



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
"ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ"



ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



## 2<sup>ο</sup> ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ

# "ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ"

3-5 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ  
GRAND HOTEL PALACE

**FORUM**  
Congress & Travel

ΜΗΤΕ 0933Ε6000073 100  
Μητροπόλεως 24, 546 24 Θεσσαλονίκη  
Τηλ. 2310 257128, 2310 243588  
Fax 2310 231849  
E-mail: info@forumcongress.com

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

Υπό την Αιγίδα του Υπουργείου Υγείας

[www.forumcongress.com/diabetes2.html](http://www.forumcongress.com/diabetes2.html)



**Xultophy®** μια φορά την ημέρα!

# Προχωρώντας ένα βήμα μπροστά

**Με επιβεβαιωμένη ανωτερότητα  
έναντι της ινσουλίνης glargine U100:**

- **Μείωση της HbA1c κατά 1,8% έναντι 1,1%\***
- **Απώλεια σωματικού βάρους με το Xultophy® και διαφορά 3,2 κιλών\***
- **57% μικρότερο ποσοστό υπογλυκαιμίας\***

**Σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 που δεν ρυθμίζονται επαρκώς με ινσουλίνη glargine U100\***

## Ο πρώτος συνδυασμός βασικής ινσουλίνης και αναλόγου GLP-1 σε ένα στυλό

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον ταχύ προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναφέρουν οποιοδήποτε πιθανολογούμενο ανεπιθύμητο ενέργεια. Βλ. παράγραφο 4.8 της πλήρους Περιλήψης Χαρακτηριστικών του Προϊόντος για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών.

**Ονομασία φαρμακευτικού προϊόντος:** Xultophy® 100 μονάδες/mL + 3,6 mg/mL ενέσιμο διάλυμα. **Ποιότητα και ποσότητα σύνθεσης:** 1 mL του διαλύματος περιέχει 100 μονάδες ινσουλίνης degludec\* και 3,6 mg λραγλιουτίδης\*. Μία πραγματική αναστατική δόση περιέχει 3 mL, που ισοδυναμούν με 300 μονάδες ινσουλίνης degludec και 10,8 mg λραγλιουτίδης. Ένα βήμα δόσης περιέχει 1 μονάδα ινσουλίνης degludec και 0,36 mg λραγλιουτίδης. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Το Xultophy® ενδείκνυται για την θεραπεία ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 για τη βελτίωση γλυκαιμικού ελέγχου σε συνδυασμό με από του στόματος χορηγούμενα φαρμακευτικά προϊόντα με υπογλυκαιμική δράση, όταν αυτά από μόνα τους ή σε συνδυασμό με έναν αγωνιστή υποδοχέα GLP-1 ή βασική ινσουλίνη δεν παρέχουν επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο. **Δοσολογία:** Το Xultophy® δίνεται από ημερησίως με υποδόρια χορήγηση. Το Xultophy® μπορεί να χορηγηθεί οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, κατά προτίμηση την ίδια χρονική στιγμή κάθε μέρα. Πρέπει πάντα να διασφαλίζεται διάστημα τουλάχιστον 8 ωρών μεταξύ των ενέσεων. Η δοσολογία του Xultophy® πρέπει να βασίζεται στις ατομικές ανάγκες, του ασθενούς. Η αντιστάσιμη δόση έναρξης του Xultophy® ως προσθήκη σε υπάρχοντα αγωνιστή με από του στόματος χορηγούμενα φαρμακευτικά προϊόντα με υπογλυκαιμική δράση είναι 10 βήματα δόσης και 16 βήματα δόσης κατά την μετάβαση από τη θεραπεία με βασική ινσουλίνη. Η θεραπεία με αγωνιστή υποδοχέα GLP-1 πρέπει να διακόπτεται πριν από την έναρξη της αγωγής με Xultophy®. Κατά την μετάβαση από έναν αγωνιστή υποδοχέα GLP-1, η αντιστάσιμη δόση έναρξης του Xultophy® είναι 16 βήματα δόσης (16 μονάδες ινσουλίνης degludec και 0,6 mg λραγλιουτίδης). Η αντιστάσιμη δόση έναρξης δεν πρέπει να υπερβαίνει. Συνιστάται στενή παρακολούθηση της γλυκόζης κατά την διάρκεια της μετάβασης και στις επόμενες εβδομάδες. Σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με ήπια ή μέτρια νεφρική δυσλειτουργία, η παρακολούθηση της γλυκόζης θα πρέπει να εντατικοποιηθεί και η δόση να ρυθμίζεται σε εξαρτημένη βάση. Το Xultophy® δεν συνιστάται για χρήση σε ασθενείς με σοβαρή νεφρική δυσλειτουργία, συμπεριλαμβανομένων ασθενών με νεφροπάθεια τελικού σταδίου. Η θεραπευτική εμπειρία με το Xultophy® σε ασθενείς με ηπιακή δυσλειτουργία είναι πολύ περιορισμένη για να συνιστάται η χρήση σε αυτούς τους ασθενείς. Δεν υπάρχει σχετική χρήση του Xultophy® στον παιδιατρικό πληθυσμό. **Τρόπος χορήγησης:** Το Xultophy® προσkrτείται μόνο για υποδόρια χρήση. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθησία σε μία ή και στις δύο δραστικές ουσίες ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Το Xultophy® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή για τη θεραπεία της διαβητικής κетоξέωσης. Η υπογλυκαιμία μπορεί να προκύψει εάν η δόση του Xultophy® είναι υψηλότερη από την απαιτούμενη. Η παραγωγή κάποιου γεύματος ή η μη προγραμματισμένη, εντατική σωματική άσκηση μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμία. Σε συνδυασμό με σουλφοναμιδικά, ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας μπορεί να ελαττωθεί με μείωση της δόσης της σουλφοναμιδικής. Η ανεπαρκής δόση ή/και η διακοπή της αντιδιαβητικής θεραπείας μπορεί να οδηγήσει σε υπεργλυκαιμία και δινηκτικές ή υπερωσμωτικές κρίσεις. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας όταν η πογλιουτίδη χρησιμοποιήθηκε σε συνδυασμό με φαρμακευτικά προϊόντα ινσουλίνης, ιδίως σε ασθενείς με παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιακής

ανεπάρκειας. Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη αν εξετάζεται το ενδεχόμενο θεραπείας με συνδυασμό πογλιουτίδης και Xultophy®. Εάν χρησιμοποιηθεί ο εν λόγω συνδυασμός, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για ενδείξεις και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, αύξηση βάρους και οίδημα. Η πογλιουτίδη πρέπει να διακόπτεται σε περίπτωση επίδειξης των καρδιακών συμπτωμάτων. Η εντατικοποίηση της θεραπείας με ινσουλίνη, ένα συστατικό του Xultophy®, με απότομη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου μπορεί να συσχετιστεί με προσωρινή επίδειξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, ενώ ο μακροπρόθεσμος βελτιωμένος γλυκαιμικός έλεγχος μειώνει τον κίνδυνο εξέλιξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η χορήγηση του Xultophy® μπορεί να προκαλέσει ανάπτυξη οσμωτικών ενάντι της ινσουλίνης degludec και/ή της λραγλιουτίδης. Η χρήση αγωνιστών του υποδοχέα GLP-1 συμπεριλαμβανομένης της λραγλιουτίδης, ενός συστατικού του Xultophy®, έχει συσχετιστεί με τον κίνδυνο ανάπτυξης οξείας παγκρεατίτιδας. Οι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της οξείας παγκρεατίτιδας. Εάν υπάρχει υποψία παγκρεατίτιδας, το Xultophy® πρέπει να διακόπτεται. Σε κλινικές δοκιμές με αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 συμπεριλαμβανομένης της λραγλιουτίδης, ενός συστατικού του Xultophy®, έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες στον θυροειδή αδέν, που περιλαμβάνουν αυξημένη καλσιτονίνη στο αίμα, βρογχίτιση και θυροειδικό νεόπλασμα, ιδιαίτερα σε ασθενείς με προϋπάρχουσα θυροειδική νόσο, και επομένως το Xultophy® πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε αυτούς τους ασθενείς. Δεν υπάρχει εμπειρία με το Xultophy® σε ασθενείς με φλεγμονώδη νόσο του εντέρου και διαβητική γαστροπάρεση. Επομένως, το Xultophy® δεν συνιστάται σε αυτούς τους ασθενείς. Σε κλινικές δοκιμές με αγωνιστές του υποδοχέα GLP-1 συμπεριλαμβανομένης της λραγλιουτίδης, ενός συστατικού του Xultophy®, έχουν αναφερθεί σημεία και συμπτώματα αρθρικής δυσλειτουργίας, τα οποία περιλαμβάνουν νεφρική δυσλειτουργία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι πρέπει να ελαχιστοποιούν την επίσημοση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας πριν από κάθε ένεση για να αποφευχθεί η τυχαία αμείωση μεταξύ του Xultophy® και άλλων ενέσιμων φαρμακευτικών προϊόντων για τον διαβήτη. Δεν έχει μελετηθεί η μετάβαση σε αγωγή με Xultophy® από βασική ινσουλίνη σε δόσεις <20 και >50 μονάδων. Το Xultophy® δεν έχει μελετηθεί σε συνδυασμό με αναστολή της διπτευλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4), γλινδίνης ή γεμακίνης ινσουλίνης. Υπάρχει περιορισμένη εμπειρία σε ασθενείς με αμφιπλευρική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας III σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA (New York Heart Association) και επομένως το Xultophy® πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή. Δεν υπάρχει εμπειρία σε ασθενείς με αμφιπλευρική καρδιακή ανεπάρκεια κατηγορίας III-V σύμφωνα με την ταξινόμηση κατά NYHA και επομένως το Xultophy® δεν συνιστάται σε αυτούς τους ασθενείς. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** οι ανεπιθύμητες ενέργειες που σχετίζονται με το Xultophy® αναφέρονται παρακάτω και παρατίθενται σύμφωνα με την κατηγορία/οργανικό σύστημα και τη συχνότητά. Οι κατηγορίες συχνότητας ορίζονται ως πολύ συχνές (≥ 1/10): Υπογλυκαιμία. Συχνές (≥ 1/100 έως <1/10): Μειωμένη όρεξη, ναυτία, διάρροια, έμετος, δυσκοιλιότητα, δυσπεψία, γαστρίτιδα, κοιλιακό άλγος, μεταωμοσφαιρική γαστροοισοφαγική παλινδρομηση, δίψα της κοιλίας, ανδροσμία στη θέση της ένεσης. Όχι συχνές (≥ 1/1000 έως <1/100): Κίνδυνος υπεραισθησίας, αμυδύωση, ερμη, μετεωρισμός, εξάνθημα, κνησμός, λιποδυστροφία επίκτητη, αυξημένος καρδιακός ρυθμός. Μη γνωστές: Αναφυλακτική αντίδραση, παγκρεατίτιδα (συμπεριλαμβανομένης της νεκρωτικής παγκρεατίτιδας) και περριφερικό οίδημα. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: Novo Nordisk A/S Novo Alle DK-2880 Bagsvaerd Δανία. ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: EU/1/14/947/001-004 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ: 18 Σεπτεμβρίου 2014 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 02/2016.

### Άνοραφα πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών

Η άνοραφα πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση οξείας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες - στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, GR-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ: +30 21 32040380/337, Φαξ: +30 21 6549585, Ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr>), για την Ελλάδα, ή - στις Φαρμακευτικές Υπηρεσίες, Υπουργείο Υγείας, CY-1475, [www.kph.gov.cy/kphs](http://www.kph.gov.cy/kphs), Φαξ: +357 22608649, για την Κύπρο.

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Xultophy® Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος, 2. Buse J, Pérez Manghi F, García-Hernández P, et al. Insulin degludec/liraglutide (IDegLira) is superior to insulin glargine (IG) in A1c reduction, risk of hypoglycemia and weight change: DUAL V study. Diabetes. 2015;64(suppl 1):A43-A44. Abstract 166-OR.



**Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.**  
Αλ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τράδας 65  
153 43 Αγία Παρασκευή  
Τηλ: 210 60 71 600  
<http://www.novonordisk.gr>  
<http://www.novonordisk.gr>

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

**NEW**  
**Xultophy®**  
insulin degludec/liraglutide  
[rDNA origin] injection

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

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

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 3-5 ΙΟΥΝΙΟΥ 2016**  
**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 2ο Ετήσιο Συνέδριο του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών **“Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη”** του τμήματος της Νοσηλευτικής του Αλεξάνδρειου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Θεσσαλονίκης (ΑΤΕΙΘ), που θα πραγματοποιηθεί στη **Θεσσαλονίκη** στο ξενοδοχείο **GRAND PALACE από 3 έως 5 Ιουνίου 2016**.

Το Συνέδριο απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, που έχουν επιστημονικό ενδιαφέρον για το Σακχαρώδη Διαβήτη και φιλοδοξεί με την επικαιροποιημένη και σύγχρονη θεματολογία του, να καλύψει ολόκληρο το επιστημονικό φάσμα του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του. Έχει καταβληθεί κάθε δυνατή προσπάθεια, έτσι ώστε το πρόγραμμα του συνεδρίου να ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις όλων.

Διακεκριμένοι ομιλητές, με μεγάλη κλινική και ερευνητική εμπειρία στο Σακχαρώδη Διαβήτη, θα συζητήσουν ενδιαφέροντα θέματα και σύγχρονα δεδομένα που αφορούν το Σακχαρώδη Διαβήτη. Ιδιαίτερη έμφαση θα δοθεί στις σύγχρονες θεραπευτικές εφαρμογές και στις τεχνολογικές εξελίξεις αλλά και σε πρακτικά θέματα διαχείρισης των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη.

