

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

# 3ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

## Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη

19-21 ΜΑΪΟΥ 2017  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
GRAND HOTEL PALACE

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

Υπό την αιγίδα  
του Υπουργείου Υγείας  
& της Ελληνικής Ακαδημίας Διαβήτη



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
"ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ"  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

**3<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ**  
**"ΦΡΟΝΤΙΔΑ**  
**ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ"**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 19-21 ΜΑΪΟΥ 2017**  
**GRAND HOTEL PALACE**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

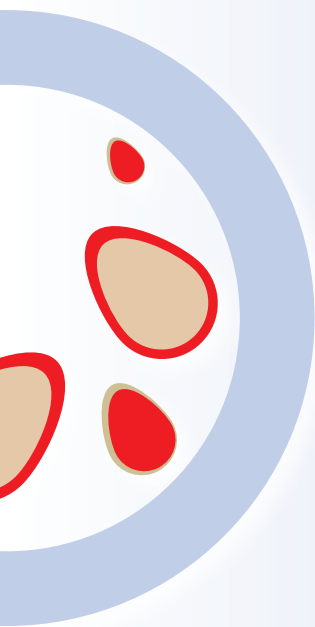
**Ε**κ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, έχω την ιδιαίτερη χαρά και τιμή να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε στο 3ο ετήσιο συνέδριο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών “**Φρονίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη**” του τμήματος της Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης (ΑΤΕΙΘ), που πραγματοποιείται υπό την **αιγίδα του υπουργείου Υγείας και της Ελληνικής Ακαδημίας Διαβήτη**, στη Θεσσαλονίκη στο ξενοδοχείο **GRAND PALACE από 19 έως 21 Μαΐου 2017**.

Το Συνέδριο απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας - ιατρούς, νοσηλευτές, διαιτολόγους – με επιστημονικό ενδιαφέρον για το σακχαρώδη διαβήτη και φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα ουσιαστικό διάλογο ενημέρωσης και επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στις σύγχρονες εξελίξεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

Διακεκριμένοι ομιλητές, επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με το σακχαρώδη διαβήτη σε κλινικό και ερευνητικό επίπεδο, αναλύουν όλα τα σύγχρονα δεδομένα που αφορούν το σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπλοκές του. Η θεματολογία του συνεδρίου είναι ποικίλη και καλύπτει όλο σχεδόν το επιστημονικό φάσμα του σακχαρώδη διαβήτη. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στις σύγχρονες φαρμακευτικές αγωγές αλλά και σε πρακτικά θέματα διαχείρισης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη.

Εκ μέρους της οργανωτικής επιτροπής του συνεδρίου σας ευχόμαστε ένα δημιουργικό και εποικοδομητικό συνέδριο.

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς  
Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής  
**Κυριάκος Καζάκος**  
Παθολόγος-Διαβητολόγος  
Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙΘ



## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδρος	<b>Κυριάκος Καζάκος</b>
Αντιπρόεδρος	<b>Δημητριάδου Αλεξάνδρα</b>
Γενικός Γραμματέας	<b>Κουρκούτα Λαμπρινή</b>
Ταμίας	<b>Λαβδανίτη Μαρία</b>
Μέλη	<b>Μπελλάλη Θάλεια Μίνος Γεώργιος Μηνασίδου Ευγενία Θεοφανίδης Δημήτριος Κουκουρίκος Κωνσταντίνος Τσαλογλίδου Αρετή Καυκιά Θεοδώρα</b>

08:30-09:30 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

09:30-10:30 **ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Κ. Καζάκος, Β. Λιμενόπουλος**

- 1. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ**  
Δ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Γ. Μίνος<sup>2</sup>, Κ. Γαργάνη<sup>1</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>  
1. Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου, 2. Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 3. Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ
- 2. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ I ΚΑΙ ΤΥΠΟΥ II**  
Σ. Παναγιλίδου<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>3</sup>  
1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, ΜSc, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, 2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
- 3. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΕΙΔΩΝ CANDIDA ΣΕ ΟΥΡΟ-ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II**  
Π. Σουκιούρογλου<sup>1</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>2</sup>, Ε. Βαγδατλή<sup>1</sup>, Ε. Ροηλίδης<sup>3</sup>  
1. Βιοπαθολογικό εργαστήριο ΓΝΘ Ιπποκράτειου, 2. ΑΤΕΙΘ Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, 3. Γ' Παιδιατρική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειου
- 4. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΙΘΑΝΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥΣ**  
Σ. Μελλίδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Γ. Μίνος<sup>4</sup>  
1. ΜSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 3. Επίκουρη Καθηγήτρια, ΑΠΘ 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- 5. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 & 2 ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ**  
Α. Πασαλίδου<sup>1</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>2</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>3</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>4</sup>, Θ. Διαμαντακίδου<sup>5</sup>  
1. ΤΕ, Νοσηλεύτρια Χειρουργικής Ειδικότητας, ΜSc, Γ.Ν. Κιλκίς, 2. Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 3. Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 4. Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 5. Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής ΓΝ Κιλκίς
- 6. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ**  
Κ. Καλέσης, Ξ. Τσεκμεκίδου, Α. Μπάτος, Ε. Ζαροமுτίδου, Μ. Γραμματική, Β. Αντωνοπούλου, Δ. Δριβάκου, Κ. Καζάκος, Κ. Κώτσα  
Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 7. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**  
Μ. Μάλαμα<sup>1,2</sup>, Ι. Κύργιος<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου<sup>1</sup>  
1. Δ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, 2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη, 3. Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη



10:30-11:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Θ. Τζώτζας**

Ινσουλινοθεραπεία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Έναρξη και εντατικοποίηση

**N. Κατσίκη**

11:00-11:30

---

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

---

11:30-12:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες στο σακχαρώδη διαβήτη

**A. Τσάπας**

12:00-12:30

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Γ. Κούρτογλου**

Στοματολογικές εκδηλώσεις στο σακχαρώδη διαβήτη

**A. Ματιάκης**

12:30-13:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Γ. Καϊάφα**

Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στο σακχαρώδη διαβήτη

**K. Μικούδη**

13:00-14:00

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **T. Μούσλεχ, B. Ταπαζίδης**

Ο ρόλος του εντέρου στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η άποψη του γαστρεντερολόγου

**I. Μόσχος**

Ο ρόλος του εντέρου στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η άποψη του ενδοκρινολόγου

**Θ. Τζώτζας**

14:00-15:00

---

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

---

15:00-16:30

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Πρόληψη στο Σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπλοκές του.

Ο ρόλος του νοσηλευτή

Προεδρείο: **Λ . Κουρκούτα - Α. Δημητριάδου**

Πρόληψη λοιμώξεων του αναπνευστικού συστήματος

σε διαβητικούς ασθενείς

**A. Τσαλογλίδου**

Πρόληψη εμφάνισης και εξέλιξης διαβητικής νεφροπάθειας

**Θ. Καυκιά**

Η συμβολή της εκπαίδευσης στην πρόληψη του διαβητικού έλκους

**M. Λαβδανίτη**

Η συμβολή της συμμόρφωσης στην ποιότητα ζωής και την αντιμετώπιση του διαβήτη

**Ε. Μηνασίδου**

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1: πρόληψη και έγκαιρη παρέμβαση

**Κ. Κουκουρίκος**

Η καταγραφή και ανάλυση των συμβάντων ως εργαλείο βελτίωσης της κλινικής πρακτικής

**Γ. Ευλαβής**

16:30-18:00

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ι. Αβραμίδης**

Άπνοια ύπνου και σακχαρώδης διαβήτης

**Γ. Μπουντούρης**

Εμβολιασμός στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

**Στ. Τσοτουλίδης**

Εκδηλώσεις της νευροπάθειας του ΑΝΣ

**Μ. Ψάλλας**

18:00-18:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

---

18:30-20:00

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ ΕΛΛΑΔΟΣ**

**Σακχαρώδης Διαβήτης και συχνές συννοσηρότητες στην καθ' ημέρα κλινική πράξη**

Προεδρείο: **Α. Ι. Χατζητόλιος, Α. Τσάπας**

Σακχαρώδης Διαβήτης και μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος

**Ε. Σινάκος**

Σακχαρώδης Διαβήτης και Υπέρταση

**Ξ. Κροκίδης**

Σακχαρώδης Διαβήτης και Λοιμώξεις

**Ε. Ψωμάς**

Σακχαρώδης Διαβήτης και Δυσλιπιδαιμία

**Δ. Σκούτας**

20:00-20:30

**ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

20:30-21:15

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ASTRA ZENECA**

Προεδρείο: **Α. Ι. Χατζητόλιος**

Ασθενοκεντρική προσέγγιση στη διαχείριση του ΣΔτ2. Η κλινική εμπειρία με τη δαπαγλιφλοζίνη

**Κ. Καζάκος**



08:30-09:30

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος, Απ. Μιχαηλίδης**

- 8. ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ (HEART RATE VARIABILITY, HRV) ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**  
 Ε. Φραντζέσκος, Κ. Καζάκος, Ε. Πάγκαλος  
 Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ
- 9. ΕΞΟΙΚΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΙΣΟΔΥΝΑΜΩΝ**  
 Α. Σουλίδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Σ. Καλογιάννης<sup>3</sup>, Π. Τσακλής<sup>4</sup>  
 1. Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc, Εκπαιδευτρια Ι.Ε.Κ Volteros, Κοζάνη, 2. Παθολόγος – Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη, 3. Επίκουρος Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Διατροφής – Διαιτολογίας, Θεσσαλονίκη, 4. Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Φυσιοθεραπείας, Θεσσαλονίκη
- 10. ΥΠΕΡΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ (SIBO) ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2**  
 Π. Περίφανος, Κ. Καζάκος, Δ. Φωλίνας, Ι. Μόσχος  
 Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών " Φροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ. 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- 11. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ, ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΔ 2**  
 Α. Μπάτος, Ξ. Τσεκμεκίδου, Κ. Καλέσης, Κ. Καζάκος, Π. Ζεμπεκάκης, Κ. Κώτσα  
 Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- 12. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ**  
 Ε. Σπανοπούλου<sup>1</sup>, Π. Νικολακόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>3</sup>, Μ. Ζαφράκας<sup>4</sup>, Δ.Γ. Γουλή<sup>1</sup>  
 1. Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, 2. Γυναικολογικό Τμήμα, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, 3. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, 4. Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Ελλάδα
- 13. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ**  
 Α. Ουζούνη<sup>1</sup>, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Ε. Δημόπουλος<sup>4</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>5</sup>  
 1. Νοσηλεύτρια, MSc, 2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής, Ενδοκρινολογίας, Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, 3. Παθολόγος – Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 4. Υποψήφιος Διδάκτορας, Τμήμα Ο.Δ.Ε. ΠΑ.ΜΑΚ, 5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
- 14. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ**  
 Ε. Φορμόζη<sup>1</sup>, Δ. Φωλίνας<sup>2</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>  
 1. Προϊσταμένη Α' Παθολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, 2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Συστημάτων Εφοδιασμού, ΤΕΙ Κεντρικής Μακεδονίας, 3. Καθηγητής, Τμήμα Φυσιοθεραπείας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης



