



ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΚΟΛΛΕΓΙΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)

Επιστημονικά Υπεύθυνος: Δρ Ανδρέας Μελιδώνης

Μαιάνδρου 23 • 115 28 Αθήνα

Υπό την Αιγίδα των: Ιατρικού Συλλόγου Αργολίδας  
Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας  
Ιατρικού Συλλόγου Πατρών

Σε συνεργασία με την  
Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής  
Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»

**ΤΕΛΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ –  
ΤΟΜΟΣ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ**

# 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2021: Από τη θεωρία στην πράξη»

## 16-18 Σεπτεμβρίου 2021

Ξενοδοχείο «AKS Porto Heli»

Πόρτο Χέλι

Θα χορηγηθούν 20 Μόρια  
Συνεχιζόμενης Ιατρικής  
Εκπαίδευσης από τον  
Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο

ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ - ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

Congress World, Μον. ΙΚΕ

Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα, ☎ 210 7222 518, 📞 210 7210 069

🌐 [www.congressworld.gr](http://www.congressworld.gr), ✉ [info@congressworld.gr](mailto:info@congressworld.gr), [reception@congressworld.gr](mailto:reception@congressworld.gr)



## ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΣ

Δ Ι Ο Ι Κ Η Τ Ι Κ Ο  
Σ Υ Μ Β Ο Υ Λ Ι Ο  
Ε Λ Λ Η Ν Ι Κ Ο Υ  
Κ Ο Λ Λ Ε Γ Ι Ο Υ  
Μ Ε Τ Α Β Ο Λ Ι Κ Ω Ν  
Ν Ο Σ Η Μ Α Τ Ω Ν  
( Ε . Κ Ο . Μ Ε . Ν . )

### Πρόεδρος:

Α. Μελιδώνης

### Αντιπρόεδρος:

Δ. Ρίχτερ

### Γεν. Γραμματέας:

Γ. Μπέλλος

### Ειδ. Γραμματέας:

Β. Λιόση

### Ταμίας:

Στ. Ηρακλειανού

### Μέλη:

Α. Παπαζαφειροπούλου

Α. Τρικκαλινού

Αγαπητοί Συνάδελφοι

Το Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.) μετά από μια 9ετία έντονης παρουσίας στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά δρώμενα και αφού οργάνωσε και πραγματοποίησε περισσότερες από είκοσι εκπαιδευτικές Διημερίδες και Τριημερίδες σε όλη την Ελλάδα, εξαγγέλλει και οριοθετεί το **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΚΟΜΕΝ** που θα λάβει χώρα στο Πόρτο Χέλι στις **16-18 Σεπτεμβρίου 2021**.

Οι δύσκολες συνθήκες της πανδημίας του τοξικού κορονοϊού δεν απέτρεψαν την εξαγγελία του Συνεδρίου. Αντίθετα την επέβαλλαν ως μια απάντηση γνώσης και ενημέρωσης που οφείλουν να δώσουν οι Επιστημονικές Εταιρείες και οι Επιστήμονες Υγείας.

Στο Συνέδριο θα συζητηθούν όλες οι νεότερες εξελίξεις, κατευθύνσεις στα καρδιομεταβολικά νοσήματα. Θα συζητηθούν τα θέματα αιχμής, διάγνωσης και θεραπείας των νοσημάτων αυτών, ενώ θα οργανωθούν Κλινικά Φροντιστήρια με σκοπό την απόκτηση δεξιότητας στην εφαρμογή των πρόσφατων κατευθυντήριων οδηγιών στην κλινική πράξη.

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

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

16-18 Σεπτεμβρίου στο Πόρτο Χέλι, στο 4ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν. σας περιμένουμε ελπίζοντας και προσδοκώντας να συνορτάσουμε εκπαιδευτικά και συνεδριακά την επιστροφή στην επιστημονική - συνεδριακή κανονικότητα.

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής



**Δρ. Α. Μελιδώνης**  
Συντονιστής Οργάνωσης



## Πέμπτη 16 Σεπτεμβρίου 2021

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

16.00	<b>Προσέλευση - Εγγραφές</b>
16.30-18.30	<b>ΒΗΜΑ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ</b> Προεδρείο: <b>Β. Κατσούρη, Ν. Γεωργιάδης</b> Λοιμώξεις ουροποιητικού στην κοινότητα. Διαγνωστικά και θεραπευτικά διλήμματα <b>Β. Γκιζλής</b> Τα πολλαπλά πρόσωπα της αναιμίας. Διαγνωστικοί και θεραπευτικοί αλγόριθμοι στην ΠΦΥ <b>Κ. Χαρπίδης</b> Η κατάθλιψη στην ΠΦΥ <b>Α. Τρικκαλινού</b> Χρόνια νεφρική νόσος και ΣΔ. Βασικές κατευθύνσεις διάγνωσης και αντιμετώπισης για τη γιατρό της ΠΦΥ <b>Ε. Χελιώτη</b> Διερεύνηση και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας στην ΠΦΥ <b>Γ. Μπέλλος</b>
18.30-19.40	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>Τα εμβόλια και ο SARS-COV-2</b> Προεδρείο: <b>Μ. Μυλωνά, Α. Σιάννη</b> Η διαχρονική αξία των εμβολίων στην πρόληψη και προστασία της υγείας <b>Α. Νικολάου</b> Εθνικό πρόγραμμα εμβολιασμών ενηλίκων 2021 <b>Μ. Μυλωνά</b> mRNA εμβόλια: Η καινοτόμος απάντηση στον ιό SARS-COV-2 <b>Π. Κανελλόπουλος</b>
19.40-20.45	<b>ΕΝΑΡΚΤΗΡΙΕΣ ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ</b> Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b> Ο μεταβολικός εγκέφαλος και η ομοιοστασία της γλυκόζης: παθοφυσιολογία και παρεμβάσεις <b>Ε. Χατζηαγγελάκη</b> Τεχνητή νοημοσύνη και εφαρμογές στην Ιατρική <b>Σ. Ποτηράκης</b>
20.45-21.00	<b>ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ - ΠΡΟΣΦΩΝΗΣΕΙΣ - ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ</b>
21.00-21.30	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <span style="float: right;">Σελ. 14</span>
21.30	<b>Δείπνο</b>