Στο πλαίσιο του συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν δυο στρογγυλές τράπεζες σε συνεργασία με την Εταιρεία Παθολογίας Βορείου Ελλάδος και με την Εταιρεία Αθηροσκλήρωσης Βορείου Ελλάδος καθώς επίσης και τρεις ενδιαφέρουσες στρογγυλές τράπεζες για την ποιότητα ζωής των ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη, το διαβήτη στην παιδική ηλικία και το ρόλο της υγειονομικής παρέμβασης στο Σακχαρώδη Διαβήτη. Θα συζητηθούν επίσης ενδιαφέροντα θέματα, όπως είναι ο ρόλος του εντερικού μικροβιώματος στο Σακχαρώδη Διαβήτη, το οξειδωτικό στρες και ο ρόλος του κεντρικού νευρικού συστήματος στην παχυσαρκία και στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής του Συνεδρίου σας ευχόμαστε ένα δημιουργικό, χρήσιμο και εποικοδομητικό συνέδριο και ευελπιστούμε στην παρουσία και την ενεργό συμμετοχή σας.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων

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>



08:30-09:15 **ΕΓΓΡΑΦΕΣ**

09:15-10:30 **ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

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

- 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ**  
Σ. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>  
1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου  
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- 2. ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ**  
Ε. Μπαδινάκη  
Νοσηλεύτρια, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- 3. ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**  
Σ. Τόζιος<sup>1</sup>, Γ. Ντέμπου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>  
1. Νοσηλεύτριας Τ.Ε, MSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη»  
2. Βρεφονηπιοκόμος Τ.Ε  
3. Παθολόγος-Διαβητολόγος Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- 4. ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**  
Σ. Δάντσιου<sup>1</sup>, Ε. Δημόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>3</sup>  
1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΠΕΔΥ Μ.Υ.Θεσσαλονίκης  
2. Οικονομολόγος, MSc, Ph d (c)  
3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- 5. ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ**  
Β. Τσιρώνης, Ο. Δέδε, Σ. Τσινικόρη, Ε. Θεοδώρου, Α. Πίνα, Π. Βακιάνης, Γ. Θεοδωρίδης, Σ. Καλογιάννης  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- 6. Η ΔΙΕΡΕΥΝΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ Quantitative Sensory Testing (QST)**  
Α. Μπάτος  
Γενικός ιατρός -ΚΥ Διαβητών Θεσσαλονίκης, Μεταπτυχιακός φοιτητής  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
- 7. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
Α. Φαίτατζίδου<sup>1</sup>, Ι. Πρόϊκος<sup>2</sup>, Α. Καραγιάννης<sup>3</sup>, Κ. Σιμητή<sup>4</sup>, Ε. Μηνασιδου<sup>5</sup>  
1. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Χειρουργείου Κ/Χ κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη  
2. Νοσηλεύτριας, Εκπαιδευτής ΙΕΚ ΔΕΛΤΑ, Θεσσαλονίκη  
3. Νοσηλεύτριας, Vivisol Hellas, Θεσσαλονίκη  
4. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Χειρουργείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη  
5. Επίκουρη Καθηγήτρια, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη



**8. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ**

Κ. Σιμήτη<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Θ. Καυκιά<sup>3</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>4</sup>, Α. Φαίτατζίδου<sup>5</sup>, Θ. Κουπατσιάρη<sup>6</sup>

1. Νοσηλεύτρια MSc, Γενικό Χειρουργείο, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
3. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
4. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
5. Προϊσταμένη MSc, Χειρουργείο Καρδιοθωρακοχειρουργικής ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
6. Νοσηλεύτρια MSc, ΜΗΝ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**9. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΓΚΥΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Κ. Παντζαρτζής<sup>1</sup>, Δ.Γ. Γουλή<sup>2</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>3</sup>, Κ. Κώτσα<sup>4</sup>

1. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα Έδεσσας, Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας, Έδεσσα
2. Μονάδα Ενδοκρινολογίας της Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
3. Α' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
4. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**10. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ**

Χ. Τσουμλέκα<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc
  2. Αναπληρώτρια/της Καθηγήτρια/ής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
  3. Επίκουρος καθηγήτρια, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
- Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

10:30-11:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Β. Λιμενόπουλος**

Οξείες υπεργλυκαιμικές καταστάσεις  
**Γ. Κούρτογλου**

11:00-11:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕ**

11:30-12:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Μ. Δανηλίδης**

Κύηση και σακχαρώδης διαβήτης  
**Δ. Γουλή**

12:00-12:30

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ασ. Γαλλή-Τσινοπούλου**

Θεραπευτικός αλγόριθμος στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Α. Τσάπας**

12:30-13:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Κ. Σιώμος**

Ενδοκρινοπάθειες και σακχαρώδης διαβήτης  
**Αθ. Αναστασιλάκης**

13:00-14:00

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ζ. Μούσλεχ**

Ψυχολογική προσέγγιση και υποστήριξη των ατόμων  
με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

**Γ. Τζήμου**

Αλκοόλ και κάπνισμα στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Ν. Κατσίκη**

14:00-15:00

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

15:00-16:30

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Ποιότητα ζωής και δικαιώματα των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη  
Προεδρείο: **Θ. Καυκιά, Α. Τσαλογλίδου**

Βιώματα της οικογένειας κατά τη διάγνωση  
του σακχαρώδη διαβήτη

**Κ. Κουκουρικός**

Εμπόδια στη συμμόρφωση των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη,  
από το οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον

**Μ. Λαβδανίτη**

Προβλήματα παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη στο σχολείο

**Δ. Θεοφανίδης**

Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής των ασθενών  
με σακχαρώδη διαβήτη

**Ε. Μηνασίδου**

Ο ασθενής, η ασθένεια και τα δικαιώματα των ασθενών  
με σακχαρώδη διαβήτη

**Α. Δημητριάδου**

16.30-18:00

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ι. Αβραμίδης**

Από το λιποκύτταρο στην παχυσαρκία

**Θ. Τζώτζας**

Ο ρόλος του οξειδωτικού στρες στο σακχαρώδη διαβήτη

**Γ. Μπουντούρης**

Εντερικό μικροβίωμα, παχυσαρκία και σακχαρώδης  
διαβήτης

**Ι. Μόσχος**



18.00-18:30 **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕ**

18:30-20:00 **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Καρδιαγγειακός κίνδυνος και σακχαρώδης διαβήτης

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος, Ν. Παπάνας**

Αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης

**Ξ. Κροκίδης**

Αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και σακχαρώδης διαβήτης

**Αν. Ξάνθης**

Καρδιακή ανεπάρκεια και σακχαρώδης διαβήτης

**Π. Γλούφτσιος**

Ρύθμιση των παραγόντων κινδύνου στο σακχαρώδη διαβήτη

**Χ. Σαββόπουλος**

20.00-20:30 **ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

20.30-21:15 **ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ MSD & BIANEΞ**

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**

Συμπεράσματα από την μακροχρόνια κλινική εμπειρία της Σιταγλιπτίνης:

Εστιάζοντας στην αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια

**Κ. Καζάκος**

08:45-10:00

**ΕΛΕΥΘΕΡΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος, Π. Μάρας**

- 11. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΚΑΡΔΙΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FINDRISK ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ FRAMINGHAM RISK SCORE, ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ**  
Η. Γουντισιώτη<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, †Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Ε. Φωτιάδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>1</sup>  
1. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη  
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη
- 12. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΜΕΓΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ/ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ**  
Σ.Δ. Καρδισάς, MD, PharmD, PhD  
Χειρουργός Οφθαλμίατρος  
Ελληνικό Οφθαλμολογικό Ιατρείο Αποκατάστασης Χαμηλής Όρασης, Θεσσαλονίκη
- 13. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ-ΦΑΙΝΟΦΙΜΠΡΑΤΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΘΗΡΟΓΟΝΟ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΝ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΗ**  
Α. Καραπατάζογλου<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Αγαπάκης<sup>1</sup>, Μ. Ανδρόνoglου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Η. Κανέλλος<sup>1</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>1</sup>  
1. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη  
2. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής
- 14. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ, ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
Χ. Κουταλιάδης<sup>1</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>2</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>3</sup>, Π. Τσακλής<sup>4</sup>  
1. Νοσηλεύτης, Msc  
2. Νοσηλεύτρια, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ  
3. Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ  
4. Φυσιοθεραπευτής, Καθηγητής Τμήματος Φυσιοθεραπείας ΑΤΕΙΘ
- 15. 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
- 16. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ2**  
Α. Μουσιώλης<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Μ. Γκιόκα<sup>3</sup>, Μ. Τσολάκη<sup>3</sup>, Κ. Κώτσα<sup>1</sup>  
1. Τμήμα ενδοκρινολογίας και μεταβολισμού, Α Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ Ο  
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσαλονίκης (ΑΤΕΙΘ)  
3. Εταιρεία Alzheimer Βορείου Ελλάδας Θεσσαλονίκη
- 17. ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ (HEART RATE VARIABILITY, HRV) ΚΑΙ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2**  
Ε. Φραντζέσκος, Κ. Καζάκος, Α. Ναλμπάντης, Ε. Πάγκαλος  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ

**18. ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΓΟΝΟΜΟΡΦΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ 1: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ**

A. Λιάκος<sup>1</sup>, Π. Λιακοπούλου<sup>1,3</sup>, Δ. Βασιλάκου<sup>2</sup>, Ε. Αθανασιάδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Α. Τσάπας<sup>1</sup>

1. Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Κλινικής Έρευνας, Β' Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

2. Γ' Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

3. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**19. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΒΑΣΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΗΡΕΜΙΑΣ (RMR) ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ (HBA1c) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ**

Κ. Καλέσης<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Ξ. Τσεκμεκίδου<sup>3</sup>, Α. Τάγια<sup>4</sup>, Π. Τσακλής<sup>5</sup>, Κ. Κώτσα<sup>6</sup>

1. Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

2. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

3. Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α' Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

4. Επιμελήτρια Α' ΕΣΥ, Ειδικός Ιατρός Γενικής Ιατρικής, ΚΥ Νέας Μηχανιώνας

5. Καθηγητής, Εργαστήριο Εμβιομηχανικής και Εργονομίας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ

6. Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογίας, Υπεύθυνη Τμήματος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Α' Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

10:00-11:00

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Αθηρωμάτωση και σακχαρώδης διαβήτης

Προεδρείο: **Απ. Ευθυμιάδης**

Σακχαρώδης διαβήτης και στεφανιαία νόσος.

Νεότερα δεδομένα

**Χ. Παπαδόπουλος**

Επίπτωση περιοδοντικής νόσου στην αθηρωμάτωση και στο σακχαρώδη διαβήτη. Τρόποι αντιμετώπισης

**Ν. Ευθυμιάδης**

11:00-11:30

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**

Ο ρόλος του ΚΝΣ στην παχυσαρκία και στο σακχαρώδη διαβήτη

**Ι. Γιώβος**

11:30-12:00

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕ**

12:00-12:30

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ BOEHRINGER INGELHEIM**

Προεδρείο: **Κ. Καζάκος**

Εμπαγλιφλοζίνη, αναστολέας SGLT-2. Φαρμακολογικά και

κλινικά χαρακτηριστικά. Αποτελέσματα της μελέτης

EMPAREG OUTCOME

**Μ. Ψάλλας**

12:30-14:00

### **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Ο σακχαρώδης διαβήτης στην παιδική ηλικία  
Προεδρείο: **Ασ. Γαλλή-Τσινοπούλου, Κ. Καζάκος**

Επίκαιρες κατευθυντήριες γραμμές (ISPAD, ADA)  
στη διαχείριση και παρακολούθηση του διαβήτη τύπου 1  
**Ι. Μαγγανά**

Επίκαιρες κατευθυντήριες γραμμές (ISPAD, ADA) στη διαχείριση  
και παρακολούθηση του διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά  
**Χ. Τσιώλη**

Ο ρόλος και οι επιπτώσεις των οξέων επιπλοκών  
στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1  
**Α. Χριστοφορίδης**

14:00-15:00

### **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

15:00-15:30

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Π. Μάρας**

Προδιαβήτη. Μπορούμε να καθυστερήσουμε  
την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη;  
**Στ. Παπαντωνίου**

15:30-17:00

### **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ζ. Μούσλεχ**

Σακχαρώδης διαβήτης και νόσος αλτσαχάιμερ.  
Πού συνδέονται;  
**Β. Παπαλιάγκας**

Καρκίνος του μαστού και σακχαρώδης διαβήτης  
**Μ. Ζαφράκας**

Ο ρόλος της αυτοδιαχείρισης στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Κ. Κίτσιος**

17:00-17:30

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Θ. Τζώτζας**

Μονογονιδιακοί τύποι σακχαρώδη διαβήτη  
**Σ. Τίγκας**

17:30-18:00

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Περιφερική αρτηριακή νόσος  
**Δ. Σκούτας**

18:00-18:30

### **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕ**

18:30-19:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Σ. Μεταλλίδης**

Συχνές λοιμώξεις στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Ολ. Τσαχουρίδου**

19:00-20:30

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Τι σημαίνει υγιεινοδιαιτική παρέμβαση για την  
αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη;  
Προεδρείο: **Εμ. Πάγκαλος**

Σύγχρονες διατροφικές συστάσεις στα παιδιά με  
σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1  
**Ε. Ευστρατίου**

Ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ουσίες στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Ι. Αβραμίδης**

Ο ρόλος της άσκησης στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Μ. Πάγκαλος**

20:30-21:30

**ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ ROCHE Accu-check**

Υπολογισμός bolus στη θεραπεία με αντλία ινσουλίνης  
Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Εισαγωγή  
**Ν. Τεντολούρης**

Therapy optimization-Is the bolus calculator a useful tool?  
**Dr. Ralph Ziegler**

Ερωτήσεις-Συμπεράσματα  
**Ν. Τεντολούρης**



9:00-10:30

**ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Β. Λιμενόπουλος**

Ο ρόλος της υπογλυκαιμίας στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη  
**Κ. Κώτσα**

Μεταβολικές διαταραχές στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών  
**Α. Μπαργιώτα**

Η επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη και της γήρανσης  
στον οστικό μεταβολισμό  
**Μ. Γιαβροπούλου**

10:30-11:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Γ. Τσιάντας**

Σύγχρονα σχήματα ινσουλινοθεραπείας στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2  
**Κ. Δολιανίτης**

11:00-11:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ - ΚΑΦΕ**

11:30-12:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ι. Γιώβος**

Δυσλιπιδαιμία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2  
**Β. Λιμενόπουλος**

12:00-13:30

**ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ**

Συχνές επιπλοκές στο σακχαρώδη διαβήτη  
Προεδρείο: **Χ. Μανές**

Στοματολογικές εκδηλώσεις στο σακχαρώδη διαβήτη  
**Α. Ματιάκης**

Σακχαρώδης διαβήτης και οφθαλμός  
**Κ. Ντάμπος**

Φροντίδα διαβητικού ποδιού  
**Λ. Δούκας**

13:30-13:45

**ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ**

**ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ****ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ****FORUM** Congress  
& Travel Μ.Η.Τ.Ε. 0933Ε60000073100Μητροπόλεως 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/diabetes2.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 κοκκάρδας

**ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΩΝ**Ακυρώσεις γίνονται δεκτές μόνο με γραπτό αίτημα  
έως 14/4/2016 επιστροφή όλου του ποσού  
έως 29/4/2016 επιστροφή 50% της προκαταβολής  
μετά την 16/5/2016 η προκαταβολή δεν επιστρέφεται**ΥΠΟΒΟΛΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

Οι εργασίες θα υποβληθούν σε ηλεκτρονική μορφή γραμμένες σε word αρχείο και προθεσμία υποβολής εργασιών είναι η 20ή Μαΐου 2016. Οι εργασίες θα σταλούν στην Γραμματεία του Συνεδρίου στο email info@forumcongress.com (αν εντός 3 ημερών δεν λαβετε επιβεβαίωση λήψης επικοινωνήστε με την Γραμματεία). Δεν θα γίνουν δεκτές εκπρόθεσμες εργασίες.