**15. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ 2 ΑΠΟ ΤΑ ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΜΙΑΣ ΕΝΕΣΗΣ ΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ Ή ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ GLP-1 ΑΓΩΝΙΣΤΗ Ή ΜΕ 2 ΕΝΕΣΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΓΜΑΤΟΣ**

Π. Βασιλάκος<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Γ. Μίνος<sup>4</sup>

1. ΜSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 3. Επίκουρη Καθηγήτρια, ΑΠΘ, 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

09:30-10:30 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ  
Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Καρδιά και σακχαρώδης διαβήτης  
Προεδρείο: **Απ. Ευθυμιάδης**

Καρδιολογικά φάρμακα και η συμμετοχή τους στην εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη: μύθοι ή αλήθειες;

**Ηλ. Τυροδήμος**

Στεφανιαία νόσος και σακχαρώδης διαβήτης. Νεότερα δεδομένα  
**Ι. Ευθυμιάδης**

Διαγνωστική προσέγγιση θωρακικού άλγους στην παιδική ηλικία  
**Κ. Παπαδοπούλου-Λεγμπέλου**

10:30-11:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Ασ. Γαλλή-Τσινοπούλου**

Παιδιατρικός διαβήτης, μια ξεχωριστή οντότητα  
**Αθ. Χριστοφορίδης**

---

11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

---

11:30-12:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Κ. Καζάκος**

Ο ρόλος της επιγενετικής στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Ι. Γιώβος**

12:00-12:30 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ELPEN**  
Προεδρείο: **Κ. Καζάκος**

Η αλογλιπτίνη και οι ηλικιωμένοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2.  
Συζήτηση περιστατικών  
**Χ. Κούτρας**



- 12.30-14.00 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
Το διαβητικό πόδι  
Προεδρείο: **Χ. Μανές**  
Λοιμώξεις διαβητικού ποδιού  
**Δ. Καραπιπέρης**  
Εμβιομηχανική διαβητικού ποδιού  
**Π. Τσακλής**  
Νοσηλευτική φροντίδα διαβητικού ποδιού  
**Λ. Δούκας**
- 
- 14:00-15:00 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**
- 
- 15:00-15:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Π. Μάρας**  
Μπορούμε να προβλέψουμε και να καθυστερήσουμε  
την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;  
**Στ. Παπαντωνίου**
- 15:30-17:00 **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**  
Προεδρείο: **Κ. Δολιανίτης**  
Νοητική λειτουργία και σακχαρώδης διαβήτης.  
Ο ρόλος της κακής ρύθμισης  
**Β. Παπαλιάγκας**  
Υπάρχει ανάγκη για αυτοέλεγχο στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;  
**Γ. Τσιάντας**
- 17:00-17:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Μ. Ζαφράκας**  
Σακχαρώδης διαβήτης και κύηση  
**Κ. Σιώμος**
- 17:30-18:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Δ. Σκούτας**  
Ασθενοκεντρική προσέγγιση.  
Ο ρόλος της εξατομίκευσης στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Κ. Καζάκος**
- 
- 18:00-18:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 
- 18:30-19:00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**  
Καρδιακή ανεπάρκεια και σακχαρώδης διαβήτης  
**Ι. Ζαρίφης**

19:00-20:30

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Υγιεινοδιαιτική παρέμβαση. Το πρώτο βήμα στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**

Ομάδες τροφίμων και ισοδύναμα υδατανθράκων.

Αρκεί ο υπολογισμός τους;

**Ε. Ευστρατίου**

Γλυκαιμικός δείκτης τροφών. Τι νεότερο;

**Κ. Μιχαηλίδου**

Ο ρόλος της άσκησης στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

**Μ. Πάγκαλος**



- 09:00-9:30 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Γ. Τσιάντας**  
Υπογλυκαιμία. Αιτίες-επιπτώσεις -αντιμετώπιση.  
**Γ. Κούρτογλου**
- 09:30-10.00 **ΔΙΑΛΕΞΗ**  
Προεδρείο: **Π. Μάρας**  
Ο ρόλος των στατινών στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Β. Λιμενόπουλος**
- 10.00-11.00 **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**  
Προεδρείο: **Ι. Γιώβος**  
Ο ρόλος του ασβεστίου και της βιταμίνης D στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Κ. Κώτσα**  
Ήπαρ και εγκέφαλος. Ο ρόλος τους στην ενεργειακή διαχείριση  
**Σ. Δελαρούδης**
- 
- 11:00-11:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**
- 
- 11:30-13:15 **ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**  
Συχνές επιπλοκές στο σακχαρώδη διαβήτη  
Προεδρείο: **Χ. Μανές, Κ. Καζάκος**  
Περιφερική αρτηριακή νόσος  
**Δ. Σκούτας**  
Διαβητική νεφρική νόσος. Πώς μπορεί να αντιμετωπιστεί;  
**Ηλ. Μηνασίδης**  
Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Νεότερα δεδομένα  
**Δ. Κανιούρας**  
Ελαττωμένη κινητικότητα των αρθρώσεων.  
Πώς συνδέεται με το σακχαρώδη διαβήτη;  
**Κ. Κίτσιος**
- 13:15-13:30 **ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ****ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ****FORUM** Congress  
& Travel

Μ.Η.Τ.Ε. 0933Ε60000073100

Μητροπόλεως 24 – ΤΚ 54624 Θεσσαλονίκη  
Τηλ: 2310 257128, 2310 243588, Fax: 2310 231849  
e-mail: info@forumcongress.com**ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**<http://www.forumcongress.com/diabetes3.html>**ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Ξενοδοχείο GRAND HOTEL PALACE, Θεσσαλονίκη

**ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η Ελληνική

**ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ**

Το δίπλωμα συμμετοχής θα παραλαμβάνεται από τη γραμματεία την τελευταία ημέρα του συνεδρίου, κατόπιν επίδειξης της κονκάρδας

**ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΩΝ**Ακυρώσεις διαμονής γίνονται δεκτές μόνο με γραπτό αίτημα  
έως 14/3/2017 επιστροφή όλου του ποσού  
έως 29/3/2017 επιστροφή 50% της ποσού  
Μετά την 14/4/2017 το ποσό δεν επιστρέφεται**ΕΚΘΕΣΗ**

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών προϊόντων και ιατρικών μηχανημάτων, για την ενημέρωση των συνέδρων.

**ΟΠΤΙΚΟΑΚΟΥΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ**

Η αίθουσα του συνεδρίου είναι εξοπλισμένη με data video projector και ηλεκτρονικό υπολογιστή με powerpoint. Οι ομιλητές παρακαλούνται να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία, τουλάχιστον μία ώρα πριν την προγραμματισμένη ομιλία τους.

**ΟΜΙΗΤΕΣ / ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ**

- ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Ι. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Νοσοκ. Παπανικολάου, Α΄ Παθ. Κλινική, Διαβητολογικό Ιατρείο, Θεσσαλονίκη
- ΓΑΛΛΗ-ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α. Αν. Καθηγήτρια Παιδιατρικής, Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκ. "Παπαγεωργίου" Θεσσαλονίκη
- ΓΙΩΒΟΣ Ι. Επίτιμος Καθηγητής Ιατρικής - Ενδοκρινολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- ΔΕΛΑΡΟΥΔΗΣ Η. Ενδοκρινολόγος Διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας, Σακχαρώδη Διαβήτη και Μεταβολισμού, 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α. Αν. Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμ. Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- ΔΟΛΙΑΝΙΤΗΣ Κ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής Παθολογικής Κλινικής Νοσοκομείο Πτολεμαΐδας
- ΔΟΥΚΑΣ Λ. Νοσηλεύτης ΜSc, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη
- ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ ΑΠ. Ομ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος ΕΑΒΕ, Θεσσαλονίκη
- ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ι. Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ. Μετεκπαιδευθείς στο Hammersmith, Λονδίνο. Υπεύθυνος Καρδιολόγος Βιοκλινικής Θεσσαλονίκης
- ΕΥΛΑΒΗΣ Γ. Νοσηλεύτης ΠΕ, Προϊστάμενος ΜΕΘ Παίδων, ΓΝΘ "Ίπποκράτειο" Θεσσαλονίκη
- ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ Ε. Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Ιατρείου Παιδιατρικής Παν/κης Κλινικής Νοσοκ. "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- ΖΑΡΙΦΗΣ Ι. Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής ΕΣΥ. Νοσοκομείο "Γ. Παπανικολάου" Θεσσαλονίκη
- ΖΑΦΡΑΚΑΣ Μ. Χειρουργός Μαστού - FEBS, Καθηγητής Μ/Γ Α΄ ΤΕΙ, Θεσσαλονίκη
- ΚΑΖΑΚΟΣ Κ. PhD, Παθολόγος Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής Α.Τ.Ε.Ι Θεσσαλονίκης
- ΚΑΪΆΦΑ Γ. Επίκουρη Καθηγήτρια Αιματολογίας Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- ΚΑΝΙΟΥΡΑΣ Δ. Χειρουργός – Οφθαλμίατρος Πρόεδρος της Οφθαλμολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδος, Θεσσαλονίκη
- ΚΑΡΑΠΙΠΕΡΗΣ Δ. Αρχίατρος, Παθολόγος-Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Τμήματος Λοιμώξεων 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- ΚΑΤΣΙΚΗ Ν. Msc PhD MD FRSPH Παθολόγος, Παν/κή υπότροφος Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, "Ίπποκράτειο" Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
- ΚΑΥΚΙΑ Θ. Καθηγήτρια Εφαρμογών, RN, MSc, PhD Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη
- ΚΙΤΣΙΟΣ Κ. Παθολόγος - Διαβητολόγος Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ και Διαβητολογικό Κέντρο "Ίπποκράτειο" ΓΝ Θεσσαλονίκης
- ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ Κ. ΠΕ Νοσηλεύτης, Καθηγητής Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

- ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ. Καθηγήτρια Τμ. Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκης
- ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ Γ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος Κλιν. "Άγιος Λουκάς", Θεσσαλονίκη
- ΚΟΥΤΡΑΣ Χ. Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Ημαθίας (Υγειονομική Μονάδα Βέροιας), Πρόεδρος Επιτροπής Νοσοκομειακών Λοιμώξεων. Βέροια
- ΚΡΟΚΙΔΗΣ Ξ. Παθολόγος, Διδάκτορας Παν/μίου MAINZ Γερμανίας, Δ/ντής ΕΣΥ, Γεν. Νοσοκομείο Καβάλας, Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Καβάλας
- ΚΩΤΣΑ Κ. Επικ. Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας-Διαβητολογίας, Υπευθ. Τμήματος Ενδοκρινολογίας-Μεταβολισμού-Διαβητολογικού Κέντρου Α΄ Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
- ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ. ΠΕ Νοσηλεύτρια, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Β. Παθολόγος-Διαβητολόγος, τ. Δ/ντής ΕΣΥ, Θεσσαλονίκη
- ΜΑΝΕΣ Χ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΘ "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- ΜΑΡΑΣ Π. Παθολόγος -Διαβητολόγος πρωην Επιμελητής Α΄ Υπευθ. Διαβητολογικού Ιατρείου Γεν. Νοσοκομείου Νάουσας
- ΜΑΤΙΑΚΗΣ Α. Λέκτωρ Στοματολογίας ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- ΜΗΝΑΣΙΔΗΣ ΗΛ. Νεφρολόγος 424 ΓΣΝΕ-ΜΧΑ "Θεραπευτική" Θεσσαλονίκη
- ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ Ε. Επικ. Καθηγήτρια, Τμήματος Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ, Θεσσαλονίκη
- ΜΙΚΟΥΔΗ Κ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτρια Α΄ - Α΄ Παθ/κή Κλινική ΓΝ "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Α. Παθολόγος, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη
- ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Κ. Κλινική Διαιτολόγος - Διατροφολόγος MSc., Πτυχιούχος Χαροκοπείου Πανεπιστημίου, MSc. Nutrition King's College London, Θεσσαλονίκη
- ΜΟΣΧΟΣ Ι. Αρχίατρος, Αναπλ. Δ/ντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη
- ΜΟΥΣΛΕΧ Ζ. Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρίας Θεσσαλονίκη
- ΜΠΟΥΝΤΟΥΡΗΣ Γ. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ Θεσσαλονίκη
- ΠΑΓΚΑΛΟΣ Εμ. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο "ΑΡΕΤΑΙΟΣ", Επιστημονικός Δ/ντής Κλινικής "ΘΕΡΜΗ", Θεσσαλονίκη
- ΠΑΓΚΑΛΟΣ Μ. Φυσιοθεραπευτής ΜΤ, MSc, Διδάκτωρ ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ-ΛΕΓΜΠΕΛΟΥ Κ. Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδοκαρδιολογίας Α.Π.Θ. Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Νοσοκομείο "Παπαγεωργίου", Θεσσαλονίκη
- ΠΑΠΑΛΙΑΓΚΑΣ Β. Νευρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Παν/κος Υπότροφος Εργαστηρίου Κλινικής Νευροφυσιολογίας ΑΠΘ, Νοσοκ. ΑΧΕΠΑ, Μέλος Επιστημο-

νικής Επιτροπής της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών, Θεσσαλονίκη

ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΣΤ. Διευθυντής Παθολόγος Α΄ Παθολογική Κλινική με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη και στην Ηπατολογία, Υπεύθυνος Διαβητολογικού, Ηπατολογικού και ιατρείου Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν.ΚΑΒΑΛΑΣ

ΣΙΝΑΚΟΣ Ε. Επικ. Καθηγητής Παθολογίας-Ηπατολογίας, ΑΠΘ. Δ΄ Παν/κή Κλινική "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

ΣΙΩΜΟΣ Κ. Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής ΤΥΠΕΤ, Θεσσαλονίκη

ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου ΠΓΝ "Παπαγεωργίου". Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα ΚΑΑ "Αναγέννηση", Θεσσαλονίκη

ΤΑΠΑΖΙΔΗΣ Β. Γενικός Αρχίατρος, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

ΤΖΩΤΖΑΣ Θ. Ενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ Κλινική Αγίος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

ΤΣΑΚΛΗΣ Π. Καθηγητής, Εργαστήριο Εμβιομηχανικής & Εργονομίας Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙ. Θεσσαλονίκη

ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ Α. MSc, PhD, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειου ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΤΣΑΠΑΣ Α. Αν. Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝ "Ιπποκράτειο", Θεσσαλονίκη

ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ. Γενικός Αρχίατρος, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Παθ. Κλινική 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ ΣΤ. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας Χαλκιδικής, Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Χαλκιδικής

ΤΥΡΟΔΗΜΟΣ Η. Καρδιολόγος, Επίκουρος Καθηγητής ΑΠΘ, Θεσσαλονίκη

ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ ΑΠ. Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γεν. Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρίας Παθολογίας Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ ΑΘ. Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ. 1<sup>η</sup> Παιδιατρική Κλινική, Θεσσαλονίκη

ΨΑΛΛΑΣ Μ. Αρχίατρος, Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄ Παθολ. Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, Διδάκτωρ Παν/μίου Αθηνών

ΨΩΜΑΣ Ε. Ειδικός Παθολόγος, Εξειδίκευση στη Λοιμωξιολογία, Επιστ. Συνεργάτης Α΄ ΠΡΠ ΑΧΕΠΑ, Επιμελητής Τμ. Λοιμώξεων 424 ΓΝΣΝΕ, Θεσσαλονίκη



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου ευχαριστεί τις παρακάτω εταιρείες για τη συμβολή τους στο Συνέδριο

ACCU-CHEK

Ascensia Diabetes Care Ελλάς

AstraZeneca A.E.

Broken Hill Publishers Ltd

ELPEN A.E.

GALENICA A.E.

Johnson & Johnson DIABETES SOLUTIONS COMPANIES

LIBYTEC ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

MENARINI diagnostics

Novo Nordisk Ελλάς

SANOFI

WIN MEDICA

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ – ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### 1. ΑΓΓΕΙΑΚΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΑΣΘΕΝΕΙΣ: ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ

Δ. Παπαδοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Γ. Μίνος<sup>2</sup>, Κ. Γαργάνη<sup>1</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>

1. Γ.Ν.Γ.Παπανικολάου, 2. Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 3. Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ

**Εισαγωγή:** Το Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο (ΑΕΕ) σε συνδυασμό με τον Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) αποτελεί παγκοσμίως μια από τις σημαντικότερες αιτίες θανάτου ή και πρόκλησης μόνιμης αναπηρίας.

**Σκοπός:** της παρούσης έρευνας ήταν να μελετηθούν οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τον ΣΔ καθώς και η έκβαση των ασθενών. Μελετήθηκαν βιβλιογραφικά οι παράγοντες εμφάνισης ΑΕΕ σε ασθενείς με ΣΔ, όπως η υπεργλυκαιμία και η αντιμετώπιση της στην οξεία φάση, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και το μεταβολικό σύνδρομο. Μικρή αναφορά γίνεται και στην θεραπεία του ΑΕΕ σε ασθενείς με ΣΔ στην οξεία φάση.

**Μεθοδολογία:** Μελετήθηκαν συνολικά 57 ασθενείς που υπέστησαν Ισχαιμικό Αγγειακό Εγκεφαλικό επεισόδιο και εισήχθησαν στην Παθολογική Κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Γ.Παπανικολάου στο διάστημα Φεβρουάριος - Ιούνιος 2016. Καταγράφηκε η ηλικία, το φύλο, η ύπαρξη ΣΔ και το έτος έναρξης αυτού, η ύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης, στεφανιαίας νόσου, δυσλιπιδαιμίας, προηγούμενου ΑΕΕ, καθώς και το υπόλοιπο ατομικό αναμνηστικό των ασθενών. Επιπλέον, καταγράφηκε η νευρολογική σημειολογία που παρουσίαζαν οι ασθενείς και τα πορίσματα της αξονικής τομογραφίας στην οποία υποβάλλονταν οι ασθενείς κατά την εισαγωγή. Η διάρκεια της νοσηλείας, η εμφάνιση τυχόν επιπλοκών και η έκβαση αυτής χρησιμοποιήθηκαν επίσης για την παρούσα μελέτη. Τέλος, για τους διαβητικούς ασθενείς καταγράφηκε η αντιδιαβητική αγωγή που λάμβαναν, ενώ δεν υπήρχε η δυνατότητα αποστολής δειγμάτων ορού των ασθενών για μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Διενεργήθηκε σύγκριση των δύο ομάδων ασθενών, διαβητικών και μη διαβητικών.

