

Υπό την αιγίδα
του Υπουργείου Υγείας



44⁰

Πανελλήνιο
Συνέδριο
Εταιρίας Μελέτης
Παθήσεων Διαβητικού
Ποδιού



με διεθνή συμμετοχή

6-8

Φεβρουαρίου 2014

Royal Olympic Hotel

Αθήνα

**Τελικό Πρόγραμμα
& Βιβλίο Περιλήψεων**

Οργάνωση - Γραμματεία



onglyza[®]

(saxagliptin)

4278613/001/09/02/08



000/0000/1/1013

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Onglyza 5 mg

Κάθε δισκίο περιέχει 5 mg σαξαγλιπτίνης (ως υδροχλωρικής). Έκδοχα με γνωστή δράση:

Κάθε δισκίο περιέχει 99 mg μονοϋδρικής λακτόζης.

Το ποσοστό επιχορήγησης από τους οργανισμούς κοινωνικών ασφαλίσεων είναι 90%.

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή.

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο ιατρικό τμήμα της εταιρείας Bristol-Myers Squibb.



Bristol-Myers Squibb

Bristol Myers Squibb A.E. Αττικής 49-53 & Ερμετσίδας 2, Τ.Κ. 152 35 Βυλλώνια,
Αττική Τ.Θ. 43803 - Βυλλώνια Τ.Κ. 152 03, Αττική, Τηλ.: 210 6074300 & 210 6074400,
Φαξ: 210 6074333 AP M.A.E. 62772/01A2/06/02/140

AstraZeneca 

AstraZeneca A.E.
Βιοτεχνολογία 4 & Αργοννησίου, 151 25 Παπάου,
Τηλ.: 210 6871500, Φαξ: 210 6851195, www.astrazeneca.gr



Χαιρετισμός

Η **Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΙΠ)** συστάθηκε για να συντονίσει τις προσπάθειες όλων των ιατρικών ειδικοτήτων και παραϊατρικών εξειδικεύσεων που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών και αφιερώσει για να ενημερώσει και την κοινωνία για το πρόβλημα του Διαβητικού Ποδιού.

Ήδη έχει πραγματοποιήσει 14 (δεκατέσσερις) Διημερίδες στην περιφέρεια, 3 (τρία) Πανελλήνια Συνέδρια με Διεθνή Συμμετοχή, 1 (ένα) Διεθνές Συνέδριο, 2 (δύο) Πανελλήνια Συμπόσια στην Αθήνα και Θεσσαλονίκη, 3 (τρία) κλινικά φροντιστήρια στην περιφέρεια και 7 (επτά) ενημερωτικές εκδηλώσεις για το κοινό. Στέφθηκαν όλες οι ανωτέρω εκδηλώσεις με σημαντική επιτυχία.

Η ΕΜΕΔΙΠ βρίσκειται λοιπόν στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει ότι πραγματοποιείται το **4^ο Πανελλήνιο Συνέδριό** της με Διεθνή Συμμετοχή στην Αθήνα, στις **6-8 Φεβρουαρίου 2014**. (Ξενοδοχείο Royal Olympic)

Στο συνέδριο θα αναπτυχθούν θέματα που αποβλέπουν στην ορθολογική και αποτελεσματική αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού, αλλά και στην πολύπλευρη αντιμετώπιση του αρρώστου με ανάλογα προβλήματα. Εξετάζονται καταρχήν οι δυνατότητες καλύτερης ρύθμισης της γλυκόζης αίματος και της υπέρτασης και των λιπιδίων με απαραίτητη την διερεύνηση νεφρικής λειτουργίας. Είναι αποδεδειγμένο αν και όχι τόσο προβεβλημένο ότι η ρύθμιση γλυκόζης και των άλλων παραγόντων συντελεί στην αποφυγή ακρωτηριασμών.

Η πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του διαβητικού ποδιού αποτελεί θέμα ομάδος, όπου συμμετέχουν πολλές εξειδικεύσεις Λειτουργιών Υγείας (ειδικότητες Παθολογίας, Χειρουργικές, Απεικονιστικές κλπ), ίσως οι περισσότερες από άλλων τομέα. Θα διευκρινισθεί ο ρόλος τους. Η θεματολογία θα αφορά επιπλέον την αποκατάσταση των ακρωτηριασθέντων ασθενών και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των ακρωτηριασμών.

Η παρουσίαση των θεμάτων θα γίνει υπό τη μορφή σύντομων διαλέξεων, συζητήσεων σε αμφιλεγόμενα θέματα, στρογγυλών τραπεζών και κυρίως κλινικών φροντιστηρίων με ενεργό συμμετοχή των συνέδρων. Θα υπάρχουν διαλέξεις διακεκριμένων ομιλητών από το εξωτερικό πρωτοπόρων στην αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών (λοιμώξεων, αγγειοχειρουργικών παρεμβάσεων, νευροπαθητικής άρθρωσης Charcot) και στην οργάνωση ανάλογων μονάδων διαβητικού ποδιού.

Η υπόθεση «Διαβητικό Πόδι» αφορά πολλές ειδικότητες της Ιατρικής από την πρωτοβάθμια ως την τριτοβάθμια περίθαλψη, σημαντική όμως είναι η συμβολή των ποδολόγων και του νοσηλευτικού προσωπικού. Θα συζητηθούν ερευνητικές προσπάθειες και προτάσεις από τον Ελληνικό και Διεθνή χώρο σε ειδικές συνεδρίες.

Απευθύνουμε πρόσκληση σε όλους για να συμμετέχετε ενεργά στο **4^ο Πανελλήνιο Συνέδριό** μας ώστε να τεθούν οι βάσεις για τη συνεργασία όλων με τελικό σκοπό τη μείωση της μίστιγας των ακρωτηριασμών σε διαβητικούς ασθενείς.

Ο Πρόεδρος
Δρ. Χ. Μανές

Ο Γ. Γραμματέας
Δρ. Ν. Τεντοπούρης

Διοικητικό Συμβούλιο

Εταιρία Μελέτης
Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού



Πρόεδρος

Μανές Χρήστος

Αντιπρόεδρος

Κατσαρός Θωμάς

Γενικός Γραμματέας

Τεντολούρης Νικόλαος

Ταμίας

Καλλιγιάννη Κυριακή

Μέλη

Παππάς Άγγελος

Μεσημέρης Θεόδωρος

Καμαράτος Αλέξανδρος

Οργανωτική Επιτροπή

Πρόεδρος

Μανές Χρήστος

Καλλιγιάννη Κυριακή

Καμαράτος Αλέξανδρος

Κατσαρός Θωμάς

Μεσημέρης Θεόδωρος

Παπαγεωργίου Νίκη

Παπάνας Νικόλαος

Παπαντωνίου Στέφανος

Παππάς Άγγελος

Τεντολούρης Νικόλαος

Τσαπόγας Παναγιώτης

Τσιάντας Γεώργιος

Ψάλλης Μιχαήλ



Περιεχόμενα

Γενικές Πληροφορίες	σελ. 6
Επιστημονικό Πρόγραμμα	
Πέμπτη 6 Φεβρουαρίου 2014	σελ. 10
Παρασκευή 7 Φεβρουαρίου 2014	σελ. 13
Σάββατο 8 Φεβρουαρίου 2014	σελ. 18
Ευρετήριο Προέδρων – Εισηγητών	σελ. 24
Ελεύθερες Ανακοινώσεις	σελ. 30
Ευρετήριο Συγγραφέων	
Ελεύθερων Ανακοινώσεων	σελ. 64
Ευχαριστίες	σελ. 68

Γενικές Πληροφορίες

Χρόνος – Τόπος

Το 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με διεθνή συμμετοχή πραγματοποιείται στην Αθήνα, (ξενοδοχείο Royal Olympic, 28-34 Αθ. Διάκου, Τηλ.: 210 9288400, Fax: 210 9233317), στις 6-8 Φεβρουαρίου 2014.

Αίθουσα Συνεδρίου: ΑΤΤΙCΑ.

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

Έκθεση Συνεδρίου

Θα υπάρχει έκθεση κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου για Φαρμακευτικές Εταιρίες & Εταιρίες Ιατρικών μηχανημάτων. Αίθουσα Έκθεσης: KALLIRHOE.

Κονκάρδες

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη Γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες για την είσοδο, τόσο στους συνεδριακούς χώρους όσο και στην έκθεση καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου.

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, το Σάββατο 8 Φεβρουαρίου 2014, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με **δεκαπέντε (15) Μόρια** Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S. (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών).

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, **δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύεδρος ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται.**

Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων.

Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ταχυδρομικώς 15 ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύεδροι κατά την εγγραφή τους.

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

- Όλες οι εργασίες θα παρουσιαστούν ως Ελεύθερες Ανακοινώσεις και παρουσιάζονται στο πρόγραμμα ως ΕΑ
- Όλες οι Ελεύθερες Ανακοινώσεις (ΕΑ) θα παρουσιαστούν στην αίθουσα ΑΤΤΙCΑ
- Οι Ελεύθερες Ανακοινώσεις ΕΑ 01 – ΕΑ 11 θα παρουσιαστούν την Πέμπτη 6 Φεβρουαρίου 2014 και ώρα 16:30 – 18:00, οι ΕΑ 12 – ΕΑ 22 θα παρουσιαστούν την Παρασκευή 7 Φεβρουαρίου 2014 και ώρα 08:30 – 10:00 και οι ΕΑ 23 – ΕΑ 32 θα παρουσιαστούν το Σάββατο 8 Φεβρουαρίου 2014 και ώρα 08:30 – 10:00.
- Κάθε εργασία θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας

Εγγραφή – Δικαίωμα Συμμετοχής

Ειδικευμένοι	120 €
Ειδικευόμενοι	60 €
Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλεύτες / Ποδολόγοι / Φυσικοθεραπευτές κ.τ.λ.)	30 €
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Συνεδριακό υλικό & πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης
- Διαλείμματα καφέ
- Νόμιμο Φ.Π.Α.

Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Οργάνωση – Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας, Αττική
Τηλ.: 210 6048 260, Fax: 210 6047 457
e-mail: mschismenou@free-spirit.gr

Atrosterol[®]

Atorvastatin

10mg, 20mg, 40mg Bt x 28 tabs

Amilopid[®]

Amlodipine

5mg, 10mg Bt x 30 caps

Glidil[®]

Glimepiride

3mg, 4mg Bt x 30 tabs



Καρδιομεταβολικά Προϊόντα

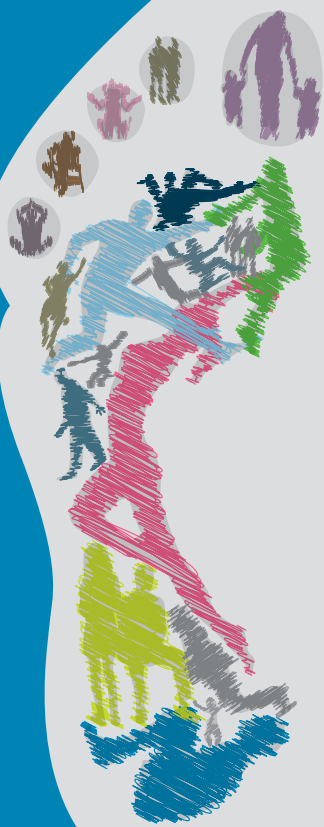
BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοΐου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111 • E-Mail: mailbox@vianex.gr • INTERNET: <http://www.vianex.gr>

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδήμου 113, Κόμβος Μακρυγιάννη Εύσσομος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 840440

VE14021



Επιστημονικό Πρόγραμμα

15:30-16:30 Προσέλευση - Εγγραφές

16:30-18:00 **Ελεύθερες Ανακοινώσεις**

Πρόεδροι: Σ. Λιάτσης, Σ. Παπαντωνίου

ΕΑ 01 ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ;

Μηριστιάνου Μ., Πάνου Χ., Αστρέχα Δ., Σαραφάδη Μ., Καθύβας Μ., Καραμπουσή Ε., Παπαγιαννοπούλου Μ., Λιασκώνη Κ., Σπανουδάκη Μ., Μύτης Γ.

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας

ΕΑ 02 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ: ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΜΕΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μηριστιάνου Μ.¹, Σαραφάδη Μ.¹, Μύτης Γ.²

¹ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

² Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

ΕΑ 03 ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΔΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΥΠΟΔΗΜΑΤΩΝ

Κοσσιώρης Α.

Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Καναπίτσας, Ηράκλειο Αττικής

ΕΑ 04 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

Ντούμπης Ι.¹, Καλογεράς Μ.²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο - Ναυτικό Νοσοκομείο

² Τμήμα Διαγνωστικής - Επεμβατικής Υπερηχοτομογραφίας - Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου

ΕΑ 05 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Λούπα Χ.¹, Ζάννες Ν.², Κατσαντούρης Γ.², Κουτσαντωνίου Ε.³, Δερμόν Α.⁴, Μπιμπλάκη Δ.⁵, Βογιατζόγλου Ε.¹, Δώνου Α.¹, Αδαμόπουλος Π.⁴, Λαφογιάννη Σ.³

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Π.Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

⁴ Ορθοπαιδικό Τμήμα

⁵ Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΑ 06 ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ:
ΤΡΙΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Μηριστιάνου Μ.¹, Σαραφόδη Μ.¹, Μύτης Γ.²

¹ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

² Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

**ΕΑ 07 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΙΤΙΔΑ
(REDIS 4) ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ
ΛΟΓΟΥΣ**

Λούπα Χ.^{1,2}, Δεδεμάδη Γ.³, Χατζηγιαννακός Δ.⁴, Ζάννης Ν.⁵,
Κουτσαντωνίου Ε.⁶, Κόκας Α.⁶, Σαρρής Ε.², Βογιατζόγλου Ε.¹, Δώνου Α.¹,
Χριστόπουλος Κ.²

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Β' Παθολογική Κλινική

³ Χειρουργικό Τμήμα

⁴ Νεφρολογικό Τμήμα

⁵ Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Π.Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

⁶ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΑ 08 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ
ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ**

Λούπα Χ.¹, Κουτσαντωνίου Ε.², Βογιατζόγλου Ε.¹, Δώνου Α.¹, Δούναβης Α.³,
Λεβαντίς Γ.², Λαφογιάννη Σ.²

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

³ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

ΕΑ 09 ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Λούπα Χ., Βογιατζόγλου Ε., Δώνου Α., Μεϊμέτη Ε.

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»,

Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΕΑ 10 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ
ΣΕ ΣΥΝΤΟΜΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ – ΧΡΗΣΗ ΕΠΟΥΛΩΤΙΚΟΥ
ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ**

Μανές Χ., Νικολαΐδης Α., Δούκας Λ., Γκιντίκας Σ., Κουκούτσας Ι.,
Τσαβδαρίδης Ι., Τούλας Ε., Παπαδοπούλου Α.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΑ 11 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ

Μανές Χ.¹, Νικολαΐδης Α.¹, Μητσόπουλος Ε.², Κυρικλίδου Π.², Σαπάκος Ι.¹, Μυροφορίδου Φ.¹, Παπαδοπούλου Δ.²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα – Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

18:00-18:30

Διάλεξη

Το κόστος του διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα και διεθνώς

Πρόεδρος: Σ. Ηρακλειανού

Εισηγητής: Χ. Μανές

18:30-19:00

Διάλειμμα

19:00-19:30

Διάλεξη

Νεφροπάθεια και διαβητικό πόδι

Πρόεδρος: Α. Παππάς

Εισηγητής: Ν. Παπάνας

19:30-20:30

Στρογγυλό Τραπέζι

Η σημασία της ρύθμισης των μεταβολικών παραμέτρων και της αρτηριακής πίεσης στο διαβητικό πόδι

Πρόεδροι: Ε. Πάγκαλος, Χ. Μανές

- Η σημασία της ρύθμισης της γλυκόζης, Μ. Ψάλλης
- Η σημασία της ρύθμισης των λιπιδίων, Σ. Λιάτσης
- Η σημασία της ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης, Κ. Μακρυλάκης

20:30-21:00

Διάλεξη

Εκδηλώσεις στα κάτω άκρα των νοσημάτων της Εσωτερικής Παθολογίας

Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης

Εισηγητής: Γ. Βαϊόπουλος

21:00-21:30

Διάλεξη

Ο ρόλος της οικογένειας στη σύγχρονη κοινωνία και ο διαβητικός ασθενής

Πρόεδρος: Κ. Καλλιγιάννη

Εισηγήτρια: Α. Αλιπράντη

08:30-10:00

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: *N. Παπάνας, Γ. Καλαντζής*

EA 12 ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΒΜΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΔ

Παπαντωνίου Σ., Γιάμπατζης Β., Κουκάκη Τ., Πλουμή Δ., Φωτιάδου Α., Παπαντωνίου Ε., Κωνσταντινίδου Μ., Κροκίδης Ξ., Ζεκερίδου - Παπαδοπούλου Φ.

EA 13 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μανές Χ., Μεληίδης Χ., Ψόλλης Μ., Ρογκότσης Θ., Κούτσιου Κ., Ζιώτας Γ., Παπαδοπούλου Α., Κατσαντώνη Π.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

EA 14 Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

Αθανασοπούλου Ε., Κόκκινος Α., Διακουμοπούλου Ε., Λιάτσης Σ., Μακρυλάκης Κ., Σιάμη Ε., Μάρκου Γ., Τεντολούρης Ν.

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

EA 15 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπάνας Ν., Χατζηκοσμά Γ., Παφίτη Κ., Δημητρίου Μ., Παπαθεοδώρου Κ., Παπάζογλου Δ., Μαητέζος Ε.

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

EA 16 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗ

Μανές Χ., Μεληίδης Χ., Ψόλλης Μ., Τσιάντας Γ., Ρογκότσης Θ., Κουκούτσης Ι., Τσαβδαρίδης Ι., Κούτσιου Κ.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

ΕΑ 17 Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ 3872AG ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαοικονόμου Σ.¹, Τεντολούρης Ν.¹, Τούσουλης Δ.², Παπαδογιάννης Δ.¹, Μήλιου Α.², Παπαγεωργίου Ν.², Χατζής Γ.², Στεφανιάδης Χ.²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών

² Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

ΕΑ 18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΚΡΟ ΠΟΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παφίτη Κ., Χατζηκοσμά Γ., Δημητρίου Μ., Παπαθεοδώρου Κ., Παπάζογλου Δ., Μαϊτέζος Ε., Παπάνας Ν.

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΕΑ 19 ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)

Τσακουρίδου Ο.¹, Τσοτουλίδης Σ.¹, Γρίβου Κ.¹, Σιδηροπούλου Σ.¹, Χριστοφορίδου Ε.¹, Χωριανόπουλος – Μαρσιέσκου Τ.¹, Πετρίδης Γ.², Μανές Χ.³

¹ Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας Χαλκιδικής

² Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

³ Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης

ΕΑ 20 ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ 3Τ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Θεοδωρακόπουλος Α., Βασιλειάδης Κ., Μπιντούδη Α.

Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

ΕΑ 21 ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Γρηγοροπούλου Π., Ελευθεριάδου Ι., Ζούπας Χ., Περρέ Δ., Μάρκου Γ., Τεντολούρης Ν.