# Παρασκευή 17 Σεπτεμβρίου 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09.15-10.45	<p><b>ΣΥΓΧΡΟΝΑ ΘΕΜΑΤΑ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ</b> Προεδρείο: <b>Ε. Μπιλιανού</b> Πως να διαγνώσουμε, αποφύγουμε και θεραπεύσουμε τις ανεπιθύμητες ενέργειες της στατινοθεραπείας <b>Α. Τρικκαλινού</b> Συνδυασμός στατινών και φιμπρατών: Πότε και σε ποιους; <b>Ο. Διακουμάκου</b> Bempedoic acid και λιπιδαιμικές αγωγές σε ανάπτυξη. Τι νεότερο <b>Γ. Κολοβού</b></p>
10.45-11.30	<p><b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ (DEBATE)</b> <i>Πρέπει να φτάνει η LDL &lt; 55 mg% στους ασθενείς πολύ υψηλού κινδύνου;</i> Συντονίστρια: <b>Γ. Κολοβού</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Ναι</li></ul> <p><b>Δ. Ρίχτερ</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Όχι</li></ul> <p><b>Ε. Μπιλιανού</b></p>
11.30-12.40	<p><b>ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ</b> Προεδρείο: <b>Σ. Παππάς</b> Ηπατολογικές - Θυρεοειδικές εξετάσεις <b>Κ. Αναγνωστοπούλου, Ε. Χουρδάκη</b> Ανοσολογικές εξετάσεις <b>Ε. Φωτιάδου-Παππά</b></p>

# Παρασκευή 17 Σεπτεμβρίου 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

09.30-11.00	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <i>Ποιότητα ζωής των ατόμων με χρόνια νοσήματα</i> Προεδρείο: <b>Ε. Κακαβά, Μ. Κάπελλα</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με στεφανιαία νόσο <b>Α. Θεοδωρακοπούλου</b> Ποιότητα ζωής ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη <b>Μ. Μελετιάδου</b> Ποιότητα ζωής ασθενών με νεοπλασματική νόσο <b>Α.-Μ. Γιούρντα</b> Ψυχολογικό προφίλ των ατόμων με χρόνια νοσήματα <b>Μ. Κάπελλα, Σ. Λινάρδος</b></p>
11.00-12.30	<p><b>ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ</b> <i>Οι αρχές για μια εποικοδομητική επικοινωνία</i> Προεδρείο: <b>Ε. Καγκελάρη, Μ. Μελετιάδου</b> Ομιλήτριες: <b>Λ. Βαλλιανάτου, Μ. Μελετιάδου</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Η τέχνη της επικοινωνίας</li><li>• Τι είναι επικοινωνία και γιατί είναι σημαντική;</li><li>• Είδη επικοινωνίας</li><li>• Τρόποι επικοινωνίας</li><li>• Αποτελεσματικές δεξιότητες επικοινωνίας</li><li>• Εκμάθηση προηγμένων δεξιοτήτων επικοινωνίας</li><li>• Επικοινωνώ με τους ασθενείς</li><li>• Παρουσίαση περιστατικών</li><li>• Η συμβολή της επικοινωνίας στη διεπιστημονική συνεργασία, για τη διαμόρφωση ενός σύγχρονου συστήματος υγείας</li></ul>

# Παρασκευή 17 Σεπτεμβρίου 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

12.40-13.40	<b>ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΗΜΕΡΑΣ</b> Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b> Η αλληλεπίδραση μικροβιώματος και γονιδιώματος στην παθοφυσιολογία του καρδιομεταβολικού συνδρόμου <b>Γ. Μπέλλος</b> Παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί γήρανσης και σημερινές δυνατότητες παρεμβάσεις <b>Σ. Παππάς</b>
13.40-14.10	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b> <span style="float: right;">Σελ. 14</span>
14.10-15.30	<b>Μεσημβρινή Διακοπή - Γεύμα</b>
15.30-16.00	<b>Διάλειμμα - Καφέ</b>
16.00-16.45	<b>ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ (σελ. 30-45)</b> Προεδρείο: <b>Ε. Λίβα, Β. Κατσούρη</b>
16.45-18.15	<b>ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ</b> <b>Λιπίδια &amp; Αρτηριακή Υπέρταση στην ΠΦΥ</b> Προεδρείο-Σχολιασμός: <b>Ε. Φουστέρης</b> Άνδρας 50 ετών με γνωστό άσθμα από την παιδική ηλικία υπό αγωγή σε τυχαίο έλεγχο εμφανίζει ΑΠ 163/92 mm Hg, Ολική Χοληστερόλη 222 mg/dL, LDL 137 mg/dL <b>Α. Γανωτοπούλου</b> Γυναίκα 61 ετών ασυμπτωματική, σε ετήσιο έλεγχο βρίσκεται με ΑΠ 160/100 mm Hg, Ολική Χοληστερόλη 205 mg/dL, LDL 112 mg/dL, TSH 18 μg/mL (T3, T4, FT4 φυσιολογικά) <b>Κ. Αναγνωστοπούλου</b> Άνδρας 60 ετών με ΣΔτ2 από 2ετίας υπό Μετφορμίνη 850 mg×2 και Δυσλιπιδαιμία υπό Rosuvastatin 20 mg×1 (πρόσφατη LDL 105), πρωτοεμφανίζει σε κατ' οίκον μετρήσεις καθημερινά τις τελευταίες 15 ημέρες ΑΠ 150/90 mm Hg <b>Π. Γαβρά</b> Άνδρας 62 ετών με ιστορικό στεφανιαίας νόσου και υπέρτασης παρουσιάζει δύσπνοια με την κόπωση και νυκτερινή δύσπνοια. Λαμβάνει enalapril 20 mg, lospresor 100 mg/TAB ½×2 και έχει τις ακόλουθες εξετάσεις: Chol = 200 mg/dL, LDL = 120 mg/dL, Trig = 140 mg/dL, Glu = 100 mg/dL, ΑΠ = 150/90 mm Hg, BMI=28%. Διαχείριση περιστατικού <b>Χ. Μέλλος</b>



## Παρασκευή 17 Σεπτεμβρίου 2021

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

18.15-19.30	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>Διαβητικό Πόδι</b> Προεδρείο: <b>Α. Καμαράτος, Α. Σιάννη</b> Έλεγχος διαβητικής νευροπάθειας και αγγειοπάθειας <b>Β. Λιόση</b> Λοιμώξεις διαβητικού ποδιού. Κατευθύνσεις αγωγής <b>Α. Καμαράτος</b> Περιστατικά διαβητικού ποδιού <b>Ε. Γιάννου</b>
19.30-20.30	<b>ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΔΙΑΚΕΚΡΙΜΕΝΩΝ ΟΜΙΛΗΤΩΝ</b> Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b> 2021: Τι νεότερο στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας <b>Δ. Κιόρτσας</b> Ο ευτυχισμένος εγκέφαλος, σεξ και μεταβολικό σύνδρομο <b>Θ. Ασκητής</b>
20.30-21.30	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b> <span style="float: right;">Σελ. 14</span>
22.00	<b>Δείπνο</b>

## Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου 2021

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

09.00-10.15	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>Σύγχρονα θέματα υπέρτασης</b> Προεδρείο: <b>Γ. Χαλιώτης, Θ. Παναγιώτου</b> Οι θεραπευτικοί στόχοι σε ζώνες ηλικιών και καταστάσεις: Ποια τα δεδομένα <b>Θ. Παναγιώτου</b> Δευτεροπαθής αρτηριακή υπέρταση: Πως θα την υποπτευθούμε, πως θα την διερευνήσουμε; <b>Σ. Αντωνόπουλος</b> Σύγχρονη αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης στην Covid-19 εποχή <b>Α. Ράπτης</b>	
10.15-11.00	<b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ</b> <b>Η καλύτερη στρατηγική για την υποστροφή του ΣΔ</b> Προεδρείο: <b>Σ. Ηρακλειανού</b> Lifestyle τροποποίηση <b>Δ. Βλάχος</b> Φαρμακευτική Αγωγή ή Βαριατρική; <b>Β. Λαμπαδιάρη</b>	
11.00-11.45	<b>ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΑΝΤΙΠΑΡΑΘΕΣΗ</b> <b>Νεότερα καπνικά προϊόντα. Πρέπει οι γιατροί να τα συστήνουν;</b> Προεδρείο: <b>Δ. Ρίχτερ</b> Υπέρ <b>Κ. Φαρσαλινός</b> Κατά <b>Γ. Γκουμάς</b>	
11.45-12.15	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	Σελ. 15
12.15-13.00	<b>ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b>	Σελ. 15
13.00-13.30	<b>ΔΙΑΛΕΞΗ ΗΜΕΡΑΣ</b> Προεδρείο: <b>Σ. Παππάς</b> Διαβητική νεφροπάθεια: Οι νέες προσεγγίσεις στη διάγνωση και αντιμετώπιση στα πλαίσια των evidence based & precision medicine <b>Α. Αλαβέρας</b>	

# Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Β΄

09.30-12.30	<b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b> <b>Διαχείριση ασθενών με νόσο Covid-19: Από τον φόβο στην ελευθερία</b> Προεδρείο: <b>Ε. Φουστέρης, Μ. Μελετιάδου</b> Νοσηλεία ασθενών και αντιμετώπιση Covid-19 σε κλινικές <b>Σ. Παπαδοπούλου, Ε. Χουρδάκη</b> Νοσηλεία ασθενών σε Μονάδες Εντατικής Θεραπείας <b>Ε. Μαντζάρα</b> Ενδονοσοκομειακή Καρδιοαναπνευστική Αναζωογόνηση <b>Ε. Σταματοπούλου</b> Ψυχολογικές επιπτώσεις της πανδημίας Covid-19 <b>Μ. Σαρμπάν</b> Αντιμετώπιση ήπια νοσούντων από Covid-19 ασθενών (κατ' οίκον νοσηλεία) <b>Α. Νικολάου</b> Πρωτοβουλίες, θέσεις και δράσεις των Ιατρικών Συλλόγων στην διαχείριση της πανδημίας Sars Cov-2 <b>Α. Μαστοράκου</b>
12.30-13.00	<b>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Προεδρείο: <b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b> Προδιαβήτης: Το αναδυόμενο μείζον ιατρικό πρόβλημα. Γιατί, ποιοι οι παράγοντες που συμβάλλουν, ποιες οι παρεμβάσεις <b>Σ. Μπούσμπουλας</b>
13.00-13.30	<b>ΘΕΜΑΤΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b> Προεδρείο-Σχολιασμός: <b>Κ. Μαρκάκης</b> Γλυκοζίνη Hb & CGM (συνεχής καταγραφή γλυκόζης) στον έλεγχο και παρακολούθηση του διαβητικού ασθενούς: Συμπληρωματικές εξετάσεις ή CGM είναι πλέον η νέα επιλογή; <b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b>

## Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου 2021

### ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

13.30-14.15	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ</b>	Σελ. 15
14.15-16.30	<b>Μεσημβρινή Διακοπή</b>	
16.30-17.00	<b>Διάλειμμα - Καφέ</b>	
17.00-18.30	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ (σε συνεργασία με την Εταιρεία Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»)</b>  <b>Διαχείριση Γηριατρικού μεταβολικού ασθενούς σε ιατρείο ΠΦΥ (Evidence Based)</b>                      Προεδρείο: <b>Α. Συμεωνίδης</b>                      Αξιολόγηση γηριατρικού ασθενούς, ευθραυστότητα  <b>Σ. Κλίνης</b>                      Διαχείριση γηριατρικού ασθενούς με ΣΔ  <b>Δ. Καρανάσιος</b>                      Διαχείριση γηριατρικού ασθενούς με ΑΥ  <b>Β. Ντελέζος</b></p>	
18.30-19.45	<p><b>ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ</b>  <b>Κατευθυντήριες οδηγίες στα μεταβολικά νοσήματα</b>                      Προεδρείο/Σχολιασμός: <b>Β. Λαμπαδιάρη</b>                      Σακχαρώδης Διαβήτης  <b>Α. Κουτσοβασίλης</b>                      Λιπίδια  <b>Σ. Ηρακλειανού</b>                      Αρτηριακή υπέρταση  <b>Α. Ράπτης</b></p>	
19.45-20.45	<p><b>ΔΙΑΛΕΞΕΙΣ ΛΗΨΗΣ</b>                      Προεδρείο: <b>Α. Σερέτη, Δ. Κιόρτσος</b>                      Σακχαρώδης Διαβήτης: τα νεότερα δεδομένα, οι μελλοντικές προοπτικές.                      Είναι ώρα για στρατηγικές αλλαγές;  <b>Α. Μελιδώνης</b>                      Μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος: Ηπατική έκφραση του καρδιομεταβολικού συνδρόμου ή μία ακόμη χρόνια νόσος;  <b>Σ. Ντουράκης</b></p>	
20.45-21.30	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b>	Σελ. 15
21.30	<p><b>ΛΗΞΗ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ - ΑΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ</b>  <b>Α. Μελιδώνης</b></p>	
22.00	<b>Δείπνο</b>	




**ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ  
ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ**

# ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ



**Πέμπτη 16 Σεπτεμβρίου 2021**

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

<b>21.00-21.30</b>	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> Προεδρείο: <b>Γ. Μπέλλος</b> Η διαχείριση της προδιαβητικής κατάστασης μέσα από νεότερα δεδομένα και μελέτες στηριζόμενα στην Ελληνική φύση <b>Α. Τρικκαλινού</b>	 <b>LIBYTEC</b> ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε. Σελ. 5
--------------------	--	---