**Αποτελέσματα:** Στην παρούσα μελέτη, που αφορούσε αποκλειστικά σε ισχαιμικά επεισόδια, η συχνότητα του ΣΔ μεταξύ των ασθενών με αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ήταν 33,33%. Οι διαβητικοί ασθενείς εμφάνιζαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο επιπολασμό στεφανιαίας νόσου και δυσλιπιδαιμίας σε σχέση με τους μη διαβητικούς, ενώ η αρτηριακή υπέρταση δε βρέθηκε οριακά να είναι συχνότερη μεταξύ των διαβητικών. Επιπλέον, η μέση ηλικία των διαβητικών ασθενών που υπέστησαν ΑΕΕ ήταν μικρότερη από εκείνη των μη διαβητικών. Η μέση διάρκεια παραμονής των διαβητικών ασθενών στο νοσοκομείο δε διέφερε σημαντικά από εκείνη των μη διαβητικών ασθενών. Υπήρξαν διαφορές στο μέγεθος της αρχικής βλάβης στην αξονική τομογραφία, καθώς και στην εξέλιξη αυτής μεταξύ των 2 ομάδων των ασθενών. Επίσης, η εμφάνιση επιπλοκών κατά τη διάρκεια της νοσηλείας και η τελική έκβαση αυτής (βελτίωση/θάνατος) δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ασθενών

**Συμπεράσματα:** Η πλειοψηφία των αποτελεσμάτων είναι συμβατή με τα ευρήματα της διεθνούς βιβλιογραφίας, ενώ η απουσία περιορισμών στην εξαγωγή συμπερασμάτων που έχουν σχέση με την λειτουργική κατάσταση των ασθενών πριν και μετά το ΑΕΕ και την παρακολούθηση μετά την έξοδο από το Νοσοκομείο, θα οδηγούσε στην αρτιότερη κατανόηση της επίδρασης του ΣΔ στην έκβαση των ΑΕΕ. Η επαναλαμβανόμενη συμβουλευτική των ασθενών για τις καρδιαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη είναι απαραίτητη για την επίτευξη της πρωτογενούς και δευτερογενούς πρόληψης.

## 2. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι ΚΑΙ ΤΥΠΟΥ ΙΙ

Σ. Παναγηλίδου<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη, ΜSc, Γ.Ν.Παπαγεωργίου, 2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

**Εισαγωγή:** Η υπογλυκαιμία αποτελεί έναν από τους παράγοντες παρεμπόδισης της θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και χαρακτηρίζεται συχνά από αδυναμία αντίληψης του συμπτώματος. Η πρόληψη της και ο κατάλληλος γλυκαιμικός έλεγχος θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες για την αντιμετώπιση της νόσου και την βελτίωση της καθημερινότητας των ασθενών.

**Σκοπός:** Είναι η διερεύνηση της επίδρασης των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου Ι και ινσουλινοθεραπευόμενο Τύπου ΙΙ.

**Υλικό - Μέθοδος:** Το δείγμα αποτελείται από 107 ασθενείς που έχουν διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη Τύπου Ι και Τύπου ΙΙ. Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία κατά συστάδες και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο φόβου υπογλυκαιμίας. Περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις σχετικές με τρόπους στους οποίους κατέφυγαν τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη για να αποφύγουν την υπογλυκαιμία και τις συνέπειές της (συμπεριφορά), αλλά και 18 ερωτήσεις σχετικές με τις ανησυχίες στην υπογλυκαιμία (ανησυχία). Τα δεδομένα στη συνέχεια αναλύθηκαν με το στατιστικό πρόγραμμα (SPSS) έκδοση 21.0.

**Αποτελέσματα:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών όσον αφορά στα μέτρα που έλαβαν και στην ανησυχία που εξέφρασαν οι ερωτηθέντες προκειμένου να αποφύγουν την υπογλυκαιμία και τις συνέπειές της. Οι ασθενείς με ΣΔΙ μείωσαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη δόση της ινσουλίνης σε χαμηλή τιμή σακχάρου ( $p=0.372$ ), μέτρησαν το σάκχαρό τους 6 ή περισσότερες φορές / ημέρα ( $p<0.000$ ), διατήρησαν υψηλότερη τιμή σακχάρου όταν αναλάμβαναν σημαντικά καθήκοντα ( $p=0.008$ ), ανησύχησαν σε μεγαλύτερο βαθμό μήπως εμφανίσουν υπογλυκαιμία ενώ οδηγούν ( $p=0.016$ ), μήπως προκαλέσουν μόνιμη βλάβη ή τραυματισμό στον εαυτό τους ( $p=0.044$ ). Αντίθετα, οι ασθενείς με ΣΔΙΙ έμειναν σε μεγαλύτερο βαθμό στο σπίτι από όσο θα ήθελαν ( $p=0.019$ ).

**Συμπεράσματα:** Η υπογλυκαιμία που εμφανίζεται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι και ινσουλινοθεραπευόμενο διαβήτη τύπου ΙΙ αποτελεί ένα σημαντικό σύμπτωμα που επηρεάζει αρνητικά τους ασθενείς αλλά και την ποιότητα ζωής. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να ενημερώσουν τους ασθενείς τους για την εμφάνιση της καθώς και τον τρόπο αντιμετώπισής της.

### 3. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΑΝΤΟΧΗΣ ΕΙΔΩΝ CANDIDA ΣΕ ΟΥΡΟΚΑΛ- ΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II

Π. Σουκιούρογλου<sup>1</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>2</sup>, Ε. Βαγδατλή<sup>1</sup>, Ε. Ροηλίδης<sup>3</sup>

1. Βιοπαθολογικό εργαστήριο ΓΝΘ Ιπποκράτειου, 2. ΑΤΕΙΘ Τμήμα Ιατρικών Εργαστηρίων, 3. Γ΄ Παιδιατρική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειου

**Εισαγωγή:** Οι μυκητιάσεις του ουροποιητικού συστήματος από το γένος *Candida* αποτελούν σημαντικό ποσοστό του συνόλου των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Στους προδιαθεσικούς παράγοντες της καντιντουρίας κυρίαρχη θέση κατέχει ο σακχαρώδης διαβήτης.

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της συχνότητας απομόνωσης ειδών *Candida* από καλλιέργειες ούρων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και ο προσδιορισμός της ευαισθησίας τους σε συγκεκριμένα αντιμυκητιακά φάρμακα.

**Υλικό και μέθοδος:** Στη συγκεκριμένη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 281 νοσηλευόμενοι ασθενείς στις διάφορες κλινικές του Γ.Ν. Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειου κατά το 5μηνο 01-03-2016 έως 31-07-2016. Από τις καλλιέργειες ούρων όλων αυτών των ασθενών απομονώθηκε *Candida* spp. Σε 51 από αυτούς που είχαν διαγνωσμένο ΣΔ τύπου II ακολουθήθηκε ταυτοποίηση των υπεύθυνων για την καντιντουρία ζυμομυκήτων, καθώς και έλεγχος της ευαισθησίας τους σε αντιμυκητιακά στο αυτοματοποιημένο σύστημα VITEK II (Biomerieux – France).

**Αποτελέσματα:** Στους ασθενείς με ΣΔ τύπου II, τα *non albicans* είδη *Candida* υπερτερούσαν (54,5 %) έναντι της *Candida albicans* (45,5 %). Από τους 51 ασθενείς με ΣΔ II, στους οποίους ανιχνεύθηκαν *non albicans* είδη *Candida* στα ούρα τους, από 17 ασθενείς (33,3%) απομονώθηκε *Candida glabrata*, από 7 ασθενείς (13,7%) *Candida tropicalis*, από 2 ασθενείς (3,9%) *Candida parapsilosis* και από 1 ασθενή αντίστοιχα *Candida krusei* (2%) και *Candida lusitaniae* (2%). Η ευαισθησία των απομονωθέντων στελεχών *Candida* στα αντιμυκητιακά που εξετάστηκαν ήταν η ακόλουθη: amphotericin B (98%), flucytosine (96,1%), fluconazole (94,1%), voriconazole (92,2%), caspofungin (100%) και micafungin (100%). Συγκενρωτικά λοιπόν από τη στατιστική έρευνα προέκυψαν οι κάτωθι ανθεκτικότητες (CLSI): 1 στέλεχος *C.albicans* με MIC 4 μg/ml ανθεκτικό στη voriconazole, 1 στέλεχος *C.albicans* με MIC 2μg/ml ενδιάμεσης ευαισθησίας στη voriconazole, 1 στέλεχος *C.glabrata* με MIC >=8μg/ml ανθεκτικό στη voriconazole και ταυτόχρονα ενδιάμεσης ευαισθησίας με MIC 32μg/ml στη fluconazole και 1 στέλεχος *C.krusei* με MIC 8μg/ml ανθεκτικό και στη fluconazole (intrinsic resistance) και στη flucytosine. Όλα τα υπόλοιπα απομονωθέντα στελέχη του μύκητα *Candida* επέδειξαν απόλυτη ευαισθησία (100%) στα εξετασθέντα αντιμυκητιακά.

**Συμπεράσματα:** Οι ουρολοιμώξεις από *non albicans* είδη *Candida* εμφανίζονται όλο και συχνότερα σε νοσοκομειακό περιβάλλον και ειδικά σε νοσηλευόμενους με βεβαρημένο ιστορικό, όπως είναι οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη II. Η διερεύνηση της ανθεκτικότητας των απομονωθέντων μυκήτων στα συχνότερα χρησιμοποιούμενα αντιμυκητιακά φάρμακα θα βοηθήσει στην ορθολογικότερη χρήση τους, καθώς και στην αποφυγή διασποράς ανθεκτικών γονιδίων στην κοινότητα.