Το κείμενο εργασίας θα πρέπει να είναι έως 350 (τριακόσιες πενήντα) λέξεις και η γραμματοσειρά θα πρέπει να είναι κοινή π.χ. Arial Greek και το μέγεθος των χαρακτήρων 10 έως 12. Οι συγγραφείς θα πρέπει να φαίνονται όλοι (όνομα, επίθετο, και προέλευση της εργασίας π.χ. Κλινική - Νοσοκομείο - Πόλη) και θα πρέπει να εγγραφούν τουλάχιστον 2 από αυτούς στο συνέδριο. Ο υπεύθυνος της εργασίας θα πρέπει να στείλει πλήρη στοιχεία επικοινωνίας και το όνομά του θα πρέπει να είναι υπογραμμισμένο στα ονόματα των συγγραφέων. Η δομή της εργασίας θα πρέπει να είναι: ΤΙΤΛΟΣ - ΣΚΟΠΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ - ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ. Για την αποδοχή της εργασίας θα ενημερώνεται με e-mail ΜΟΝΟ ο υπεύθυνος της εργασίας.

**ΚΑΤΑΛΗΚΤΙΚΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ**

20 Μαΐου 2016.

**ΕΚΘΕΣΗ**

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου θα 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.

**ΟΜΙΛΗΤΕΣ / ΠΡΟΕΔΡΕΙΑ**

ZIEGLER R., MD, Dr Specialist in pediatric endocrinology and diabetes, Diabetes Clinic for Children and Adolescents, Muenster, Germany

ΑΒΡΑΜΙΔΗΣ Ι., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ, Νοσ. Παπανικολάου, Α΄ Παθ. Κλινική, Διαβητολογικό Ιατρείο

ΑΝΑΣΤΑΣΙΑΚΗΣ Α., Επιμελήτης Ενδοκρινολογικού Τμήματος 424 ΓΣΝΕ

ΓΑΛΛΗ – ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ Α., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Δ΄ Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

ΓΙΑΒΡΟΠΟΥΛΟΥ Μ., Ενδοκρινολόγος, Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Τμ. Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική Νοσ. ΑΧΕΠΑ

ΓΙΩΒΟΣ Ι., Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ

ΓΛΟΥΦΤΣΙΟΣ Π., Παθολόγος, Επιμελήτης Α΄ Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσ. Διδυμοτείχου

ΓΟΥΛΗΣ Δ., Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α΄ Μαιευτική – Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ

ΔΑΝΙΗΛΙΔΗΣ Μ., Καθηγητής Παθολογίας – Ανοσολογίας, Διευθυντής Α΄ Παθολογικής Κλινικής ΑΠΘ, Π. Γ. Ν. ΑΧΕΠΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Πρόεδρος Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΔΟΛΙΑΝΙΤΗΣ Κ., Παθολόγος – Διαβητολόγος

ΔΟΥΚΑΣ Λ., Νοσηλεύτης, Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Α., Ομ. Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ, Πρόεδρος ΕΑΒΕ

ΕΥΘΥΜΙΑΔΗΣ Ν., Οδοντίατρος, Περιοδοντολόγος, Θεσσαλονίκη, Ειδικευμένος στο Πανεπιστήμιο TUFTS Βοστώνης, ΗΠΑ

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ Ε., Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Ιατρείου Παιδιατρικής Παν. Κλινικής ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ

ΖΑΦΡΑΚΑΣ Μ., Χειρουργός Μαστού - FEBS, Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας ΑΤΕΙΘ.

ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ Δ., Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΚΑΖΑΚΟΣ Κ., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΚΑΤΣΙΚΗ Ν., MSc PhD MD FRSPH Παθολόγος, Πανεπιστημιακή Υπότροφος Β΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

ΚΑΥΚΙΑ Θ., Καθηγήτρια Εφαρμογών, MSc, PhD(c) Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΚΙΤΣΙΟΣ Κ., Παθολόγος-Διαβητολόγος, Επιμελήτης Β΄ ΕΣΥ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ και Διαβητολογικό Κέντρο Ιπποκράτειο ΓΝΘ

ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ Κ., Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

- ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ Γ., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη
- ΚΡΟΚΙΔΗΣ Ξ., Παθολόγος, Διδάκτορας Πανεπιστημίου MAINZ Γερμανίας, Δ/ντης ΕΣΥ Γενικό 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., Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
- ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Β., Παθολόγος – Διαβητολόγος, τ. Δ/ντής ΕΣΥ
- ΜΑΓΓΑΝΑ Ι., Ειδικ. Παιδίατρος, Υποψήφια Διδάκτωρ ΑΠΘ
- ΜΑΝΕΣ Χ., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΘ «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ»
- ΜΑΡΑΣ Π., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Πολυιατρείο ΕΟΠΥΥ Βέροιας
- ΜΑΤΙΑΚΗΣ Α., Λέκτωρ Στοματολογίας Α.Π.Θ.
- ΜΕΤΑΛΛΙΔΗΣ Σ., Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας – Λοιμωξιολογίας, Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ
- ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ Ε., Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
- ΜΟΣΧΟΣ Ι., Αρχίατρος Αναπληρωτής Διευθυντής Γαστρεντερολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ
- ΜΟΥΣΛΕΧ Ζ., Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας
- ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ Α., Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας
- ΜΠΟΥΝΤΟΥΡΗΣ Γ., Επιμελητής Α΄ ΕΣΥ
- ΝΤΑΜΠΟΣ Κ., Χειρουργός Οφθαλμίατρος
- ΞΑΝΘΗΣ Α., Παθολόγος, Διδάκτορας Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Επιμελητής ΕΣΥ Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Δράμας
- ΠΑΓΚΑΛΟΣ Ε., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο «Αρεταίος», Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «Θέρμη», Θεσσαλονίκη
- ΠΑΓΚΑΛΟΣ Μ., Φυσιοθεραπευτής, ΜΤ, ΜSc, Διδάκτωρ ΑΠΘ
- ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Χ., Επίκουρος Καθηγητής Καρδιολογίας ΑΠΘ. Γ΄ Καρδιολογική Κλινική. Ιπποκράτειο Νοσοκομείο, Γενικός Γραμματέας της ΕΑΒΕ
- ΠΑΠΑΛΙΑΓΚΑΣ Β., Νευρολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακός Υπότροφος Εργαστηρίου Κλινικής Νευροφυσιολογίας ΑΠΘ, Νοσ. ΑΧΕΠΑ, Μέλος της Επιστημονικής Επιτροπής της Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Νόσου Alzheimer και συναφών διαταραχών
- ΠΑΠΑΝΑΣ Ν., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας ΔΠΘ, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου-Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό

Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ., Παθολόγος, Εξειδικευμένος στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Υπεύθυνος Εξωτερικού Διαβητολογικού και Ηπατολογικού Ιατρείου, ΓΝ Καβάλας

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ., Αναπλ. Καθηγητής Παθολογίας ΑΠΘ, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Ταμίας Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

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

ΣΚΟΥΤΑΣ Δ., Ειδικός Παθολόγος – Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου ΠΓΝ Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης, Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα ΚΑΑ «Αναγέννηση»

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

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»

ΤΖΗΜΟΥ Γ., Ψυχολόγος - Εκπαιδευτικός, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν. “Παπαγεωργίου”

ΤΖΩΤΖΑΣ Θ., Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

ΤΙΓΚΑΣ Σ., Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακού Γεν. Νοσοκομείου Ιωαννίνων

ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ Α., Καθηγήτρια Εφαρμογών, MSc, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΤΣΑΠΑΣ Α., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή ΑΠΘ, Β΄ Παθολογική Κλινική ΓΝΘ Ιπποκράτειο

ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο., Ειδικευόμενη Παθολογίας, Μονάδα Ειδικών Λοιμόξεων, Α Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ

ΤΣΙΑΝΤΑΣ Γ., Γενικός Αρχίατρος Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη 424 ΓΣΝΕ

ΤΣΙΩΛΗ Χ., Παιδίατρος – Παιδοδιαβητολόγος

ΨΑΛΛΑΣ Μ., Παθολόγος-Διαβητολόγος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής 424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ Α., Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος

ΧΡΙΣΤΟΦΟΡΙΔΗΣ Α., Επίκουρος Καθηγητής Α.Π.Θ., Α΄ Παιδιατρική Κλινική



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

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

ABBOTT LABORATORIES A.B.E.E.

ACCU-CHEK

Ascensia Diabetes Care Ελλάς

Boehringer Ingelheim

ELPEN A.E.

JOHNSON & JOHNSON DIABETES CARE COMPANIES

LIBYTEC ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε

MSD & BIANEΞ

Novo Nordisk Ελλάς

PETSIAVAS

SANOFI-AVENTIS AEBE

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Ε.Π.Ε.

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ-ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΚΑΙ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ ΥΠΟ ΧΗΜΕΙΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Σ. Μιχαλοπούλου<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>

1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Παπαγεωργίου

2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η συγκριτική διερεύνηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II και καρκίνο και υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία, καθώς και των ασθενών με καρκίνο που δεν πάσχουν από διαβήτη, αλλά υποβάλλονται σε χημειοθεραπεία.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη στην οποία χρησιμοποιήθηκαν 200 ασθενείς με καρκίνο υπό χ/θ στο τμήμα της Βραχείας Ογκολογικής του Γενικού Νοσοκομείου της Θεσσαλονίκης. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο έως τον Ιούνιο 2015. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο EORTC QLQ-C30 το οποίο διερευνά την ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και το ερωτηματολόγιο ADDQOL για την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη.

**Αποτελέσματα:** Η πλειονότητα των ασθενών είναι γυναίκες σε ποσοστό 56,5%, έγγαμες (76,5%, n = 153) με μέση ηλικία 63,04 ± 10,53 έτη. Μεταξύ των δύο ομάδων των ασθενών βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη συναισθηματική και ψυχική κατάσταση (p = 0.030) και στη γενική κατάσταση υγείας (p=0.000), με όσους πάσχουν από διαβήτη να έχουν χαμηλότερο επίπεδο συναισθηματικής κατάστασης και γενικής υγείας. Στους ασθενείς με διαβήτη το επίπεδο γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης επηρεάζει τη γνωστική ικανότητα (p = 0.018), τον πόνο (p = 0.021) και την γενική κατάσταση υγείας (p = 0.014), ενώ υπάρχει θετική συσχέτιση μεταξύ του πόνου και των ετών διάγνωσης με διαβήτη (p = 0.202).

**Συμπεράσματα:** Η ποιότητα ζωής των ασθενών με καρκίνο και σακχαρώδη διαβήτη επηρεάζεται από αρκετούς παράγοντες. Απαιτείται περισσότερο έρευνα στην Ελλάδα και σε παγκόσμιο επίπεδο προκειμένου να διευκρινιστούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε αυτήν την ομάδα των ασθενών. Οι επαγγελματίες υγείας με κατάλληλες παρεμβάσεις μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους ώστε να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής τους.

### 2. ΟΔΟΙ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΣΥΝΕΧΗ ΦΟΡΗΤΗ ΠΕΡΙΤΟΝΑΪΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Ε. Μπαδινάκη

Νοσηλεύτρια, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη”, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) είναι μια από τις συχνότερες αιτίες Χρόνιας Νεφρικής Ανεπάρκειας τελικού σταδίου ασθενών, που υποβάλλονται σε υποκατάσταση νεφρικής λειτουργίας. Η ρύθμιση του σακχάρου ασθενών υπό σε ΣΦΠΚ επιτυγχάνεται με τη χορήγηση ινσουλίνης ενδοπεριτοναϊκά ή υποδόρια.

**Σκοπός:** Στην εργασία μας ερευνήθηκε η καλύτερη και πλέον εύχρηστη οδός χορήγησης ινσουλίνης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στη Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης, Β΄ Νοσοκομείο ΙΚΑ, Θεσσαλονίκης. Την τελευταία πενταετία εντάξαμε σε ΣΦΠΚ 41 διαβητικούς ασθενείς (30 Α, 11 Γ), μέσης ηλικίας  $67,8 \pm 10$  έτη (43-83), μέσης διάρκειας υποκατάστασης  $31,5 \pm 10$  μήνες (6-60). Η πρωτοπαθής νόσος ήταν διαβητική νεφροπάθεια λόγω Σ.Δ. τύπου Ι σε 31 ασθενείς (75,6%) και τύπου Ι σε έναν. Οχτώ ασθενείς (14,6%) έκαναν εξ αρχής ενδοπεριτοναϊκά ινσουλίνη (ομάδα Α), 25 (58,5%) υποδόρια (ομάδα Β), ενώ 8 (14,6%) βρίσκονταν αρχικά σε ενδοπεριτοναϊκή και μετατάχθηκαν σε υποδόρια χορήγηση (ομάδα Γ). Ενδοπεριτοναϊκά χορηγείται κρυσταλλική ινσουλίνη, υποδόρια κυρίως Βιοσυνθετική Διφασική ινσουλίνη και Βιοσυνθετική Ισοφανική ανάλογα με τις ανάγκες των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς της ομάδας Α έκαναν  $192 \pm 43$  μονάδες ινσουλίνης ημερησίως, έχοντας μέση τιμή ολικής χοληστερόλης  $218,6 \pm 51$  mg/dL, τριγλυκεριδίων  $323,8 \pm 64$  mg/dL, HDL  $40,9 \pm 7$  mg/dL, LDL  $119,8 \pm 22$  mg/dL. Οι ασθενείς της ομάδας Β έκαναν  $34,4 \pm 48$  μονάδες ινσουλίνης ( $p < 0,001$ ), είχαν ολική χοληστερόλη  $213,3 \pm 44$  ( $p=n.s.$ ), τριγλυκερίδια  $198,1 \pm 41$  ( $p < 0,05$ ), HDL  $40,3 \pm 6$  ( $p=n.s.$ ), LDL  $141,1 \pm 28$  ( $p=n.s.$ ). Οι ασθενείς της ομάδας Γ έκαναν ενδοπεριτοναϊκά  $168,8 \pm 25$  μονάδες, όταν μετατάχθηκαν σε υποδόρια  $73,6 \pm 12$  μονάδες, έχοντας ολική χοληστερόλη ( $237,8 \pm 64$  Vs  $219,5 \pm 52$ ), τριγλυκερίδια ( $309,7 \pm 72$  Vs  $232 \pm 76$ ), HDL ( $42 \pm 5$  Vs  $44 \pm 6$ ), LDL ( $143,7 \pm 29$  Vs  $151,8 \pm 31$ ).