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΑ 22 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: ΠΙΛΟΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παπάνας Ν.¹, Δρόσος Γ.², Δημητρίου Μ.^{1,3}, Τερζή Ε.⁴, Χατζηκοσμά Γ.¹, Παφίλη Κ.¹, Κύρογλου Σ.¹, Πανοπούλου Μ.³, Βογιατζάκη Θ.⁵, Καζάκος Κ.², Μαλέτζος Ε.^{1,4}

¹ Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Ορθοπαιδική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁴ Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁵ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

10:00-11:00 **Διαδραστική συζήτηση περιστατικών**

Πρόεδρος: *Χ. Μανές*

Εισηγητής: *Θ. Κατσαρός*

Σχολιαστές: *Ι. Ντούπης, Μ. Ψάλλης, Γ. Παναγούλιας, Σ. Παπαντωνίου*

11:00-11:15 **Διάλειμμα**

11:15-12:00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Εξελήξεις στην αρθροπάθεια Charcot

Πρόεδροι: *Η. Μυγδάλης, Κ. Μακρυλάκης*

- Νεότερα στην παθογένεια, *Ι. Ντούπης*
- Νεότερα στη διάγνωση, *Ν. Παπάνας*
- Νεότερα στη θεραπεία, *Π. Τσαπόγας*

12:00-13:30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Λοιμώξεις στο διαβητικό πόδι

Πρόεδροι: *Θ. Κατσαρός, Θ. Μεσημέρης*

- Διάγνωση και ταξινόμηση, *Χ. Λούπα*
- Σπινθηρογράφημα, *Σ. Γεώργα*
- Μαγνητική τομογραφία, *Κ. Λυμπερόπουλος*
- Θεραπεία, *Μ. Ψυχογιού*

13:30-14:30 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Αγγειοπάθεια κάτωθεν του γόνατος

Πρόεδροι: *Χ. Λιάπης, Κ. Καλλιγιάννη*

- Ενδαγγειακή θεραπεία, *Σ. Γεωργόπουλος*
- Παρακαμπτήριες επεμβάσεις, *Κ. Φίλης*

14:30-16:15 **Γενική Συνέλευση**

14:30-16:15 **Μεσημβρινή Διακοπή**

16:15-17:30 **Κλινικό φροντιστήριο**

Διάγνωση της αγγειοπάθειας στο διαβητικό ασθενή

Πρόεδροι: *Κ. Καλλιγιάννη, Α. Καμαράτος*

- Η θέση του ιστορικού, της κλινικής εξέτασης και της μέτρησης κνημοβραχιόνιου δείκτη, *Ι. Κακίσης*
- Η θέση του Duplex, Triplex και της αγγειογραφίας, *Α. Λάζαρης*

17:30-18:00 **Διάλεξη**

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στο διαβήτη – Νεότερα δεδομένα

Πρόεδρος: *Ν. Τεντοπούρης*

Εισηγήτρια: *Ε. Διακουμοπούλου*

18:00-18:15 **Διάλειμμα**

18:15-19:15 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Οργάνωση ιατρικών διαβητικού ποδιού

Πρόεδροι: *Χ. Μανές, Α. Παππάς*

- Στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, *Μ. Μηριστιάνου*
- Στη δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας, *Ν. Τσώκος*
- Η εμπειρία από τη λειτουργία ιατρικών διαβητικού ποδιού στην Κύπρο, *Α. Στυλιανού*
- Ανάγκες και προβλήματα των ιατρικών διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα: Μπορεί η τηλεϊατρική να συμβάλει; *Π. Τσαπόγας*

19:15-19:45 **Δορυφορική Διάλεξη της Εταιρίας NOVO NORDISK**

Ασθενοκεντρική διαχείριση στο ΣΔτ2 με ενέσιμες θεραπευτικές επιλογές

Πρόεδρος: *Θ. Κατσαρός*

Εισηγητής: *Χ. Μανές*

19:45-20:00

ΕΠΙΣΗΜΗ ΕΝΑΡΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ (Έχουν προσκληθεί)

- Μακαριώτατος Αρχιεπίσκοπος Αθηνών και Πάσης Ελλάδος **κ.κ. Ιερώνυμος**
- Σεβασμιώτατος Μητροπολίτης Αργολίδος **κ.κ. Νεκτάριος**
- **Μαριέττα Γιαννάκου**, Βουλευτής του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου
- **Γεώργιος Καμίνης**, Δήμαρχος Αθηναίων
- **Καθηγητής Αθανάσιος – Μελέτιος Δημόπουλος**, Πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής Αθηνών
- **Γεώργιος Πατούλης**, Πρόεδρος του Ιατρικού Συλλόγου Αθηνών (Ι.Σ.Α.)
- **Στυλιανή Ηρακλειανού**, Πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (Ε.Δ.Ε.)
- **Κωνσταντίνος Κατσένης**, Πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής
- **Γεώργιος Μαστοράκος**, Πρόεδρος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας (Ε.Ε.Ε.) – Πανελληνίας Ένωσης Ενδοκρινολόγων (Π.Ε.Ε.)
- **Καθηγητής Σωτήριος Α. Ράπτης**, Πρόεδρος Δ.Σ. του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (Ε.ΚΕ.ΔΙ.)
- **Ζέττα Μακρή**, Υφυπουργός Υγείας
- **Κωνσταντίνος Αρβανιτόπουλος**, Υπουργός Παιδείας και Θρησκευμάτων

20:00-20:30

Διάλεξη

Διατροφή και αθηροσκλήρωση

Πρόεδρος: *Γ. Δημητριάδης*

Εισηγητής: *Ν.Α. Κατσιλάμπρος*

20:30-21:00

Ρεσιτάλ Όπερας

Δ. Τηλιακός

08:30-10:00

Ελεύθερες Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: Α. Στυλιανού, Μ. Μπριστιάνου

EA 23 DATA PERSPECTIVE FOR FOOT ULCERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Hasho S., Idrizi M., Çelo E., Agaçi F.

EA 24 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Λόντου Σ.-Π.¹, Δουληπατσής Μ.², Δαφούλλας Γ.¹, Ποθυζώνης Μ.¹, Πατέλης Ν.³, Κοτζαδημητρίου Αικ.¹, Σταμόπουλος Π.², Γεωργόπουλος Σ.³, Μπακογιάννης Χ.³, Κλωνάρης Χ.², Τεντολούρης Ν.¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

³ Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

EA 25 Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Κώτσιου Μ.¹, Στεφανίδου Σ.¹, Μανές Χ.², Μεσημέρης Θ.¹

¹ Μονάδα Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

EA 26 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΙΑΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στεφανίδου Σ.¹, Κώτσιου Μ.¹, Μανές Χ.², Μεσημέρης Θ.¹

¹ Μονάδα Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

EA 27 Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ Α3872G ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΘΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπασικονόμου Σ.¹, Τεντολούρης Ν.¹, Τούσουλης Δ.², Παπαδογιάννης Δ.¹, Μήλιου Α.², Παπαγεωργίου Ν.², Χατζής Γ.², Στεφανόδης Χ.²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών

² Α' Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

ΕΑ 28 ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΜΕ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλειάδης Κ., Θεοδωρακόπουλος Α., Μπιντούδη Α.

Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

ΕΑ 29 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT: ΑΞΙΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΟΣΤΩΝ, ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΚΑΙ MRI

Γεώργια Σ.¹, Άρσος Γ.¹, Μανές Χ.², Σκούτας Δ.², Νίκος Β.¹, Τσιάντας Γ.², Ιακώβου Ι.¹, Μπαλάρης Β.¹, Κατσαμπούκας Δ.¹, Λο-Πρέστι Ν.¹, Δούμας Α.¹, Καρατζάς Ν.¹

¹ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΑ 30 ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΡΙΕΣ: ΠΡΩΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Χατζηκοσμά Γ.¹, Παφίλη Κ.¹, Δημητρίου Μ.¹, Παπαθεοδώρου Κ.¹, Κύρογλου Σ.¹, Βαδικόηλις Κ.², Παπάζογλου Δ.¹, Μαλέζος Ε.¹, Παπάνας Ν.¹

¹ Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

² Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

ΕΑ 31 ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΠΟΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗ ΑΠΟ β – ΟΜΟΖΥΓΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Καραμαγκιώλης Σ., Χούση Π., Σόγκα Ε., Στάικος Ι., Αγγέλης Ν., Καραμήτσος Κ.

Διαβητολογικό Εξωτ. Ιατρείο – Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, Λάρισα

ΕΑ 32 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ

Μανές Χ.¹, Σαπάκος Ι.¹, Μπισόπουλος Ε.², Κυρικλίδου Π.², Σκούτας Δ.¹, Νικολαΐδης Α.¹, Παπαδοπούλου Δ.², Τσακίρης Δ.²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα – Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

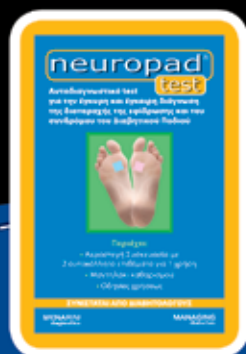
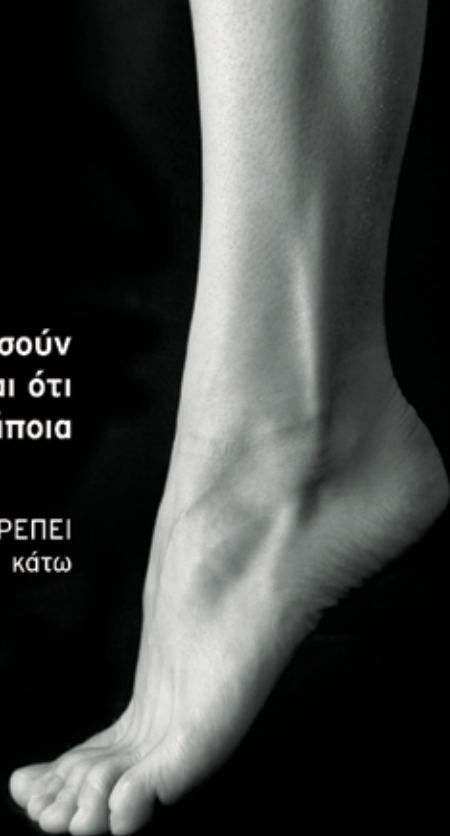
- 10:00-11:00 **Κλινικό φροντιστήριο**
Διάγνωση της νευροπάθειας
Πρόεδροι: *A. Παππάς, X. Λούπα*
- Ιστορικό – κλινική εξέταση, *Γ. Τσιάντας*
 - Ποσοτικές δοκιμασίες, *Γ. Παναγιώτης*
 - Αποτελεί η ξηροδερμία παράγοντα κινδύνου για έλκη; *I. Ντούπης*
- 11:00-11:30 **Διάλειμμα**
-
- 11:30-11:45 **Διάλεξη**
Update of vascular and endovascular procedures in the diabetic patient
Πρόεδρος: *K. Καλλιγιάννη*
Εισηγητής: *D. RaitheI*
- 11:45-12:15 **Δορυφορική Διάλεξη των Εταιριών MSD & BIANEΞ**
**Αντιμετωπίζοντας την πρόκληση της επίτευξης του στόχου της HbA1c στο ΣΔτ2:
Ο ρόλος της Σιταγλιπτίνης στην επίτευξη του βέλτιστου γλυκαιμικού ελέγχου**
Πρόεδρος: *X. Μανές*
Εισηγήτρια: *M. Πέππα*
- 12:15-13:15 **Δορυφορικό Συμπόσιο της Εταιρίας ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ – ΛΙΑΛΥ**
**Νεότερα δεδομένα στην επούλωση των χρόνιων ελκών:
Η θέση του Casirliq20 στην επούλωση των ελκών των κάτω άκρων**
Πρόεδρος: *X. Μανές*
Εισηγητής: *N. Τεντοπούρης*
Επίδειξη εφαρμογής: Όλοι οι συμμετέχοντες
- 13:15-13:45 **Δορυφορική Διάλεξη της Εταιρίας NOVARTIS HELLAS**
Βιθιναγλιπτίνη: Οφέλη πέρα από τη γλυκαιμική ρύθμιση
Πρόεδρος: *X. Μανές*
Εισηγητής: *N. Τεντοπούρης*
- 13:45-16:30 **Μεσημβρινή Διακοπή**
-
- 16:30-17:30 **Κλινικό φροντιστήριο**
Τοπική φροντίδα
Πρόεδροι: *Εμμ. Παπάζογλου, Α. Στυλιανού*
- Καθαρισμός, *Λ. Δούκας*
 - Επιθέματα – ενδείξεις ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του έλκους, *Γ. Μάρκου*
 - Αποφόρτιση – πότε και πως, *M. Βαλσαμή*
 - Φροντίδα μετά από την επούλωση, *A. Νικολαΐδης*

- 17:30-18:00 **Διάλεξη**
Προκλήσεις στην επαναγγείωση των ασθενών με διαβήτη
Πρόεδρος: *Κ. Καλλιγιάννη*
Εισηγητής: *Α. Γιαννούκας*
- 18:00-18:30 **Στρογγυλό Τραπέζι**
Πότε σταματάει η προσπάθεια διάσωσης;
Πρόεδροι: *Χ. Μανές, Α. Κομαράτος*
 - Οι δυνατότητες και τα όρια της αγγειοχειρουργικής, *Χ. Μπακογιάννης*
 - Μείζονες ή ελάσσονες ακρωτηριασμοί; *Γ. Θηβαίος*
- 18:30-19:00 **Διάλεξη**
Η θέση του υπερβαρικού οξυγόνου
Πρόεδρος: *Λ. Λαναράς*
Εισηγητής: *Θ. Μεσημέρης*
- 19:00-19:30 **Διάλειμμα**
- 19:30-20:00 **Δορυφορική Διάλεξη των Εταιριών**
BRISTOL MYERS SQUIBB / ASTRAZENECA ALLIANCE
Επιτυγχάνοντας τους θεραπευτικούς στόχους στο ΣΔΤ2 με καρδιαγγειακή ασφάλεια: Νεότερα δεδομένα για τους αναστολείς της DPP4
Πρόεδρος: *Ν. Τεντολούρης*
Εισηγητής: *Ευαγ. Λυμπερόπουλος*
- 20:00-20:30 **Διάλεξη**
Η συμβολή της πλαστικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση των διαβητικών ελκών
Πρόεδρος: *Ο. Καστανά*
Εισηγητής: *Ο. Παπαδόπουλος*
- 20:30-21:00 **Διάλεξη**
Diagnosis and Management of Diabetic Neuropathy
Πρόεδρος: *Χ. Μανές*
Εισηγητής: *R. Malik*
- 21:00-21:15 **Λήξη του Συνεδρίου – Συμπεράσματα**

347 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως νοσούν από σακχαρώδη διαβήτη και υπολογίζεται ότι το 1/5 θα εμφανίσει έλκος στο πόδι κάποια στιγμή στη ζωή τους.

Κύριο μέλημα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη ΠΡΕΠΕΙ να είναι ο καθημερινός έλεγχος και φροντίδα των κάτω άκρων.

Πάρτε την τύχη των ποδιών σας στα χέρια σας...



- Φυσιολογικό
- Μικρή δυσλειτουργία
- Έντονη δυσλειτουργία

NEUROPAD TEST

Αυτοδιαγνωστικό test για την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής της εφίδρωσης και του συνδρόμου του Διαβητικού Ποδιού



Έντονη ενυδάτωση, αύξηση της ελαστικότητας, λείανση και ανανέωση της επιδερμίδας, φυσική αποκατάσταση και απομάκρυνση σκληρύνσεων, ερεθισμών και ρωγμών

NEUROPAD FOAM

Αφρός φροντίδας & περιποίησης για άτομα και υγιή πόδια χωρίς σκασίματα, σκληρύνσεις, ατέλειες και επιπλοκές



Ευρετήριο
Προέδρων – Εισηγητών

MALIK RAYAZ

MBChB, FRCP, PhD,
Professor of Medicine & Consultant Physician,
Centre for Endocrinology & Diabetes
Institute of Human Development,
Faculty of Medical & Human Sciences,
CMFT & University of Manchester,
Core Technology Facility, Manchester, UK

RAITHEL DIETER

Dr., Professor of Vascular Surgery,
Nuremberg Hospital, Germany

ΑΛΙΠΡΑΝΤΗ ΛΑΟΥΡΑ

Δρ. Κοινωνιολογίας, Ε.Κ.Κ.Ε./ Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

ΒΑΪΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

MD, Παθολόγος – Ρευματολόγος,
Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου
Αθηνών, Αθήνα

ΒΑΣΑΜΗ ΜΑΡΙΑ

Ποδολόγος – Ποδίατρος,
Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΓΕΩΡΓΑ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

Πυρηνικός Ιατρός, Δρ. Α.Π.Θ. Επιμελήτρια Α΄,
Γ΄ Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.,
Σύμβουλος Ιατρείου Διαβήτη,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ ΣΩΤΗΡΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α΄ Χειρουργική Κλινική Π.Α.,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,
Λάρισα

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής – Μονάδας Έρευνας
και Διαβητολογικού Κέντρου Π.Α.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΔΙΑΚΟΥΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΝΘΙΑ

Διευθύντρια Ε.Σ.Υ.,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΔΟΥΚΑΣ ΛΟΥΚΑΣ

Νοσηλεύτης ΤΕΙ,
Εξειδικευμένος στη Φροντίδα Διαβητικών Ελκών,
Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ

Παθολόγος,
Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικού Τμήματος –
Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»,
Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας,
Πειραιάς

ΘΗΒΑΙΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Επιμελητής Β΄,
Ορθοπαιδική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΚΑΚΙΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Αγγειοχειρουργική Κλινική Π.Α.,
Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Χειρουργός,
Επιμελητής Α΄ Χειρουργικής Κλινικής,
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

ΚΑΛΛΙΓΙΑΝΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗ

Md, PhD,
Αγγειοχειρουργός,
Θεραπευτήριο «ΥΓΕΙΑ», Αθήνα

ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ

Αναπληρωτής Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς

ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ

Διευθύντρια Τμήματος Πλαστικής
& Επανορθωτικής Χειρουργικής,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ»,
Αθήνα

ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΘΩΜΑΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Αθήνα

ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ Λ.