#### 4. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΙΘΑΝΩΝ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΛΗΨΗ ΤΟΥ ΦΟΡΤΙΟΥ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΤΩΝ ΘΕΡΑΠΟΝΤΩΝ ΙΑΤΡΩΝ ΤΟΥΣ

Σ. Μελλίδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Γ. Μίνος<sup>4</sup>

1. MSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 3. Επίκουρη Καθηγήτρια, ΑΠΘ 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Μελέτη των πιθανών διαφορών στην αντίληψη του φορτίου της νόσου μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ τ2 και των θεραπόντων ιατρών τους.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για μελέτη παρατήρησης. Συμπεριλήφθηκαν 126 ασθενείς με ΣΔτ2, από 15 ιατρεία του ιδιωτικού τομέα, χωρίς να υπάρχει περιορισμός ως προς τη διάρκεια της νόσου, τη γλυκαιμική ρύθμιση και τη θεραπεία. Οι ασθενείς και οι ιατροί τους κλήθηκαν να απαντήσουν στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PAID (Problems Areas In Diabetes), με συντελεστή εσωτερικής αξιοπιστίας (0,96), σχεδιασμένου να αξιολογεί τη συναισθηματική κατάσταση που βρίσκεται ειδικά ο ασθενής που έχει διαβήτη.

**Αποτελέσματα:** Στην πλειοψηφία των ερωτημάτων εμφανίστηκαν μεγάλες διαφορές στην αντίληψη του φορτίου της νόσου μεταξύ των ατόμων που πάσχουν από ΣΔ τ2 και των θεραπόντων ιατρών τους. Γενικά, οι γιατροί είναι περισσότερο ευαισθητοποιημένοι όσον αφορά στο φορτίο της νόσου του διαβήτη σε σχέση με τους ασθενείς τους. Πιο συγκεκριμένα, θεωρούν ότι η γενικότερη ανησυχία γύρω από τη διατροφή προβληματίζει τους περισσότερους σε βαθμό πολύ μεγαλύτερο από αυτό που ισχύει. Το ίδιο φαινόμενο εμφανίζεται και στον τομέα της διαχείρισης των συναισθημάτων όπως ο θυμός και η κατάθλιψη. Σε ανάλογο βαθμό η διαφορά αυτή αποτυπώνεται και στο πεδίο της στήριξης από το οικογενειακό περιβάλλον. Αντιθέτως, οι τομείς στους οποίους εμφανίστηκε σχετική ταύτιση απόψεων (ή τουλάχιστον οι αντιλήψεις συνέκλιναν) ήταν οι απαντήσεις που αφορούσαν τους ξεκάθαρους στόχους, τη συσχέτιση της διάθεσης με το διαβήτη και την επιτυχή αντιμετώπιση των επιπλοκών.

**Συμπεράσματα:** Η μελέτη κατέδειξε μια σημαντική διάσταση ανάμεσα στους ασθενείς και τους θεράποντες ιατρούς στην αντίληψη του φορτίου του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 στον τομέα της ιδιωτικής περίθαλψης στη Βόρειο Ελλάδα. Η διάσταση αυτή συνίσταται στο συναισθηματικό φορτίο της νόσου, στην κοινωνική στήριξη και σε θέματα γύρω από τη διατροφή. Η βελτίωση της επικοινωνίας είναι απαραίτητη προκειμένου να μικρύνει το χάσμα ανάμεσα στους ιατρούς και τους ασθενείς τους. Απαιτούνται ευρύτερες μελέτες, σε διάφορα σημεία της Ελλάδας, σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές προκειμένου να έχουμε μια πιο πλήρη εικόνα της κατάστασης.

## 5. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 & 2 ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ: ΜΕΛΕΤΗ ΣΕ ΑΣΤΙΚΗ ΚΑΙ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

Α. Πασαλίδου<sup>1</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>2</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>3</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>4</sup>, Θ. Διαμαντακίδου<sup>5</sup>

1. ΤΕ, Νοσηλεύτρια Χειρουργικής Ειδικότητας, MSc, Γ.Ν. Κιλκίς, 2. Επίκουρη καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 3. Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 4. Αν. Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 5. Προϊσταμένη Χειρουργικής Κλινικής ΓΝ Κιλκίς

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας το οποίο τείνει να λαμβάνει μορφή επιδημίας και χρήζει συνεχούς παρακολούθησης και φροντίδας τόσο από τον ίδιο τον ασθενή όσο και από τους θεράποντες ιατρούς. Λόγω του ιδιαίτερα μεγάλου επιπολασμού της νόσου απαιτείται συμμόρφωση των ασθενών στις οδηγίες που παρέχονται από τους θεράποντες ιατρούς και αφορούν στη θεραπευτική αγωγή, τη σωματική δραστηριότητα και την διατροφή. Η συμμόρφωση του ασθενή διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην πορεία της νόσου και βοηθά σημαντικά στη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης αυτού.

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι η εκτίμηση και η συγκριτική παρουσίαση του βαθμού της συμμόρφωσης στις οδηγίες, που παρέχονται στους διαβητικούς σε αστικές και ημί-αστικές περιοχές.

**Μεθοδολογία:** Με στόχο την αξιολόγηση των ασθενών στις οδηγίες που τους παρέχονται έγινε διανομή ερωτηματολογίου σε ένα σημαντικό δείγμα ασθενών και ζητήθηκε από αυτούς να καταγράψουν τις συνθήκες σε ότι αφορά τη φαρμακευτική τους αγωγή, την άσκηση και τη διατροφή. Χρησιμοποιήθηκε για τον έλεγχο συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή η κλίμακα Morisky, για τον έλεγχο των υγειονομιακών συμβουλών χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο αυτοφροντίδας SDSCA στο ΣΔ, ενώ έγινε και καταγραφή δημογραφικών στοιχείων του ατόμων του δείγματος.

**Αποτελέσματα:** Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος παρουσίασε μέτρια επίπεδα συμμόρφωσης σε ότι αφορά στη διατροφή και τη λήψη της αγωγής αλλά ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά συμμόρφωσης σε ότι αφορά την άθληση και την περιποίηση των άκρων. Επιπρόσθετα, δεν παρουσιάστηκε καμία συσχέτιση μεταξύ της πόλης διαμονής και της συμμόρφωσης προς τις οδηγίες που δόθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα κοινωνικά δεδομένα έχουν αλλάξει στην Ελλάδα του σήμερα και πλέον δεν παρουσιάζονται σημαντικές διαφορές σε ότι αφορά στη συμμόρφωση των ασθενών ανάμεσα σε δύο πόλεις πολύ διαφορετικού μεγέθους. Τα ποσοστά απόκλισης από τη συμμόρφωση ενδεχόμενα να οφείλονται αφενός στο χαμηλό επίπεδο του δείγματος και στη μεγάλη ηλικία τους και αφετέρου στις σύγχρονες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που καθιστούν πολλούς από τους ασθενείς ανήμπορους στο να συμμορφωθούν ακόμη και εάν αυτοί το επιθυμούν.

## 6. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΕ ΠΛΗΘΥΣΜΟ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κ. Καλέσης, Ξ. Τσεκμεκίδου, Α. Μπάτος, Ε. Ζαροமுτίδου, Μ. Γραμματική, Β. Αντωνοπούλου, Δ. Δριβάκου, Κ. Καζάκος, Κ. Κώτσα  
Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός Εργασίας:** Διερευνάται η σχέση των επιπέδων της βιταμίνης D με τη νοητική λειτουργία μέσω της δοκιμασίας του mini Mental Test σε πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων με προδιαβήτη, σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) ομάδα ελέγχου (control) και στο σύνολο του δείγματος.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Η έρευνα διεξήχθη στα Κ.Α.Π.Η. της Περαιάς, Επανωμής και Νέων Επιβατών του Ν. Θεσσαλονίκης. Στη μελέτη συμμετείχαν 84 ευθυρεοειδικά άτομα άνω των 60 ετών, χωρισμένα σε τρεις ομάδες: 42 άτομα με προδιαβήτη, 21 άτομα με ΣΔ και 21 άτομα στην ομάδα ελέγχου (χωρίς προδιαβήτη ή ΣΔ). Στους συμμετέχοντες μετρήθηκαν τα επίπεδα της Vit D ενώ για τη γνωστική λειτουργία έγινε χρήση του Mini Mental Test (MMSE) ώστε να αποτυπωθεί ο βαθμός της γνωστικής ικανότητας. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 21 χρησιμοποιώντας τις δοκιμασίες T-Test και Pearson Correlation για τον έλεγχο της σχέσης των ευρημάτων ( $p < 0.05$ ).

**Αποτελέσματα:** Συσχέτιση της Vit D και της νοητικής λειτουργίας παρατηρήθηκε στο σύνολο του δείγματος του ηλικιωμένου πληθυσμού (P sig. 2-tailed  $< 0,05$ ). Από τις μετρήσεις στο δείγμα δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ της Vit D και του MMSE στην ομάδα του προδιαβήτη (P sig. 2-tailed  $> 0.05$ ), ενώ αντίστοιχα στην ομάδα του διαβήτη (DM) και στην ομάδα ελέγχου (Control) διαπιστώθηκε σύνδεση των παραμέτρων καθώς εμφανίστηκε και στις δύο ομάδες στατιστική σημαντικότητα (P sig. 2-tailed  $< 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Στην μελέτη διαπιστώθηκε σύνδεση των επιπέδων της Vit D με το βαθμό της νοητικής ικανότητας τόσο στην ομάδα ελέγχου που δεν πάσχει από ΣΔ, όσο και στην ομάδα του ΣΔ. Συσχέτιση υπάρχει και στο σύνολο του δείγματος των ηλικιωμένων. Η ομάδα του προδιαβήτη δεν έδωσε συσχέτιση. Επιπλέον μελέτες σε μεγαλύτερο δείγμα ηλικιωμένων θα μπορούσαν να δώσουν πιο σαφή συμπεράσματα για τη σχέση και το μέγεθος της έκπτωσης της γνωστικής λειτουργίας σε άτομα με προδιαβήτη και διαβήτη.

## 7. ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΤΙΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΕΣ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Μ. Μάλαμα<sup>1,2</sup>, Ι. Κύργιος<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου<sup>1</sup>

1. Δ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας ΑΠΘ, ΓΝ Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη, 2. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη, 3. Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Η υπογλυκαιμία αποτελεί τη συχνότερη οξεία επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1).