**Συμπεράσματα:** Η καλή ρύθμιση σακχάρου επιτυγχάνεται και με τις δύο οδούς χορήγησης ινσουλίνης. Με την ενδοπεριτοναϊκή χορήγηση ινσουλίνης απαιτούνται περισσότερες μονάδες, επιπλέον χειρισμοί σε σχέση με την υποδόρια, με συνεπακόλουθο περισσότερες πιθανότητες ανάπτυξης περιτονίτιδας και μεγαλύτερη οικονομική επιβάρυνση. Η μετάταξη σε υποδόρια χορήγηση δεν επηρεάζει τα επίπεδα χοληστερόλης, HDL, LDL, ενώ προκαλεί στατιστικά σημαντική μείωση των τριγλυκεριδίων.

### 3. ΣΧΟΛΙΚΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Σ. Τόζιος<sup>1</sup>, Γ. Ντέμπου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια Τ.Ε, ΜSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη»

2. Βρεφονηπιοκόμος Τ.Ε

3. Παθολόγος-Διαβητολόγος Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η ενημέρωση της επιστημονικής κοινότητας και ιδιαίτερα των επαγγελματιών υγείας της συμβολής του σχολικού νοσηλευτή στη διαχείριση του ΣΔτ1.

**Υλικό-Μέθοδος:** Είναι μια περιγραφική μελέτη παρατήρησης αγοριού ηλικίας 9 ετών που πάσχει από ΣΔτ1 και φοιτά σε δημοτικό σχολείο της Θεσσαλονίκης με ελεύθερο αναμνηστικό.

**Αποτελέσματα:** Η συμβολή του σχολικού νοσηλευτή καθόλη τη διάρκεια της σχολικής χρονιάς είναι πολύ σημαντική, καθώς γίνονται όλες οι απαραίτητες μετρήσεις γλυκόζης αίματος και οι ενέσεις ινσουλίνης όταν είναι απαραίτητες και ανάλογα με τη φυσική δραστηριότητα του ασθενούς (γυμναστική) κατά τη διάρκεια του ωρολόγιου προγράμματος του σχολείου, για να επιτευχθεί η σωστή ρύθμιση του διαβήτη. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (όπως προκύπτει από τις εργαστηριακές εξετάσεις) και οι μεταγευματικές τιμές γλυκόζης να κυμαίνονται εντός φυσιολογικών τιμών.

**Συμπεράσματα:** Η σωστή αντιμετώπιση του ΣΔτ1 στο σχολείο είναι απαραίτητη για την ασφάλεια, την ευεξία και την καλύτερη ακαδημαϊκή επίδοση του παιδιού. Η διαχείριση του ΣΔτ1 είναι μια υπεύθυνη διαδικασία κατά τη διάρκεια της οποίας ο σχολικός νοσηλευτής επιτάσσεται να

χρησιμοποιεί μια ουδέτερη προσέγγιση καθώς αυτό θα βοηθήσει στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλεύτη και παιδιού-εφήβου με σκοπό τη διαρκή και ισορροπημένη φροντίδα του. Με το σωστό γλυκαιμικό έλεγχο προλαμβάνουμε τυχόν εμφάνιση διαβητικών επιπλοκών (νεφροπάθεια, νευροπάθεια, περιφερική αγγειοπάθεια) με αποτέλεσμα την προώθηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς.

#### 4. ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Σ. Δάντσιου<sup>1</sup>, Ε. Δημόπουλος<sup>2</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>3</sup>

1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Υπεύθυνη Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΠΕΔΥ Μ.Υ.Θεσσαλονίκης

2. Οικονομολόγος, MSc, Ph d (c)

3. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσας έρευνας είναι διερεύνηση της αυτοφροντίδας και των γνώσεων για τη διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη σε ασθενείς που προσέρχονται σε υπηρεσίες της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ΠΕΔΥ

**Υλικό-Μέθοδος:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 135 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II των ιατρείων του ΠΕΔΥ στο νομό της Θεσσαλονίκης. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τον Μάιο-Ιούνιο 2015 και χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της τυχαίας δειγματοληψίας. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το Τεστ γνώσεων από το Εκπαιδευτικό Κέντρο του Διαβήτη στο Μίσιγκαν (Michigan Diabetes Research and Training Center's Brief Diabetes Knowledge Test), καθώς και το Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της συμμόρφωσης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στη θεραπεία τους.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες (50,8%, n =68) με μέση ηλικία 65,73 ± 10,93 έτη. Ποσοστό 48,5% ελάμβανε μόνο αντιδιαβητικά δισκία ως θεραπευτική αγωγή και το 37,5% είχε HbA1C 6,5-7 mg/dl. Σε ότι αφορά την αυτοφροντίδα οι μεγαλύτερες μέσες τιμές εμφανίζονται στη δίαιτα και στις εξετάσεις αίματος. Οι ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη περισσότερο έτη, φροντίζουν περισσότερο τα πόδια τους ( $r = 0,202$ ) και κάνουν συχνότερα εξετάσεις αίματος ( $r = 0,240$ ). Υψηλότερα ποσοστά γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) οδηγούν σε λιγότερη άσκηση ( $r = -0,189$ ) και λιγότερες εξετάσεις αίματος ( $r = 0,218$ ). Ποσοστό 75,4% γνώριζε ότι η καλύτερη μέθοδος για τον έλεγχο γλυκόζης είναι η εξέταση αίματος, 73,6% τα τρόφιμα με αυξημένα λιπαρά, 71,6% τον καλύτερο τρόπο για την φροντίδα των ποδιών και το 67,2% τις επιπτώσεις της άσκησης στη γλυκόζη του αίματος.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς φαίνεται να υπολείπονται στην συμμόρφωση τους σχετικά με τη φροντίδα των ποδιών και την άσκηση, ενώ φαίνεται να διαθέτουν γνώσεις σχετικές με την ασθένεια. Απαιτούνται περισσότερες έρευνες σε ευρύτερο πληθυσμό προκειμένου να τεκμηριωθούν τα αποτελέσματα.

#### 5. ΜΕΤΑΒΟΛΟΜΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΜΕ ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟ

Β. Τσιρώνης, Ο. Δέδε, Σ. Τσινικώρη, Ε. Θεοδώρου, Α. Πίνα, Π. Βακιάνης,

Γ. Θεοδωρίδης, Σ. Καλογιάννης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Σκοπός της έρευνας είναι η σύγκριση των αμινοξέων και άλλων μεταβολιτών στον ορό πλάσματος του αίματος ανάμεσα σε ασθενείς με διαβητική νεφροπάθεια και σε ασθενείς με χρόνια νεφρική νόσο τελικού σταδίου.

**Υλικό-Μέθοδος:** Διεξήχθη έρευνα σε αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και μη στο Νομό Θεσσαλονίκης, στη Βόρεια Ελλάδα. Λήφθηκε αίμα από ενενήντα έξι ασθενείς το οποίο αναλύθηκε σε όργανο LC/MS (Υγρή χρωματογραφίαφασματομετρία μάζας)

**Αποτελέσματα:** Οι ομάδες ασθενών δεν βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο βάση του σακχαρώδη διαβήτη όσο και βάση του φύλου, του ΔΜΣ, της έναρξης ένταξης σε αιμοκάθαρση όσο και σε συνοδά νοσήματα.

**Συμπεράσματα:** Αν και γνωρίζουμε ότι τόσο ο σακχαρώδης διαβήτης όσο και η χρόνια νεφρική νόσος επηρεάζουν συγκεκριμένες ομάδες αμινοξέων στα διάφορα στάδια τους, φαίνεται ότι η χρόνια νεφρική νόσος όταν φτάνει στο τελικό στάδιο έχει τόσο μεγάλη επίδραση στο μεταβολισμό των αμινοξέων ώστε να επικαλύπτονται οι περισσότερες διαφορές ανάμεσα σε άλλες ασθένειες.

## 6. Η ΔΙΕΡΕΥΝΥΝΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ, ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΛΙΜΑΚΩΝ Quantitative Sensory Testing (QST)

### A. Μπάτος

Γενικός Ιατρός –ΚΥ Διαβατών Θεσσαλονίκης, Μεταπτυχιακός φοιτητής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών “Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη”, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της επίπτωσης της διαβητικής νευροπάθειας κάτω άκρων, καθώς και η συσχέτισή της με παράγοντες κινδύνου για ανάπτυξη νευροπάθειας, σε ένα ημιαστικό πληθυσμό.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η μελέτη πραγματοποιήθηκε από τις 1/1/2015 ως 31/12/2015, στο Διαβητολογικό Ιατρείο του ΚΥ Διαβατών Θεσσαλονίκης. Συμπεριέλαβε 110 ασθενείς με ΣΔ τύπου II, από τους οποίους οι 58 ήταν άνδρες (52,7%) και οι 52 γυναίκες ( 47,3%). Ο μ.ο. ηλικίας ήταν 58,6 έτη (στους άνδρες 59,3 και στις γυναίκες 57,6). Η μέση τιμή HBA1c ήταν 7,63% (6,58-8,87%), και η μέση διάρκεια του ΣΔ βρέθηκε 8,6 έτη. Στους ασθενείς έγιναν ανθρωπομετρικές μετρήσεις (ύψος, βάρος, υπολογισμός BMI), διερεύνηση του τρόπου ζωής (κάπνισμα, αλκοόλ) καθώς και εργαστηριακός έλεγχος (HBA1c, λιπιδαιμικό προφίλ). Κατόπιν ζητήθηκε από τους ασθενείς να απαντήσουν σε ένα ερωτηματολόγιο για τη διαβητική νευροπάθεια Neuropathy Symptoms Score (NSS) και έγιναν κλινικές δοκιμασίες Neuropathy Disability Score (NDS).

**Αποτελέσματα:** Η επίπτωση της διαβητικής νευροπάθειας κάτω άκρων υπολογίστηκε σε 34,5% (38 ασθενείς), από τους οποίους οι 21 ήταν άνδρες και οι 17 γυναίκες. Η επίπτωση στους άνδρες ήταν 36,2 %, ενώ στις γυναίκες 32,7%.. Ο μ.ο. ηλικίας ήταν 63,8 έτη. Προέκυψαν στατιστικά σημαντικές διαφορές σε σχέση με την ηλικία, τη διάρκεια της νόσου, το BMI και τη γλυκαιμική ρύθμιση ανάμεσα στους ασθενείς με και χωρίς νευροπάθεια, ενώ δε συνέβη το ίδιο σε σχέση με το φύλο, το λιπιδαιμικό προφίλ και το κάπνισμα.

**Συμπεράσματα:** Η ανεύρεση διαβητικής νευροπάθειας κάτω άκρων, μπορεί να γίνει με τη χρήση απλών και εύχρηστων κλινικών δοκιμασιών, όπως αυτές που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη (NSS και NDS). Μπορούν έγκαιρα να διαγνώσουν τη νευροπάθεια προκειμένου να ληφθούν τα κατάλληλα μέτρα και να δοθούν οδηγίες για την αντιμετώπισή της και την πρόληψη των επιπλοκών της.



## 7. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Α. Φαίτατζίδου<sup>1</sup>, Ι. Πρόϊκος<sup>2</sup>, Α. Καραγιάννης<sup>3</sup>, Κ. Σιμητή<sup>4</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Προϊσταμένη Χειρουργείου Κ/Χ κλινικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
2. Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτής ΙΕΚ ΔΕΛΤΑ, Θεσσαλονίκη
3. Νοσηλεύτρια, Vivisol Hellas, Θεσσαλονίκη
4. Νοσηλεύτρια, MSc, Γενικό Χειρουργείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη
5. Επίκουρη Καθηγήτρια, Αλεξάνδρειο ΤΕΙ, Τμήμα Νοσηλευτικής, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού κατάθλιψης μεταξύ ασθενών με ΣΔ τύπου 2, σε επίπεδο υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 131 ασθενείς, που βρίσκονταν υπό θεραπεία και προσήλθαν σε προγραμματισμένο έλεγχο στα εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ κατά το χρονικό διάστημα Απρίλιος - Ιούλιος του 2014. Η μέτρηση του αυτοεκτιμώμενου καταθλιπτικού συναισθήματος έγινε με τη χρήση της σταθμισμένης στην Ελληνική γλώσσα κλίμακας κατάθλιψης Beck-II (BDI-II) και παράλληλα πραγματοποιήθηκε καταγραφή δημογραφικών, ανθρωπομετρικών και ιατρικών στοιχείων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με το SPSS v.22 και χρησιμοποιήθηκε στις στατιστικές δοκιμασίες επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 95% με  $p < 0,05$ .

**Αποτελέσματα:** Από τους 131 ασθενείς της μελέτης, 65 άνδρες και 66 γυναίκες, με μέση ηλικία 62,9 έτη ( $\pm 10,6$  95% ΔΕ: 61,1-64,7), διαπιστώθηκε ότι το 71,3% εμφάνισε ήπιο βαθμού κατάθλιψη, το 20,9 μετρίου βαθμού και το 7,8% σοβαρή κατάθλιψη. Συγκεκριμένα από αυτούς που είχαν χαμηλού βαθμού κατάθλιψη το 59,8% (55/92) ήταν άνδρες, ενώ μεταξύ όσων είχαν μετρίου και σοβαρού βαθμού κατάθλιψη το 70,4% (19/27) και το 80% (8/10) αντίστοιχα ήταν γυναίκες ( $p = 0,003$ ). Υψηλότερη τιμή στην κλίμακα του BDI-II είχαν ασθενείς που κατοικούν σε αγροτική περιοχή ( $19,4 \pm 11,3$ ), που ασχολούνται με την οικιακή εργασία ( $21,3 \pm 13,5$ ), που έχουν χαμηλό εισόδημα  $< 600€$  ( $20,7 \pm 12,7$ ) και αρρυθμιστο σάκχαρο αίματος (47,4%). Από τη σύγκριση των υπολοίπων δημογραφικών χαρακτηριστικών προέκυψε ότι οι χήροι, οι αναλφάβητοι, οι κάτοικοι πόλεων άνω των 150.000 κατοίκων, είχαν υψηλότερη μέση τιμή στην κλίμακα του BDI συγκρινόμενοι με τους υπόλοιπους ασθενείς στην αντίστοιχη δημογραφική κατηγορία.