Καθηγητής Παθολογίας,
PhD, FACP,
SCOPE Founding Fellow, EFIM Hon. Fellow,
Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν.Σ. ΧΡΗΣΤΕΑΣ», Αθήνα

ΛΑΖΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Γ' Χειρουργική Κλινική Π.Α.,
Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ», Αθήνα

ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου,
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

ΛΙΑΠΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Π.Α.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

Παθολόγος, Επιμελητής Α' ΕΣΥ,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΛΟΥΠΑ ΧΑΡΑ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Β' Παθολογική Κλινική,
Γενικό Νοσοκομείο «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ», Αθήνα

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΑΓΓΕΛΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,
Ιωάννινα

ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Διευθυντής Τμήματος Νεότερων
Απεικονιστικών Μεθόδων,
Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Αθήνα

ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση
στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος
& Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΜΑΡΚΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

Νοσηλεύτρια Msc με εξειδίκευση
στο Διαβητικό Πόδι,
Διαβητολογικό Κέντρο - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ ΘΕΟΔΩΡΟΣ

Διευθυντής Μονάδος Υπερβαρικής Ιατρικής,
Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ», Θεσσαλονίκη

ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α' Χειρουργική Κλινική Π.Α.,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

Δρ., Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Επιμελήτρια Α΄,
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

ΜΥΓΔΑΛΗΣ ΗΛΙΑΣ

Συντονιστής Διευθυντής,
Β΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο,
Νοσοκομείο «ΝΙΜΙΤΣ», Αθήνα

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων - Νοσηλεύτης,
Διαβητολογικό Κέντρο,
Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος
& Διαβητολογικού Ιατρείου,
Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνας, Σαλαμίνα

ΠΑΓΚΑΛΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «ΘΕΡΜΗ»,
Θεσσαλονίκη

ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Α.,
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΘΩΝΑΣ

Καθηγητής Πλαστικής Χειρουργικής,
Διευθυντής Πλαστικής Χειρουργικής Κλινικής Π.Α.,
Αθήνα

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ

Χειρουργός με εξειδίκευση στις Παθήσεις Αγγείων
- Διαβητικό Πόδι,
Κεντρική Νομαρχιακή Μονάδα Υγείας
ΕΟΠΥΥ Πειραιά, Πειραιάς

ΠΑΠΑΝΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Β΄ Παθολογική Κλινική Δ.Π.Θ.,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη και στην Ηπατολογία,
Υπεύθυνος του Διαβητολογικού
και Ηπατολογικού Ιατρείου,
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

ΠΑΠΠΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

Παθολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου
«ΒΕΝΙΖΕΛΕΙΟ ΠΑΝΑΝΕΙΟ», Κρήτη

ΠΕΠΠΑ ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ

Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας,
Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική -
Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «ΑΤΤΙΚΟΝ»,
Αθήνα

ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Κύπρος

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

ΤΣΑΠΟΓΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής
Γ.Ν. Κέρκυρας, Κέρκυρα

ΤΣΙΑΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Αρχίατρος Επιμελητής Παθολογικής Κλινικής,
424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

ΤΣΩΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Παθολόγος Εκπαιδευμένος στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Επιμελητής Α',
Διαβητολογικό Ιατρείο - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Χαλκίδα

ΦΙΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Π.Α.,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»,
Αθήνα

ΨΑΛΛΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Π.Α.,
Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής,
424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Εκπαιδεύσεως, Θεσσαλονίκη

ΨΥΧΟΓΙΟΥ ΜΗΝΑ

Παθολόγος,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Πανεπιστημίου Αθηνών,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα



PolyMem®



PolyMem's unique formulation has the ability to reduce patients' total wound pain experience while actively encouraging healing.



PolyMem finger / Toe dressings



Hyiodine®

Hyaluronic Acid & Iodine
Safely Delivered to
The Wound Bed

Hyiodine represents a novel approach to healing chronic and complicated wounds, being created from an in-depth knowledge of the process of tissue regeneration.



BLAKE INDUSTRIES



curea P:

Modern systematic
wound care



One step at a time
to phase-by-phase
wound care.



Medical
Equipment
and Machinery

Λ. ΚΗΦΙΣΙΑΣ 31,
115 23 ΑΘΗΝΑ
τηλ.: 210 64 29 294,
fax: 210 64 29 398
e-mail: info@mediplan.com.gr

ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΣΤΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ;

Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Πάνου Χαράλαμπος, Αστρέα Δήμητρα, Σαραφάδη Μαγδαληνή, Καλύβας Μάριος, Καραμπουσλή Ελίνα, Παπαγιαννοπούλου Μαρία, Λιασκώνη Κωνσταντίνα, Σπανουδάκη Μαρία, Μύτης Γεώργιος

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας

Σκοπός: Επιδημιολογικά στοιχεία διαβητικών ασθενών, που προσήλθαν για εξέταση στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του Νοσοκομείου μας.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήσαμε 328 διαβητικούς ασθενείς, ηλικίας 28-82 έτη και διάρκειας διαβήτη $12 \pm 10,2$ έτη, που εξετάστηκαν στο Ιατρείο μας από 1/1/2013 έως 18/12/2013.

Αποτελέσματα: Από τους 328 ασθενείς, 144 (43,9%) ήταν γυναίκες και 184 (56,09%) άνδρες. 195 (59,4%) είχαν προγραμματισμένο ραντεβού μέσω του συστήματος προσυνενόησης και οι 133 (40,5%) προσήλθαν εκτάκτως. 125 (38,1%) είχαν νευροπαθητικά έλκη, 51 (15,5%) νευροισχαιμικά έλκη, 98 (29,8%) προσήλθαν για προληπτικό έλεγχο, 38 (11,5%) προσήλθαν για άλλες αιτίες (κυτταρίτιδα, επώδυνη διαβητική νευροπάθεια, δεύτερη γνώμη...), σε 15 (4,5%) έγινε εισαγωγή in αντιμικροβιακή αγωγή και 1 με κρίσιμη ισχαιμία διακομίστηκε σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο για αγγειοχειρουργική εκτίμηση και περαιτέρω αντιμετώπιση. 51,5% των διαβητικών ήταν ενημερωμένοι σχετικά με τη φροντίδα του διαβητικού ποδιού. Πηγές ενημέρωσης: θεράποντες ιατροί, διαφημιστικά spot, ηλεκτρονικός τύπος και συζητήσεις με άλλους.

Συμπεράσματα: Το διαβητικό πόδι παραμένει σημαντική πρόκληση. Παρότι σημαντικό ποσοστό των διαβητικών είναι ενημερωμένοι για το διαβητικό πόδι, χρειάζεται συνεχής εκπαίδευση και ενημέρωση για έγκαιρη αντιμετώπιση από εξειδικευμένη ομάδα.

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΜΕ ΤΙΣ ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ: ΠΑΡΑΘΕΣΗ ΜΕΡΙΚΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Μπριστιάνου Μάγδα¹, Σαραφάδη Μάγδα¹, Μύτης Γεώργιος²

¹ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

² Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

Η συνειδητοποίηση ότι η επιστημονική ομάδα συνεργαζόμενη μπορεί να πετύχει ικανοποιητικά αποτελέσματα στην αντιμετώπιση των διαβητικών ελκών και στην πρόληψη των ακρωτηριασμών αλλά και η ευλαβική προσήλωση στις σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισής τους οδηγούν τελικά στην επίλυση επουλωτικών και άλλων θεραπευτικών προβλημάτων. Στην προσπάθειά μας να ενισχύσουμε τις ανωτέρω αναφερθείσες ενέργειές μας παραθέτουμε σειρά περιστατικών ασθενών μας με ποιοτικά αναλυτικά στοιχεία που υποστηρίζουν τη δουλειά μας.

ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΠΟΔΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΕΞΕΛΚΩΣΗ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΥΠΟΔΗΜΑΤΩΝ

Κοσσιώρης Αριστομένης, Νοσηλεύτης MSc

Κέντρο Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων Κανατίτσας, Ηράκλειο Αττικής

Εισαγωγή: Η χρήση κατάλληλων, εξειδικευμένων υποδημάτων αποφόρτισης από τους διαβητικούς ασθενείς με πόδι σε κίνδυνο για εξέλκωση, τουλάχιστον για το 60% του χρόνου κατά τον οποίο έχουν τα πόδια τους σε επαφή με το έδαφος, είναι απαραίτητη για την αποτελεσματική πρόληψη των ελκών.

Σκοπός: Η διερεύνηση της βιβλιογραφίας σχετικά με τη συμμόρφωση των διαβητικών ασθενών, με πόδι κατηγορίας κινδύνου 1-3 κατά IWGDF, στη χρήση κατάλληλων υποδημάτων.

Μέθοδος Ανασκόπησης: Πραγματοποιήθηκε συστηματική βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων PubMed και Scopus, με τη χρήση συγκεκριμένων λέξεων - κλειδιά.

Αποτελέσματα: Η στρατηγική αναζήτησης απέδωσε τρεις ποσοτικές μελέτες και μια μικτής μεθοδολογίας, οι οποίες αφορούν στην έκταση και στην ποιότητα της συμμόρφωσης των ατόμων με διαβήτη, που βρίσκονται σε κίνδυνο για έλκος ποδός, στη χρήση κατάλληλων υποδημάτων. Η συμμόρφωση ποικίλλει από αρκετά κάτω του 60% μέχρι 71±25% και είναι μικρότερη μέσα στο σπίτι. Ο χαμηλότερος δείκτης μάζας σώματος, η μεγαλύτερη βαρύτητα των παραμορφώσεων στα πόδια και η καλύτερη εμφάνιση των υποδημάτων αποτελούν τους παράγοντες που συνδέονται με αυξημένη χρήση των εν λόγω υποδημάτων ($R^2=0,18$, $p<0,10$).

Συμπεράσματα: Η περαιτέρω διερεύνηση των προσδιοριστών της συμμόρφωσης μπορεί να βελτιώσει την αποτελεσματικότητα της προληπτικής παρέμβασης χορήγησης κατάλληλων υποδημάτων στους διαβητικούς ασθενείς με νευροπάθεια και να οδηγήσει σε μείωση της επίπτωσης των ακρωτηριασμών.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΛΑΘΗ ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

Ντούπνης Ιωάννης¹, Καλογεράς Μενέλαος²

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο – Ναυτικό Νοσοκομείο

² Τμήμα Διαγνωστικής – Επεμβατικής Υπερηχοτομογραφίας – Ιατρικό Παλαιού Φαλήρου

Ασθενής ετών 63, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από δεκαπενταετίας υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και βασική ινσουλίνη, εισήχθη για 4^η συνεχή φορά κατά το τελευταίο 4μηνο στην Παθολογική Κλινική του Ιατρικού Παλαιού Φαλήρου λόγω εξεσημασμένου οιδήματος στον ΔΕ άκρο πόδα, χωρίς ιστορικό κάκωσης. Ο ασθενής κατά τις 3 προηγούμενες νοσηλείες έλαβε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή, ως επί κυτταρίτιδος, επί 7ημέρου. Σε όλες τις νοσηλείες η κλινική του εικόνα παρουσίαζε σημαντική βελτίωση με ύφεση του οιδήματος, οπότε και ελάμβανε εξιτήριο από το νοσοκομείο. Στην παρούσα νοσηλεία, ο ασθενής έλαβε εκ νέου ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με πιπερακιλίνη – ταζομπακτάμη και αμικασίνη ως επί κυτταρίτιδος. Από το ατομικό του αναμνηστικό αναφέρεται διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, υπερλιπιδαιμία και αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή. Ο ασθενής αναφέρει ικανοποιητική ρύθμιση του σακχάρου.

Κατά την κλινική εκτίμηση, η ποδοκνημική και ο άκρος πόδας ελέγχονται θερμοί και έντονα οίδηματώδεις με ικανοποιητικές σφίξεις στην οπίσθια κνημιαία και τη ραχιαία του ποδός αρτηρία. Επιπλέον ο ασθενής δεν αναφέρει διαλείπουσα χωλότητα. Ο κλινικός νευρολογικός έλεγχος των κάτω άκρων ανέδειξε βαρύτερη συμμετρική περιφερική διαβητική νευροπάθεια (έλεγχος με μονοϊνίδιο SWM 10gr, δοκιμασία θερμού κρύου, VPT > 40Volt αμφοτερόπλευρα) γεγονός που σε συνδυασμό με την εν γένει κλινική εικόνα εγείρει την υποψία οξείας νευροπαθητικής οστεοαρθροπάθειας (Charcot). Ο απεικονιστικός έλεγχος ο οποίος ακολούθησε, επιβεβαίωσε την αρχική υποψία. Εδόθησαν οδηγίες και πραγματοποιήθηκε ακινητοποίηση του ποδιού με total contact cast.

Συμπερασματικά: Περιπτώσεις οξείας νευροπαθητικής οστεοαρθροπάθειας (Charcot) δύνανται να διαληθθούν της διαγνώσεως. Στη συγκεκριμένη περίπτωση ο ασθενής κατά τις προηγούμενες νοσηλείες παρουσίαζε σημεία ύφεσης, όχι λόγω της αντιβιοτικής αγωγής, αλλά κυρίως λόγω της σχετικής ακινητοποίησης του σκέλους από τον κλινοστατισμό.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Λούπα Χαρίκλεια¹, Ζάννες Νικόλαος², Κατσαντούρης Γρηγόριος², Κουτσαντωνίου Ελευθέριος³, Δερμόν Αντώνιος⁴, Μπιμπλάκη Δήμητρα⁵, Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Δώνου Ανδριάνη¹, Αδαμόπουλος Παναγιώτης⁴, Λαφογιάννη Σοφία³

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Π.Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

⁴ Ορθοπαιδικό Τμήμα

⁵ Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Είναι γνωστή η σημασία της αιμάτωσης στην επούλωση διαβητικού έλκους. Σήμερα, οι δυνατότητες της επεμβατικής ακτινολογίας για παρέμβαση στα κάτω άκρα (αγγειοπλαστική απλή ή με τοποθέτηση stent), με σημαντική μείωση κινδύνου και ταλαιπωρίας του ασθενούς σε σχέση με την κλασική αγγειοχειρουργική, είναι σημαντικές σε επιλεγμένες περιπτώσεις. Περιγράφονται 3 περιπτώσεις που βοηθήθηκαν από επιτυχή εκτέλεση αγγειοπλαστικής.

1^η Περίπτωση: Σ.Γ., άνδρας 70 ετών, με ΣΔ2 (HbA1c=6,3%), Charcot, ακρωτηριασμός δακτύλου και έλκος πελματιαίας επιφανείας 3^{ου} δακτύλου Δ. MRI: οστεομυελίτις 2^{ου}+3^{ου} δακτύλου Δ. Triplex αρτηριών: στενώσεις 70-75%. Κ/Α: MSSA. Έγινε ακρωτηριασμός 3^{ου} δακτύλου, κυρίως λόγω εκτεθειμένης φάλαγγας. Ψηφιακή αγγειογραφία: στενώσεις 95%. Πραγματοποιήθηκε αγγειοπλαστική. Ο ασθενής έλαβε στοχευμένη 3μηνη αντιβιοτική αγωγή, με ακτινολογική βελτίωση οστεομυελίτιδος 2^{ου} δακτύλου. Η αγωγή ολοκληρώθηκε με τοποθέτηση τετράγωνου δερματικού αυτομοσχεύματος στην περιοχή του ακρωτηριασμού. 7 μήνες μετά, ο ασθενής είναι σε άριστη κατάσταση.

2^η Περίπτωση: Κ.Π., γυναίκα 52 ετών με ΣΔ1, σε περιτοναϊκή κάθαρση, με ΣΝ 3 αγγείων, διαλείπουσα χωλότητα IIb, ψυχρά άκρα με αλλαγή χρώματος (κυανέρυθρο). Triplex αρτηριών: αποφράξεις, αλλά παράπλευρο δίκτυο. Αγγειοχειρουργική εκτίμηση: συντηρητική αντιμετώπιση. Μετά 1 μήνα, Fontaine IV (άλγος ηρεμίας + ισχαιμικές αλλοιώσεις 2^{ου} + 3^{ου} δακτύλου Δ). Έγινε ψηφιακή αγγειογραφία και αγγειοπλαστική με επιτυχία. Εμπειρική αντιβιοτική αγωγή για 1 ½ μήνα. Το 2^ο δάκτυλο εξελίχθηκε σε ξηρά γάγγραινα, ενώ το 3^ο αποκαταστάθηκε. Η διαλείπουσα χωλότητα απέδραμε.

3^η Περίπτωση: Ε.Ζ., άνδρας 68 ετών με ΣΔ2 από 2ετίας (HbA1c=6,5%) και αρτηριοπάθεια IIb, εισήχθη με sausage toe Iου δακτύλου Αρ και ακτινολογικά ευρήματα ΟΜ («διαλυμένη» 1^η+2^η φάλαγγα). Προ μνήος λόγω κακής κοπής ονύχων παρουσίασε οίδημα άκρου ποδός με πυρετό (PEDIS 4) και νοσηλεύθηκε άμεσα σε νοσοκομείο της επαρχίας (χειρουργικός καθαρισμός και αφαίρεση ονύχου) και έλαβε αντιβιοτικά για 7 ημέρες. Κ/Α: MRSA+*Stenotrophomonas maltophilia*. Triplex αρτηριών: στενώσεις, αλλά παράπλευρο δίκτυο. Ψηφιακή αγγειογραφία: στένωση 95% Αρ ιγνυακής. Έγινε αγγειοπλαστική με επιτυχία. Ο ασθενής έλαβε στοχευμένα αντιβιοτικά για 3 μήνες. 5 μήνες μετά, το πόδι είναι σε άριστη κατάσταση (Α/Α: σχηματισμός πύρου) και ο ασθενής βαδίζει 3 km ημερησίως.

Συμπεράσματα: Η επεμβατική ακτινολογία με την αγγειοπλαστική κάτω άκρων είναι πολύ χρήσιμη σε επιλεγμένες περιπτώσεις αγγειοπαθητικού διαβητικού ποδιού, ενώ η εξέταση Triplex είναι αδρή απεικόνιση σε σχέση με την ψηφιακή αγγειογραφία.

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ: ΤΡΙΤΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ-ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Μπριστιάνου Μάγδα¹, Σαραφάδη Μάγδα¹, Μύτης Γεώργιος²

¹ Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

² Χειρουργική Κλινική Νοσοκομείου Λαμίας

Ο τρίτος χρόνος λειτουργίας του Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού στο Νοσοκομείο Λαμίας καταδεικνύει την όλο και περισσότερο αυξανόμενη εμπιστοσύνη των διαβητικών ασθενών στο προσωπικό του Ιατρείου αλλά και στις υποστηρικτικές ενέργειες από τις ανάλογες κλινικές του Νοσοκομείου.

Έτσι το 2013 περίπου 500 ασθενείς εξετάστηκαν στο Ιατρείο αλλά και σε διάφορα εξεταστικά κέντρα του Νοσοκομείου αλλά και σε διάφορες κλινικές όπως (Τ.Ε.Π-Εξωτ. Ιατρεία - Κλινικές - Μ.Ε.Θ. - Μ.Τ.Ν. κ.λ.π.).Εξ αυτών υπεβλήθησαν σε διάφορου τύπου ακρωτηριασμούς 16 ποσοστό περίπου 3,2%.

Τα ιδιαίτερα ποσοτικά και ποιοτικά χαρακτηριστικά των ακρωτηριασθέντων αναλύονται στην αναδρομική μελέτη μας καθώς και τα ελπιδοφόρα μηνύματα του ιατρείου μας, που συντάσσονται με τα γενικώς επιστημονικά παραδεκτά, μας οπλίζουν με τη δύναμη εκείνη να συνεχίσουμε και να εντείνουμε την προσπάθειά μας.