**Παρασκευή 17 Σεπτεμβρίου 2021**





## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

<b>13.40-14.10</b>	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b> Αντιμετωπίζοντας τον ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικό φάσμα στον ασθενή με ΣΔτ2 από την αρχή μέχρι το τέλος <b>Ε. Διακουμοπούλου</b>	 AstraZeneca Σελ. 8
<b>20.30-21.30</b>	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b> <i>Επιλέγοντας την κατάλληλη θεραπεία με γνώμονα τον ασθενή</i> Προεδρείο: <b>Σ. Λιάτης</b> Ντουλαγλουτίδη: Το εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο <b>Γ. Αργυρακοπούλου</b> Ultra Rapid Lispro: Εξατομικεύοντας την ινσουλινοθεραπεία για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο <b>Α. Παπαζαφειροπούλου</b>	 Lilly ΦΑΡΜΑΚΕΥΤ. ΕΠΕ. Σελ. 9

# ΔΟΥΦΟΡΙΚΕΣ ΣΥΝΕΔΡΙΕΣ

Σάββατο 18 Σεπτεμβρίου 2021

## ΑΙΘΟΥΣΑ Α΄

11.45-12.15	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> Προεδρείο: <b>Α. Κουτσοβασίλης</b> Covid-19 και τηλεϊατρική: Πώς η τεχνολογία Flash υποστηρίζει τη διαχείριση του ΣΔΤ1 και ΣΔΤ2 <b>Κ. Μαρκάκης</b>	 <b>Abbott</b> Σελ. 10
12.15-13.00	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> <b>Σεμαγλουτίδη, ο νέος εβδομαδιαίος αγωνιστής του GLP-1 στη θεραπεία του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα</b> Προεδρείο: <b>Α. Καμαράτος</b> Κλινική αποτελεσματικότητα και ασφάλεια σεμαγλουτίδης <b>Θ. Κουφάκης</b> Η σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση στον ασθενή με Καρδιομεταβολικό Σύνδρομο (Σχολιασμός 10΄) <b>Α. Μελιδώνης</b>	 Σελ. 10
13.30-14.15	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΗ ΣΥΝΕΔΡΙΑ</b> <b>Κλινική Αδράνεια - Η σημασία της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης</b> Προεδρείο: <b>Λ. Λαναράς</b> Ο ρόλος της Σιταγλιπιδίνης σε ηλικιωμένους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών <b>Μ. Μπριστιάνου</b>	 Σελ. 12
20.45-21.30	<b>ΔΟΥΦΟΡΙΚΟ ΣΥΜΠΟΣΙΟ</b> Προεδρείο: <b>Α. Μελιδώνης</b> Χθες νωρίς; Αύριο ίσως πολύ αργά. Η καρδιοεφρομεταβολική θεραπευτική προσέγγιση του Διαβήτη τύπου 2 ως επιτακτική ανάγκη σήμερα. Συζήτηση κλινικών περιστατικών <b>Β. Λαμπαδιάρη, Δ. Ρίχτερ</b>	 Σελ. 12

# Vipidia®

## αλογλιπτίνη

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

Για περαιτέρω πληροφορίες παρακαλούμε επικοινωνήστε με τον Κάτοχο Άδειας Κυκλοφορίας, TAKEDA ΕΛΛΑΣ Α.Ε. Πριν τη συναγογράφηση συμβουλευτείτε την Περιλήψη των Χαρακτηριστικών του Προϊόντος που διατίθεται στο εκθετήριο.

**Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.**

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB ΒΤx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB ΒΤx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB ΒΤx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRASYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB ΒΤx28 (NYL/alu/PVC blister)	37,98 €

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



Δικαιούχος Σήματος και  
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:



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

Πρώθηση:



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





**ΟΜΙΛΗΤΕΣ  
ΠΡΟΕΔΡΟΙ  
ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ**

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Αλαβέρας Α.** Παθολόγος-Διαβητολόγος
- Αναγνωστοπούλου Κ.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, PhD, MSc, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Αντωνόπουλος Σ.** Παθολόγος - Κλινικός Υπερτασιολόγος, Διευθυντής, Β΄ Παθολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Αργυρακοπούλου Γ.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Διαβητολογικής Μονάδας & Ιατρείου Παχυσαρκίας, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών
- Ασκητής Θ.** Νευρολόγος - Ψυχίατρος, Καθηγητής Ψυχιατρικής Ευρωπαϊκού Πανεπιστημίου Κύπρου, Διδάκτωρ Ψυχιατρικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πρόεδρος Ινστιτούτου Ψυχικής & Σεξουαλικής Υγείας
- Βαλλιανάτου Λ.** Νοσηλεύτρια TE, MSc, PhDc, Εκπαιδύτρια Ενηλίκων, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, «ΚΟΡΓΙΑΛΕΝΕΙΟ - ΜΠΕΝΑΚΕΙΟ» ΓΝ ΕΕΣ
- Βλάχος Δ.** Γενικός Ιατρός
- Γαβρά Π.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελήτρια Παθολογικής Κλινικής, «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Γανωτοπούλου Α.** Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Γεωργιάδης Ν.** Ειδικός Παθολόγος
- Γάννου Ε.** Ποδολόγος-Ποδίατρος, Επιστ. Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Γούρντα Α.-Μ.** Νοσηλεύτρια TE, MSc, ΕΑΝΠ «ΜΕΤΑΞΑ»
- Γκιζλής Β.** Γενικός Ιατρός, Μετεκπαιδευθείς στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Μουζάκι Καρδίτσας
- Γκουμάς Γ.** Διευθυντής Καρδιολογική Κλινική, «Ευρωκλινική» Αθηνών
- Διακουμάκου Ο.** Καρδιολόγος
- Διακουμοπούλου Ε.** Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Ηρακλειανού Σ.** Παθολόγος-Διαβητολόγος