**Συμπεράσματα:** Η συχνότητα κατάθλιψης στους ασθενείς που έλαβαν μέρος στη μελέτη βρέθηκε σε υψηλό ποσοστό. Η συννοσηρότητα μεταξύ ΣΔ τύπου 2 και κατάθλιψης πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη από τους επαγγελματίες υγείας, κατά την παροχή φροντίδας σε επίπεδο πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η έγκαιρη αναγνώριση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας, μπορεί να συμβάλλουν σημαντικά στην καλή κλινική έκβαση της νόσου.

## 8. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΤΡΑΥΜΑΤΩΝ ΚΟΙΛΙΑΚΗΣ ΧΩΡΑΣ

Κ. Σιμητή<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Θ. Καυκιά<sup>3</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>4</sup>, Α. Φαίτατζίδου<sup>5</sup>, Θ. Κουπατσιάρη<sup>6</sup>

1. Νοσηλεύτρια MSc, Γενικό Χειρουργείο, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
3. Καθηγήτρια Εφαρμογών, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
4. Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης
5. Προϊσταμένη MSc, Χειρουργείο Καρδιοθωρακοχειρουργικής ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
6. Νοσηλεύτρια MSc, ΜΗΝ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

**Σκοπός** της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ρύθμισης του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) στην επούλωση των χειρουργικών τραυμάτων της κοιλιακής χώρας σε διαβητικούς ασθενείς.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 245 χειρουργικές επεμβάσεις της Γ' Πανεπιστημιακής χειρουργικής κλινικής του Γενικού Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ για 6 μήνες (Ιανουάριος-Ιούνιος 2015). Το δείγμα αποτέλεσαν 63 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη. Ως κριτήριο ένταξης θεωρήθηκε η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και η εικόνα του χειρουργικού τραύματος. Οι χειρουργικές επεμβάσεις διακρίθηκαν σε ανοιχτές και λαπαροσκοπικές, ενώ ομαδοποιήθηκαν περαιτέρω σε μικρές, μεσαίας και μεγάλης βαρύτητας.

**Αποτελέσματα:** Το 56,3% (n = 138) του δείγματος ήταν άνδρες. Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 58,6(± 17,8) έτη με μέση νοσηλεία 10,2(± 9,2) ημέρες. Από τους 63 (25,7%) ασθενείς με ΣΔ το 66,7% (n = 42) ήταν άνδρες, ενώ άνδρες ήταν το 52,7% (n = 96) των ασθενών χωρίς ΣΔ. Η μέση τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης βρέθηκε στα 5,3(± 1)%). Από τους ασθενείς με ΣΔ το 85,7% (n = 54) υποβλήθηκε σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση και οι υπόλοιποι σε λαπαροσκοπική, ενώ από τους ασθενείς χωρίς ΣΔ το 66,5% (n = 121) υποβλήθηκε σε ανοιχτή χειρουργική επέμβαση. Η πλειοψηφία των τραυμάτων στο σύνολο του δείγματος ήταν καθαρά 82,7% (n = 202). Βρέθηκε ότι οι διαβητικοί ασθενείς ήταν πιο ηλικιωμένοι και παρουσίασαν μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Επίσης, οι ασθενείς με καλά ρυθμισμένο ΣΔ ήταν μεγαλύτερης ηλικίας σε σύγκριση με τους μη διαβητικούς, αλλά χωρίς στατιστική διαφορά στη διάρκεια νοσηλείας (p =,012 και p =,121, αντίστοιχα). Βρέθηκε τέλος ότι ο σχετικός κίνδυνος να έχει αρρυθμιστο ΣΔ ένας άνδρας ασθενής είναι 9,5 φορές υψηλότερος από μια γυναίκα που έχει ΣΔ (RR = 9.500; 95% CI 1.363-36.204). Επιπρόσθετα δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των ασθενών με ΣΔ που παρουσίασαν επιμόλυνση του χειρουργικού τραύματος σε σύγκριση με αυτούς που είχαν καθαρό τραύμα ως προς την ηλικία και το χρόνο νοσηλείας (p =,741 και p =,439, αντίστοιχα), ενώ βρέθηκε ότι οι άνδρες με ΣΔ παρουσίασαν συχνότερα λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος (p =,028), από ότι οι γυναίκες με ΣΔ. Τέλος η παρουσία λοίμωξης στο σημείο του τραύματος δεν επηρεάστηκε από την χειρουργική τεχνική (p =,212) και τη βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης.

**Συμπεράσματα:** Η σωστή ρύθμιση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης αποτελεί σημαντικό παράγοντα στην ταχεία αποκατάσταση των μετεγχειρητικών τραυμάτων των διαβητικών ασθενών.

## 9. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΕΓΚΥΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΟΥ ΤΡΙΤΟΥ ΤΡΙΜΗΝΟΥ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Κ. Παντζαρτζής<sup>1</sup>, Δ.Γ. Γουλής<sup>2</sup>, Κ.Α. Καζάκος<sup>3</sup>, Κ. Κώτσα<sup>4</sup>

1. Αναισθησιολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα Έδεσσας, Γενικό Νοσοκομείο Πέλλας, Έδεσσα
2. Μονάδα Ενδοκρινολογίας της Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική και Γυναικολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
3. Α' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη
4. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Πρωτεύων σκοπός είναι η μελέτη της επίδρασης του ΣΔΚ στην ποιότητα ζωής (ΠΖ) εγκύων κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου της κύησης. Δευτερεύων σκοπός είναι η σύγκριση μεταξύ της ΠΖ εγκύων με ΣΔΚ και εγκύων με φυσιολογική κύηση, καθώς και μεταξύ εγκύων με ΣΔΚ που ακολουθούν διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις. Μελετώνται, τέλος, οι πιθανές παράμετροι που επηρεάζουν την ΠΖ των εγκύων με ΣΔΚ.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελέτη χρονικής στιγμής σε 62 εγκύους (31 με ΣΔΚ και 31 χωρίς ΣΔΚ) που βρίσκονται στο τρίτο τρίμηνο της κύησης. Με τη χρήση τριών σταθμισμένων ερωτηματολογίων (2 γενικά για την ποιότητα ζωής και 1 ειδικό για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη) μελετάται η ΠΖ των συμμετέχουσων.

**Αποτελέσματα:** Υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p < 0,05$ ) μεταξύ των μέσων τιμών στον τομέα του κοινωνικού περιβάλλοντος και στον τομέα της κλίμακας υγείας, μεταξύ των δύο γενικών καταστάσεων των συμμετεχόντων (ΣΔΚ – Μάρτυρες). Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των παραμέτρων των ερωτηματολογίων και της ύπαρξης ή όχι ΣΔΚ καθώς και του είδους της θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** Η ΠΖ διαφέρει μεταξύ εγκύων με ΣΔΚ και μαρτύρων, ενώ δεν διαφέρει μεταξύ εγκύων με ΣΔΚ που κάνουν θεραπεία με ινσουλίνη και αυτών που κάνουν διατροφή. Περαιτέρω μελέτες απαιτούνται ώστε να καθοριστεί η επίδραση του ΣΔΚ στην ΠΖ.

## 10. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΩΝ ΠΝΕΥΜΟΝΩΝ

Χ. Τσουμλέκα<sup>1</sup>, Α. Δημητριάδου<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Msc

2. Αναπληρώτρια/της Καθηγήτρια/ής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

3. Επίκουρος καθηγήτρια, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη αυξάνεται ραγδαία σε όλο τον κόσμο και ιδιαίτερα στις αναπτυσσόμενες χώρες. Οι μικροαγγειακές και μακροαγγειακές επιπλοκές που σχετίζονται με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και προκαλούν δυσλειτουργία και ανεπάρκεια διαφόρων οργάνων όπως η καρδιά, οι οφθαλμοί, οι νεφροί και το νευρικό σύστημα, είναι γνωστές και έχουν μελετηθεί εκτενώς. Αντιθέτως, ελάχιστα έχει διερευνηθεί ο τρόπος με τον οποίο οι μακροχρόνιες βλάβες, που προκαλούνται από την χρόνια υπεργλυκαιμία, μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την πνευμονική λειτουργία.

**Σκοπός:** Με την παρούσα διπλωματική εργασία γίνεται προσπάθεια να εκτιμηθεί η πνευμονική λειτουργία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε σύγκριση με υγιή ως προς το διαβήτη πληθυσμό και να αξιολογηθούν οι επιπτώσεις του στη μηχανική λειτουργία των πνευμόνων.

**Υλικό-Μέθοδος:** Για τη διεξαγωγή της έρευνας συγκροτήθηκαν δύο ομάδες μελέτης, δηλαδή μία ομάδα ελέγχου που αποτελούνταν από υγιή ως προς το διαβήτη άτομα και μία ομάδα ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που παρακολουθούνταν στο διαβητολογικό ιατρείο του Γ.Ν. Σερρών. Οι δύο ομάδες υποβλήθηκαν σε σπιρομέτρηση με τη χρήση σπιρόμετρου MIR Spirobank G, για την καταγραφή και μελέτη των σπιρομετρικών δεικτών, FVC, FEV1 και FEV1%/FVC. Έγινε σύγκριση των αποτελεσμάτων των δύο ομάδων, ενώ η ανάλυση των δεδομένων έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 22. Συγκεκριμένα χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος της σύγκρισης των μέσων τιμών δύο ανεξάρτητων δειγμάτων t-test για ίσες διακυμάνσεις.

**Αποτελέσματα:** Άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα των σπιρομετρικών δεικτών FVC, FEV1 και FEV1%/FVC και αυτή η μείωση είναι στατιστικώς σημαντική με επίπεδο σημαντικότητας  $p < 0,05$ .

**Συμπεράσματα:** Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης οδηγούν στο συμπέρασμα ότι η μειωμένη λειτουργία των πνευμόνων είναι πιθανό να αποτελεί ακόμη μία χρόνια επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Η δυσλειτουργία των πνευμόνων είναι εύκολα μετρήσιμη. Η σπιρομέτρηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια των δοκιμασιών ελέγχου της αναπνευστικής λειτουργίας μεταξύ των διαβητικών, ως ένα πρώιμο προληπτικό μέτρο.

## 11. ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΚΑΡΔΙΟΥ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ FINDRISK ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΝΟΣΟΥ (ΚΑΝ) ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ FRAMINGHAM RISK SCORE, ΣΕ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΠΛΗΘΥΣΜΟ

Η. Γουντισιώτη<sup>1</sup>, Δ. Κωνσταντίνου<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, †Φ. Ηλιάδης<sup>1</sup>, Ε. Φωτιάδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

1. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκης
2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Πιλοτική μελέτη ανάδειξης της στεάτωσης του επικαρδίου ως εργαλείο πρόγνωσης ΣΔ2 και εμφάνισης ΚΑΝ, σύμφωνα με παράγοντες γλυκαιμικής ρύθμισης, το ερωτηματολόγιο Findrisk και το Framingham Risk Score (FRS).

**Υλικό-Μέθοδος:** 60 άτομα που κατηγοριοποιήθηκαν σε 3 ομάδες των 20 ατόμων· διαβητικοί τύπου 2 (ΣΔ2), παχύσαρκοι μη διαβητικοί και νορμοβαρείς μη διαβητικοί (ομάδα ελέγχου). Συλλέχθηκαν βιοχημικά, ανθρωπομετρικά και στοιχεία λιπομέτρησης, το ατομικό ιστορικό, καθώς και υπερηχογραφικά δεδομένα καρδιάς. Η εκτίμηση της ινσουλινοαντίστασης έγινε με το μοντέλο HOMA<sub>2</sub>. Στα παχύσαρκα/νορμοβαρή άτομα (N=40) έγινε μέτρηση ινσουλίνης ορού και εκτίμηση του κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2 με τη χρήση του ερωτηματολογίου FINDRISK.

**Αποτελέσματα:** Τα διαβητικά άτομα δεν είχαν σημαντικά περισσότερο επικάρδιο λίπος (Ε.Λ.) από τα παχύσαρκα ( $4.7 \pm 2.5\text{mm}$  έναντι  $4.2 \pm 1.9\text{mm}$ ,  $p > 0.05$ ), ενώ και οι δύο ομάδες είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές σε σχέση με την ομάδα ελέγχου ( $2.1 \pm 0.8\text{mm}$ ,  $p < 0.001$ ). Το Ε.Λ. συσχετίστηκε θετικά με ανθρωπομετρικά δεδομένα όπως βάρος (kg), ΔΜΣ ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ), περίμετρο μέσης (cm) και λίπος (kg) ( $p < 0.001$ ). Συσχετίστηκε θετικά με τη γλυκόζη νηστείας ( $\rho = 0.381$ ,  $p = 0.003$ ), καθώς και με το C-πεπτιδίο ( $r = 0.460$ ), την HbA1c ( $\rho = 0.601$ ) και το δείκτη HOMA<sub>2</sub>-IR ( $\rho = 0.526$ ) ( $p < 0.001$ ). Δε φάνηκε να συσχετίζεται με τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων HOMA<sub>2</sub>-B% ( $p = 0.054$ ). Στα παχύσαρκα και νορμοβαρή άτομα, το επικάρδιο λίπος συσχετίστηκε θετικά με τα επίπεδα ινσουλίνης ορού και με το Findrisk ( $\rho = 0.535$  και  $\rho = 0.700$  αντίστοιχα,  $p < 0.001$ ). Στην ομάδα των διαβητικών καθώς και στο σύνολο του πληθυσμού, το FRS φάνηκε να συσχετίζεται θετικά με το πάχος του Ε.Λ. ( $r = 0.48$   $p < 0.05$  και  $r = 0.57$   $p < 0.001$  αντίστοιχα), συσχέτιση που δεν επιβεβαιώθηκε για τους παχύσαρκους μη διαβητικούς και την ομάδα ελέγχου. Άτομα με αυξημένο Ε.Λ. είχαν αυξημένες πιθανότητες να έχουν ΣΔ2 (OR: 3.8, CI: 1.02-14,  $p \leq 0.01$ ), παχυσαρκία (OR: 12, CI: 1.43-100,  $p \leq 0.01$ ) και NAFLD (OR: 11, CI: 1.32-92,  $p \leq 0.01$ ), υπνική άπνοια (OR: 8.2, CI: 2.02-33.25,  $p \leq 0.01$ ), αρτηριακή υπέρταση (OR: 10, CI: 1.95-51.17,  $p \leq 0.01$ ) και ΚΑΝ (OR: 8.6, CI: 1.2-37.11,  $p \leq 0.01$ ).