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΠΟΛΥ ΣΟΒΑΡΗ ΝΕΚΡΩΤΙΚΗ ΑΠΟΝΕΥΡΩΣΙΤΙΔΑ (PEDIS 4) ΛΟΓΩ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΓΙΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΟΓΟΥΣ

**Λούπα Χαρίκλεια^{1,2}, Δεδεμάδη Γεωργία³, Χατζηγιαννακός Δημήτριος⁴,
Ζάννης Νικόλαος⁵, Κουτσαντώνιου Ελευθέριος⁶, Κόκας Αλέξανδρος⁶,
Σαρρής Ευάγγελος², Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Δώνου Ανδριάντα¹,
Χριστόπουλος Κωνσταντίνος²**

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Β' Παθολογική Κλινική

³ Χειρουργικό Τμήμα

⁴ Νεφρολογικό Τμήμα

⁵ Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Π.Γ.Ν. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

⁶ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Περιγράφεται περιστατικό πολύ σοβαρής λοίμωξης σε διαβητικό πόδι από παραμελημένο έλκος δακτύλου, που έθεσε σε κίνδυνο τη ζωή του ασθενούς.

Περιγραφή Περιπτώσεως: Φ.Κ., άνδρας, 56 ετών, οδηγός TAXI, με ΣΔ2 από 20ετίας (HbA1c=7,7%), περιφερική αρτηριοπάθεια (στενώσεις 50%), ισχαιμική καρδιοπάθεια και βαρεία καρδιακή ανεπάρκεια (EF 30%), παρακολουθείτο για έλκος δεξιού αχιλλείου τένοντος από κακό υπόδημα, μερική ρήξη και τοποθέτηση κρημού. Στην τελευταία επίσκεψη υπήρχε βαθύ έλκος ονυχοφόρου φάλαγγας 1ου δακτύλου αριστερού ποδός με δυσσομία και οστεομυελίτιδα στην Α/Α. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή, αλλά ο ασθενής δεν προσήλθε για επανέλεγχο, παρά τις επανειλημμένες τηλεφωνικές προσκλήσεις, επικαλούμενος υπάρχοντες σοβαρούς κοινωνικούς λόγους. Επανεμφανίστηκε μετά 3 εβδομάδες, με αδυναμία, πυρετό 38°C, φρίκια, νέκρωση 1ου δακτύλου και δυσσομία. Είχε διακόψει τα αντιβιοτικά. Εισήχθη υπό πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμη, κλινδαμυκίνη, ΗΧΜΒ και πεντοξυφυλλίνη. Έγινε άμεσα χειρουργική αφαίρεση 1^{ου} δακτύλου. Υπήρχε νεκρωτική περιοχή πελματιαίας επιφανείας 1^{ου}-2^{ου} μεταταρσίου και πηλαγίας επιφανείας 1^{ου} μεταταρσίου (νεκρωτική απονευρωσίτιδα). Έγινε ψηφιακή αγγειογραφία και αγγειοπλαστική με μπαλόνι και stent με επιτυχία. Ακολούθησε ευρύς χειρουργικός καθαρισμός με διανοίξεις και παροχετεύσεις. Ο ασθενής παρουσίασε επίταση της καρδιακής ανεπάρκειας με πνευμονικό οίδημα, και γενικευμένα οιδήματα (αποτέλεσμα οξείας νεφρικής ανεπάρκειας που αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με μεγάλη δόση διουρητικών, χωρίς να χρειασθεί συνεδρία αιμοκάθαρσης). Έγιναν επανειλημμένες τροποποιήσεις της αντιβιοτικής αγωγής. Ο ασθενής παρουσίασε θρομβοπενία λόγω πινεζολιδίνης. Έγινε νέα χειρουργική παρέμβαση, με αφαίρεση 1^{ου} μεταταρσίου και σχεδόν πλήρη σύγκληση του κοβοβάματος. Μετά από 7 εβδομάδες νοσηλείας, ο ασθενής είναι σε καλή κατάσταση. Παραμένει νοσηλευόμενος μόνον για κοινωνικούς λόγους.

Συμπεράσματα: Η παραμέληση της λοίμωξης σε διαβητικό πόδι, που γίνεται πλέον συχνότερα για κοινωνικούς λόγους, μπορεί να οδηγήσει σε κίνδυνο της ζωής του ασθενούς, ενώ η αντιμετώπισή της απαιτεί ομάδα πολλαπλών ειδικοτήτων (multidisciplinary team).

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ ΣΤΟ ΙΔΙΟ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Λούπα Χαρίκλεια¹, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος², Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Δώνου Ανδριάντα¹, Δούναβης Αλέξανδρος³, Λεβαντής Γεώργιος², Λαφογιάννη Σοφία²

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

³ Χειρουργικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με οστεομυελίτιδα δακτύλου που παρουσίασε στη συνέχεια δύο κατάγματα στο ίδιο πόδι.

Περιγραφή Περιπτώσεως: Α.Π., άνδρας 60 ετών, οδηγός TAXI, με ΣΔ2 από 17ετίας υπό δισκία (HbA1c=10,8%), με νευροπάθεια και αρτηριοπάθεια, εισήχθη για οστεομυελίτιδα 1ου δακτύλου Αρ (απλή Α/Α + MRI) μετά από τραύμα σε παπούτσι. Επρόκειτο για λοιμώξη PEDIS 4 (Λ=21.440/μL). Παρά την αντιβιοτική αγωγή, λόγω της κακής κατάστασης του δακτύλου και της προβολής οστικού τμήματος, διενεργήθηκε ακρωτηριασμός δακτύλου. Έλαβε αντιβιοτικά για 4 εβδομάδες μετά τον ακρωτηριασμό. Σε επανέλεγχο 1 ½ μήνα μετά τον ακρωτηριασμό, και ενώ ο ασθενής είχε επανέλθει στη δουλειά του πριν την παραλαβή των ειδικών υποδημάτων, το κοιλόβωμα ήταν σε άριστη κατάσταση, αλλά υπήρχε κάταγμα 1^{ns} φάλαγγας 2^{ου} δακτύλου του ίδιου ποδός, προφανώς από κακή φόρτιση, χωρίς εκείνος να έχει αντιληφθεί κάτι! Συνεστήθη ακινητοποίηση δακτύλου με πλευκοπλάστ. Σε επανέλεγχο σε άλλους 2 μήνες, και ενώ το πόδι ήταν σε άριστη κατάσταση και ο ασθενής φορούσε τα ειδικά υποδήματα, διαπιστώθηκε δεύτερο κάταγμα στο 3^ο μετατόρσιο συστοίχως, χωρίς πάλι ο ασθενής να έχει κάτι αντιληφθεί! Προφανώς ήταν συνέπεια του επαγγέλματος (οδηγός). Επιστήθηκε η προσοχή του ασθενούς στον τρόπο οδήγησης. Συζητήθηκε ακόμη και η αλλαγή επαγγέλματος, η οποία ευτυχώς δεν χρειάστηκε. Σε παρακολούθηση 7 μήνες μετά (10 ½ μήνες μετά τον ακρωτηριασμό), το πόδι είναι σε άριστη κατάσταση και οι πάροι στα υπάρχοντα κατάγματα βελτιούμενοι, ενώ η ρύθμιση του διαβήτη είναι πλέον ικανοποιητική.

Συμπεράσματα: Το νευροπαθητικό διαβητικό πόδι χρειάζεται μεγάλη προσοχή και εκπαίδευση του ασθενούς, ιδίως σε επαγγέλματα που απαιτούν συνεχή καταπόνηση του ποδός.

ΕΓΚΑΥΜΑΤΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Λούπα Χαρίκλεια, Βογιατζόγλου Ελευθέριος, Δώνου Ανδριάνα, Μειμέτη Ευαγγελία

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Στα διαβητικά άτομα με περιφερική νευροπάθεια υπάρχει μείωση ή κατάργηση της αισθητικότητας στα κάτω άκρα. Μαζί με την μείωση της αισθητικότητας υπάρχει και κατάργηση του πόνου, ο οποίος δρά ως προστατευτικός συναγεγμός σε βλαπτικά ερεθίσματα. Μία από τις δυνητικές επιπτώσεις είναι το έγκαυμα στο διαβητικό πόδι από μη αντίληψη του βλαπτικού ερεθίσματος, θερμικού ή χημικού.

Ασθενείς – Μέθοδος: Καταγράφηκαν αναδρομικά όλα τα άτομα που προσήλθαν στο ιατρείο φροντίδας διαβητικού ποδιού με εγκαύματα κάτω άκρων, θερμικά ή χημικά.

Αποτελέσματα: Κατά την περίοδο 1/1/2013 – 31/12/2013 προσήλθαν συνολικά 12 άτομα (9 άνδρες / 3 γυναίκες, ηλικίας 47–81ετών, διάμεση 72) με εγκαύματα κάτω άκρων. Σε 1 περίπτωση επρόκειτο για χημικό έγκαυμα (ασβέστης). Οι λοιπές 11 περιπτώσεις (θερμικά εγκαύματα) οφείλονταν σε θερμαντικά σώματα (θερμοφόρα: 2 ασθενείς, ηλεκτρική κουβέρτα: 1, σόμπα: 1, τζάκι: 1, αερόθερμο: 1, ηλεκτρική θερμάστρα: 1), καυτό νερό λουτρού (2 περιπτώσεις), εξάτμιση σε μοτοσυκλέττα (1) και καυτή θαλάσσια άμμο (1 περίπτωση). Τα εγκαύματα ήταν 3^{ου} βαθμού (3 ασθενείς), και 2^{ου} βαθμού (9 ασθενείς). Συστήθηκαν ιωδιούχος ποβιδόνη (περιορισμένη χρήση), επιθέματα (αντιμικροβιακά ή μή) και τοπικά αντιβιοτικά κατά περίπτωση. Δύο ασθενείς (ένας με 3^{ου} βαθμού και ένας με εκτεταμένα 2^{ου} βαθμού) χρειάστηκαν νοσηλεία και ενδοφλέβια χορήγηση αντιβιοτικών. Σε όλους πήλη ενός (που κατέληξε σε ακρωτηριασμό δακτύλου) η έκβαση ήταν καλή. Αξίζει να σημειωθεί ότι 7/12 ασθενείς δεν είχαν αντιληφθεί ότι επρόκειτο για έγκαυμα, και αυτό προέκυψε μετά από επισταμένη λήψη ιστορικού.

Συμπεράσματα: Τα εγκαύματα σε νευροπαθητικό πόδι δεν είναι σπάνια, ιδίως στη σημερινή εποχή της οικονομικής κρίσης που χρησιμοποιούνται εναλλακτικοί τρόποι θέρμανσης. Η εγρήγορη του κλινικού ιστορικού είναι απαραίτητη, και ακόμη πιο σημαντική είναι η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των διαβητικών ασθενών, ώστε οι θερμικές βλάβες στο διαβητικό πόδι να αποφεύγονται.

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΡΑΧΙΑΙΑΣ ΕΠΙΦΑΝΕΙΑΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΣΥΝΤΟΜΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ – ΧΡΗΣΗ ΕΠΟΥΛΩΤΙΚΟΥ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ

**Μανές Χ., Νικολαΐδης Α., Δούκας Λ., Γκιντίκας Σ., Κουκούτσος Ι., Τσαβδαρίδης Ι.,
Τούλλας Ε., Παπαδοπούλου Α.**

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Ασθενής ετών 62 ετών, άνδρας με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 αντιμετωπίζεται με δισκία αντιδιαβητικά. Λαμβάνει επιπρόσθετα υπολιπιδαιμική και αντιαίμοπεταλική αγωγή.

Η διάρκεια Διαβήτη είναι 20 έτη. Στο ιστορικό αναφέρεται Στεφανιαία νόσος και έμφραγμα μυοκαρδίου καθώς και αγγειοπλαστική στεφανιαίων. Έχει υποστεί ακρωτηριασμό μεγάλου δακτύλου για περιφερική αγγειοπάθεια. Εμφανίζει επίσης διαβητική νευροπάθεια ήπιου βαθμού.

Ακολουθεί και άλλος ακρωτηριασμός 2^{ου} δακτύλου δεξιά - ισχαιμικής αιτιολογίας. Επούλωση έλκους επιτεύχθηκε σε διάστημα 6 (έξι) μηνών. Επανέρχεται σε λίγους μήνες. Στην κλινική εξέταση διαπιστώνεται νέο έλκος στη ραχιαία επιφάνεια άκρου ποδός αριστερά. Αποφασίζεται εφαρμογή Casipriq (ανά τριήμερο) στο έλκος της ραχιαίας επιφάνειας αριστερού άκρου ποδός. Εκτελούνται συνολικά 10 συνεδρίες. Σε 20 ημέρες υπάρχει σχεδόν πλήρης επούλωση του έλκους.

Συμπέρασμα: Ο νέος επουλωτικός παράγων εμφάνισε ιδιαίτερη αποτελεσματικότητα στο έλκος της ραχιαίας επιφάνειας του άκρου ποδός.

ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΕΛΜΑΤΙΑΙΩΝ ΠΙΕΣΕΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ

**Μανές Χ.¹, Νικολαΐδης Α.¹, Μητσόπουλος Ε.², Κυρικλίδου Π.², Σαπάκος Ι.¹,
Μυροφορίδου Φ.¹, Παπαδοπούλου Δ.²**

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα - Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Υψηλές πιέσεις στα πέλματα διαβητικών ασθενών σε συνδυασμό με την περιφερική νευροπάθεια θεωρούνται ως σημαντικός παράγων για την εμφάνιση εξελκώσεων στα κάτω άκρα. Επιπλέον ασθενείς με τελικού σταδίου νεφρική νόσο εμφανίζουν συχνά περιφερική νευροπάθεια.

Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε η ύπαρξη αυξημένων πιέσεων στα κάτω άκρα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη ή όχι.

Ασθενείς – Μέθοδοι: Μελετήθηκαν δύο ομάδες ασθενών. Ομάδα Α: Ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου (αιμοκαθαιρόμενοι) διαβητικής αιτιολογίας και Ομάδα Β: Ασθενείς αιμοκαθαιρόμενοι με νεφρική νόσο μη διαβητικής αιτιολογίας. Προσδιορίστηκαν οι πιέσεις στα κάτω άκρα (αριστερό - δεξιό) με τη χρήση πελματογραφήματος.

Αποτελέσματα: **1)** Στην ομάδα Α περιελήφθησαν 16 ασθενείς με μέση ηλικία $65,5 \pm 11,7$ έτη. Στην ομάδα Β περιελήφθησαν 12 ασθενείς με μέση ηλικία $65,6 \pm 12,5$ έτη. **2)** Οι πιέσεις δεξιού κάτω άκρου ήταν $147,9 \pm 25,47$ Κρα για την ομάδα Α και $137,18 \pm 28,34$ Κρα για την ομάδα Β ($p=NS$). **3)** Στο αριστερό κάτω άκρο οι πιέσεις ήταν $158,21 \pm 23,66$ Κρα για την ομάδα Α και $142,98 \pm 26,12$ Κρα για την ομάδα Β ($p=NS$).

Συμπέρασμα: Στην παρούσα μελέτη διαπιστώθηκε μη σημαντική αύξηση των πελματιαίων πιέσεων σε άτομα με τελικού σταδίου νεφρική νόσο διαβητικής αιτιολογίας σε σχέση με αντίστοιχη ομάδα μη διαβητικών ασθενών.

ΠΟΣΟΣΤΙΑΙΑ ΑΝΑΛΟΓΙΑ ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΡΥΘΜΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ, ΒΜΙ ΚΑΙ ΧΡΟΝΟ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΔ

Παπαντωνίου Σ., Γιάματζης Β., Κουκάκη Τ., Πλουμή Δ., Φωτιάδου Α., Παπαντωνίου Ε.,
Κωνσταντινίδου Μ., Κροκίδης Ξ., Ζεκερίδου – Παπαδοπούλου Φ.

Σκοπός: Σκοπός της μελέτης ήταν να διευκρινισθεί αν υπάρχει νευροπάθεια ή όχι και σε τι ποσοστά στα άτομα που παρουσιάζουν υποκειμενικά συμπτώματα και να συσχετιστεί η περιφερική νευροπάθεια διαβητικών ασθενών με την ρύθμιση του σακχάρου, τον χρόνο εμφάνισης του και τους δείκτες παχυσαρκίας.

Υλικό: Μελετήθηκαν 250 ασθενείς που προσήλθαν στα ΕΙ και ανέφεραν συμπτώματα περιφερικής νευροπάθειας. Οι ασθενείς εξετάσθηκαν κλινικά και υποβλήθηκαν σε δερματικό τεστ Neuropad (όχι σε ηλεκτρομυογράφημα). Από τους θετικούς για νευροπάθεια ασθενείς 59 ελέχθησαν επιπλέον με τις εξής παραμέτρους HbA1c, ΒΜΙ, περίμετρο μέσης και έτη εμφάνισης ΣΔ.

Αποτελέσματα: Από τους 250 ασθενείς που εξετάσθηκαν αντικειμενική νευροπάθεια παρουσίασαν 116 (46,4 %) ασθενείς. Από την περαιτέρω ανάλυση των δεδομένων βρέθηκε: στους 59 ασθενείς (16 άνδρες - 43 γυναίκες με μ.ο ηλικίας 68,4 έτη) ελέχθησαν 16 άτομα με HbA1c < 7 (27,12 %) και 43 άτομα με HbA1c > 7 (72,8 %). 6 ασθενείς είχαν ΒΜΙ < 25 (10,2 %), 30 ασθενείς με 25 < ΒΜΙ < 30 (50,8%) και 23 με ΒΜΙ > 30 (38,9%). 4 ασθενείς (6,78%) μετρήθηκαν με περίμετρο μέσης 75-90cm, 19 ασθενείς (37,2%) με 91-105 cm και 36(61,02%) είχαν περίμετρο μέσης πάνω από 106cm. Σύμφωνα με τα χρόνια εμφάνισης ΣΔ: 5 ασθενείς (8,47%) έχουν ΣΔ 1-5 χρόνια, 12 ασθενείς (20,34%) 6-10 χρόνια 14 ασθενείς (23,73%) 11-15 χρόνια και 28 ασθενείς (47,46%) παρουσιάζουν ΣΔ για διάστημα > 16 χρόνια.

Συμπεράσματα: 1) Από τους ασθενείς που αναφέρουν συμπτώματα οι μισοί περίπου εμφανίζουν όντως κλινικά και εργαστηριακά περιφερική νευροπάθεια. 2) Σύμφωνα με τις παραμέτρους της μελέτης οι περισσότεροι ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια είναι αρρυθμιστοι (HbA1c >7 (72.8%), υπέρβαροι και παχύσαρκοι και τα χρόνια παρουσίας του ΣΔ είναι περισσότερα από δέκα. Ίσως η καλύτερη ρύθμιση όλων των παραμέτρων βοηθήσει στην ελάττωση εμφάνισης της διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας.