**Σκοπός:** Πρωτεύων σκοπός ήταν η καταγραφή, με ειδικό ερωτηματολόγιο, της ευαισθητοποίησης στις υπογλυκαιμίες σε παιδιά σχολικής ηλικίας με ΣΔ1, ώστε να εξαχθούν συμπεράσματα για τον ελληνικό χώρο, την ηλικιακή ομάδα και την ευαισθητοποίηση των γονέων τους. Δευτερεύων σκοπός ήταν η αξιολόγηση έμμεσα της ποιότητας ζωής των παιδιών αυτών.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη, το δείγμα της οποίας αποτέλεσαν 50 ασθενείς με ΣΔ1, ηλικίας 6-12 ετών, διάρκειας νόσου μεγαλύτερης ή ίσης με 6 μήνες. Οι συμμετέχοντες είτε βρίσκονταν σε σχήμα πολλαπλών ενέσεων είτε έφεραν αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Παιδοδιαβητολογικό Ιατρείο της Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο "The Hypo Awareness Questionnaire", το οποίο διερευνά την πρόσφατη εμπειρία του παιδιού στην υπογλυκαιμία.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς παρουσίαζαν  $3 \pm 0.3$  υπογλυκαιμίες την εβδομάδα, ενώ τους προηγούμενους 6 μήνες είχαν  $1.4 \pm 0.4$  υπογλυκαιμίες, όπου χρειάστηκαν βοήθεια τρίτου. Στο σύνολο του δείγματος παρατηρήθηκαν συχνότερα υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σχέση με τη νύχτα ( $p=0.045$ ). Τα παιδιά με αντλία είχαν λιγότερες σοβαρές υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια της ημέρας ( $p=0.008$ ) καθώς και καλύτερη αντίληψη των ήπιων υπογλυκαιμιών ( $p=0.043$ ). Οι ασθενείς με  $HbA1c \leq 7.5$  παρουσίαζαν συχνότερες ημερήσιες υπογλυκαιμίες ( $p=0.016$ ) και τάση για περισσότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια της νύχτας ( $p=0.09$ ). Διαπιστώθηκε μία τάση για περισσότερο διαταραγμένη αντίληψη των σοβαρών υπογλυκαιμιών στα παιδιά ηλικίας >9έτη συγκριτικά με τα παιδιά μικρότερης ηλικίας ( $p=0.07$ ). Καλύτερη ήταν η αντίληψη της υπογλυκαιμίας, κατά τη διάρκεια της νύχτας, στα παιδιά με μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη ( $p=0.034$ ). Τέλος, καμία από τις μεταβλητές που ελέγχθηκαν πολυπαραγοντικά (ηλικία, HbA1c, φύλο, σχήμα ινσουλινοθεραπείας, διάρκεια διαβήτη) δε σχετίστηκε ανεξάρτητα με το συνολικό αριθμό υπογλυκαιμιών του προηγούμενου 6μήνου ( $r^2=0.066$ ,  $p=0.681$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι υπογλυκαιμίες είναι συχνές στα παιδιά σχολικής ηλικίας με ΣΔ1, ανεξάρτητα από το φύλο. Η θεραπεία με αντλία φαίνεται να υπερτερεί σε σχέση με το εντατικοποιημένο σχήμα και ως προς τη συχνότητα και ως προς την αντίληψη των υπογλυκαιμιών. Τα μεγαλύτερα παιδιά και αυτά με μικρότερη διάρκεια διαβήτη προτείνεται ότι παρουσιάζουν περισσότερο διαταραγμένη αντίληψη της υπογλυκαιμίας, κρίνοντας την επίβλεψη των γονέων τους απαραίτητη.



## 8. ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ (HEART RATE VARIABILITY, HRV) ΚΑΙ ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ε. Φραντζέσκος, Κ. Καζάκος, Ε. Πάγκαλος

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ

**Εισαγωγή:** Η Νευροπάθεια του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ) αποτελεί μια από τις πλέον σοβαρές επιπλοκές του ΣΔ. Η μέτρηση της μεταβλητότητας του καρδιακού ρυθμού (HEART RATE VARIABILITY) αποτελεί μια από τις σύγχρονες μεθόδους εκτίμησης της Νευροπάθειας του ΑΝΣ.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί το HRV σε άτομα με ΣΔ2 και να συσχετισθεί με τη διάρκεια του ΣΔ και με την παχυσαρκία. Για το σκοπό αυτό έγινε 24ωρη καταγραφή του καρδιακού ρυθμού (Holter ρυθμού) και στη συνέχεια έγινε ανάλυση των αποτελεσμάτων (time and frequency domain analysis).

**Υλικό και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμμετείχαν 40 άτομα. Στην ομάδα Α συμμετείχαν 20 άτομα με ΣΔ2, ενώ στην ομάδα Β 20 υγιείς μάρτυρες. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν φαίνονται στον Πίνακα 1.

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.** Χαρακτηριστικά των ατόμων της μελέτης

	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β
ΑΝΔΡΕΣ	55%	70%
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	45%	30%
ΗΛΙΚΙΑ	44,5±5,586	44,5±5,272
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΔ	8,45±3,25	-
HbA1c	7,58±1,12	-
BMI	33,58±7,58	30,125±1,58

Σε όλα τα άτομα της μελέτης τοποθετήθηκε Holter ρυθμού και μελετήθηκε το HRV. Επίσης λήφθηκε το ιατρικό ιστορικό, μετρήθηκε το ύψος και βάρος, υπολογίστηκε το BMI και έγινε πλήρης βιοχημικός έλεγχος.

**Αποτελέσματα:** Η εκτίμηση του HRV και η σύγκριση των παραμέτρων του ανάμεσα στα άτομα με ΣΔ και τους υγιείς μάρτυρες ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές σε όλους τους δείκτες ( $p<0,05$ ). Εκτιμήθηκε το HRV χωρίζοντας τα άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη σε 2 ομάδες ( $BMI<30$  και  $BMI>30$ ). Τα αποτελέσματα έδειξαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p<0,05$ ) σε όλους τους δείκτες του HRV εκτός του LF, ενώ διαπιστώθηκε ασθενής αρνητική συσχέτιση μεταξύ του BMI και όλων των δεικτών του HRV η οποία όμως ήταν στατιστικά σημαντική για τους δείκτες SDNN, SDANN, και HF ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι το αυξημένο BMI σχετίζεται με τη μείωση του HRV αν και οι συσχετίσεις που αναδείχτηκαν δεν ήταν ισχυρές.

## 9. ΕΞΟΙΚΙΩΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΤΗ ΜΕΘΟΔΟ ΤΩΝ ΙΣΟΔΥΝΑΜΩΝ

Α. Σουλίδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Σ. Καλογιάννης<sup>3</sup>, Π. Τσακλής<sup>4</sup>

1. Διαιτολόγος - Διατροφολόγος, MSc, Εκπαιδεύτρια Ι.Ε.Κ Volteros, Κοζάνη, 2. Παθολόγος – Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη, 3. Επίκουρος Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Διατροφής – Διαιτολογίας, Θεσσαλονίκη, 4. Καθηγητής, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί ο βαθμός επιρροής της υιοθέτησης της μεθόδου των ισοδυνάμων ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στην ρύθμιση της γλυκόζης με βάση κάποιες παραμέτρους όπως αναφέρονται στη βιβλιογραφία (επίπεδα HbA1c, συχνότητα μέτρησης των επιπέδων σακχάρου, παρακολούθηση σωματικού βάρους, φυσική άσκηση, αυτο-αποτελεσματικότητα, χρήση της μεθόδου ως διατροφικό εργαλείο, συχνότητα κατανάλωσης φρούτων, λαχανικών, οσπρίων, γαλακτοκομικών προϊόντων χαμηλών σε λιπαρά, κρέατος, γλυκών, τροφίμων υψηλού και χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη).

**Υλικό - Μέθοδος:** Διεξήχθη μια συγχρονική έρευνα σε τυχαίο πληθυσμό στο Ν. Κοζάνης και Ν. Θεσσαλονίκης ώστε να αξιολογηθούν οι γνώσεις τους γύρω από τη διατροφική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και συγκεκριμένα με τη μέθοδο των ισοδυνάμων. Εβδομήντα ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε ένα ήδη δοκιμασμένο ερωτηματολόγιο 47 ερωτήσεων. Απορρίφθηκαν 7 ερωτηματολόγια γιατί 2 δεν συμπληρώθηκαν ολόκληρα και 5 οι ασθενείς δεν διδάχτηκαν την μέθοδο των ισοδυνάμων.

**Αποτελέσματα:** Τόσο το φύλο, η πόλη προέλευσης, η ηλικία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο δεν σχετίζονται με την εκμάθηση της μεθόδου των ισοδυνάμων. Τα χρόνια της νόσου επηρεάζουν τόσο τις διατροφικές συνήθειες όσο και τη θερμιδική πρόσληψη. Επιβεβαιώθηκε η ευεργετική επίδραση της άσκησης στην HbA1c. Τέλος δεν αποδείχτηκε η θετική επίδραση της μεθόδου στην γλυκαιμική ρύθμιση, όταν δείκτης είναι η HbA1c.

**Συμπεράσματα:** Η μέθοδος των ισοδυνάμων αποτελεί τον πιο πλήρη και αναλυτικότερο τρόπο διατροφικής εκπαίδευσης. Πιθανόν, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης να είναι χρήσιμα στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι είναι αρωγοί τόσο στην εκπαίδευση όσο και στη διαχείριση της νόσου.