**Συμπεράσματα:** Το αυξημένο Ε.Λ. συνδέεται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο, παράγοντες γλυκαιμικής ρύθμισης ενώ φαίνεται να διαδραματίζει και ουσιώδη ρόλο στην παθογένεια της ΚΑΝ. Αναδεικνύεται επίσης ο ρόλος του Ε.Λ. ως νέου δείκτη διαστρωμάτωσης καρδιαγγειακού κινδύνου και εκτίμησης του κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2.

## 12. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΧΡΗΣΗΣ ΒΟΗΘΗΜΑΤΩΝ ΧΑΜΗΛΗΣ ΟΡΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑ ΓΙΑ ΜΕΓΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ/ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΟΡΑΣΗΣ

Σ.Δ. Καρδισάς, MD, PharmD, PhD

Χειρουργός Οφθαλμίατρος

Ελληνικό Οφθαλμολογικό Ιατρείο Αποκατάστασης Χαμηλής Όρασης, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια (ΔΑ) είναι μια από τις συνηθέστερες αιτίες χαμηλής όρασης (ΧΟ). Η απώλεια της όρασης από ΔΑ συνιστά συνθετότερο πρόβλημα από μια απλή πτώση οπτικής οξύτητας. Δυσκολία ανάγνωσης και αναγνώρισης προσώπων, μεταμορφοψία, διαταραχή χρωματικής αντίληψης, χαμηλή ευαισθησία αντιθέσεων, προσπάθεια έκκεν-

τρης προσήλωσης, φωτοφοβία, δυσκολία προσαρμογής στο σκοτάδι, σχετικά καλύτερη όραση τις νυχτερινές ώρες, απώλεια στερεοσκοπικής όρασης, αλλά και συχνή παρουσία του συνδρόμου Charles Bonnet αποτελούν τα πιο συνήθη συμπτώματα των ασθενών αυτών. Με στόχο να εξετάσουμε το βαθμό κατανόησης προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς με ΔΑ και τη δυνατότητά να βοηθηθούν από τα σύγχρονα μέσα, απευθύναμε σε αυτούς ένα ειδικό ερωτηματολόγιο.

**Υλικό-Μέθοδος:** Πενήντα επτά ασθενείς με ΔΑ, (34 άνδρες, 23 γυναίκες) με διάμεση ηλικία 72 ετών (διακύμανση 51-94) εξετάστηκαν. Κατά την εξέταση τους εδόθη να απαντήσουν σε ερωτηματολόγιο που αφορούσε αφ' ενός μεν την εξοικείωσή με τη φύση της παθήσεώς τους και τη στάση τους απέναντι στο πρόβλημα της ΧΟ, αφ' ετέρου δε τη σωστή χρησιμοποίηση των βοηθημάτων (συχνότητα και διάρκεια χρήσης).

**Αποτελέσματα:** Περισσότεροι από 70% των ασθενών είχαν την αίσθηση ότι ήταν εξοικειωμένοι με τη φύση της παθήσεως, ωστόσο μόνο το 4% γνώριζε την πολυπλοκότητα των προβλημάτων που είχαν ν' αντιμετωπίσουν και τους τρόπους που μπορούσε να γίνει αυτό. Στο σύνολο των ασθενών συνταγογραφήθηκαν 86 βοηθήματα ΧΟ (μέση τιμή 1.8 βοηθήματα ανά ασθενή). Τα πιο συνήθη ήταν οι μεγεθυντικοί φακοί χειρός ή επιτραπέζιοι με ενσωματωμένο φωτισμό, τα τηλεσκοπικά και πρισματικά γυαλιά, τα μη οπτικά βοηθήματα και λιγότερο συχνά οι ηλεκτρονικοί μεγεθυντές οθόνης (CCTV). Για τη σωστή χρήση και μέγιστη αξιοποίηση των βοηθημάτων ήταν απαραίτητη η εκπαίδευση των ασθενών (κατά μέσο όρο 8 ώρες ανά ασθενή), καθώς και η συνεχής παρακολούθησή για υποστήριξη. Μετά από κατάλληλη εκπαίδευση 82% των ασθενών ανέφεραν τακτική χρησιμοποίηση του βοηθήματος, ενώ 64% χαρακτήρισαν το βοήθημα ως «εξαιρετικά χρήσιμο» ή «πολύ χρήσιμο». Υπήρχε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της συχνότητας και της διάρκειας χρήσεως των βοηθημάτων και της εκτέλεσης καθημερινών δραστηριοτήτων ( $p < 0.001$ ).

**Συμπεράσματα:** Μετά επίπονη εκπαίδευση, είναι εφικτή η κατανόηση της πολυπλοκότητας των προβλημάτων που σχετίζονται με την πάθηση, καθώς και η μεγιστοποίηση των δυνατοτήτων που παρέχει η συνεχώς εξελισσόμενη επιστήμη στον τομέα της αποκατάστασης ΧΟ.

### 13. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΤΟΥ ΣΤΑΘΕΡΟΥ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΥ ΠΡΑΒΑΣΤΑΤΙΝΗΣ-ΦΑΙΝΟΦΙΜΠΡΑΤΗΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΘΗΡΟΓΟΝΟ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑ, ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΒΡΙΣΚΟΝΤΑΝ ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΣΤΑΤΙΝΗ

Α. Καραπαπάζογλου<sup>1</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>1</sup>, Δ. Αγαπάκης<sup>1</sup>, Μ. Ανδρόνογλου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Η. Κανέλλος<sup>1</sup>, Α. Χατζητόλιος<sup>1</sup>

1. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ, ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

2. ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης, Τμήμα Νοσηλευτικής

**Εισαγωγή:** Ο υπολειπόμενος καρδιαγγειακός κίνδυνος, παρά την αγωγή με στατίνες, αποτελεί στόχο παρέμβασης σε διαβητικούς ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία. Η αποτελεσματική μείωση των αυξημένων τριγλυκεριδίων (TRG) και της μειωμένης HDL χοληστερόλης, που αποτελεί τη συνήθη λιπιδαιμική διαταραχή στους διαβητικούς, ελαττώνει τον κίνδυνο αυτό. Στον πληθυσμό αυτόν, προτείνεται από τις Ελληνικές και Ευρωπαϊκές κατευθυντήριες οδηγίες αυστηρή ρύθμιση, με τιμές-στόχους: HDL > 50 mg/dl στις γυναίκες και HDL > 40 mg/dl στους άνδρες, TG < 150 mg/dl, LDL < 100 mg/dl εάν δεν υπάρχει καρδιαγγειακή νόσος (KAN) και LDL < 70 mg/dl εάν υπάρχει KAN.

**Σκοπός:** Η μελέτη της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας του σταθερού συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης, σε διαβητικούς ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία.



**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 11 ασθενείς με ΣΔ ΙΙ με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία, οι οποίοι βρίσκονταν σε σταθερή αγωγή με στατίνη και πληρούσαν τα κριτήρια ένταξης σε υπολιπιδαιμική αγωγή με συνδυασμό πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης [α) Τριγλυκερίδια ορού (TRG) > 204 mg/dl και HDL < 34 mg/dl (+/- 20%) και β) GFR > 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>]. Οι ασθενείς έλαβαν σταθερό συνδυασμό πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης 40mg/160 mg/ημέρα για δύο μήνες. Κατά την έναρξη της μελέτης προσδιορίστηκαν οι λιπιδαιμικές παράμετροι (ολική χοληστερόλη (T-C), TRG, HDL, LDL), οι βιοχημικές παράμετροι ορού (SGOT, SGPT, CK, ουρία, κρεατινίνη, γλυκόζη νηστείας, HbA1c), υπολογίστηκε ο δείκτης μάζας/σώματος (BMI), καθώς και ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος (Framingham Risk Score). Οι ίδιοι παράμετροι μετρήθηκαν στο τέλος της μελέτης και συγκρίθηκαν μεταξύ τους με τη χρήση του paired t test (IBM SPSS Statistics version 21.0, 64 bit edition).

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση σταθερού συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης είχε ως αποτέλεσμα τη μείωση των επιπέδων της T-C, της LDL χοληστερόλης και των TRG κατά 25,2%, 29,72% και 38,76% αντίστοιχα, την αύξηση των επιπέδων της HDL χοληστερόλης κατά 5,29%, ενώ μειώθηκε ο 10ετής καρδιαγγειακός κίνδυνος κατά 29,59%. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χορήγηση του συνδυασμού πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης, δεδομένου ότι τόσο η SGOT, όσο και η SGPT μειώθηκαν κατά 3,38% και 3,23%, αντίστοιχα. Η CK αυξήθηκε κατά 11,35%, το GFR μειώθηκε κατά 6,08% και η HbA1c μειώθηκε κατά 5,4%.

**Συμπεράσματα:** Ο σταθερός συνδυασμός πραβαστατίνης-φαινοφιμπράτης απεδείχθη στη μελέτη μας αποτελεσματικός και ασφαλής, βελτιώνοντας όλες τις λιπιδαιμικές παραμέτρους, σε ασθενείς με αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία, όπως οι διαβητικοί, αλλά και τον υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο που διατρέχουν οι συγκεκριμένοι ασθενείς.

#### 14. ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΔ, ΜΕ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΟΥ ΤΟΥΣ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΕΣ ΔΟΜΕΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Χ. Κουταλιάδης<sup>1</sup>, Ε. Μηνασίδου<sup>2</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>3</sup>, Π. Τσακλής<sup>4</sup>

1. Νοσηλεύτρια, Msc

2. Νοσηλεύτρια, Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

3. Νοσηλεύτρια, Καθηγήτρια Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

4. Φυσιοθεραπευτής, Καθηγητής Τμήματος Φυσιοθεραπείας ΑΤΕΙΘ

**Σκοπός:** Στόχος της παρούσας εργασίας, είναι η εκτίμηση και η συγκριτική παρουσίαση του βαθμού της συμμόρφωσης στις οδηγίες, που παρέχονται στους διαβητικούς από τις εκάστοτε δομές (δημόσιες και ιδιωτικές) της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη στη περιοχή της Θεσσαλονίκης για χρονικό διάστημα 6 μηνών και το δείγμα συλλέχθηκε από τα πολυιατρεία του ΠΕΔΥ της Π.Α.ΕΙού και από ιδιωτικά ιατρεία της περιοχής. Για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης των σακχαδιαβητικών, στις οδηγίες που τους συστήνονται, χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Morisky για τον έλεγχο της συμμόρφωσης στη φαρμακευτική αγωγή και το ερωτηματολόγιο αυτοφροντίδας SDSCA στο ΣΔ για τον έλεγχο των υγιεινοδιαιτητικών συμβουλών. Επίσης καταγράφηκαν και κάποια δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Επιπλέον χρησιμοποιήθηκαν οι τιμές BMI, GFR και HbA1c ως δείκτες συμμόρφωσης στη θεραπεία. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το προγράμμα SPSS. Υπολογίστηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων του δείγματος μέσω των Statistics Frequencies και η τάση. Επίσης έγινε συσχέτιση των δεδομένων μέσω πινάκων Crosstab και έλεγχος Chi-Square Test και Independent Test για αυτά, ανάλογα με το είδος των μεταβλητών, ώστε να ελεγχθεί το επίπεδο σημαντικότητας μεταξύ τους, το οποίο καθορίστηκε στο 5% (0,05).



**Αποτελέσματα:** Το δείγμα της έρευνας χαρακτηρίζεται ως ευκολίας και αποτελούνταν από 94 άτομα με ΣΔ. Από αυτά, 47 προέρχονταν από τις δημόσιες και 47 από τις ιδιωτικές δομές-ιατρεία της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Φάνηκε ότι κατά μέσο όρο, συνολικά το δείγμα παρουσίαζε χαμηλά επίπεδα συμμόρφωσης. Επίσης φάνηκε ότι δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ( $p > 0,05$ ) της συμμόρφωσης στις οδηγίες μεταξύ των εκάστοτε δομών (δημόσιων, ιδιωτικών ή το συνδυασμό και των δύο) που επισκέπτονταν οι σακχαροδιαβητικοί, εκτός από μια μεταβλητή ( $p < 0,05$ ) που σχετιζόταν με τη διατροφή ( $p = 0,039$ ). Επιπλέον φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση ( $p < 0,05$ ) μεταξύ πολλών ανεξάρτητων μεταβλητών, όπως η ηλικία, το φύλο, το εισόδημα και άλλα, οι οποίες φαίνεται να επηρεάζουν τη συμμόρφωση στη θεραπεία, ανεξάρτητα από τις πρωτοβάθμιες δομές υγείας που επέλεγαν να επισκέπτονται οι σακχαροδιαβητικοί.

**Συμπεράσματα:** Η γενικότερη συμμόρφωση του δείγματος στις οδηγίες για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔ φάνηκε ότι κυμαινόταν σε χαμηλά επίπεδα. Η συμμόρφωση των ασθενών φάνηκε ότι ήταν ανεξάρτητη από το είδος των δομών (δημόσιων, ιδιωτικών ή το συνδυασμό και των δύο) της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας που επισκέπτονταν οι ασθενείς, ενώ φάνηκε ότι ανεξάρτητοι παράγοντες όπως οι δημογραφικοί (φύλο, ηλικία, εισόδημα και άλλα) επηρεάζουν ποικιλότροπος τη συμμόρφωση στη θεραπεία.

## 15. 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 10 άτομα με ΣΔ2 και η δεύτερη 15 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:** Α) Έγινε έλεγχος συσχέτισης  $\chi^2$  μεταξύ της SIBO και ύπαρξης ή όχι ΣΔ2, η οποία όμως δεν είναι στατιστικά σημαντική ( $r = 2.43, p = 0.159$ ).

Β) Διαπιστώθηκε όμως συσχέτιση ανάμεσα στην τιμή της HbA1c και της SIBO ( $p < 0.03$ )

### Correlations

		SIBO	HbA1c	
Kendall's tau_b	SIBO	Correlation Coefficient	1,000	-,365*
		Sig. (2-tailed)	.	,034
		N	25	25
	HbA1c	Correlation Coefficient	-,365*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,034	.
		N	25	25
Spearman's rho	SIBO	Correlation Coefficient	1,000	-,432*
		Sig. (2-tailed)	.	,031
		N	25	25
	HbA1c	Correlation Coefficient	-,432*	1,000
		Sig. (2-tailed)	,031	.
		N	25	25

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη ΣΔ2 δεν επηρεάζει τη SIBO. Παρόλα αυτά η ρύθμιση του ΣΔ φαίνεται ότι σχετίζεται με την εμφάνιση SIBO. Απαιτούνται και άλλες μελέτες με περισσότερα άτομα που να επιβεβαιώνουν τη σχέση ανάμεσα στη ρύθμιση του ΣΔ2 (HbA1c) και της SIBO.