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Μανές Χ., Μεηλίδης Χ., Ψάλλας Μ., Ρογκότης Θ., Κούτσιου Κ., Ζιώτας Γ., Παπαδοπούλου Α., Κατσαντώνη Π.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Η πιο συχνή χρόνια επιπλοκή του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) είναι η διαβητική νευροπάθεια με τη μορφή της χρόνιας αισθητικοκινητικής νευροπάθειας (ΔΝ), που θεωρείται σημαντικός παράγοντας για την εμφάνιση έλκους στα κάτω άκρα. Η ΔΝ προσβάλλει τα νευρικά κύτταρα που σχετίζονται με το περιφερικό νευρικό σύστημα, συμπεριλαμβανομένων των μεγάλων εμμύελων, ταχείας μετάδοσης Αα/β ινών (κινητικών ή αισθητικών) και μικρών Αδ με ηλεπτή μυελίνη και αμύελων C ινών.

Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της δυσλειτουργίας και των δύο κατηγοριών νευρικών ινών (μεγάλων και μικρών) και η διερεύνηση της συχνότητας προσβολής τους σε σχέση με τη διάρκεια της νόσου σε διαβητικούς ασθενείς.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Εξετάσθηκαν 245 ασθενείς με ΣΔ, άνδρες 107 (43,7%), γυναίκες 138 (56,3%), τύπος 1: n=21 (8,6%), τύπος 2: n=224 (91,4%), ηλικία: $67,86 \pm 11,86$ έτη, με διάρκεια $14,92 \pm 10,33$ έτη. Αποκλεισθηκαν άλλα αίτια περιφερικής νευροπάθειας.

Καταγράφηκε η ύπαρξη ή όχι ΔΝ, αλλά και η βαρύτητα αυτής, σύμφωνα με την κλίμακα μέτρησης NDS (Neuropathy Disability Score). Ως αποτέλεσμα ενδεικτικό νευροπάθειας θεωρήθηκε η συνολική βαθμολογία ≥ 5 . Υπολογίστηκαν οι επιμέρους βαθμολογίες των μικρών (έλεγχος αίσθησης θερμοού-ψυχρού, ελαφρός αφής,) και μεγάλων ινών (Έλεγχος δονήσεων). Ως παθολογικό αποτέλεσμα θεωρήθηκε η συνολική βαθμολογία ≥ 2 και για τις δύο κατηγορίες νευρικών ινών. Οι ασθενείς επίσης χωρίστηκαν ανάλογα με τη διάρκεια του ΣΔ σε τέσσερις κατηγορίες (0-5, 6-10, 11-15, ≥ 16 έτη).

Αποτελέσματα: 1. Βρέθηκαν 144 άτομα χωρίς ΔΠΝ (58,8%) και 101 άτομα με ΔΠΝ (41,1%). 2. Στο σύνολο των ασθενών βρέθηκαν 65 ασθενείς με προσβολή μόνο των μικρών ινών (26,9%) και 40 ασθενείς με προσβολή των μεγάλων ινών (16,3 %). 3. Επί του συνόλου των 101 ασθενών με νευροπάθεια προσβεβλημένων ινών τα ποσοστά αυτά αντίστοιχα είναι 64,4% και 39,6%. Η συχνότητα της προσβολής των μικρών ινών είναι συχνότερη αυτής των μεγάλων ινών ($p < 0,0001$, $\chi^2 = 74,81$) και παρέμενε σημαντική και μεταξύ των ατόμων με ΔΠΝ ($p = 0,002$, $\chi^2 = 9,5$). 4. Η συχνότητα προσβολής των μικρών ινών είναι συχνότερη σε κάθε μία από τις τέσσερις επιμέρους κατηγορίες διάρκειας του ΣΔ, από την πρωιμότερη έως και την πλέον προχωρημένη.

Συμπεράσματα: Η βλάβη των μικρών νευρικών ινών είναι συχνότερη και πρωιμότερη συγκριτικά με αυτή των μεγάλων και συσχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τη διάρκεια του ΣΔ. Ο εντοπισμός της διαταραχής αυτής είναι σημαντικό βήμα στην πρόληψη του συνδρόμου του διαβητικού ποδιού.

Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

**Αθανασοπούλου Ε., Κόκκινος Α., Διακουμοπούλου Ε., Λιάτσης Σ., Μακρυλάκης Κ.,
Σιάμη Ε., Μάρκου Γ., Τεντολούρης Ν.**

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σκοπός: Θωρείται ότι οι ασθενείς με επώδυνη διαβητική νευροπάθεια έχουν συχνότερα δυσλειτουργία των μικρών νευρικών ινών. Το τεστ Neurograd αποτελεί μια νέα μέθοδο για την εκτίμηση της δυσλειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων, που συγκαταλέγεται στις μικρές νευρικές ίνες του αυτόνομου νευρικού συστήματος. Σε αυτήν τη συγχρονική μελέτη εξετάσαμε διαφορές στις παραμέτρους της νευρολογικής εξέτασης και στο τεστ Neurograd μεταξύ ασθενών με επώδυνη και ανώδυνη νευροπάθεια, καθώς και με οξεία νευροπαθητική οστεοαρθροπάθεια Charcot (CN).

Μέθοδοι: Εξετάστηκαν 91 ασθενείς (22 υγείς-ομάδα ελέγχου, 21 με ανώδυνη νευροπάθεια, 40 με επώδυνη νευροπάθεια και 8 με οξεία CN). Η διάγνωση της νευροπάθειας στηρίχθηκε στον δείκτη νευρολογικής ανικανότητας. Επιπρόσθετα, το τεστ Neurograd εφαρμόστηκε σε όλους τους συμμετέχοντες και τα αποτελέσματα ταξινομήθηκαν σε φυσιολογικά ή μη σύμφωνα με την πλήρη αλλαγή χρώματος του Neurograd μετά από 10 λεπτά εφαρμογής.

Αποτελέσματα: Όλες οι παράμετροι νευρολογικής εξέτασης ήταν χειρότερες στους ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια και CN σε σύγκριση με τους μάρτυρες. Παρ' όλα αυτά, καμιά διαφορά δεν παρατηρήθηκε μεταξύ των ασθενών με νευροπάθεια (ανώδυνη και επώδυνη) και των ασθενών με CN. Τα ίδια ίσχυσαν και για το τεστ Neurograd. Τα αποτελέσματα των ευρημάτων των κλινικών μεθόδων κλινικής εξέτασης για τη δυσλειτουργία των μικρών νευρικών ινών, όπως η αντίληψη του πόνου και της θερμοκρασίας καθώς του τεστ Neurograd δεν διέφεραν μεταξύ των ασθενών με νευροπάθεια (ανώδυνη και επώδυνη) και με CN.

Συμπέρασμα: Ασθενείς με ανώδυνη και επώδυνη νευροπάθεια, όπως και ασθενείς με CN έχουν παρόμοια ευρήματα από την κλινική εξέταση για την περιφερική νευροπάθεια. Ακόμα, το τεστ Neurograd δεν μπορεί να διακρίνει μεταξύ των διαφόρων μορφών νευροπάθειας ή της CN.

Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΗΣ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπάνας Νικόλαος, Χατζηκοσμά Γεωργία, Παφίλη Καλλιόπη, Δημητρίου Μαρία, Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλιτέζος Ευστράτιος

Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός της μελέτης: Η εκτίμηση της συμβολής της αυτοματοποιημένης νευροφυσιολογικής μελέτης του γαστροκνημιαίου νεύρου στη διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Ασθενείς και μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 102 ασθενείς (54 άνδρες) μέσης ηλικίας 67.5 ± 7.2 ετών. Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν η έλλειψη B_{12} , η κατάχρηση αιθανόλης καθώς και άλλα αίτια περιφερικής νευροπάθειας. Τη διαγνωστική μέθοδο αναφοράς αποτέλεσε ο δείκτης Neuropathy Disability Score (NDS) με ουδό $NDS \geq 3$. Η αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνημιαίου νεύρου έγινε με τη φορητή συσκευή NC-stat® DPNChechTM (Neurometrix, Inc., Waltham, MA, USA). Παθολογική θεωρήθηκε η ανωτέρω μελέτη, όταν τουλάχιστον μια από τις μετρούμενες νευροφυσιολογικές παραμέτρους ήταν παθολογική σε τουλάχιστον ένα σκέλος.

Αποτελέσματα: Η εξέταση με τη συσκευή NC-stat® DPNChechTM παρουσίαζε 88.57% ευαισθησία, 89.55% ειδικότητα, 81.58% θετική προγνωστική αξία (PPV) και 93.75% αρνητική προγνωστική αξία (NPV). Ο λόγος +LR (positive Likelihood Ratio) ήταν 8.47 και ο λόγος -LR (negative Likelihood Ratio) ήταν 0.13.

Συμπεράσματα: Η αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνημιαίου νεύρου με τη συσκευή NC-stat® DPNChechTM παρουσιάζει υψηλή ευαισθησία και ειδικότητα στη διάγνωση της περιφερικής νευροπάθειας σε ασθενείς με Τ2ΣΔ.

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΚΑΠΝΙΣΤΕΣ ΚΑΙ ΜΗ

Μανές Χ., Μεηλίδης Χ., Ψάλλης Μ., Τσιάντας Γ., Ρογκότσης Θ., Κουκούτσας Ι.,
Τσαβδαρίδης Ι., Κούτσιου Κ.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα αυξάνει τη πιθανότητα εμφάνισης επιπλοκών στο Σακχαρώδη Διαβήτη καθώς επιδεινώνει την ήδη προσβεβλημένη ενδοθηλιακή λειτουργία. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης του καπνίσματος με άλλες παραμέτρους του Διαβήτη και των επιπλοκών.

Ασθενείς και Μέθοδοι: Εκατόν εννέα μη καπνιστές με ΣΔ με ηλικία $65,43 \pm 13,18$ (άνδρες 43%) και δεκατρείς καπνιστές με ΣΔ με ηλικία $51,95 \pm 14,94$ (άνδρες 39%) συμμετείχαν στη μελέτη. Καταγράφηκε ανάμεσα στις άλλες βιοχημικές και κλινικές παραμέτρους και η γλυκαιμική ρύθμιση μέσω της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1c).

Καταγράφηκε η ύπαρξη νευροπάθειας με τη μορφή της περιφερικής συμμετρικής χρόνιας Νευροπάθειας (ΔΠΝ) και μετρήθηκε η βαρύτητα αυτής βάσει του Neuropathy Disability score (NDS)

Αποτελέσματα: **1.** Στην ομάδα των μη καπνιστών με ΣΔ, η διάρκεια του διαβήτη σχετίζεται με τη HBA1c ($P=0,002$) και την ηλικία των ασθενών ($P<0,001$). Επιπλέον η βαρύτητα της ΔΠΝ σχετίζεται στατιστικά με τη HBA1c ($P=0,02$), καθώς και με τη διάρκεια του ΣΔ ($P<0,001$). **2.** Στην ομάδα των καπνιστών με ΣΔ δεν ανευρέθηκαν αντίστοιχες σημαντικές συσχετίσεις. Η νευροπάθεια εμφάνιζε οριακά μεγαλύτερη βαρύτητα στην ομάδα των καπνιστών ($p=0,05$). **3.** Η σύγκριση των δύο ομάδων έδειξε ότι στην ομάδα των καπνιστών με ΣΔ, η ηλικία τους ήταν μικρότερη ($P<0,001$), ο δείκτης μάζας σώματος ήταν μικρότερος ($P=0,004$), η γλυκαιμική τους ρύθμιση ήταν χειρότερη ($P=0,006$) και η παρουσία υπέρτασης ήταν στατιστικά σημαντικότερη από αυτή της ομάδας των μη καπνιστών με ΣΔ ($P=0,01$, $\chi^2=8,04$).

Συμπεράσματα: **1.** Η ΔΠΝ σχετίζεται με τη γλυκαιμική ρύθμιση και τη διάρκεια του ΣΔ. **2.** Το κάπνισμα πιθανώς προδιαθέτει σε εμφάνιση ΣΔ σε νεότερες ηλικίες σε βαρύτερης μορφής νευροπάθεια.

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ 3872AG ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΪΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπασικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Τούσουλης Δημήτριος², Παπαδογιάννης Δημήτριος¹, Μήλιου Αντιγόνη², Παπαγεωργίου Νικόλαος², Χατζής Γεώργιος², Στεφανάδης Χριστόδουλος²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών

² Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι χρόνιες φλεγμονώδεις διεργασίες και η C- αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP) σχετίζονται με την παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπλοκές του. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η σχέση του Αδενίνη/Γουανίνη 3872 πολυμορφισμού του γονιδίου της CRP, (CRP3872AG), με τη διαβητική περιφερική νευροπάθεια (ΔΠΝ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Υλικό και Μέθοδος: Ο CRP3872AG πολυμορφισμός αποκαλύφθηκε σε 431 ασθενείς με ΣΔ2 (μέσης ηλικίας 66.5 ± 9.96 έτη, άνδρες $n=218$), με αλυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα πέψης (HPYCH4III). Η υψηλής ευαισθησίας CRP (mg/l) (hs-CRP), εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσονεφελομετρία. Η παρουσία ΔΠΝ καθορίστηκε με τη χρήση του δείκτη συμπτωμάτων νευροπάθειας (NSS), του δείκτη νευρολογικής ανικανότητας (NDS), και τη χρήση βιοθροσιμέτρου.

Αποτελέσματα: Η γονιδιακή κατανομή ήταν GG:52%, AG:27.2%, AA:20.8%, με σημαντική διαφορά ως προς το φύλο άνδρες (%), GG:46.4, AG:50, AA:61.8, ($p=0.02$), GGvsAA, ($p=0.01$). Ο λογάριθμος των επιπέδων της hs-CRP ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους GG (0.61 ± 0.25), έναντι των AG γονοτύπων (0.56 ± 0.18), ($p=0.04$). Η συχνότητα (%) της ΔΠΝ ήταν 36.4%. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στους υπό μελέτη γονοτύπους ως προς την παρουσία ΔΠΝ, GG:34.2 AG:40.5, AA:37.1, ($p=0.51$) ακόμη και μετά από προσαρμογή σε παράγοντες κινδύνου.

Συμπεράσματα: Ο CRP3872AG πολυμορφισμός δε σχετίζεται με την παρουσία ΔΠΝ, επηρεάζει όμως τα επίπεδα ορού της hs-CRP.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΣΤΟΝ ΑΚΡΟ ΠΟΔΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΑΣΥΜΠΑΘΗΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΟΡΘΙΑ ΘΕΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Παφίλη Καλλιόπη, Χατζηκοσμά Γεωργία, Δημητρίου Μαρία,
Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαϊτέζος Ευστράτιος,
Παπάνος Νικόλαος**

*Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Αλεξανδρούπολη*

Σκοπός της μελέτης: Η διερεύνηση της πιθανής συσχέτισης μεταξύ της δερματικής θερμοκρασίας στον άκρο πόδα και της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας (heart rate variability, HRV) σε ανάλυση παραμέτρων χρόνου (time domain analysis) επί ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Ασθενείς και μέθοδοι: Συμπεριελήφθησαν 55 ασθενείς μέσης ηλικίας 64.3 ± 7.8 ετών. Μετρήθηκε η θερμοκρασία (θ°) της ραχιαίας και πελματιαίας επιφάνειας των δύο άκρων ποδών με ειδικό θερμόμετρο (KM 814, Kane-May, Hertfordshire, UK). Επίσης μελετήθηκε η HRV με το σύστημα VarioCardio TF5 (MIE, Leeds, UK) στις 3 κλασικές θέσεις (ύπτια-όρθια-ύπτια).

Αποτελέσματα: Διαπιστώθηκε σημαντική θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ραχιαία και στην πελματιαία θ° του ποδός (δεξί: $rs=0.808$, $p<0.001$ και αριστερό: $rs=0.856$, $p<0.001$), όπως και ανάμεσα στις δύο ραχιαίες ($rs=0.837$, $p<0.001$) και πελματιαίες θ° ($rs=0.927$, $p<0.001$). Η τυπική απόκλιση του RR διαστήματος (RR-SD) κατά την όρθια θέση παρουσίασε σημαντική θετική συσχέτιση με τη ραχιαία θ° ($rs=0.266$, $p=0.049$) και την πελματιαία θ° ($rs=0.327$, $p=0.015$) του δεξιού ποδός και την πελματιαία θ° του αριστερού ποδός ($rs=0.337$, $p=0.012$). Δεν παρατηρήθηκαν ανάλογες συσχετίσεις με τις RR-SD κατά τις δύο ύπτιες θέσεις.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα αυτά συνηγορούν υπέρ της συσχέτισης μεταξύ της θερμοκρασίας του ποδός και της βαγοτονίας κατά την όρθια θέση σε ασθενείς με Τ2ΣΔ.

ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΩΝ ΜΕΓΑΛΩΝ ΝΕΥΡΙΚΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2(ΣΔΤ2)

Τσακουρίδου Όλγα¹, Τσπουλιίδης Στέφανος¹, Γρίβου Καλλιόπη¹,
Σιδηροπούλου Σοφία¹, Χριστοφορίδου Ευγενία¹,
Χωριανόπουλος – Μαρισέσκου Τζορτζέτα¹, Πετρίδης Γεώργιος², Μανές Χρήστος³

¹ Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας Χαλκιδικής

² Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

³ Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η περιφερική νευροπάθεια και η διαβητική νεφροπάθεια αποτελούν δύο από τις σοβαρότερες επιπλοκές του ΣΔΤ2. Η δυσλειτουργία των μεγάλων νευρικών ινών (αντίληψη δονήσεων) αποτελεί προδιαθεσικό παράγοντα για την εμφάνιση διαβητικού έλκους και συνεπώς αίτιο ακρωτηριασμού.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη στοχεύει 1.στη διαχρονική μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και της λειτουργίας των μεγάλων νευρικών ινών και 2.στη διερεύνηση της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση με τη διαταραχή στην αντίληψη των δονήσεων.

Ασθενείς – Μέθοδος: Μελετήθηκαν 113 ασθενείς (42 άνδρες και 71 γυναίκες) με ΣΔΤ2 στην 1^η επίσκεψη στο Διαβητολογικό Ιατρείο και έγινε τακτική παρακολούθησή τους για 48 εβδομάδες. Στους ασθενείς αυτούς προσδιορίστηκαν οι παράμετροι: ηλικία, βάρος, ύψος, κρεατινίνη πλάσματος και η παρουσία λευκώματος στα ούρα σε 2 χρονικά στιγμιότυπα (1^η επίσκεψη:0/48 εβδομάδες:1). Υπολογίστηκε η κάθαρση κρεατινίνης με τη χρήση του τύπου των Cockcroft-Gault(eGFR). Τέλος, μετρήθηκε η παλλοισθησία με βιοθεσιόμετρο στο μεγάλο δάκτυλο (παλλοισθησία) στον ίδιο χρόνο.