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Θεοδωρακοπούλου Α.** Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, PhD, Προϊσταμένη Αιμοδυναμικού Εργαστηρίου ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Καγκελάρη Ε.** Ειδικός Παθολόγος
- Κακαβά Ε.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη
- Καμαράτος Α.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, MD, PhD, Διευθυντής ΕΣΥ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ», Συντονιστής Εκπαίδευσης Γενικών Ιατρών ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Κανελλόπουλος Π.** Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Υπεύθυνος Covid-19, METROPOLITAN HOSPITAL
- Κάπελλα Μ.** Δρ., Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, PhD, Διευθύντρια Νοσηλευτικής Υπηρεσίας ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ»
- Καρανάσιος Δ.** Γενικός / Οικογενειακός Ιατρός, ΚΥ Ν. Μαδύτου Θεσσαλονίκης, Συντονιστής Εκπαίδευσης Ειδικευόμενων Γενικής Ιατρικής ΓΠΝΘ ΑΧΕΠΑ, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Ευρωπαϊκή Ακαδημία Δασκάλων Γενικής Ιατρικής (EURACT), Πρόεδρος Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
- Κατσούρη Β.** Γενικός Ιατρός MD ,MSc με Μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη στο Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ» και στην Επείγουσα Προνοσοκομειακή Ιατρική
- Κιόρτσος Δ.** Ενδοκρινολόγος, Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- Κλίνης Σ.** MD, MSc, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Επιμ. Α΄, Π.Ι. Αλωνακίων-Κ.Υ. Κοζάνης, Ειδικός Γραμματέας Εταιρείας Γενικής/Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
- Κολοβού Γ.** Καρδιολόγος, Διευθύντρια Καρδιολογικού Τομέα, Υπεύθυνη Λιπιδαιμικού Ιατρείου, Καρδιοχειρουργικό Κέντρο «ΩΝΑΣΕΙΟ»
- Κουτσοβασίλης Α.** MD, MSc, PhD, Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο, Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, ΓΝ Νίκαιας Πειραιά «ΑΓ. ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ»
- Κουφάκης Θ.** Παθολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Διαβητολογικό Κέντρο - Α΄ Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Λαμπαδιάρη Β.** Αν. Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Λαναράς Λ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝ Λαμίας
- Λιάτσης Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Πανεπιστημιακή Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ»
- Λίβα Ε.** MD, GP, PhD, Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής
- Λιόση Β.** Παθολόγος, MSc, Αρχίατρος ΓΕΣ, Εξειδικευμένη Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Λινάρδος Σ.** Νοσηλεύτης MSc, Αναπλ. Προϊστάμενος Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, ΩΝΑΣΕΙΟ Καρδιοχειρουργικό Τμήμα
- Μαντζάρα Ε.** Αντιπλοίαρχος(ΥΝ), RN, MCs, Εκπαιδύτρια ERC, Νοσηλεύτρια Αν. Προϊσταμένη ΜΕΘ, Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών
- Μαρκάκης Κ.** MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Μαστοράκου Α.** Ιατρός Πυρηνικής Ιατρικής, Πρόεδρος ΙΣ Πάτρας
- Μελετιάδου Μ.** Νοσηλεύτρια, RN, MSc, BLS, ILS, Instructor ERC, Προϊσταμένη Μονάδας Εμφραγμάτων, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Μελιδώνης Α.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL», Πρόεδρος ΕΚΟΜΕΝ
- Μέλλος Χ.** Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Κορινθίας, Γενικός Οικογενειακός Ιατρός, Επιμελητής Α΄ ΤΕΠ, ΓΝ Κορίνθου
- Μπέλλος Γ.** MD, PhD, MRCP, MRCP, MEURACT, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, ΚΥ-ΠΕΔΥ Κορωπίου
- Μπιλιανού Ε.** Καρδιολόγος
- Μπούσμπουλας Σ.** Παθολόγος-Διαβητολόγος

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Μπριστιάνου Μ.** MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής, ΓΝ Λαμίας
- Μυλωνά Μ.** Παθολόγος, MD, PhD, Επιμελήτρια Β΄ ΕΣΥ, Α΄ Προπ. Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ «ΛΑΪΚΟ», Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
- Νικολάου Α.** Γεν. Ιατρός με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Ντελέζος Β.** Γενικός Ιατρός, Επιμελητής ΚΥ Σοφάδων Καρδίτσας
- Ντουράκης Σ.** Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου Εργαστηρίου της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, ΓΝΑ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ», Πρόεδρος Επιστημονικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας και Κλινικής Ηπατολογίας
- Παναγιώτου Θ.** Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών
- Παπαδοπούλου Σ.** Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Κλινική Covid 1, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Παπαζαφειροπούλου Α.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD, MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α΄, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Παππάς Σ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Πρόεδρος Ινστιτούτου Μελέτης Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα, Αντιπρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας
- Ποτηράκης Σ.** Καθηγητής, Τμήμα Ηλεκτρολόγων και Ηλεκτρονικών Μηχανικών, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής
- Ράπτης Α.** Αν. Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδη Διαβήτη, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Ρίχτερ Δ.** Καρδιολόγος, MD, FESC, FAHA, Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών
- Σαμπάν Μ.** Νοσηλεύτρια Τ.Ε. κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Ειδίκευσης στην «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» - Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (ΕΑΠ), Ειδικευμένος στην Παθολογική Νοσηλευτική, Καρδιολογική Κλινική, ΓΝ ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Σερέτη Α.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

## ΟΜΙΛΗΤΕΣ - ΠΡΟΕΔΡΟΙ - ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ

- Σιάννη Α.** MD, MSc, Παθολόγος με εξειδίκευση στον ΣΔ, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝΑ «Η ΕΛΠΙΣ»
- Σταματοπούλου Ε.** Νοσηλεύτρια MSc, Αιμοδυναμικό Εργαστήριο, Παν/μιακό ΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»
- Συμεωνίδης Α.** Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Γεν. Γραμματέας Εταιρείας Γενικής Οικογενειακής Ιατρικής Ελλάδας «ΙΠΠΟΚΡΑΤΗΣ»
- Τρικαλινού Α.** Παθολόγος με εξειδίκευση στο ΣΔ, Επιμελήτρια Διαβητολογικού – Καρδιομεταβολικού Κέντρου «METROPOLITAN HOSPITAL»
- Φαρσαλινός Κ.** MD, MPH, Καρδιολόγος, Ερευνητής Πανεπιστημίου Πατρών και Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής
- Φουστέρης Ε.** MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Ιατρικός Διευθυντής MEDOC
- Φωτιάδου-Παππά Ε.** Βιοπαθολόγος
- Χαλιώτης Γ.** Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής-Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Διδάκτωρ Ιατρικού Τμήματος Πανεπιστημίου Κρήτης, ΓΝ Χαλκίδας, Πρόεδρος ΙΣ Ευβοίας
- Χαρπίδης Κ.** Παθολόγος, Εξειδικευμένος στο Σ.Δ., Επιστ. Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Χατζηναγελάκη Ε.** Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών Νοσημάτων, Β΄ Προπ. Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας - Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Παν/μιακό ΓΝΑ «ΑΤΤΙΚΟΝ», Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου
- Χελιώτη Ε.** Νεφρολόγος, Διευθύντρια, Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»
- Χουρδάκη Ε.** Ειδική Παθολόγος - Διαβητολόγος Επιμελήτρια, Διαβητολογικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

# ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά τις εταιρείες



Μοναδικός **neuralip**<sup>TM</sup> 600  
Αντιοξειδωτικός  
Συνδυασμός  
*retard*

Βιταμίνη B6

Βιταμίνη B1

Βιταμίνη B5

Άλφα  
Λιποϊκό  
Οξύ

Βιταμίνη E

Σελήνιο

Βιοτίνη

Ψευδάργυρος

Πικολινικό Χρώμιο

Τα συμπληρώματα διατροφής δεν υποκαθιστούν την ισορροπημένη διατροφή αλλά τη συμπληρώνουν. Αρ. γνωστοποίησης ΕΟΦ Neuralip: 41027/7-6-2012. Ο αριθμός γνωστοποίησης στον ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας.