## 10. ΥΠΕΡΑΝΑΠΤΥΞΗ ΜΙΚΡΟΒΙΩΝ (SIBO) ΣΤΟ ΛΕΠΤΟ ΕΝΤΕΡΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2

Π. Περίφανος, Κ. Καζάκος, Δ. Φωλίνας, Ι. Μόσχος

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Φροντίδα στο σακχαρώδη διαβήτη”, Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ. 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Ως SIBO ορίζεται η αύξηση του αριθμού ή η μεταβολή στον τύπο των βακτηρίων στο λεπτό έντερο. Η αιτιολογία του SIBO σχετίζεται με διαταραχές προστατευτικών αντιβακτηριακών μηχανισμών, με ανατομικές ανωμαλίες και διαταραχές της κινητικότητας (π.χ. σκληροδερμία, αυτόνομη νευροπάθεια σε ΣΔ, εντεροπάθεια μετά από ακτινοβολία). Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ εντερικού μικροβιώματος, παχυσαρκίας και ΣΔ2. Ωστόσο, ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός που συνδέει το εντερικό μικροβίωμα με τα μεταβολικά νοσήματα δεν είναι απόλυτα διευκρινισμένος.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η εκτίμηση της ανάπτυξης βακτηρίων στο λεπτό έντερο σε άτομα με ΣΔ2 και η συσχέτιση της υπερανάπτυξης αυτών με παράγοντες, όπως η διάρκεια του διαβήτη και ο BMI.

**Υλικό - Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 2 ομάδες. Η πρώτη ομάδα περιλάμβανε 30 άτομα με ΣΔ2 και η δεύτερη 30 άτομα χωρίς ΣΔ2. Και στις δύο ομάδες υπήρχαν κριτήρια αποκλεισμού.

Για την μελέτη της υπερανάπτυξης βακτηρίων στο λεπτό έντερο έγινε δοκιμασία αναπνοής υδρογόνου με χορήγηση διαλύματος 50 gr γλυκόζης διαλυμένα σε 250ml νερού. Η μέθοδος αυτή θεωρείται αξιόπιστη για τη διάγνωση της SIBO.

### Αποτελέσματα:

- A) Συσχέτιση SIBO και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2  
**p=0.108 > 0.05**
- B) Συσχέτιση HbA1c και SIBO στην ομάδα διαβητικών  
**p=0.076 > 0.05**
- Γ) Συσχέτιση διάρκειας διαβήτη και SIBO  
**p=0.580 > 0.05**
- Δ) Συσχέτιση HbA1c και SIBO στην ομάδα των μη διαβητικών  
**p=0.069 > 0.05**
- E) Συσχέτιση BMI και SIBO στην ομάδα των διαβητικών  
**p=0.126 > 0.05**
- ΣΤ) Συσχέτιση BMI και SIBO στην ομάδα των μη διαβητικών  
**p=0.982 > 0.05**

### Συμπεράσματα:

- Από την μελέτη δεν φάνηκε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στον Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και το SIBO.
- Η αυξημένη διάρκεια διαβήτη δεν επέδρασε θετικά στην υπερανάπτυξη μικροβίων του λεπτού εντέρου(SIBO).
- Η αυξημένη τιμή του δείκτη HbA1c δεν επέδρασε θετικά στην υπερανάπτυξη μικροβίων του λεπτού εντέρου(SIBO).
- Η αυξημένη τιμή του δείκτη BMI δεν επηρέασε θετικά στην υπερανάπτυξη μικροβίων του λεπτού εντέρου (SIBO).

## 11. ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΑΝΤΙΣΤΑΣΗΣ ΣΤΗ ΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΕΣΤΟΣΤΕΡΟΝΗΣ, ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ ΑΝΔΡΕΣ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΔ 2

Α. Μπάτος, Ξ. Τσεκμεκίδου, Κ. Καλέσης, Κ. Καζάκος, Π. Ζεμπεκάκης, Κ. Κώτσα  
Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επίπτωσης της κεντρικής παχυσαρκίας και αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης, σε ηλικιωμένους άνδρες και η συσχέτιση τους με τα επίπεδα τεστοστερόνης.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πρόκειται για μια αναδρομική μελέτη συσχέτισης (correlational study) χρησιμοποιώντας ομάδα ελέγχου. Η εργασία πραγματοποιήθηκε, χρησιμοποιώντας στοιχεία από τα αρχεία του Διαβητολογικού Ιατρείου της ΑΠ Κλινικής του Ν. ΑΧΕΠΑ, για το χρονικό διάστημα από 1/1/2015 ως 31/12/2015. Μελετήθηκαν δύο ομάδες ανδρών ασθενών, ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, με ΣΔ2 (N=50), και ομάδα ελέγχου (N=111). Καταγράφηκαν τα επίπεδα τεστοστερόνης, γοναδοτροπινών, τα ανθρωπομετρικά χαρακτηριστικά και μεταβολικές παράμετροι που αφορούν τη ρύθμιση του σακχάρου και το λιπιδαιμικό προφίλ. Διερευνήθηκαν η επίπτωση της κεντρικής παχυσαρκίας (BMI και την περιφέρεια μέσης), η ύπαρξη αυξημένης αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης (δείκτης HOMA-IR) και η συσχέτιση της κεντρικής παχυσαρκίας και της αντίστασης της ινσουλίνης, με τα επίπεδα τεστοστερόνης.

**Αποτελέσματα:** Από τη έρευνα προέκυψε ότι τα επίπεδα ολικής τεστοστερόνης είναι στα κατώτερα όρια των φυσιολογικών τιμών στο σύνολο του εξεταζόμενου πληθυσμού ( $389,99 \pm 169,15$  ng/dl). Οι άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, εμφανίζουν σημαντικά μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης σε σχέση με νεότερους άνδρες, όπως προκύπτει από πολλές μελέτες. Στο σύνολο του πληθυσμού, βρέθηκε αυξημένη επίπτωση παχυσαρκίας και αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης. Οι ηλικιωμένοι άνδρες εμφανίζουν μεγαλύτερη επίπτωση κεντρικής παχυσαρκίας και αντίσταση της ινσουλίνης. Είναι χαρακτηριστικό ότι στην ομάδα του ΣΔ 2, 34% ήταν υπέρβαροι, 58% παχύσαρκοι (92% υπέρβαροι ή παχύσαρκοι), και 75% είχαν αυξημένη περιφέρεια μέσης (>102 εκατοστά). Παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση των επιπέδων τεστοστερόνης με το βάρος, BMI, περιφέρεια μέσης, HbA1c, γλυκόζη και ινσουλίνη νηστείας, HOMA, FSH και θετική συσχέτιση επιπέδων τεστοστερόνης με την HDL.

**Συμπεράσματα - Συζήτηση:** Τα επίπεδα ανδρογόνων είναι σημαντικά μειωμένα σε άνδρες ηλικίας μεγαλύτερης των 65 ετών, και ακόμα περισσότερο ελαττωμένα σε άνδρες με ΣΔ2, σε σχέση με ίδιας ηλικίας μη διαβητικό ανδρικό πληθυσμό. Τα επίπεδα τεστοστερόνης έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αντίσταση στην ινσουλίνη και την κεντρική παχυσαρκία στους άνδρες αυτής της ηλικιακής ομάδας. Τα ευρήματα στηρίζουν την υπόθεση ότι σε αυτή την ηλικιακή ομάδα τα ελαττωμένα επίπεδα τεστοστερόνης μπορεί να προδιαθέτουν σε ανάπτυξη αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης και εφόσον υπάρχει και ανάλογο γενετικό υπόστρωμα, στην εμφάνιση ΣΔ, ανεξάρτητα από το σωματικό βάρος και την κατανομή του λίπους.

## 12. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΠΟΣΟΣΤΟΥ ΤΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΑΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝ ΤΙΣ ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΕΠΑΝΕΛΕΓΧΟ ΤΟΥ ΜΕΤΑ-ΒΟΛΙΣΜΟΥ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΜΕΤΑ ΤΟΝ ΤΟΚΕΤΟ

Ε. Σπανοπούλου<sup>1</sup>, Π. Νικολακόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>3</sup>, Μ. Ζαφράκας<sup>4</sup>, Δ.Γ. Γουλής<sup>1</sup>  
1. Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, 2. Γυναικολογικό Τμήμα, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη, Ελλάδα, 3. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Ελλάδα, 4. Τμήμα Μαιευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Ελλάδα

**Σκοπός Εργασίας:** Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύησης (ΣΔΚ) έχει συσχετισθεί με υψηλό μελλοντικό κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Παρ' όλα αυτά, τα ποσοστά παρακολούθησης των γυναικών με ΣΔΚ μετά τον τοκετό είναι χαμηλά σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες, στον Καναδά και στις ΗΠΑ. Ο σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να διερευνηθεί και να αξιολογήσει το βαθμό επανελέγχου των γυναικών με ΣΔΚ στην ελληνική πραγματικότητα.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Οι γυναίκες με ιστορικό ΣΔΚ, που γέννησαν σε τριτοβάθμιο πανεπιστημιακό νοσοκομείο την περίοδο 2010 – 2016, κλήθηκαν να απαντήσουν αναδρομικά, μέσω τηλεφώνου, στις ερωτήσεις ειδικού ερωτηματολογίου. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στον έλεγχο της γλυκόζης μετά τον τοκετό και στην ποιότητα της παρεχόμενης ενημέρωσης.

**Αποτελέσματα:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 106 γυναίκες. Οι περισσότερες γυναίκες με ιστορικό ΣΔΚ (62,3%) επέλεξαν να μην ελεγχθούν για ΣΔ2 μετά τον τοκετό. Ως κύριοι λόγοι του μη ελέγχου αναφέρθηκαν η πεποίθηση ότι ο ΣΔΚ δεν αποτελεί σημαντική πάθηση και ότι παύει να υφίσταται μετά τον τοκετό. Για τον έλεγχο μετά τον τοκετό χρησιμοποιήθηκαν η τυχαία μέτρηση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα, τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας στο αίμα και η από του στόματος δοκιμασία ανοχής γλυκόζης. Το 16,7% των γυναικών του δείγματος δεν ενημερώθηκε σχετικά από το θεράποντα ιατρό τους.

**Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση των γυναικών με ΣΔΚ μετά τον τοκετό είναι εμφανώς απογοητευτική. Απαιτείται η εφαρμογή νέων κλινικών παρεμβάσεων, που θα ενθαρρύνουν όλες τις γυναίκες να ακολουθήσουν τις οδηγίες για έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης μετά τη διάγνωση του ΣΔΚ. Περαιτέρω έρευνες απαιτούνται προς αυτήν την κατεύθυνση.