Αποτελέσματα: 18 ασθενείς (15.9%)είχαν λευκωματουρία στην ένταξή τους. Ο μέσος όρος του GFR(0) ήταν 114,04/min/1.73m² (SD: 39,00%) ενώ 48 εβδομάδες μετά το GFR(1) μειώθηκε σε 110,75/min/1.73m² (SD: 44,48%)[p=0,223 (NS)]. Η αντίληψη των δονήσεων επιδεινώθηκε σημαντικά 48 εβδομάδες μετά (<0,0005) την 1^η επίσκεψη. Οι τιμές του GFR(1) είχαν αρνητική συσχέτιση με τις τιμές των μετρήσεων στο βιοθεσιόμετρο (0)(ΔΕ:r=-0,270, p<0,04,AP:r=-0,317, p<0,01) και βιοθεσιόμετρο (1) (ΔΕ: p<0,09,AP: p<0,03). Οι απόλυτες (p=0,849) και ποσοστιαίες μεταβολές (p=0.4) των δύο(2) παραμέτρων δε σχετίζονται σημαντικά. Ασθενείς με ενδιάμεσες βλάβες νευροπαθητικού τύπου στο baseline(σکور βιοθεσιόμετρου:11-25) φάνηκε να επιδεινώνουν τη νεφρική τους λειτουργία σε σχέση με αυτούς με φυσιολογική αντίληψη των δονήσεων ΔΕ (p=0.014) και AP (p=0.072).

Συμπεράσματα: Οι διαταραχές παλλοισθησίας φαίνεται να σχετίζονται με τη συνύπαρξη επιπλοκών του ΣΔ, όπως η έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η επιδείνωση των νευροπαθητικών βλαβών μπορεί να προβλέπει μείωση της σπειραματικής διήθησης, ενώ η εντόπιση ασθενών με ενδιάμεσες βαρύτητας νευροπαθητικές βλάβες είναι σημαντική για την πρόβλεψη και των άλλων επιπλοκών της νόσου.

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΟΓΡΑΦΙΑ ΣΤΑ 3Τ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Θεοδωρακόπουλος Α., Βασιλειάδης Κ., Μπιντούδη Α.

Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μαγνητική αρτηριογραφία στα 3Τ αποτελεί μία αξιόπιστη εναλλακτική μέθοδο της ψηφιακής αφαιρετικής αγγειογραφίας (DSA) για τον έλεγχο του αρτηριακού δικτύου των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς.

Σκοπός: Η ανάδειξη των απεικονιστικών ευρημάτων στο αρτηριακό δίκτυο των κάτω άκρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό – Μέθοδος: Σε χρονικό διάστημα 3 ετών μελετήσαμε 45 ασθενείς, ηλικίας 45-85 ετών που προσήλθαν στο τμήμα μας για εξέταση με μαγνητική αρτηριογραφία των κάτω άκρων. Οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε μαγνητική αρτηριογραφία με τη χρήση μαγνητικού τομογράφου Phillips Ingenia 3Τ.

Αποτελέσματα: Από τους 45 ασθενείς που μελετήσαμε, σε 15 απεικονίστηκαν ευρήματα ήπιων αθηρωματικών αλλοιώσεων σε τουλάχιστον έναν από τους κύριους αρτηριακούς κλάδους, σε 8 μετρίου βαθμού και σε 7 ασθενείς απεικονίστηκε απόφραξη τουλάχιστον ενός κύριου κλάδου. Σε 15 ασθενείς είχαμε συνδυασμό των παραπάνω, με αποφράξεις κυρίως στο επίπεδο της επιπολής μηριαίας αρτηρίας και επανασχηματισμό της σε κατώτερο επίπεδο και σε κλάδους της ιγνυακής αρτηρίας χωρίς επανασχηματισμό. Στις περιπτώσεις αυτές οι αθηρωματικές αλλοιώσεις αφορούσαν σχεδόν όλα τα αρτηριακά στελέχη.

Συμπεράσματα: Η μαγνητική αρτηριογραφία των κάτω άκρων στα 3Τ αποτελεί μία μη επεμβατική, εναλλακτική μέθοδο στην κλασσική ψηφιακή αφαιρετική αγγειογραφία, γεγονός σημαντικό στην διαχείριση αυτής της κατηγορίας ασθενών.

ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΥΝΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΕΞΑΡΤΩΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Ζούπας Χρήστος, Περρέα Δέσποινα, Μάρκου Γεωργία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»,

Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών

Η μείωση των ελασικών ιδιοτήτων των αρτηριών αποτελεί τον παθοφυσιολογικό κρίκο μεταξύ διαβήτη και αυξημένου καρδιαγγειακού κινδύνου. Η εκτίμηση της ταχύτητας μετάδοσης του σφυγμικού κύματος κατά μήκος της αορτής (aortic PWV) έχει αναδειχθεί σε ανεξάρτητο δείκτη καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνητότητας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Σκοπός: Η εκτίμηση της συσχέτισης της aorticPWV με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.

Μέθοδος και Υλικό: Συνολικά μελετήθηκαν 163 ασθενείς (74 άντρες, 89 γυναίκες), μέσης ηλικίας $62,59 \pm 8,97$ ετών με διαβήτη τύπου 2 και χωρίς γνωστή μακροαγγειοπάθεια. Έγινε καταγραφή βασικών δημογραφικών χαρακτηριστικών και μέτρηση γλυκόζης, κρεατινίνης ορού, λιπιδίων, HbA1c, ινωδογόνου, hs-CRP και οστεοπροτεγερίνης (OPG) ορού. Επίσης έγινε ο υπολογισμός της κάθαρσης κρεατινίνης και του λόγου αλβουμίνης προς κρεατινίνης ούρων (A/Cu). Η εκτίμηση της PWV έγινε με τη συσκευή SphygmoCor.

Αποτελέσματα: Από το σύνολο των ασθενών, 127 (65,8%) ασθενείς παρουσίαζαν επίπεδα LDLc >100 mg/dl, 81 (42%) ασθενείς λάμβαναν στατίνη, 120 (62,2%) ασθενείς παρουσίαζαν υπέρταση, 39 (20,2%) ασθενείς περιφερική νευροπάθεια και 34 ασθενείς (33%) κάπνιζαν. Η μονοπαγοντική ανάλυση έδειξε ότι η ηλικία ($p < 0,001$), ο δείκτης μάζας σώματος ($p = 0,025$), η διάρκεια του διαβήτη ($p = 0,006$), η λήψη αναστολέων του άξονα ρενίνης/αγγειοτασίνης ($p = 0,034$), η OPG ($p = 0,002$), ο λόγος A/Cu ($p = 0,006$), η κρεατινίνη ορού ($p = 0,009$), η κάθαρση κρεατινίνης ($p < 0,001$), η παρουσία περιφερικής νευροπάθειας ($p < 0,001$) και η πίεση παλμού ($p < 0,001$) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την aorticPWV. Στην πολυπαγοντική ανάλυση η ηλικία, η ύπαρξη περιφερικής νευροπάθειας και η OPG διατήρησαν τη συσχέτισή τους με την PWV. Αντιθέτως, δεν διεπιστώθηκε σημαντική συσχέτιση με την αρτηριακή πίεση, το κάπνισμα, τα λιπίδια ορού, τη HbA1c, την περίμετρο μέσης, το λόγο περιμέτρου μέσης/ισχύων και τη hs-CRP.

Συμπεράσματα: Σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, πέρα από τους κλασσικούς παράγοντες κινδύνου, παράμετροι όπως η παρουσία περιφερικής νευροπάθειας και η OPG, σχετίζονται ισχυρά με το βαθμό σκλήρυνσης των αρτηριών.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΤΟΠΙΚΗΣ ΑΝΤΙΒΙΩΣΗΣ ΜΕ ΦΟΡΕΑ ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟ ΟΣΤΙΚΟΥ ΜΟΣΧΕΥΜΑΤΟΣ ΣΤΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΧΡΟΝΙΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: ΠΙΛΟΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Παπάνας Νικόλαος¹, Δρόσος Γεώργιος², Δημητρίου Μαρία^{1,3}, Τερζή Ειρήνη⁴, Χατζηκοσμά Γεωργία¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Κύρογλου Σουλιτάνα¹, Πανοπούλου Μαρία³, Βογιατζάκη Θεοδοσία⁵, Καζάκος Κωνσταντίνος², Μαλιτζός Ευστράτιος^{1,4}

¹ Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

² Ορθοπαιδική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

³ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁴ Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

⁵ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης

Εισαγωγή: Η αντιμετώπιση της χρόνιας οστεομυελίτιδας στο διαβητικό πόδι εξακολουθεί να περιλαμβάνει και τη χειρουργική θεραπεία, ενίοτε με την εφαρμογή τοπικής αντιβίωσης.

Σκοπός της μελέτης: Η πρώτη εκτίμηση του ρόλου της τοπικής αντιβίωσης με υποκατάστατο οστικών μοσχευμάτων (YOM) με γενταμικίνη.

Υλικό και μέθοδος: Οκτώ διαβητικοί τύπου 2 ασθενείς ηλικίας 57-84 ετών με χρόνια οστεομυελίτιδα μεταταρσίων ή πτέρνας αντιμετωπίστηκαν με χειρουργικό καθαρισμό, τοποθέτηση YOM με γενταμικίνη (Herafil® beads G, Heraeus Medical GmbH, Wehrheim, Germany) και μετεγχειρητική αντιβίωση με βάση την καλλιέργεια των ιστών που ελήφθησαν διεγχειρητικά. Η σύγκλιση του τρύματος ήταν πάντα μερική και ακολούθησαν επανειλημμένες αλλαγές και παρακολούθηση του τραύματος μέχρι την απορρόφηση των YOM.

Αποτελέσματα: Σε όλους τους ασθενείς η πλοίμωξη αντιμετωπίστηκε με επιτυχία χωρίς υποτροπή μέχρι σήμερα (διάστημα 3-18 μηνών). Μετεγχειρητικά κατέστη δυνατό να χορηγηθεί ενδοφλέβια αντιβίωση επί σχετικά μικρό διάστημα (7-10 μέρες). Το YOM απορροφήθηκε σε διάστημα μικρότερο των 2 μηνών, ενώ συνεχίστηκε η χορήγηση per os αντιβίωσης. Σε 4 από τους ασθενείς επιτεύχθηκε πλήρης επουλώση, ενώ σε 4 η επουλώση εξελίσσεται ικανοποιητικά. Σε έναν ασθενή διαπιστώθηκε ανάπτυξη ελκών σε άλλα σημεία του σύστοιχου και του αντίστοιχου ποδιού.

Συμπέρασμα: Τα πρώτα αυτά αποτελέσματα από τη χρήση του συγκεκριμένου YOM είναι ενθαρρυντικά.

DATA PERSPECTIVE FOR FOOT ULCERS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Hasho Sokol, Idrizi Mirel, Çelo Eni, Aqçi Fecor

Introduction: Diabetic foot is one of the main complications of Diabetes Mellitus that is present in 15–25% of people with diabetes at least once in their life. This complication has a profound effect on patients' quality of life and results a great burden on the health service resources.

Purpose: Our study's goal is to show the prevalence of diabetic foot ulcers, to point out the risk factors for diabetic ulcers in a group of patients with Diabetes Mellitus and to determine the role that some of these factors have in the ulcer prognosis, which will help preventing them.

Method of study: There was a prospective study that included a total of 53 patients with different elements of diabetic foot who were treated in "Osteoarticular Surgery and Diabetic Foot" unit in "Shefqet Ndroqi" hospital in Tirana from 05.07.2013 to 30.11.2013.

Results: The study showed that most of the patients (29%) had foot ulcers (plantar or not), while less frequent (20%) was the wet gangrene of a finger. 58% of the patients referred that they had had previously ulcers in their feet, while 43.4% of them had amputations. Severe hyperglycemia was associated with a higher risk for diabetic foot ulcers. It was also found that patients with Diabetes Mellitus who developed foot ulcers had a longer duration of the pathology. Diabetic neuropathy was present in all patients in the study, while 75% of patients who were examined (angio CT or Echo Doppler) resulted in vascular obliterations. Infection was present in 60% of the cases. All of our patients used antibiotics therapy to treat the infection or just for profilaxy. In 40% of patients, treatment included surgery in the operating theatre, while for 60% of the patients microsurgery was helpful.

Conclusion: As a conclusion, the major risk factors for diabetic ulcers were neuropathy, vascular obliterations, hyperglycemia, duration of diabetes, smoking, lack of hygiene. Also as a risk factor are considered male sex and over 40 years old. According to observations, patients who had ulcers previously, were more disposed to have this complication again.

ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΟΝΤΑΙ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σταυρούλα-Παναγιώτα Λόντου¹, Μικές Δουλαπτσής², Γεώργιος Δαφούλλας¹,
Μάριος Ποδηζώνης¹, Νικόλαος Πατέλης³, Αικατερίνη Κοτζαδημητρίου¹,
Παρασκευάς Σταμόπουλος², Σ. Γεωργόπουλος³, Χ. Μπακογιάννης³, Χ. Κλωνάρης²,
Νικόλαος Τεντολούρης¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

³ Α' Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σκοπός: Να μελετήσουμε τα κλινικά και τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τη συν-νοσηρότητα, την αντιμετώπιση και την έκβαση ασθενών με διαβητικό πόδι που νοσηλεύονται στις Παθολογικές και Χειρουργικές κλινικές ενός τριτοβάθμιου Νοσοκομείου με εμπειρία στο διαβητικό πόδι.

Υλικό: Μελετήσαμε αναδρομικά από την 1 Ιουνίου 2013 έως και τις 31 Δεκεμβρίου 2013 τους ιατρικούς φακέλους 50 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν.Α. Λαϊκό με διαβητικό πόδι. Συνολικά 35 ασθενείς (70%) νοσηλεύτηκαν στα αγγειοχειρουργικά και 15 ασθενείς (30%) στα παθολογικά (30%) τμήματα.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 69 έτη, ενώ η πλειονότητα των ασθενών ήταν ηλικίας άνω των 70 ετών. Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν 17,5 ημέρες. Το 96% αφορούσε ασθενείς με τύπου 2 διαβήτη. Το 100% έπασχε από περιφερική αγγειακή νόσο, 40% είχε αρτηριακή υπέρταση, 2% διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και 12% διαβητική νεφροπάθεια. Το 40% είχε έλκος με συνοδό οστεομυελίτιδα, το 42% είχε κρίσιμη ισχαιμία χωρίς έλκος ή γάγγραινα, ενώ το 18% είχε γάγγραινα. Ενδοφλέβια χορήγηση αντιμικροβιακών έλαβε το 10%, ενώ θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο έλαβε το 2% και το 4% αντιμετωπίστηκε με VAC. Ένα ποσοστό της τάξης του 16% αντιμετωπίστηκε συντηρητικά και 78% χειρουργικά (8% υποβλήθηκε σε μείζονα ακρωτηριασμό, 16% σε ελάσσονα, 2% με δερματικό μόσχευμα, 40% με παρακαμπτήρια επέμβαση, 2% με αγγειοπλαστική ενώ στο 10% έγινε χειρουργικός καθαρισμός). Ένα ποσοστό της τάξης του 4% απεβίωσε χωρίς καμία παρέμβαση ενώ το 2% αρνήθηκε χειρουργική παρέμβαση. Αξίζει να σημειωθεί πως το 75% των ακρωτηριασμών είχε κατά τον παρελθόντα χρόνο υποβληθεί σε έλασσον ακρωτηριασμό, ενώ το 50% των μειζόνων ακρωτηριασμών είχε τοπική υποτροπή στο κοιλόβωμα.

Συμπέρασμα: Η πλειονότητα των ασθενών που νοσηλεύονται με διαβητικό πόδι είναι μεγάλης ηλικίας, έχουν περιφερική αγγειακή νόσο και αντιμετωπίζονται με επεμβάσεις επαναιμάτωσης. Το ένα τέταρτο των ασθενών θα χρειαστεί μείζονα ή ελάσσονα ακρωτηριασμό, ενώ η πηλαστική χειρουργική και άλλες συμπληρωματικές θεραπείες χρησιμοποιούνται σπάνια στην αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού.

Η ΔΙΑΔΕΡΜΙΚΗ ΟΞΥΜΕΤΡΙΑ ΩΣ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΑΠΟΚΡΙΣΗΣ ΣΕ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Κώτσιου Μαρία¹, Στεφανίδου Στυλιανή¹, Μανές Χρήστος², Μεσημέρης Θεόδωρος¹

¹ Μονάδα Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη
² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η τοπική διαδερμική οξύμετρία ($TcPO_2$) είναι μια μη επεμβατική διαγνωστική τεχνική που εκτιμά το επίπεδο της μερικής πίεσης οξυγόνου των ιστών κάτω από το δέρμα. Η $TcPO_2$ αντανακλά έμμεσα την αιματική ροή όταν διενεργείται υπό συνθήκες φυσιολογικής πίεσης, ενώ σε συνθήκες αυξημένης πίεσης προσδιορίζει το ύψος της ιστικής οξυγόνωσης στην περιοχή μέτρησης.

Μέθοδος: Στην παρούσα μελέτη συλλέχθηκαν δεδομένα αναδρομικά από όλους τους ασθενείς (47) με διαβητικά έλκη (39 ισχαιμικά και 8 νευροπαθητικά) που νοσηλεύτηκαν στην Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής στο Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος κατά τα έτη 2011- 2013 και υποβλήθηκαν σε $TcPO_2$ πριν και κατά την διάρκεια των συνεδριών.

Αποτελέσματα: Τιμές $TcPO_2$ υψηλότερες των 300mmHg μετά τα πρώτα 10 λεπτά χορήγησης οξυγόνου υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης, ανεξαρτήτως σταδίου του έλκους, σχετίζονται με καλή ποσοστά επούλωσης (πλήρης και σημαντικής), ενώ τιμές χαμηλότερες των 190mmHg υποδεικνύουν ανεπαρκή μικροκυκλοφορική υποστήριξη και σχετίζονται με χαμηλά ποσοστά επούλωσης, παρά και την θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο.

Σε ασθενείς με τιμές $TcPO_2$ μεταξύ 190-300mmHg οι οποίοι μετά από 10 συνεδρίες εμφάνισαν προοδευτική αύξηση στις τιμές αυτές (έναρξη μικροαγγείωσης) παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση στην πορεία του έλκους η οποία παρέμεινε σταθερή σε follow up 6 μηνών.

Συμπεράσματα: Η μελέτη μας κατέδειξε την χρησιμότητα της $TcPO_2$ ως δείκτη απόκρισης των διαβητικών ελκών στην θεραπεία με υπερβαρικό οξυγόνο.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ ΟΞΥΓΟΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΔΥΣΙΑΤΩΝ ΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Στεφανίδου Στυλιανή¹, Κώτσιου Μαρία¹, Μανές Χρήστος², Μεσημέρης Θεόδωρος¹

¹ Μονάδα Υπερβαρικής και Καταδυτικής Ιατρικής, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Τα ισχαιμικά έλκη των κάτω άκρων αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας καθώς συχνά οδηγούν σε ακρωτηριασμούς και η αντιμετώπισή τους είναι ιδιαίτερα δαπανηρή. Η συμπληρωματική θεραπεία με οξυγόνο υπό συνθήκες αυξημένης πίεσης έχει αποδειχθεί ότι είναι χρήσιμη για την θεραπεία ισχαιμικών ελκών κυρίως σε διαβητικούς ασθενείς.