 **Medical**  
Pharmaquality

Νέα Ιδέα- Αληθινή Υπόσχεση

Εβλαίων 54, 14564 Κηφισιά, Αθήνα, τηλ.: 210 3506000, fax: 210 8079888, e-mail: info@medicalpq.gr, www.medicalpq.gr



# ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

## Οργάνωση

Ελληνικό Κολλέγιο Μεταβολικών Νοσημάτων (Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.)

Μαιάνδρου 23, 115 28 Αθήνα • [www.ekomen.net](http://www.ekomen.net)

**Δρ Α. Μελιδώνης**, Παθολόγος-Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής, Διαβητολογικό Καρδιομεταβολικό Κέντρο «METROPOLITAN HOSPITAL»

## Τόπος και χρόνος Συνεδρίου



Το **4ο Πανελλήνιο Συνέδριο «Μεταβολικά Νοσήματα 2021: Από τη θεωρία στην πράξη»** θα πραγματοποιηθεί στο Ξενοδοχείο «AKS Porto Heli» από 16 έως 18 Σεπτεμβρίου 2021.

## Γραμματεία Συνεδρίου

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

**Congress World Μονοπρόσωπη ΙΚΕ**

 Μιχαλακοπούλου 27, 115 28 Αθήνα

 210 72 10001, 210 72 10052, 210 72 10025,  210 72 10069

## Τεχνική Γραμματεία Συνεδρίου

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

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

## Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το συνέδριο αξιολογήθηκε με **20** Μόρια (Credits) αναγνωρισμένα από την Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών (EECCME-UEMS) στο πλαίσιο της Συνεχιζόμενης Ιατρικής Μεταπτυχιακής Εκπαίδευσης (ΣΙΜΕ/CME-CPD) από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο.

## Πιστοποιητικό Συμμετοχής

Πιστοποιητικό Συμμετοχής δικαιούνται όλοι οι εγγεγραμμένοι σύνεδροι, οι οποίοι θα παρακολουθήσουν τις εργασίες του Συνεδρίου. Για την παραλαβή του Μοριοδοτημένου Πιστοποιητικού Συμμετοχής, κρίνεται απαραίτητη η παρακολούθηση του 60% του συνόλου των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος.

# Ezetimibe+Atorvastatin/RAFARM

## Ezetimibe+Atorvastatin

Αίσθηση  
εμπιστοσύνης



10mg+40mg



10mg+20mg



10mg+10mg

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και αναφέρετε όλες τις ανεπιθύμητες ενέργειες για όλα τα φάρμακα συμπεριλαμβανόμενα την «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».

Λ.Τ. EZETIMIBE+ATORVASTATIN/RAFARM TAB (10+10) MG/TAB BTx30 tabs σε (κυψέλλες OPA/ALU/PVC-ALU): 45,59 €

Λ.Τ. EZETIMIBE+ATORVASTATIN/RAFARM TAB (10+20) MG/TAB BTx30 tabs σε (κυψέλλες OPA/ALU/PVC-ALU): 36,75 €

Λ.Τ. EZETIMIBE+ATORVASTATIN/RAFARM TAB (10+40) MG/TAB BTx30 tabs σε (κυψέλλες OPA/ALU/PVC-ALU): 39,73 €

RAFARM A.E.B.E. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Κορίνθου 12, 15451 Ν. Ψυχικό Τηλ.: 211 176 1000 • e-mail: info@rafarm.gr • [www.rafarm.gr](http://www.rafarm.gr)









## ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ



**ΝΟΣΗΛΕΙΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ COVID-19 ΣΕ ΚΛΙΝΙΚΕΣ**

Στυλιανή Παπαδοπούλου

*Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΤΕΠ, Πρώην Τμήμα COVID 1, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** COVID-19, είναι ένα οξύ αναπνευστικό σύνδρομο, που οφείλεται σε στέλεχος του κορονοϊού Sars Cov 2. Πρωτοεμφανίστηκε στην Κίνα, στα τέλη του 2019 και εξαπλώθηκε γρήγορα σε ολόκληρο τον κόσμο, παίρνοντας διαστάσεις πανδημίας.

**ΣΚΟΠΟΣ** της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης ήταν, να αναδείξει τον ρόλο και την ετοιμότητα των συστημάτων υγείας, ενάντια στην παγκόσμια απειλή, προσφέροντας σε όλα τα επίπεδα ιατρο-νοσηλευτική φροντίδα στους νοσούντες.

**ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ:** Αναζητήθηκε ελληνική και ξένη βιβλιογραφία, σε επιστημονικά άρθρα και περιοδικά, με λέξεις κλειδιά: COVID-19, nursing care, mental health, positive attitude.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα συστήματα υγείας, διά μέσου των επαγγελματιών υγείας, κλήθηκαν να ανταποκριθούν σε εξαιρετικά δύσκολες συνθήκες κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19. Τόσο η επείγουσα αντιμετώπιση, όσο και η πρωτοβάθμια φροντίδα και ολόκληρη η κοινωνία, δομήθηκαν κατά τέτοιο τρόπο, ώστε να εφαρμόσουν υψηλά στάνταρ, στην πρόληψη, τον περιορισμό και την εξάπλωση της νόσου.

**ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ:** Οι νοσηλευτές, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, κλήθηκαν να στηρίξουν ουσιαστικά, σε σωματικό και ψυχολογικό υπόβαθρο, τους νοσούντες και το οικείο περιβάλλον τους. Βίωσαν στρες, κατάθλιψη, άγχος και μετατραυματική διαταραχή. Περισσότερες έρευνες, υπάρχει ανάγκη να διεξαχθούν. Ο ρόλος του νοσηλευτή, ως υποκινητή της αισιοδοξίας και της θετικότητας, ως μέλος της ομάδας εργασίας, υπάρχει ανάγκη να επισημανθεί.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΛΟΓΑ GLP-1 ΣΕ ΔΕΙΚΤΕΣ ΛΙΠΩΔΟΥΣ ΔΙΗΘΗΣΗΣ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Στυλιανή Παπαντωνίου, Φιρούζα Κουρτίδου, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Μ. Γεωργόπουλος, Στυλιανή Μπακογιάννη, Σ. Αντωνόπουλος