### 13. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ

Α. Ουζούνη<sup>1</sup>, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Ε. Δημόπουλος<sup>4</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, 2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής, Ενδοκρινολογίας, Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, 3. Παθολόγος – Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ, 4. Υποψήφιος Διδάκτορας, Τμήμα Ο.Δ.Ε. ΠΑ.ΜΑΚ, 5. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

**Σκοπός Εργασίας:** Σκοπός της παρούσης μελέτης ήταν η διερεύνηση των αντιλήψεων των εφήβων για την υποστήριξη της οικογένειας στη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1.

**Υλικό - Μέθοδος:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη το υλικό της οποίας απετέλεσαν 56 έφηβοι, ηλικίας 10 έως 18 ετών. Η συλλογή του δείγματος πραγματοποιήθηκε στην Παιδιατρική Κλινική μεγάλου νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης και έγινε αφού οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «The Diabetes Social Support Questionnaire-Family Version» καθώς και δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά. Το ερωτηματολόγιο έχει 58 ερωτήσεις και υποδιαιρείται στις κάτωθι κλίμακες: ενέσεις ινσουλίνης, εξετάσεις αίματος, πλάνο διατροφής, άσκηση και ενθάρρυνση των εφήβων για τη φροντίδα του ΣΔτ1.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά συμμετείχαν 25 (44.6%) κορίτσια και 31 (55.4%) αγόρια και ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 14.5 έτη. Οι έφηβοι μικρότερης ηλικίας εμφάνισαν υψηλότερα ποσοστά υποστήριξης από τα μέλη της οικογένειας. Επίσης, βρέθηκε πως οι παχύσαρκοι έφηβοι ένιωθαν λιγότερο υποστηριγμένοι αναφορικά με τις ενέσεις ινσουλίνης ( $p = -.333$ ,  $r = .018$ ) όπως επίσης και οι ψηλότεροι έφηβοι ( $p = -.323$ ,  $r = .022$ ). Οι ερωτηθέντες στους οποίους χορηγούνταν περισσότερες μονάδες ινσουλίνης αισθανόταν λιγότερο υποστηριγμένοι στις γενικές ερωτήσεις ενθάρρυνσης ( $p = -.268$ ,  $r = .047$ ) όπως επίσης και οι έφηβοι που έκαναν περισσότερες μετρήσεις γλυκόζης στο αίμα ( $p = -.290$ ,  $r = .034$ ). Ακόμη, οι έφηβοι με τις περισσότερες μετρήσεις επιπέδων γλυκόζης στο αίμα εμφάνισαν μικρότερα ποσοστά υποστήριξης αναφορικά με το πλάνο της διατροφής ( $p = -.307$ ,  $r = .028$ ), όπως επίσης και την τήρηση αυτού ( $p = -.322$ ,  $r = .023$ ). Τέλος, υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των ερωτώμενων που φοιτούν σε διαφορετική τάξη όσο αφορά το συναίσθημα γενικά (Sig.= .009).

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία των γονέων είναι πολύ σημαντική καθώς ενισχύει την ψυχολογία των εφήβων με αποτέλεσμα τη φυσιολογική πορεία της νόσου. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι χρήσιμα στους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι συμβάλλουν στην εκπαίδευση της διαχείριση της νόσου και βοηθούν αποτελεσματικά στην απόκτηση της αυτονομίας και της μετάβασης στην ενήλικη ζωή.

#### 14. ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΜΕΣΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΦΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

Ε. Φορμόζη<sup>1</sup>, Δ. Φωλίνας<sup>2</sup>, Π. Τσακλής<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>

1. Προϊσταμένη Α΄ Παθολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, 2. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Διοίκησης Συστημάτων Εφοδιασμού, ΤΕΙ Κεντρικής Μακεδονίας, 3. Καθηγητής, Τμήμα Φυσικοθεραπείας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι ο προσδιορισμός του συνολικού ετήσιου άμεσου ιατρικού κόστους στη διαβητική νεφροπάθεια (ΔΝ) μελετώντας δύο ομάδες ασθενών: α) Ασθενείς με ΔΝ, οι οποίοι δεν έχουν φτάσει σε τελικό στάδιο Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας (ΧΝΑ) και δεν υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (στάδια 1-4 της ΔΝ), και β) ασθενείς με ΔΝ, οι οποίοι υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση (στάδιο 5 της ΔΝ).

**Μεθοδολογία:** Για την εκτίμηση του συνολικού κόστους καταρτίστηκε ειδικό ερωτηματολόγιο με βάση το οποίο έγινε η συλλογή των δεδομένων. Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει ασθενείς από δύο δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης και αποτελείται από δύο ομάδες αρρώστων. Η μία ομάδα είναι ασθενείς με ΔΝ, οι οποίοι όμως δεν έχουν φτάσει σε τελικό στάδιο ΧΝΑ για να ενταχθούν σε αιμοκάθαρση, ενώ η άλλη είναι άρρωστοι με ΔΝ, οι οποίοι έχουν φτάσει σε τελικό στάδιο ΧΝΑ και υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση.

**Αποτελέσματα:** Το μέσο ετήσιο κόστος φαρμακευτικής αγωγής για τους μη αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια αρρώστους υπολογίστηκε στα 1274,59 € (95% διάστημα εμπιστοσύνης (CI): 980,07 - 1569,10 €), ενώ για τους αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια ασθενείς υπολογίστηκε στα 4576,46 € (95% CI: 3427,18 - 5725,74 €).

Το μέσο ετήσιο κόστος νοσηλείας για τους μη αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια αρρώστους υπολογίστηκε στα 715,68 € (95% CI: 463,01 - 968,36 €), ενώ για τους αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια ασθενείς υπολογίστηκε στα 803,94 € (95% CI: 480,73 - 1127,15 €).

Το μέσο ετήσιο συνολικό κόστος νοσηλείας για τους μη αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια αρρώστους υπολογίστηκε στα 2187,64 € (95% CI: 1794,49 - 2580,79 €), ενώ για τους αιμοκαθαιρόμενους με διαβητική νεφροπάθεια ασθενείς υπολογίστηκε στα 27381,06 € (95% CI: 25480,56 - 29281,56 €).

Τέλος, με βάση το γραμμικό υπόδειγμα που εκτιμήσαμε, φαίνεται ότι βασικοί προσδιοριστικοί παράγοντες των μεταβολών του μέσου ετήσιου συνολικού κόστους αποτελούν οι μεταβολές των μεταβλητών “αιμοκάθαρση”, “χρονική διάρκεια διαγνωσμένου ΣΔτ2” και “επίπεδο μόρφωσης”.

### 15. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ 2 ΑΠΟ ΤΑ ΤΡΕΧΟΝΤΑ ΣΧΗΜΑΤΑ ΕΝΤΑΤΙΚΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ, ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΜΙΑΣ ΕΝΕΣΗΣ ΓΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ Ή ΜΕ ΤΗΝ ΠΡΟΣΘΗΚΗ GLP-1 ΑΓΩΝΙΣΤΗ Ή ΜΕ 2 ΕΝΕΣΕΙΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΙΓΜΑΤΟΣ

Π. Βασιλάκος<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Γ. Μίνος<sup>4</sup>

1. MSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, 2. Παθολόγος-Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, 3. Επίκουρη Καθηγήτρια, ΑΠΘ, 4. Αναπληρωτής Καθηγητής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί ποιο από τα παρακάτω 3 εναλλακτικά σχήματα εντατικοποίησης της βασικής ινσουλίνης, προσφέρει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε ασθενείς με Σ.Δ2: η βασική ινσουλίνη με την προσθήκη μίας ταχείας ινσουλίνης στο κύριο γεύμα, η βασική ινσουλίνη με την προσθήκη ενός αγωνιστή των υποδοχέων του GLP-1, ή η αντικατάσταση της βασικής με δύο ενέσεις μίγματος.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για μια μελέτη παρατήρησης. Έλαβαν συνολικά μέρος 185 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, από 25 ιδιωτικά ιατρεία στην περιοχή της Βορείου Ελλάδος. Οι ασθενείς αυτοί ελάμβαναν σχήματα βασικής ινσουλίνης σε συνδυασμό με μία ταχεία ινσουλίνη, ή σε συνδυασμό με ένα ανάλογο GLP-1, ή δύο ενέσεις μίγματος ινσουλίνης. Η ικανοποίηση από την θεραπεία αξιολογήθηκε με την χρήση του ειδικού ερωτηματολογίου του DTSQs (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire Status).

**Αποτελέσματα:** Η συνολική ικανοποίηση ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη με τη θεραπεία βασική ινσουλίνη και ανάλογο GLP-1 με βαθμολογία 28,29 (με μέγιστη στους 36), σε σχέση με 24,37 των μιγμάτων και 23,95 της βασικής ινσουλίνης με γευματική ( $p<0.05$ ). Επίσης και η ευελιξία της θεραπείας ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη με βαθμολογία 4,77 (με μέγιστο 6) έναντι 3,59 για τη βασική ινσουλίνη με ταχεία και 3,41 για τα μίγματα ( $p<0.05$ ). Λιγότερα επεισόδια υπογλυκαιμίας εμφανίστηκαν με τη θεραπεία βασική ινσουλίνη και ανάλογο GLP-1: η μέση βαθμολογία ήταν 0,86 (από 0 έως 6), σε σύγκριση με το 1,62 της βασικής ινσουλίνης με γευματική και 1,91 των μιγμάτων ( $p<0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η προσθήκη ενός αναλόγου GLP-1 στην βασική ινσουλίνη σχετίζεται με μεγαλύτερη ευελιξία, υψηλότερη ικανοποίηση από τους ασθενείς και με λιγότερες υπογλυκαιμίες σε σχέση με την προσθήκη μια ταχείας ινσουλίνης ή με την αντικατάσταση της βασικής ινσουλίνης με δύο ενέσεις μίγματος.