Μέθοδος: Πρόκειται για αναδρομικού τύπου μελέτης των διαβητικών ασθενών (60) με ισχαιμικά έλκη κάτω άκρων που αντιμετωπίστηκαν στην Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής στο ΓΝΘ Άγιος Παύλος κατά τα έτη 2010- 2013.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 63, ενώ η αναλογία γυναικών προς άνδρες 28.3%: 71.7%. Τα έλκη ταξινομήθηκαν σε τάξεις I (33.3%), II (30%), III (26.7%), και IV (10%) κατά Wagner. Ο μέσος όρος συνεδριών ήταν 23, ενώ ανεπιθύμητες ενέργειες από την θεραπεία εκδήλωσε μόνο το 3.4% των ασθενών υπό την μορφή υπογλυκαιμίας κατά την διάρκεια της συνεδρίας.

Βελτίωση του έλκους παρατηρήθηκε στο 91.7% των ασθενών εκ των οποίων το 29% εμφάνισε πλήρη επούλωση, το 36% σημαντική με αυτόματη επούλωση αργότερα και το 26.7% μικρή μόνο βελτίωση σε κάποιες παραμέτρους του έλκους.

Συμπεράσματα: Η υπερβαρική οξυγονοθεραπεία μπορεί να αποτελέσει βασική συμπληρωματική θεραπεία στην αντιμετώπιση δυσίατων ισχαιμικών ελκών των κάτω άκρων σε διαβητικούς ασθενείς. Η εμπειρία μας καταδεικνύει ότι η θεραπεία αυτή παρέχει καλές πιθανότητες βελτίωσης των ελκών και είναι ασφαλής.

Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ Α3872G ΠΟΛΥΜΟΡΦΙΣΜΟΥ ΤΟΥ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΤΗΣ C-ΑΝΤΙΔΡΩΣΑΣ ΠΡΩΤΕΙΝΗΣ ΜΕΤΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπασικονόμου Σταυρούλα¹, Τεντολούρης Νικόλαος¹, Τούσουλης Δημήτριος², Παπαδογιάννης Δημήτριος¹, Μήλιου Αντιγόνη², Παπαγεωργίου Νικόλαος², Χατζής Γεώργιος², Στεφανάδης Χριστόδουλος²

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο «Λαϊκό», Αθηνών

² Α΄ Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο «Ιπποκράτειο», Αθηνών

Εισαγωγή – Σκοπός: Οι φλεγμονώδεις βιοδείκτες θεωρούνται σήμερα προγνωστικοί δείκτες πρόδου αθηροσκλήρωσης. Στη μελέτη εκτιμήθηκε η σχέση του Αδενίνη/Γουανίνη 3872 πολυμορφισμού του γονιδίου της CRP, (CRP3872AG), με την περιφερική αρτηριακή νόσο (ΠΑΝ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

Υλικό και Μέθοδος: Ο CRP3872AG πολυμορφισμός εντοπίστηκε σε 431 ασθενείς με ΣΔ2, με αυσιδωτή αντίδραση πολυμεράσης και κατάλληλα περιοριστικά ένζυμα (ΗΡΥCΗ4ΙΙΙ). Η hs-CRP (mg/l) εκτιμήθηκε με μοριακά αυξανόμενη ανοσοσφελωμετρία. Η παρουσία ΠΑΝ βασίστηκε σε ιστορικό διαλείπουσας χωλότητας, επέμβασης επαναιμάτωσης ή ανευρύσματος ή σημαντικού βαθμού στένωση σε έλεγχο με triplex των αρτηριών των κάτω άκρων και κνήμο-βραχιόνιο δείκτη <0.9.

Αποτελέσματα: Η γονιδιακή κατανομή ήταν GG:52%, AG:27.2%, AA:20.8. Ο λογάριθμος των επιπέδων της hs-CRP ήταν σημαντικά μεγαλύτερος στους GG ομοζυγώτες (GG:0.61±0.257) συγκριτικά με τους φορείς του "A" αλληλίου (AG+AA: 0.56±0.188), (p=0.02). Οι φορείς του "A" αλληλίου (AG+AA) είχαν σημαντικά υψηλότερη πιθανότητα ανάπτυξης ΠΑΝ, σε σχέση τους GG ομοζυγώτες, (AG+AA) vs GG: (40% vs 34.2%), (OR 1.622, 95%CI 1.029-2.536, p=0.037), μετά από προσαρμογή σε μεταβλητές όπως το φύλο, την ηλικία, τη διάρκεια διαβήτη, το δείκτη μάζας σώματος, το κάπνισμα, την υπέρταση, τα λιπίδια, τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) και το ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR).

Συμπεράσματα: Ο CRP3872AG πολυμορφισμός επηρεάζει τα hs-CRP επίπεδα και την παρουσία ΠΑΝ σε ασθενείς με ΣΔ2.

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΚΑΙ ΦΥΛΟΥ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΜΕ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

Βασιλειάδης Κ., Θεοδωρακόπουλος Α., Μπιντούδη Α.

Ακτινολογικό Εργαστήριο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί την απεικονιστική μέθοδο εκλογής για τη μελέτη των ασθενών με διαβητικό πόδι και οστεομυελίτιδα.

Σκοπός: Η ανάδειξη της συμβολής της μαγνητικής τομογραφίας στη μελέτη των ασθενών με διαβητικό πόδι και οστεομυελίτιδα, καθώς και η κατανομή της τοπογραφικά με βάση την ηλικία και το φύλο των ασθενών.

Υλικά – Μέθοδοι: Σε χρονικό διάστημα 4 ετών μελετήσαμε 171 ασθενείς ηλικίας 10-85 ετών που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του διαβητολογικού του νοσοκομείου μας. Οι ασθενείς με διαβητικό πόδι υποβλήθηκαν σε μαγνητική τομογραφία κυρίως της ποδοκνημικής άρθρωσης ή του άκρου ποδός με μαγνητικό τομογράφο Siemens Somatom 1T και Philips 3T πριν και μετά την iv έγχυση σκιαστικού και σε όλους βρέθηκαν απεικονιστικά ευρήματα οστεομυελίτιδας.

Αποτελέσματα: Από τους 171 ασθενείς που μελετήσαμε, σε 60 (35%) η οστεομυελίτιδα εντοπίστηκε στις περιοχές των φαλάγγων των δακτύλων, σε 30 (17,5%) στα μετατόρσια, σε 30 (17,5%) στον τارسό, σε 6 (3,5%) στο λαγόνιο οστό, σε 9 (5,2%) στο μηριαίο, σε 12 (7%) στην κνήμη και στους υπολοίπους 24 (14,3%) σε συνδυασμό των παραπάνω εντοπίσεων. Αναφορικά με το φύλο, από τους 171 οι 118 είναι άντρες (69,3%) ενώ οι 53 (31,3%) είναι γυναίκες. Αναφορικά με την ηλικία, οι 25 (15%) ασθενείς είναι μικρότεροι από 35 ετών, οι 79 (46,1%) είναι μεταξύ 35 και 65 ετών και οι 67 (38,9%) είναι πάνω από 65 ετών.

Συμπεράσματα: Η μαγνητική τομογραφία αποτελεί μία ασφαλή και αξιόπιστη απεικονιστική μέθοδο για τη μελέτη και διερεύνηση ασθενών με διαβητικό πόδι και με οστεομυελίτιδα. Συμβάλλει σημαντικά τόσο στην έγκαιρη διάγνωση και το σχεδιασμό της θεραπευτικής αντιμετώπισης των επιπλοκών σε ασθενείς με διαβητικό πόδι, καθώς και την παρακολούθηση της πορείας τους μετά την εφαρμογή της θεραπείας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT: ΑΞΙΑ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΟΣΤΩΝ, ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΚΑΙ MRI

**Γεώργια Σταματία¹, Άρσος Γεώργιος¹, Μανές Χρήστος², Σκούτας Δημήτριος²,
Νίκος Βασιλείος¹, Τσιάντας Γεώργιος², Ιακώβου Ιωάννης¹, Μπαλάρης Βασίλειος¹,
Κατσαμπούκας Δημήτριος¹, Λο-Πρέστι Ντομένικα¹, Δούμας Αργύριος¹,
Καρατζάς Νικόλαος¹**

¹ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή – Σκοπός: Η κλινική και απεικονιστική διάγνωση της οστεομυελίτιδας (ΟΜ) που αναπτύσσεται σε έδαφος αρθροπάθειας Charcot (CA) είναι δύσκολη. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της συμβολής του σπινθηρογράφηματος οστών τριών φάσεων με ^{99m}Tc-MDP (ΣΟ), του σπινθηρογράφηματος με επισημασμένα με ^{99m}Tc-HMPAO λευκά αιμοσφαίρια (ΣΛ) και της MRI στη διάγνωση ΟΜ που επιπλέκει CA σε διαβητικούς ασθενείς.

Ασθενείς – Μέθοδοι: Μελετήθηκαν 44 διαβητικοί ασθενείς με ακτινολογικά διαγνωσμένη CA (σε 5 άμφω) και κλινική υπόνοια ΟΜ στο μέσο/οπίσθιο τριτημόριο του άκρου ποδός. Όλοι υποβλήθηκαν σε ΣΟ και ΣΛ και 17 υποβλήθηκαν επίσης σε MRI. Θετικά για ΟΜ θεωρήθηκαν: α) στο ΣΟ η εστιακή αυξημένη αιμάτωση και οστεοβλαστική δραστηριότητα, β) στο ΣΛ η εστιακή συγκέντρωση λευκών αιμοσφαιρίων σε θέση οστού ή η τοπογραφική συμφωνία ευρημάτων με το ΣΟ (όταν ερμηνευόταν μαζί με το ΣΟ) και γ) στην MRI ο συνδυασμός χαμηλής έντασης σήματος στην T1 με υψηλής έντασης σήματος στην T2 ακολούθια. Η τελική διάγνωση βασίστηκε σε κλινική/ακτινολογική παρακολούθηση ή οστική βιοψία.

Αποτελέσματα: Από τις 49 νευροπαθτικές αρθρώσεις που μελετήθηκαν, σε 15 διαγνώστηκε ΟΜ, σε 11 οξεία CA, και σε 23 χρόνια CA. Η ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια του ΣΟ ήταν 100%, 20,8% και 50%, αντίστοιχα. Η ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια της MRI ήταν 100%, 62,5% και 82,3% αντίστοιχα. Υπήρχαν 3 ψευδώς θετικές MRI μελέτες λόγω οιδήματος μυελού των οστών σε περιπτώσεις οξείας CA. Η ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια του ΣΛ ήταν 92,3%, 96,3 % και 95% αντίστοιχα. Η προσθήκη του ΣΟ δεν αύξησε περαιτέρω την ήδη υψηλή ακρίβεια του ΣΛ στη διάγνωση ΟΜ επί εδάφους CA.

Συμπέρασμα: Το ΣΟ δεν είναι χρήσιμο στη διάγνωση ΟΜ επί CA. Η MRI έχει υψηλή ευαισθησία, αλληλά μέτρια ειδικότητα σε αυτό το κλινικό πλαίσιο. Το ΣΛ αν και παρουσιάζει ελαφρώς χαμηλότερη ευαισθησία (92,3% έναντι 100%) έχει υψηλότερη ειδικότητα από την MRI (96,3% έναντι 62,5%) στη διάγνωση ΟΜ που αναπτύσσεται σε έδαφος CA. Το ΣΛ, με διαγνωστική ακρίβεια 95%, αποτελεί την καταλληλότερη απεικονιστική εξέταση για την διάγνωση ΟΜ επί CA.

ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΦΟΡΗΤΗΣ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΥΤΟΜΑΤΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΝΕΥΡΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΓΑΣΤΡΟΚΝΗΜΙΑΙΟΥ ΝΕΥΡΟΥ ΣΕ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΡΙΕΣ: ΠΡΩΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

**Χατζηκοσμά Γεωργία¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Δημητρίου Μαρία¹,
Παπαθεοδώρου Κωνσταντίνος¹, Κύρογλου Σουητάνα¹, Βαδικόλιας Κωνσταντίνος²,
Παπάζογλου Δημήτριος¹, Μαϊτέζος Ευστράτιος¹, Παπάνας Νικόλαος¹**

¹ Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Αλεξανδρούπολη

² Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός της μελέτης: Η εξέταση της επαναληψιμότητας της συσκευής NC-stat® DPNChech™ (Neurometrix, Inc., Waltham, MA, USA) κατά την εξέταση από τον ίδιο εκτιμητή (inter-observer reproducibility) σε υγιείς εθελόντριες.

Υλικό και Μέθοδος: Εξετάσθηκαν 10 υγιείς εθελόντριες, στις οποίες κάθε μέτρηση των νευροφυσιολογικών παραμέτρων (εύρος δυναμικού, ταχύτητα αγωγιμότητας) του δεξιού γαστροκνημιαίου νεύρου με την ανωτέρω συσκευή πραγματοποιήθηκε 6 φορές κατά την ίδια επίσκεψη. Υπολογίστηκε ο μέσος συντελεστής μεταβλητότητας (CV).

Αποτελέσματα: Ο μέσος CV ήταν 14.8% για το εύρος δυναμικού και 6.3% για την ταχύτητα αγωγιμότητας.

Συμπεράσματα: Τα πρώτα αυτά αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι η επαναληψιμότητα της συσκευής NC-stat® DPNChech™ σε υγιείς εθελόντριες είναι ικανοποιητική, ιδίως για την ταχύτητα αγωγιμότητας.

ΧΑΡΑΚΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΚΡΩΝ ΠΟΔΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΟΧΡΩΜΑΤΩΣΗ ΑΠΟ β – ΟΜΟΖΥΓΗ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

**Καραμαγκιώλης Σπύρος, Χούση Πολυξένη, Σόγκα Ελένη, Σταίκος Ιωάννης,
Αγγέλης Νικόλαος, Καραμήτσος Κων/νος**

Διαβητολογικό Εξωτ. Ιατρείο – Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας, Λάρισα

Σκοπός: Να εξεταστεί αν η εμφάνιση Περιφερικής Διαβητικής Νευροπάθειας (ΠΔΝ) των άκρων ποδών εμφανίζεται νωρίτερα και συχνότερα στους ασθενείς με β-Μεσογειακή Αναιμία και ΣΔ από Αιμοχρωμάτωση (ΜΑ-ΑΧ) λόγω των μεταγγίσεων.

Υλικό και Μέθοδος: Επιλέχθηκαν αναδρομικά 96 ασθενείς με τεκμηριωμένη διάγνωση ΣΔ. Οι 32 είχαν ΜΑ-ΑΧ με μέση διάρκεια ΣΔ 9,5 έτη και μ.ο. ηλικίας τα 38,5 έτη ενώ οι υπόλοιποι 64 είχαν ΣΔτ2 και αποτέλεσαν την ομάδα σύγκρισης με μέση διάρκεια της νόσου 12,5 έτη και μ.ο. ηλικίας τα 58 έτη. Ο έλεγχος για ΠΔΝ έγινε με τη μέθοδο UK Screening Test (NDS-NSS) και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με το Fisher's exact test.

Αποτελέσματα: Συνολικά το 17% (16/96) των ασθενών έπασχαν από ΠΔΝ. Στην Ομάδα ΜΑ-ΑΧ, ΠΔΝ εμφάνιζαν το 25% (8/32) ενώ στην ομάδα σύγκρισης το 12,5% (8/64) [$p = 0.15$, Odds Ratio = 2.33, 95% CI = 0.78 – 6.94]. Από τους ασθενείς με ΠΔΝ, στην ομάδα ΜΑ-ΑΧ επώδυνη μορφή εμφάνιζαν το 37,5% (3/8) ενώ στην ομάδα σύγκρισης το 12,5% (1/8) [$p = 0.57$, OR = 4.20, 95% CI = 0.33 – 53.15].

Συμπεράσματα: Αν και στατιστικά μη σημαντικό, είναι πιθανό οι ασθενείς με ΣΔ λόγω ΜΑ – ΑΧ να εμφανίζουν συχνότερα και πρωϊμότερα ΠΔΝ σε σχέση με τους ασθενείς με ΣΔτ2. Στο επιλεγμένο δείγμα μας, η επώδυνη μορφή της ΠΔΝ ήταν επίσης συχνότερη στους διαβητικούς ασθενείς με ΜΑ-ΑΧ.

ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ ΣΕ ΑΙΜΟΚΑΘΑΙΡΟΜΕΝΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ Ή ΟΧΙ

**Χ. Μανές¹, Ι. Σαπάκος¹, Ε. Μπτσόπουλος², Π. Κυρικλίδου², Δ. Σκούτας¹,
Α. Νικολαΐδης¹, Δ. Παπαδοπούλου², Δ. Τσακίρης²**

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

² Νεφρολογικό Τμήμα – Μονάδα Τεχνητού Νεφρού Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Νευροπάθεια εμφανίζεται σε 65% των ασθενών που εντάσσονται σε αιμοκάθαρση. Εκδηλώνεται συνήθως με τη μορφή χρόνιας συμμετρικής πολυνευροπάθειας. Αντίστοιχα, οι διαβητικοί ασθενείς εμφανίζουν σε ποσοστό (30%) περιφερική νευροπάθεια που αποτελεί σημαντικό παράγοντα για εμφάνιση ελλκών στα κάτω άκρα. Η εμφάνιση της περιφερικής Διαβητικής Νευροπάθειας είναι ως επί το πλείστον συμμετρική χρόνια πολυνευροπάθεια.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη ερευνήθηκε η κλινική εκδήλωση νευροπάθειας σε ειδικό πληθυσμό ασθενών δηλαδή σε όσους βρίσκονται σε υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας.

Ασθενείς – Μέθοδοι: Μελετήθηκαν ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση – ομάδα Α και ασθενείς με οποιοσδήποτε αιτιολογίας (πλην του Σακχαρώδη Διαβήτη) νεφροπάθεια σε αιμοκάθαρση επίσης – ομάδα Β. Ερευνήθηκε η βαρύτητα των βλαβών (νευροπαθητικών) όσον αφορά 1) το σύνολο των νευρικών ινών, 2) τις μικρές νευρικές ίνες και 3) τις μεγάλες νευρικές ίνες. Για την ποσοτική έκφραση της δυσλειτουργίας του συνόλου των νευρικών ινών χρησιμοποιήθηκε ο Δείκτης Νευρολογικής Δυσλειτουργίας (ΔΝΔ), για τις μικρές ίνες ο Δείκτης Νευρικής Δυσλειτουργίας (αντίληψη αφής, ψυχρού-θερμού) ΔΝΔ1 και για τις μεγάλες νευρικές ίνες η μέτρηση του ουδού αντίληψης των δονήσεων με το Βιοθεσιόμετρο.

Αποτελέσματα: **1)** Στην ομάδα Α ήταν 30 ασθενείς. Άνδρες=21, μέση ηλικία: 65,97±13,6 έτη. Στην ομάδα Β περιελήφθησαν 31 ασθενείς. Άνδρες=20, μέση ηλικία: 63,6±12,7 έτη. **2)** Δεν υπάρχει διαφορά ως προς την ηλικία και το φύλο στις δύο ομάδες (p=NS) **3)** Ο ΔΝΔ ήταν αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (5,4±3,6 vs. 0,6±1,26 p<0,05) **4)** Ο ΔΝΔ1 ήταν αυξημένος στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (3,92±0,5 vs. 0,5±0,99 p<0.001) **5)** Ουδός αντίληψης δονήσεων (ΟΑΔ) αυξημένος σημαντικά στην ομάδα Α σε σύγκριση με την ομάδα Β (36±13 vs. 19±8 p<0,05).