### 16. ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ2

A. Μουσιώλης<sup>1</sup>, K. Καζάκος<sup>2</sup>, M. Γκιόκα<sup>3</sup>, M. Τσολάκη<sup>3</sup>, K. Κώτσα<sup>1</sup>

1. Τμήμα ενδοκρινολογίας και μεταβολισμού, Α Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ Ο

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό ίδρυμα Θεσσαλονίκης (ΑΤΕΙΘ)

3. Εταιρεία Alzheimer Βορείου Ελλάδας Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Στις σύγχρονες ερευνητικές μελέτες φαίνεται να τεκμηριώνεται η άποψη της αρνητικής επίδρασης του διαβήτη στην εγκεφαλική λειτουργία. Απουσιάζουν όμως τα ισχυρά επιδημιολογικά δεδομένα για τους παράγοντες κινδύνου που οδηγούν τους διαβητικούς ασθενείς σε μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης άνοιας ή/και ήπιας νοητικής διαταραχής (MCI).

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία εξέτασε τις γνωστικές και συναισθηματικές λειτουργίες σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκε μια ομάδα διαβητικών ασθενών και μια ομάδα ελέγχου, με στάθμιση ως προς την ηλικία. Εκατό τριάντα πέντε (N = 135) άτομα προερχόμενα από την ευρύτερη περιοχή της Θεσσαλονίκης συμμετείχαν στη μελέτη. Το δείγμα (πρακτικό δείγμα) προέκυψε από ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων διαβήτη της Α Παθολογικής κλινικής του νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ και ασθενείς προερχόμενους από το κέντρο Alzheimer. Η μελέτη ήταν φωτογραφικού χαρακτήρα (χρονικής στιγμής) ενώ συμπεριελήφθησαν άτομα με MCI ή ήπια άνοια. Άτομα με βαριά άνοια ή αγγειακού τύπου άνοια αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Εκτιμήθηκε μια σειρά μεταβολικών παραγόντων καθώς και η νοητική λειτουργία με τη βοήθεια διεθνώς αναγνωρισμένων εργαλείων εκτίμησής της.

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα των διαβητικών ασθενών παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική μεγαλύτερη έκπτωση της γνωστικής επάρκειας, εκτιμώμενη με το δείκτη MOCA σε σχέση με την ομάδα των μη διαβητικών ασθενών. Η γνωστική επάρκεια δεν φάνηκε να επηρεάζεται από τη διάρκεια του διαβήτη όπως επίσης και από το επίπεδο της μεταβολικής ρύθμισης όπως αυτό υπολογίστηκε με τη βοήθεια της HbA1c.

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται πως η μεταβολική απορρύθμιση που παρατηρείται στο ΣΔ2 προσφέρει ένα πλήθος παραγόντων κινδύνου για την εκδήλωση MCI και επακόλουθης άνοιας. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται προκειμένου να εκτιμηθούν οι παράγοντες αυτοί και να καθοριστεί ο βαθμός επίδρασής τους στις γνωστικές λειτουργίες.

## 17. ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΤΗΤΑ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ (HEART RATE VARIABILITY, HRV) ΚΑΙ ΟΡΘΟΣΤΑΤΙΚΗ ΥΠΟΤΑΣΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΔ2

Ε. Φραντζέσκος, Κ. Καζάκος, Α. Ναλμπάντης, Ε. Πάγκαλος

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Α.Τ.Ε.Ι.Θ

**Εισαγωγή:** Η Νευροπάθεια του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος (ΑΝΣ) αποτελεί μια από της 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 ορθοστατική υπόταση. 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-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 20 άτομα. Στην ομάδα Α συμμετείχαν 10 άτομα με ΣΔ2, ενώ στην ομάδα Β 10 υγιείς μάρτυρες. Τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετείχαν φαίνονται στον Πίνακα 1.

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

	ΟΜΑΔΑ Α	ΟΜΑΔΑ Β
ΑΝΔΡΕΣ	3 (30%)	8 (80%)
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	7 (70%)	2 (20%)
ΗΛΙΚΙΑ	46±5,5	43,10±5,55
ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΣΔ	9±4,45	-
HbA1c	7,4±0,62	-
ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ	94,70±12,73	97,3±11,62
ΥΨΟΣ	1,68±9	1,75±12
BMI	33,74±5,16	31,72±3,9

Σε όλα τα άτομα της μελέτης τοποθετήθηκε Holter ρυθμού και μελετήθηκε το HRV. Επίσης μετρήθηκε η Αρτηριακή Πίεση σε ύπτια και όρθια θέση.

**Αποτελέσματα:** Από τη σύγκριση μετρήσεων time όσο και frequency domain analysis στις 2 ομάδες στατιστική σημαντική διάφορα προέκυψε μόνο για τον δείκτη SDNN ( $p = 0.023$ ). Επίσης δεν προέκυψε στατιστική σημαντική συσχέτιση στις τιμές της HbA1c και όλων των δεικτών του HRV. Στην συσχέτιση της ορθοστατικής υπότασης και των παραμέτρων του HRV, διαπιστώθηκαν διαφορές που όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές.

**Συμπεράσματα:** Στο δείγμα που μελετήθηκε διαπιστώθηκαν διαφορές ανάμεσα στις 2 ομάδες τόσο στο time όσο και στο frequency domain analysis οι οποίες όμως δεν ήταν στατιστικά σημαντικές, εκτός από το δείκτη SDNN.

Ο λόγος για τον οποίο δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση ανάμεσα στη ρύθμιση του ΣΔ (HbA<sub>1c</sub>) και στο HRV ενδεχομένως να οφείλεται στο γεγονός να ήταν καλά ρυθμισμένοι με μέση τιμή HbA<sub>1c</sub> (7,4 ± 0,62)

## 18. ΣΤΑΘΕΡΗΣ ΑΝΑΛΟΓΙΑΣ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΙ ΒΑΣΙΚΗΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ ΤΩΝ ΥΠΟΔΟΧΕΩΝ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΓΟΝΟΜΟΡΦΟΥ ΠΕΠΤΙΔΙΟΥ 1: ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΚΑΙ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗ

A. Λιάκος<sup>1</sup>, Π. Λιακοπούλου<sup>1,3</sup>, Δ. Βασιλάκου<sup>2</sup>, Ε. Αθανασιάδου<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Α. Τσάπας<sup>1</sup>

1. Μονάδα Τεκμηριωμένης Ιατρικής και Κλινικής Έρευνας, Β΄ Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
2. Γ΄ Παθολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης
3. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη", Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Η βασική ινσουλίνη ελέγχει πρωτίστως τη γλυκόζη πλάσματος νηστείας αλλά προκαλεί υπογλυκαιμία και αύξηση του σωματικού βάρους. Αντίθετα, οι αγωνιστές των υποδοχέων του γλυκαγονομόρφου πεπτιδίου 1 (glucagon like peptide 1, GLP-1) προκαλούν απώλεια βάρους και βελτιώνουν τόσο τις προγευματικές όσο και τις μεταγευματικές τιμές γλυκόζης χωρίς να αυξάνουν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Σκοπός της παρούσας συστηματικής ανασκόπησης και μετα-ανάλυσης ήταν η εξέταση της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας των έτοιμων, σταθερής αναλογίας συνδυασμών βασικής ινσουλίνης με αγωνιστές των υποδοχέων του GLP-1.

**Υλικό-Μέθοδος:** Η βιβλιογραφική αναζήτηση πραγματοποιήθηκε στις ηλεκτρονικές βάσεις Medline, Embase και Cochrane Library καθώς και στα πρακτικά διεθνών συνεδρίων έως τον Ιανουάριο του 2016. Αξιολογήθηκε η μεταβολή στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA<sub>1c</sub>), το σωματικό βάρος, το ποσοστό των ασθενών που επιτυγχάνουν HbA<sub>1c</sub> < 7% καθώς και η επίπτωση της υπογλυκαιμίας, της ναυτίας και του εμέτου.

**Αποτελέσματα:** Από την αναζήτηση προέκυψαν συνολικά 3.030 εγγραφές. Έξι μελέτες με 3.826 συμμετέχοντες που αφορούσαν τόσο το συνδυασμό ινσουλίνης degludec/λιραγλουτίδης (n = 5) όσο και το συνδυασμό ινσουλίνης glargine/λιξισενατίδης (n = 1) συμπεριλήφθηκαν στη συστηματική ανασκόπηση. Η μετάταξη από βασική ινσουλίνη σε έτοιμο συνδυασμό με αγωνιστή των υποδοχέων του GLP-1 συσχετίστηκε με 0,50% ελάττωση στη HbA<sub>1c</sub> [95% διάστημα εμπιστοσύνης (confidence interval, CI) -0,62 έως -0,38] και 2,10 kg μείωση του σωματικού βάρους (95% CI -2,55 έως -1,65), μειώνοντας παράλληλα τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας [λόγος συμπληρωματικών πιθανοτήτων (odds ratio, OR) 0,79; 95% CI 0,63 έως 0,98] αλλά αυξάνοντας την επίπτωση της ναυτίας και του εμέτου (ORs 2,40; 95% CI 1,48 έως 3,89 και 2,73; 95% CI 1,13 έως 6,58 αντίστοιχα). Παρομοίως, η μετάταξη ασθενών που λάμβαναν θεραπεία με αγωνιστή των υποδοχέων του GLP-1 σε έτοιμο συνδυασμό με βασική ινσουλίνη συσχετίστηκε με 1,00% ελάττωση στη HbA<sub>1c</sub> (95% CI -1,17 έως -0,83) αυξάνοντας ωστόσο το σωματικό βάρος κατά 2.80 kg (95% CI 2,14 έως 3,46).

**Συμπεράσματα:** Οι αγωνιστές των υποδοχέων του GLP- 1 και η βασική ινσουλίνη έχουν συμπληρωματικές δράσεις όταν συνδυάζονται σε προγεμισμένη πένα για χορήγηση μία φορά ημερησίως. Σε σύγκριση με κάθε μεμονωμένο συστατικό οι έτοιμοι αυτοί, σταθεροί συνδυασμοί βελτιώνουν το γλυκαιμικό έλεγχο, ενώ εξισορροπούν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας και γαστρεντερικών διαταραχών.

## 19. Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΒΑΣΙΚΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΡΥΘΜΟΥ ΗΡΕΜΙΑΣ (RMR) ΜΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗ (HBA1c) ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ

Κ. Καλέση<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Ξ. Τσεκμεκίδου<sup>3</sup>, Α. Τάγια<sup>4</sup>, Π. Τσακλής<sup>5</sup>, Κ. Κώτσα<sup>6</sup>

1. Ειδικευόμενος Ιατρός Γενικής Ιατρικής, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
2. Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής Καθηγητής Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ
3. Ιατρός, Υποψήφια Διδάκτωρ Ιατρικής ΑΠΘ, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Α΄ Παθολογική Κλινική, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ
4. Επιμελήτρια Α΄ ΕΣΥ, Ειδικός Ιατρός Γενικής Ιατρικής, ΚΥ Νέας Μηχανιώνας
5. Καθηγητής, Εργαστήριο Εμβιομηχανικής και Εργονομίας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ
6. Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογίας, Υπεύθυνη Τμήματος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογική Κλινική ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

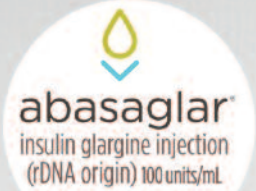
**Σκοπός:** Διερευνάται η εκτίμηση της σχέσης του Βασικού Μεταβολικού Ρυθμού Ηρεμίας (Rest Metabolic Rate-RMR) με το δείκτη μάζας σώματος (Body Mass Index-BMI) την περιφέρειας μέσης και τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HBA1c) σε πληθυσμό ηλικιωμένων ατόμων με προδιαβήτη, σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και ομάδα ελέγχου (control).

**Υλικό-Μέθοδος:** Η έρευνα διεξήχθη στα Κ.Α.Π.Η. της Περαιάς, Επανωμής και Νέων Επιβατών του Ν. Θεσσαλονίκης. Στη μελέτη αξιολογήθηκαν 84 ευθυρεοειδικά άτομα άνω των 60 ετών, τα οποία χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: 42 άτομα με προδιαβήτη, 21 άτομα με ΣΔ και 21 άτομα στην ομάδα ελέγχου (χωρίς προδιαβήτη ή ΣΔ). Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτηματολόγια για το κλινικό προφίλ τους και καταγράφηκαν τα σωματομετρικά χαρακτηριστικά. Το επιτραπέζιο μεταβολικό σύστημα «Fitmate pro» (Serinth) χρησιμοποιήθηκε για την εκτίμηση του RMR. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 21.

**Αποτελέσματα:** Από τις μετρήσεις του δείγματος δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ των RMR, BMI και περιφέρεια μέσης (P sig. 2-tailed >0,05) σε καμία από τις ομάδες, αλλά ούτε και στο σύνολο του δείγματος. Η στατιστική επεξεργασία δεν ανέδειξε συσχέτιση μεταξύ του RMR και της HBA1c (ANOVA) στο συγκεκριμένο πληθυσμό της έρευνας, ενώ και επιπλέον μελέτη ως προς το προφίλ καπνιστού ή όχι του δείγματος επίσης δεν δείχνει στατιστική σημαντικότητα (T-test). Η ίδια εικόνα παρατηρείται από τη στατιστική ανάλυση ανάμεσα στα τρία γκρουπ μελέτης ανά φύλο και ανά ηλικία, έπειτα από διαχωρισμό σε επιμέρους ηλικιακές κλάσεις μεταξύ 60-75 έτη και >75 έτη.

