademarks of Amarin Pharmaceuticals Ireland Limited.



ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. - Έδρα: Οδός Βαρκελώνης 8, 14671 Ν. Ερυθραία, Κηφισιά,
Ταχ. Θύριδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ.: +210 8009111 • Fax: +210 8071573
E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683
ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Βοηθήστε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλές και
αποτελεσματικό
ΟΠΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
όλα τα φάρμακα
Συμπληρώνοντας την «ΚΕΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:
AMARIN

Amarin Pharmaceuticals Ireland Ltd
88 Harcourt Street
Dublin 2
D02DK18
Ireland