Συμπέρασμα: Διαβητικοί αιμοκαθαίρομενοι ασθενείς εμφανίζουν βαρύτερης μορφής νευροπάθεια σε σχέση με μη διαβητικούς αιμοκαθαίρομενους. Η ομάδα αυτή χρειάζεται ιδιαίτερη φροντίδα για την πρόληψη εξελκώσεων και ενδεχομένως ακρωτηριασμών των κάτω άκρων.

Δράστε νωρίς



Σταγλιπτινή
(ανάστολος του DPP-IV)

VS

Victoza[®]

Γλιμεπιριδή
(SU)

VS

Victoza[®]

Ροσιγλιταζόνη
(TZD)

VS

Victoza[®]

**ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ ΑΤΟΜΑ
ΜΕ ΣΔτ2 ΣΤΟ ΣΤΟΧΟ⁹
ΚΑΙ ΜΕ ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ
ΑΠΩΛΕΙΑ ΒΑΡΟΥΣ.¹⁻³**

Το position statement των ADA/EASD περιλαμβάνει τη χρήση των αγωνιστών του υποδοχέα GLP-1, όπως το Victoza[®], αμέσως μετά τη μετφορμίνη.⁴



DPP-IV = διαπιπτιλίνη; SU = σουλφονυλουρία; TZD = θιαζολιδινονική; GLP-1 = γλυκαγόνο-απορροφητικό-1.

VICTOZA[®]
liraglutide injection

ADA = Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία.
EASD = Ευρωπαϊκή Διαβητολογική Εταιρεία.

⁹Ο στόχος ορίζεται ως HbA1c < 7%.

Βιβλιογραφία: 1. Frattley R, Nauck M, Bailey T, et al for the 1860-LIRA-DPP-4 Study Group. One year of liraglutide treatment offers sustained and more effective glycaemic control and weight reduction compared with sitagliptin, both in combination with metformin, in patients with type 2 diabetes: a randomised, parallel-group, open-label trial. *Int J Clin Pract.* 2011;65(4):397-407. 2. Nauck M, Frid A, Hermanns K, et al for the LEAD-2 Study Group. Efficacy and safety comparison of liraglutide, glimepiride, and placebo, all in combination with metformin, in type 2 diabetes: the LEAD (liraglutide effect and action in diabetes)-2 study. *Diabetes Care.* 2009;32(11):184-90. 3. Mame M, Shaw J, Brändle M, et al on behalf of the LEAD-1 SU study group. Liraglutide, a once-daily human GLP-1 analogue, added to a sulphonylurea over 26 weeks produces greater improvements in glycaemic and weight control compared with adding rosiglitazone or placebo in subjects with type 2 diabetes (LEAD-1 SU). *Diabet Med.* 2009;26(10):268-78. 4. Inzucchi SE, Bergenstal RM, Buse JB, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a patient-centred approach: position statement of the American Diabetes Association (ADA) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Diabetologia.* 2012;35(6):1364-1379. <http://care.diabetesjournals.org/content/early/2012/04/19/0119/0112/04113.full.pdf+html>.

Περιγραφή Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

Ονομασία του φαρμακευτικού προϊόντος Victoza 6 mg/1ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεμισμένη συσκευή τύπου Πιστολά. Μία προγεμισμένη συσκευή τύπου πιστόλι 18 mg liraglutidines σε 3 ml. Οφθαλμικές ενέσεις: Το Victoza ενέσιμα για χρήση σε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 για την επίτευξη βελτιωμένης ελέγχου Σε συνδυασμό με μετφορμίνη ή σουλφονυλουρία, μετφορμίνη και σουλφονυλουρία, ή μετφορμίνη και βιταμινολιθωμένη διασολισία Προκαμίνου να βελτιωθεί η γαστρεντερική ανεπάρκεια, η αρχική δόση είναι 0,6 mg ημερησίως. Μετά από μία εβδομάδα τουλάχιστον, η δόση πρέπει να αυξάνεται στα 1,2 mg. Ορισμένοι ασθενείς αναμένεται να ωφεληθούν από μία αύξηση της δόσης από τα 1,2 mg στα 1,8 mg και με βάση την κλινική αντιστόχηση, μετά από μία εβδομάδα τουλάχιστον η δόση μπορεί να αυξηθεί στα 1,8 mg ημερησίως να βελτιωθεί περαιτέρω ο γλυκαιμικός έλεγχος. Ημερήσιες δόσεις μεγαλύτερες των 1,8 mg δε συνιστώνται. Αντιεπιθέσεις: Υπερευαίσθησια στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα έκδοχα. Τόποι χορήγησης Το Victoza δεν πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια ή ενδομυϊκά. Το Victoza χορηγείται μία φορά ημερησίως υποδόμια στην περιοχή του μηρού, ανεξάρτητα από τα γεύματα, και μπορεί να εγγραφεί υποδόμια στην κοιλία στο μηρό ή στο βραχίονα. Εξόντες παραδοσιακής και προηγμένης κατά τη χρήση Το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή για τη θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης. Το Victoza δεν είναι υποκατάστατο της ινσουλίνης. Η προσθήκη λιραγλουτιδίνης σε ασθενείς που λαμβάνουν ήδη θεραπεία με ινσουλίνη δεν έχει αξιολογηθεί ακόμη και υπάρχει δε σιμπίσιμα. Υπάρχει παραρτηρημένη εμπειρία σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας I ή σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA (New York Heart Association). Δεν υπάρχει εμπειρία σε ασθενείς με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας III-IV σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA (New York Heart Association). Υπάρχει παραρτηρημένη εμπειρία σε

ασθενείς με φλεγμονώδη εντερική νόσο και διαβητική γαστροπάρεση και, κατά συνέπεια, το Victoza δε συνιστάται στους ασθενείς αυτούς. Η χρήση του Victoza συσχετίζεται με παροδικές ανεπιθύμητες ενέργειες του γαστρεντερικού συστήματος, όπως ναυτία, έμετος και διάρροια. Η χρήση ανάλογων του GLP-1 έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο εμφάνισης παγκρεατίτιδας. Έχουν αναφερθεί λίγα περιστατικά οξείας παγκρεατίτιδας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για το χαρακτηριστικό σύμπτωμα της οξείας παγκρεατίτιδας: επίμονο, σοβαρό κοιλιακό άλγος. Εάν υπάρχει υποψία παγκρεατίτιδας, το Victoza καθώς και άλλα δυναμικά όπλα φαρμακευτικά προϊόντα πρέπει να διακοπθούν. Κατά την δευτερεύουσα κλινική δοκιμή ανακαταστάθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες, όπως θυροειδής αδένος, που περιλάμβαναν αύξηση της καλσιτονίνης στο αίμα, βρογχίτιση και θυροειδικά νεοπλασμάτα. Εξαιτίας αυτών οι ασθενείς με προϋπάρχουσα θυροειδική νόσο. Οι ασθενείς που λαμβάνουν το Victoza σε συνδυασμό με σουλφονυλουρία ενδέχεται να έχουν αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας μπορεί να ελαττωθεί με μείωση της δόσης της σουλφονυλουρίας. Σε ασθενείς που λαμβάνουν ως θεραπεία το Victoza έχουν αναφερθεί σπυρίδα και συμπτωμάτωμα σφαιρόβωσσης, τα οποία περιλαμβάνουν νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Εγκυμοσύνη Το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και αν/ή αυτο ανασταλεί η χρήση ινσουλίνης. Θηλασμός Λόγω έλλειψης εμπειρίας, το Victoza δεν πρέπει να χρησιμοποιείται κατά τη διάρκεια του θηλασμού. Γονιότητα Εκτός από μία μικρή μείωση στον αριθμό των ζώων εμπρευματίων εμπόρων, μελέτες σε όλα δεν υποδεικνύουν οξείες επιβλαβείς επιπτώσεις σε σχέση με τη γονιότητα. Ανεπιθύμητες ενέργειες Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που παρατηρήθηκαν από μακράς διάρκειας ελεγχόμενες μελέτες φάσης II και από αυθόρμητες αναφορές είναι: Συνδυασμός λιραγλουτιδίνης με μετφορμίνη: Συχνές (αναρέθια, μειωμένη όρεξη, κόπωση, δυσπείψα, γαστρίτιδα, ανάρρωση στο σημείο της ένεσης). Πολύ συχνές (κεφαλαλγία, ναυτία, διάρροια). Συνδυασμός λιραγλουτιδίνης με γλιμεπιριδή: Συχνές (πυρεξία/ριγίτιδα, υπογλυκαιμία, ανεπάρκεια νύχτας, διάρροια, έμετος, δυσπείψα, δυσκοιλιότητα, κοιλιακή δυσφορία, ανάρρωση στο σημείο της ένεσης). Συνδυασμός λιραγλουτιδίνης με μετφορμίνη και γλιμεπιριδή: Πολύ συχνές (κεφαλαλγία, ναυτία, διάρροια, έμετος, δυσπείψα, δυσκοιλιότητα, οξυανυλία). Πολύ συχνές (υπογλυκαιμία, ναυτία, διάρροια). Συνδυασμός λιραγλουτιδίνης με μετφορμίνη και ροσιγλιταζόνη: Συχνές (πυρεξία/ριγίτιδα, υπογλυκαιμία, ανεπάρκεια νύχτας, διάρροια, έμετος, δυσπείψα, δυσκοιλιότητα, μεταμωσάδα, διάταση της κοιλίας, γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ισχιακή γαστρεντερική, κόπωση, ναυτία, ανάρρωση στο σημείο της ένεσης). Πολύ συχνές (ναυτία, διάρροια, έμετος). Σε λιγότερα (<0,2%) αναφέρθηκε εμφάνιση οξείας παγκρεατίτιδας κατά τη διάρκεια μακράς διάρκειας κλινικών δοκιμών με το Victoza. Η παγκρεατίτιδα αναφέρθηκε επίσης μετά την κωλοκτομή. Τα θυροειδικά νεοπλασμάτα, η αύξηση της καλσιτονίνης του αίματος και οι βρογχίτιδες ήσαν οι συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες που θυροειδικά. Αυθόρμητες αναφορές: Συχνές (Εξάνθημα). Όχι συχνές (Αδυναμία, Οξεία νεφρική ανεπάρκεια, Σπυρίδα). Δυσλειτουργία Αρτηριακού, Ενδοσφαιρικού, Κινητήρια, Σπινδικ (αναμφισβητούμενη αντίδραση). Κατάλογος της οξείας κωλοκτομίας: Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Βαρνασσέ, Δανία. Αριθμοί οξείας κωλοκτομίας: EU/1/09/529/001-005. Ημερομηνία πρώτης έγκρισης/Ανανέωση της άδειας: 30/06/2009. Ημερομηνία αναθεώρησης κειμένου: 03/2013. Απομακρύνει πληροφορίες στοιχεία για το παρόν φαρμακευτικό προϊόν είναι διαθέσιμα στον δικτυακό τόπο του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων: <http://www.ema.europa.eu/>. Χρησιμοποιήστε με επιμέλεια (συνταγή).

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.
Αλ. Παναγιώτη 90 & Αγ. Τράλλος 65
83 43 Λάλα Πρωτεύουσα
Τηλ: 210 60 71 600
<http://www.novonordisk.gr>
<http://www.novonordisk.com>

Βοηθήστε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλές.
Συμπληρώστε την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

Ασφάλεια:

- ΟΜΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για τα νέα φάρμακα (N)
- ΤΙΣ ΣΟΒΑΡΕΣ ανεπιθύμητες ενέργειες για τα Γνωστά φάρμακα


novo nordisk[®]



**Ευρετήριο Συγγραφέων
Ελεύθερων Ανακοινώσεων**

A	
AGACI F.	23

C	
CELO E.	23

H	
HASHO S.	23

I	
IDRIZI M.	23

A	
ΑΓΓΕΛΗΣ Ν.	31
ΑΔΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π.	5
ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	14
ΑΡΣΟΣ Γ.	29
ΑΣΤΡΕΧΑ Δ.	1

B	
ΒΑΔΙΚΟΛΙΑΣ Κ.	30
ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Κ.	20,28
ΒΟΓΙΑΤΖΑΚΗ Θ.	22
ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε.	5,7,8,9

Γ	
ΓΕΩΡΓΑ Σ.	29
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ.	24
ΓΙΑΜΠΑΤΖΗΣ Β.	12
ΓΚΙΝΤΙΚΑΣ Σ.	10
ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Π.	21
ΓΡΙΒΟΥ Κ.	19

Δ	
ΔΑΦΟΥΛΑΣ Γ.	24
ΔΕΔΕΜΑΔΗ Γ.	7

ΔΕΡΜΟΝ Α.	5
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.	15,18,22,30
ΔΙΑΚΟΥΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε.	14
ΔΟΥΚΑΣ Λ.	10
ΔΟΥΛΑΠΤΣΗΣ Μ.	24
ΔΟΥΜΑΣ Α.	29
ΔΟΥΝΑΒΗΣ Α.	8
ΔΡΟΣΟΣ Γ.	22
ΔΩΝΟΥ Α.	5,7,8,9

E	
ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ι.	21

Z	
ΖΑΝΝΕΣ Ν.	5,7
ΖΙΩΤΑΣ Γ.	13
ΖΟΥΠΑΣ Χ.	21

Θ	
ΘΕΟΔΩΡΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Α.	20,28

I	
ΙΑΚΩΒΟΥ Ι.	29

K	
ΚΑΖΑΚΟΣ Κ.	22
ΚΑΛΟΓΕΡΗΣ Μ.	4
ΚΑΛΥΒΑΣ Μ.	1
ΚΑΡΑΜΑΓΚΙΩΛΗΣ Σ.	31
ΚΑΡΑΜΗΤΣΟΣ Κ.	31
ΚΑΡΑΜΠΟΥΣΛΗ Ε.	1
ΚΑΡΑΤΖΑΣ Ν.	29
ΚΑΤΣΑΜΠΟΥΚΑΣ Δ.	29
ΚΑΤΣΑΝΤΟΥΡΗΣ Γ.	5
ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗ Π.	13
ΚΛΩΝΑΡΗΣ Χ.	24

ΚΟΚΑΣ Α.	7
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α.	14
ΚΟΣΣΙΩΡΗΣ Α.	3
ΚΟΤΖΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΑΙΚ.	24
ΚΟΥΚΑΚΗ Τα.	12
ΚΟΥΚΟΥΤΣΗΣ Ι.	10,16
ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΙΟΥ Ε.	5,7,8
ΚΟΥΤΣΙΟΥ Κ.	13,16
ΚΡΟΚΙΔΗΣ Ξ.	12
ΚΥΡΙΚΛΙΔΟΥ Π.	11,32
ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ.	22,3
ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Μ.	12
ΚΩΤΣΙΟΥ Μ.	25,26

Λ

ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ Σ.	5,8
ΛΕΒΑΝΤΗΣ Γ.	8
ΛΙΑΣΚΩΝΗ Κ.	1
ΛΙΑΤΗΣ Σ.	14
ΛΟΝΤΟΥ Σ.-Π.	24
ΛΟ-ΠΡΕΣΤΙ Ν.	29
ΛΟΥΠΑ Χ.	5,7,8,9

Μ

ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ.	14
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε.	15,18,22,30
ΜΑΝΕΣ Χ.	10,11,13,16,19, 25,26,29,32
ΜΑΡΚΟΥ Γ.	14,21
ΜΕΙΜΕΤΗ Ε.	9
ΜΕΛΛΙΔΗΣ Χ.	13,16
ΜΕΣΗΜΕΡΗΣ Θ.	25,26
ΜΗΛΙΟΥ Α.	17,27
ΜΗΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Ε.	11,32
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Χ.	24
ΜΠΑΛΑΡΗΣ Β.	29

ΜΠΙΜΠΛΑΚΗ Δ.	5
ΜΠΙΝΤΟΥΔΗ Α.	20,28
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ.	1,2,6
ΜΥΡΟΦΟΡΙΔΟΥ Φ.	11
ΜΥΤΗΣ Γ.	1,2,6

Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α.	10,11,32
ΝΙΚΟΣ Β.	29
ΝΤΟΥΠΗΣ Ι.	4

Π

ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	22
ΠΑΝΟΥ Χ.	1
ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Ν.	17,27
ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ.	1
ΠΑΠΑΔΟΓΙΑΝΝΗΣ Δ.	17,27
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Α.	10,13
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Δ.	11,32
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΖΕΚΕΡΙΔΟΥ Φ.	12
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ.	15,18,30
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.	15,18
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Κ.	30
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν.	15,18,22,30
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ.	12
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Ε.	12
ΠΑΠΑΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Σ.	17,27
ΠΑΤΕΛΗΣ Ν.	24
ΠΑΦΙΛΗ Κ.	15,18,22,30
ΠΕΡΡΕΑ Δ.	21
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Γ.	19
ΠΛΟΥΜΗ Δ.	12
ΠΟΛΥΖΩΗΣ Μ.	24

Ρ

ΡΟΓΚΟΤΗΣ Θ.	13,16
-------------	-------

Σ

ΣΑΠΑΚΟΣ Ι.	11,32
ΣΑΡΑΦΑΔΗ Μ.	1,2,6
ΣΑΡΡΗΣ Ε.	7
ΣΙΑΜΗ Ε.	14
ΣΙΔΗΡΟΠΟΥΛΟΥ Σ.	19
ΣΚΟΥΤΑΣ Δ.	29,32
ΣΟΓΚΑ Ε.	31
ΣΠΑΝΟΥΔΑΚΗ Μ.	1
ΣΤΑΙΚΟΣ Ι.	31
ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π.	24
ΣΤΕΦΑΝΑΔΗΣ Χ.	17,27
ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Σ.	25,26

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.	14,17,21,24,27
ΤΕΡΖΗ Ειρ.	22
ΤΟΣΟΥΛΗΣ Δ.	27
ΤΟΥΛΑΣ Ε.	10
ΤΟΥΣΟΥΛΗΣ Δ.	17
ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ Ι.	10,16
ΤΣΑΚΙΡΗΣ Δ.	32
ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο.	19
ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ.	16,29
ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ.	19

Φ

ΦΩΤΙΑΔΟΥ Α.	12
-------------	----

Χ

ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ Δ.	7
ΧΑΤΖΗΚΟΣΜΑ Γ.	15,18,22,30
ΧΑΤΖΗΣ Γ.	17,27
ΧΟΥΣΗ Π.	31
ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ.	7
ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΟΥ Ε.	19

ΧΩΡΙΑΝΟΠΟΥΛΟΣ-

ΜΑΡΙΣΕΣΚΟΥ ΤΖ.	19
----------------	----

Ψ

ΨΑΛΛΑΣ Μ.	13,16
-----------	-------



Ευχαριστίες

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του 4^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου
της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού
ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες:



&