**Συμπεράσματα:** Από την παρούσα μελέτη δε διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση του RMR με τους δείκτες παχυσαρκίας και τη HBA1c ανάμεσα στις τρεις ομάδες του συγκεκριμένου δείγματος όταν η TSH κυμαίνεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Στο συγκεκριμένο πληθυσμό ο RMR δεν επηρεάζεται από το φύλο, τον ηλικιακό διαχωρισμό (>75 και μεταξύ 60-75 έτη) και το κάπνισμα. Ωστόσο, οι δυσμενείς εκτιμήσεις επιπολασμού νόσων όπως ο ΣΔ και η παχυσαρκία, σε σχέση με την ολοένα αυξανόμενη τάση γήρανσης του πληθυσμού, καθιστούν αναγκαία τη συστηματική μελέτη του μεταβολικού προφίλ της ευπαθούς αυτής ομάδας και απαιτούνται περισσότερες έρευνες με μεγαλύτερο δείγμα προκειμένου να υπάρξουν ασφαλή συμπεράσματα





## Ας μιλήσουμε για το πώς θα βοηθήσουμε τους ασθενείς σας να αισθανθούν καλύτερα σχετικά με την έναρξη βασικής ινσουλίνης



**Η ABASAGLAR ενδείκνυται για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω.<sup>1</sup>**

### 1. Π.Χ.Π. ABASAGLAR 100 units/ml KwikPen

Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον γρήγορο προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας κλινικές περιπτώσεις να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες. **ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** ABASAGLAR 100 μονάδες/ml ενέσιμο διάλυμα σε προγεγραμμένη βελόνη. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κάθε ml περιέχει 100 μονάδες ινσουλίνης glargine\* (αντιστοιχούν σε 3,64 mg). Κάθε πένα περιέχει 3 ml ενέσιμο διάλυμα, που αντιστοιχεί σε 300 μονάδες ινσουλίνης. Η ινσουλίνη glargine παράγεται με την τεχνολογία του αντανάκλασμένου DNA στην *Escherichia coli*. **ΒΕΡΝΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ:** Θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά ηλικίας 2 ετών και άνω. **Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** η ABASAGLAR περιέχει ινσουλίνη glargine. ένα ανάλογο ινσουλίνης με παρατεταμένη διάρκεια δράσης. Πρέπει να χορηγείται εφάπαξ ημερησίως οποιαδήποτε ώρα, αλλά κατά την ίδια ώρα κάθε ημέρα. Το δοσολογικό σχήμα (δόση και χροιά) της ABASAGLAR θα πρέπει να εξομοιωθεί. Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 η ABASAGLAR μπορεί επίσης να χορηγηθεί με από του στόματος αντιδιαβητικά φαρμακευτικά προϊόντα. Η βροχίτιδα οξεία από φαρμακευτικό προϊόν αποτελείται από μονάδες. Οι συγκεκριμένες μονάδες αναφέρονται αποκλειστικά στην ινσουλίνη glargine και δεν είναι ίδιες με τις Διεθνείς Μονάδες (IU) ή με τις μονάδες που χρησιμοποιούνται για να εκφραστούν τα δραστικά άλλα ανάλογα ινσουλίνης. **Ειδικές κατηγορίες πληθυσμού:** στους ηλικιωμένους με προοδευτική επιδείνωση της νεφρικής λειτουργίας μπορεί να οδηγήσει τη μείωση των ανιχνωμένων ινσουλίνης. Σε ασθενείς με ηπατική δυσλειτουργία, οι ανάγκες σε ινσουλίνη μπορεί να ελαττωθούν εξαιτίας της μειωμένης ικανότητας για γλυκοσύνθεση και του ελαττωμένου μεταβολισμού της ινσουλίνης. Η ασφαλέα και η αποτελεσματικότητα της ινσουλίνης glargine έχουν τεκμηριωθεί σε εφήβους και παιδιά ηλικίας 2 ετών και μεγαλύτερα αλλά δεν έχει τεκμηριωθεί σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2 ετών. **Μεταβολή από άλλες ινσουλίνες στην ABASAGLAR:** κατά την αλλαγή από μίας ή μικρότερη διάρκεια δράσης ινσουλίνη σε ABASAGLAR, μπορεί να απαιτηθεί αλλαγή στη δόση της βασικής ινσουλίνης και της συγχρησιμοποιούμενης αντιδιαβητικής θεραπείας. Προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας, οι ασθενείς οι οποίοι αλλάζουν από ινσουλίνη ΝPH χρησιμοποιούμενη δύο φορές την ημέρα σε ABASAGLAR χρησιμοποιούμενη εφάπαξ ημερησίως, θα πρέπει κατά τη διάρκεια των πρώτων εβδομάδων να ελαττωθούν την ημερήσια δόση της ινσουλίνης κατά 20-30%. Κατά τις πρώτες εβδομάδες η μείωση πρέπει, τουλάχιστον μερικώς, να εξομοιωθεί από κάποια αύξηση της ινσουλίνης την ώρα του γεύματος. Μετά από αυτό το χρονικό διάστημα το δοσολογικό σχήμα θα πρέπει να προσαρμοστεί σταδιακά. Όπως και με άλλα ανάλογα ινσουλίνης, οι ασθενείς με υψηλές δόσεις ινσουλίνης εφάπαξ των επιτακτικών στην εξάρτηση ινσουλίνης μπορεί να παρουσιάσουν βέλτιστη ανταπόκριση στην ινσουλίνη με την ABASAGLAR. **Τρόπος χορήγησης:** η ABASAGLAR χορηγείται υποδόρια και δεν θα πρέπει να χορηγείται ενδοφλέβια. Δεν υπάρχουν κλινικά σημαντικές διαφορές στα επίπεδα σακχαρώδη διαβήτη ανά μετά τη χορήγηση της ινσουλίνης glargine στην κοιλιακή γλυνόσια ή δεξιαστική περιοχή. Η ABASAGLAR δεν πρέπει να αναμιγνύεται με καμία άλλη ινσουλίνη ούτε να διαλύεται. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** υπερκορεσμός στο δραστικό συστατικό ή σε κάποιο από τα έκδοχα. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** η ABASAGLAR δεν είναι η ινσουλίνη επιλεγμένη για τη θεραπεία της διαβητικής κετοξέωσης. Στην περίπτωση που ο ρυθμός του σακχαρώδη αίματος είναι ανεπαρκής ή μπορεί ποτέ για επείγουσα υπογλυκαιμία ή υπογλυκαιμία θα πρέπει να ληφθούν υπόψη η συμμόρφωση του ασθενούς στο καθαρισμένο θεραπευτικό σχήμα, οι θέσεις των ενέσεων και η ομαλή τεχνική τους, καθώς και άλλα οι άλλοι αιτιολογικοί παράγοντες. **Υπογλυκαιμία:** επειδή με την ινσουλίνη glargine ο εφαρμοσμένος της βασικής ινσουλίνης είναι πιο σταθερός, μπορεί να αναμένεται λιγότερο κνηστικό υπογλυκαιμία αλλά περισσότερο πρώην υπογλυκαιμία. Γραμμάτιο ιδιαίτερα προσοχή και συνιστάται εντατικότερη παρακολούθηση του σακχαρώδη αίματος σε ασθενείς στους οποίους τα υπογλυκαιμικά επεισόδια μπορεί να ανακουφιστούν με ιδιαίτερα κλινικές καταστάσεις. Η παρατεταμένη δράση της υποδόριας ινσουλίνης glargine μπορεί να καθυστερήσει την αντανάχη από υπογλυκαιμία. Συνδυασμένη ABASAGLAR με ημιγλυκίνη. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας στην αλληλεπίδραση η ημιγλυκίνη με ινσουλίνη, ειδικότερα σε ασθενείς με παραγόντες κινδύνου για εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό πρέπει να ληφθεί υπόψη στην περίπτωση συνδυασμένης θεραπείας ημιγλυκίνης με ABASAGLAR. Εφόσον χρησιμοποιείται η συνδυασμένη, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούν για σημεία και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, οξείας θώρακος και οίδημα. Η ημιγλυκίνη πρέπει να δοκιμαστεί στην περίπτωση που παρουσιάζονται επιδείνωση των καρδιακών συμπτωμάτων. **Έκδοχα:** περιέχει λιγότερο από 1 mmol νατρίου (23 mg) ανά δόση, δηλ. είναι ουσιαστικά «ελεύθερο νατρίου». **Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων:** ένας αριθμός ούσιων επηρεάζει το μεταβολισμό της γλυκόζης και μπορεί να απαιτηθούν αναπροσαρμογή της δόσης της ινσουλίνης glargine. Για τη χορήγηση άλλων φαρμακευτικών προϊόντων ταυτόχρονα με την ABASAGLAR 100 μονάδες/ml KwikPen θα πρέπει να συμβουλευτείτε τον γιατρό. **Τοξικότητα, κύηση και γαλακτοπία:** Δεν είναι διαθέσιμα κλινικά δεδομένα σχετικά με την έκθεση κατά την εγκυμοσύνη στην ινσουλίνη glargine. Το δεδομένο από μεγάλο αριθμό εγκυμονώντων γυναικών (περισσότερες από 1000 περιπτώσεις έκδοσης κύησης) τεκμηριώνουν απουσία συγκεκριμένων ανεπιθύμητων ενεργειών και δεν υπάρχει συγκεκριμένη διασφαρισμένη ή έμμεση γεννητική τοξικότητα από τη χρήση της ινσουλίνης glargine. Μελέτες σε ζώα δεν έδειξαν αναπαραγωγική τοξικότητα. Η χρήση της ABASAGLAR μπορεί να αποβεί εναντιογεννητική έλλοξη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, εάν είναι ανάγκη. Δεν είναι γνωστό εάν η ινσουλίνη glargine απεκκρίνεται στα ανθρώπινα γάλα. Δεν υπάρχουν μεταβολικοί επιδράσεις που θα οδηγούσαν σε ανεπιθύμητες ενέργειες. **Επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών:** η ικανότητα του ασθενούς να οδηγήσει οχήματα και να ανδράξει, μπορεί να επηρεαστεί στον αποδοχή της υπογλυκαιμίας ή της υπεργλυκαιμίας. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** η υπεργλυκαιμία, γενικά ή πιο συχνά ανεπιθύμητη αντίδραση κατά την αναντιστάθμιση, μπορεί να εμφανιστεί αν η δόση της ινσουλίνης είναι πολύ υψηλή ή σε σχέση με τις ανάγκες για ινσουλίνη. Οι ακόλουθες ανεπιθύμητες ανεπιθύμητες ενέργειες από κλινικές δοκιμές παρατηρήθηκαν παρακάτω σύμφωνα με τον προηγούμενο από MedDRA κατατάξισης ανά οργανικό σύστημα. **Υπογλυκαιμία:** πολύ συχνή  $\geq 1/10$ . **Αλλεργικές αντιδράσεις:** σπάνια διαταραχή και εμφάνιση αλλεργικών αντιδράσεων. **Ασπνία:**  $\geq 1/10.000$ . **Λαογραφία:** από συχνή  $\geq 1/1000$  έως  $< 1/1000$ . **Δυσανεμία και μιλύα:** πολύ σπάνια  $< 1/10.000$ . **Παθολογική ηλιθιότητα γεννητικά:** το πρώτο ασφαλείας σε παιδιά και εφήβους (ηλικίας  $\leq 18$  ετών) είναι παράρτημα με το οποίο προσαρτάται των ενήλικων. Οι αναφορές ανεπιθύμητων αντιδράσεων που ελήφθησαν από την παρακολούθηση μετά την κυκλοφορία της ABASAGLAR, περιλαμβανομένων εκείνων που συνέχισε να αναφέρονται στη θέση της ενέσης (ή/και στη θέση της ενέσης, αντίδραση στη θέση της ενέσης και δερματικές αντιδράσεις), **εξάνθημα, κνίδωση** σε παιδιά και εφήβους (ηλικίας  $\leq 18$  ετών) έναντι των ενήλικων. Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία από κλινικές μελέτες ως προς την ασφαλέα σε παιδιά ηλικίας μικρότερης των 2 ετών. **Όλα:** Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων, Μεσογείων 284, GR-15562 Καλαργός, Αθήνα, Τηλ. +30 21 32040380/337, Φαξ. +30 21 06549585, ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr>. **Φαρμακοκοινωνικές ιδιότητες:** Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες: Φαρμακοκινητικές ιδιότητες: Φαρμακοφάρμακο. Φάρμακο που χρησιμοποιείται στη διαβητική, ινσουλίνη και ενέσιμο ανάλογα, μακράς δράσης. **Κωδικός ATC:** A10AED2. Η ABASAGLAR είναι βιο-ομοειδές φαρμακευτικό προϊόν. **Λειτουργία:** αντιδιαβητικό. **Κωδικός ZINC:** κατά την πρώτη χρήση, το φαρμακευτικό προϊόν μπορεί να φυλάσσεται το μέγιστο 28 ημέρες σε θερμοκρασία έως και 30 °C και μακρύτερο από τον απευθείας έκθεση στον ήλιο ή την απευθείας έκθεση στο φως. Η ημερίδα που χρησιμοποιείται πρέπει να φυλάσσεται σε ψυγείο. Το προϊόν αποθηκεύεται καθαία της πένης πρέπει να τοποθετηθούν στον πέντε μετά από κάθε έκθεση για να προστατευθεί από το φως. **Παράρτημα προφυλάξεων κατά τη χρήση του προϊόντος:** πριν από τη χρήση φυλάσσεται σε ψυγείο (2-8°C). Μην καταψύκετε. Διαλύστε τον προορισμένο πέντε στο εξωτερικό κοίλι και να προστατευθεί από το φως. **ΜΟΡΦΕΣ ΤΙΜΕΣ:** ABASAGLAR 100, 100U/ml, 2 (3x5) ml, 15N KWIKPEN, 3ml, x1, 77, 49€, x1, 87, 49€, x1, 98, 49€. **ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Lilly Regional Operations GmbH, Kalbfederstr. 6 - 10, 10330, Vienna, Austria. ΑΡΧΗΘΕΩΡΩΔΕΙΑ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ: ΕΛ11714/94/0108 ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΒΕΒΛΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: Μάιος 2015. **ΤΡΟΠΟΣ ΔΙΑΒΑΣΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ:** φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή. ΕΠΙΧΡΗΜΗΤΗ ΑΠΟ ΤΑ ΤΑΜΕΙΑ 100% για ασθενείς με ΣΔ1 και 90% για ασθενείς με ΣΔ2.





Νέο  
**Vipidia**<sup>®</sup>  
αλογολιπίνη

Νέο  
**Vipdomet**<sup>®</sup>  
αλογολιπίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη



**ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipidia 25 mg**  
Κάθε δισκίο περιέχει 25 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής).

**ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg/850 mg**  
Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 850 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

**ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5 mg/1.000 mg**  
Κάθε δισκίο περιέχει 12,5 mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 1.000 mg υδροχλωρικής μετφορμίνης.

«Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε.»



**Takeda Ελλάς Α.Ε.**  
Monumental Plaza, Κτήριο Γ,  
Λ. Κηφισίας 44, 151 25 Μαρούσι,  
Τηλ. κέντρο: 210 6387 800,  
Fax: 210 6387 801  
[www.takeda.com](http://www.takeda.com)

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ**  
Λ. Καραμανλή 60, 546 42 Θεσ/νίκη,  
Τηλ.: 2310 87 04 80,  
Fax: 2310 87 04 79



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

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