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλων πολυκεντρικών κλινικών μελετών, η ευνοϊκή επίδραση των αναλόγων GLP-1 τόσο στον γλυκαιμικό έλεγχο όσο και σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου και στη λιπώδη διήθηση του ήπατος σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραπάνω σε δεδομένα πραγματικού κόσμου από την παρακολούθηση ασθενών με ΣΔτ2 διάρκειας ενός έτους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 189 άτομα με ΣΔτ2 (60% άνδρες, μέση ηλικίας  $64,2 \pm 10,9$  έτη και διάρκειας ΣΔτ2  $15,8 \pm 8,2$  έτη) που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματικών και κλινικών παραμέτρων τόσο κατά την έναρξη της αγωγής με ανάλογο GLP-1 όσο και ένα έτος μετά. Η εκτίμηση της παρουσίας λιπώδους διήθησης του ήπατος έγινε με τον δείκτη Fibrosis-4 score.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα άτομα της μελέτης, εκτός του αναλόγου GLP-1, ελάμβαναν μετφορμίνη (87,8%), σουλφονουλουρία (24,9%), αναστολείς SGLT2 (28,4%) και βασική ινσουλίνη (64%). Αρτηριακή υπέρταση είχε το 81,4%, δυσλιπιδαιμία το 80,9%, χρόνια νεφρική νόσο το 16,5%, στεφανιαία νόσο το 22,9%, καρδιακή ανεπάρκεια το 12,1%, ιστορικό ΑΕΕ το 1,6% και περιφερική αγγειακή νόσο το 18,1%, αμφιβληστροειδοπάθεια (15,4%) και περιφερική νευροπάθεια (8%). Η θεραπεία με ανάλογο GLP-1 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c ( $8,1 \pm 1,6$  έναντι  $7,5 \pm 1,4\%$ ,  $P=0,05$ ) του σωματικού βάρους ( $97,6 \pm 22,7$  έναντι  $96,5 \pm 22,3$  Kg,  $P<0,001$ ), της ολικής χοληστερόλης ( $176,1 \pm 44,4$  έναντι  $161,2 \pm 38,1$  mg/dL,  $P<0,001$ ) και της LDL-χοληστερόλης ( $101,8 \pm 60,9$  έναντι  $90,7 \pm 38,2$  mg/dL,  $P=0,01$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα της συστολικής και διαστολικής πίεσης, των τριγλυκεριδίων και της HDL-χοληστερόλης, των τρανσαμινασών, της αιμοσφαιρίνης, του δείκτη σπειραματικής διήθησης και του ουρικού οξέος. Τέλος, παρατηρήθηκε βελτίωση του δείκτη Fibrosis-4 score ( $1,9 \pm 0,7$  έναντι  $1,3 \pm 0,3\%$ ,  $P=0,09$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η θεραπεία με ανάλογο GLP-1 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c, του σωματικού βάρους, της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης και ήταν καλά ανεκτή από τους ασθενείς, ευρήματα που επιβεβαιώνονται από τη διεθνή βιβλιογραφία. Τέλος, παρατηρήθηκε τάση για βελτίωση δεικτών λιπώδους διήθησης του ήπατος στους ασθενείς της μελέτης.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλογλου, Μαρία Μπουρίκου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Βασίλειος Κορδίνας, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος  
*Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) συχνά παρουσιάζουν συνοδά καρδιαγγειακά νοσήματα τα οποία μπορούν να επηρεάσουν ακόμα και τον βαθμό γλυκαιμικής ρύθμισης.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης η διερεύνηση της παρουσίας καρδιαγγειακών νοσημάτων στην ποιότητα ζωής και την παρουσία κατάθλιψης σε άτομα με ΣΔτ2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 158 ασθενείς τρίτης και τέταρτης ηλικίας (56,4% άνδρες) με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών χαρακτηριστικών, του επιπέδου ρύθμισης, συνοδών καρδιαγγειακών νοσημάτων, της ποιότητας ζωής με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου SF-12 καθώς και της παρουσίας κατάθλιψης με το ερωτηματολόγιο PHQ-9.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους 158 ασθενείς της μελέτης ηλικίας  $74,68 \pm 8,64$ , 88% παρουσίαζαν αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ) υπό αγωγή, 78% υπερλιπιδαιμία, 36,4% ήταν καπνιστές και 46% ήταν παχύσαρκοι. Από τους υπό εξέταση συνδυασμούς καρδιαγγειακών παραγόντων αυτός ο οποίος παρουσίασε στατιστικά σημαντική επίδραση ήταν η συνύπαρξη παχυσαρκίας και ΑΥ. Τα άτομα με ΑΥ και παχυσαρκία παρουσίαζαν στατιστικά σημαντικές διαφορές τόσο ως προς την ψυχική συνιστώσα (51,8 vs 54,2,  $p=0,024$ ), όσο και ως προς τη σωματική συνιστώσα (41,4 vs 48,9,  $p=0,010$ ) του ερωτηματολογίου ποιότητας ζωής. Υψηλότερος βαθμός κατάθλιψης σύμφωνα με τη βαθμολογία του PHQ-9 στα άτομα με παχυσαρκία και ΑΥ (5,9 vs 2,8,  $p=0,028$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι καρδιαγγειακοί παράγοντες στα άτομα με ΣΔτ2 επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα ζωής καθώς και την παρουσία κατάθλιψης. Η συνύπαρξη αρτηριακής υπέρτασης και παχυσαρκίας αποτελεί τον συνδυασμό με τη μεγαλύτερη επίδραση.



**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΚΡΙΒΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΝΑΛΗΨΙΜΟΤΗΤΑΣ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Φιρούζα Κουρτίδου,  
Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη,  
Μ. Γεωργόπουλος, Κ. Αννούσης, Στυλιανή Μπακογιάννη, Σ. Αντωνόπουλος

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι η χρήση της συνεχούς καταγραφής στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΔτ1. Ο δείκτης διαχείρισης γλυκόζης αποτελεί ένα μέτρο εκτίμησης του γλυκαιμικού ελέγχου για το διάστημα των 14 ημερών χρήσης του αισθητήρα FreeStyle Libre. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση της ακρίβειας και της επαναληψιμότητας του δείκτη διαχείρισης γλυκόζης για την εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου σε άτομα με ΣΔτ1.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 53 άτομα με ΣΔτ1 (43% άνδρες, μέσης ηλικίας  $56,2 \pm 7,9$  έτη, διάρκειας ΣΔτ1  $56,2 \pm 7,9$  έτη και δείκτη μάζας σώματος  $28,6 \pm 6,7$  Kg/m<sup>2</sup>) που παρακολουθούνται στο Ιατρείο ΣΔ τύπου 1 του νοσοκομείου μας. Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης καταγράφηκε ο δείκτης διαχείρισης γλυκόζης από την ανάλυση του προφίλ διακύμανσης γλυκόζης του FreeStyle Libre view και έγινε ταυτόχρονη μέτρηση της HbA1c.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή της HbA1c ήταν  $7,6 \pm 1,5$  και του δείκτη διαχείρισης γλυκόζης  $7,9 \pm 1,6\%$ . Η ανάλυση receiver operating characteristic curve (ROC) με όριο την τιμή HbA1c 7% έδειξε ότι ο δείκτης διαχείρισης γλυκόζης για τιμή 6,8% παρουσιάζει ευαισθησία 95% και ειδικότητα 73%. Για τιμή 7,3% παρουσιάζει ευαισθησία 95% και ειδικότητα 58% και για τιμή 8,2% παρουσιάζει ευαισθησία 95% και ειδικότητα 90%. Οι αντίστοιχες τιμές για τον δείκτη time in Range (TIR) ήταν για τιμή 50 ευαισθησία 85% και ειδικότητα 64% και για τιμή 65 ευαισθησία 90% και ειδικότητα 77% και για τιμή 70 ευαισθησία 95% και ειδικότητα 89%.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι ο δείκτης διαχείρισης γλυκόζης από την ανάλυση του προφίλ διακύμανσης γλυκόζης του FreeStyle Libre view παρουσιάζει καλή ευαισθησία και ειδικότητα και μπορεί να αποτελέσει μέτρο του γλυκαιμικού ελέγχου.

**ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΠΟΙΟΤΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΧΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΑΓΛΙΦΛΟΖΙΝΗΣ ΣΤΟ ΔΕΥΤΕΡΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΒΗΜΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Μαρία Μπουρίκου, Δήμητρα Ραγιά,  
Βασιλική Χατζηβασίλογλου, Έλενα Κεραμιδά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

*Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης στον γλυκαιμικό έλεγχο, στους παράγοντες του καρδιομεταβολικού και καρδιαγγειακού κινδύνου έχει αποδειχθεί από τα αποτελέσματα της μελέτης EMPAREG-OUTCOME.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός αυτής της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποιοτικής επίδρασης της εμπαγλιφλοζίνης ως επιλογή δεύτερου θεραπευτικού βήματος σε σχέση με άλλα αντιδιαβητικά χάπια.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** 328 ασθενείς επιλέχθηκαν για αυτή τη μελέτη. 108 ασθενείς έλαβαν εμπαγλιφλοζίνη, 112 βιλνταγλιπτίνη και 98 γλιμεπιρίδη. Επίσης και οι τρεις ομάδες ελάμβαναν μετφορμίνη. Μετά από τρεις και έξι μήνες αξιολογήθηκαν ο γλυκαιμικός έλεγχος (HbA1c), η συμμόρφωση των ασθενών στη θεραπεία (μέσω του ερωτηματολογίου Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire), η ποιότητα ζωής (SF-12) και η αυτοεκτίμηση (Rosenberg self-esteem scale).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν υπήρξε διαφοροποίηση μεταξύ των τριών ομάδων στην αρχή της μελέτης για την HbA1c ( $p=0,225$ ), τη διάρκεια του διαβήτη ( $p=0,264$ ), το σωματικό βάρος ( $p=0,441$ ), την αρτηριακή πίεση ( $p=0,218$ ) και την LDL-c ( $p=0,145$ ). Η ομάδα που ελάμβανε εμπαγλιφλοζίνη παρουσίασε μεγαλύτερο βαθμό συμμόρφωσης σε σχέση με τις άλλες δύο ομάδες ( $p=0,021$ ) και σημαντικό βαθμό βελτίωσης της ποιότητας ζωής σύμφωνα με την SF-12 ( $p=0,021$ ) [στο κομμάτι της ψυχικής υγείας ( $p=0,028$ ) αλλά και της φυσικής υγείας ( $p=0,010$ )]. Δεν υπήρξε βελτίωση στην SF-12 για την ομάδα της βιλνταγλιπτίνης ( $p=0,068$ ) ενώ υπήρξε ελάττωση του σκορ της SF-12 για την ομάδα της γλιμεπιρίδης. Η ομάδα της εμπαγλιφλοζίνης πέτυχε σημαντική βελτίωση της αυτοεκτίμησης σύμφωνα με την κλίμακα Rosenberg ( $p=0,036$ ) αντίθετα με τις άλλες ομάδες. Η θετική ποιοτική επίδραση της εμπαγλιφλοζίνης επιτεύχθηκε μετά το πρώτο τρίμηνο και βελτιώθηκε στο τέλος των έξι μηνών.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση της εμπαγλιφλοζίνης ως δεύτερης γραμμής θεραπεία έχει σημαντική ποιοτική επίδραση στη θεραπεία των ασθενών. Οι ασθενείς που λαμβάνουν εμπαγλιφλοζίνη παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση στην ποιότητα ζωής, στη θεραπευτική συμμόρφωση και αυτοεκτίμηση ήδη μετά από τρεις μήνες θεραπείας και αυτή η επίδραση βελτιώνεται ακόμη περισσότερο μετά από έξι μήνες.

**ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ SGLT2 ΣΕ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Φιρούζα Κουρτίδου, Στυλιανή Παπαντωνίου, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Κ. Αννούσης, Στυλιανή Μπακογιάννη, Σ. Αντωνόπουλος

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστή, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μεγάλων πολυκεντρικών κλινικών μελετών, η ευνοϊκή επίδραση των αναστολέων SGLT2 τόσο στον γλυκαιμικό έλεγχο όσο και σε παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση των παραπάνω σε δεδομένα πραγματικού κόσμου από την παρακολούθηση ασθενών με ΣΔτ2 διάρκειας ενός έτους.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 125 άτομα με ΣΔτ2 (66% άνδρες, μέση ηλικίας  $64,6 \pm 9,2$  έτη και διάρκειας ΣΔτ2  $13,8 \pm 7,8$  έτη) που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματικών και κλινικών παραμέτρων τόσο κατά την έναρξη της αγωγής με αναστολέα SGLT2 όσο και ένα έτος μετά. Η εκτίμηση της παρουσίας λιπώδους διήθησης του ήπατος έγινε με τον δείκτη Fibrosis-4 score.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα άτομα της μελέτης, εκτός του αναστολέα SGLT2, ελάμβαναν μετοφορμίνη (92,7%), σουλφονουρία (28,2%), ανάλογο GLP-1 (43,2%), αναστολέα DPP-4 (39,5%) και βασική ινσουλίνη (36,3%). Αρτηριακή υπέρταση είχε το 82%, δυσλιπιδαιμία το 80,3%, χρόνια νεφρική νόσο το 13,9%, στεφανιαία νόσο το 22,1%, καρδιακή ανεπάρκεια το 14,8%, ιστορικό ΑΕΕ το 3,3% και περιφερική αγγειακή νόσο το 13,1%, αμφιβληστροειδοπάθεια (11,5%) και περιφερική νευροπάθεια (8,2%). Η θεραπεία, διάρκειας ενός έτους, με αναστολέα SGLT2 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c ( $8,0 \pm 1,5$  έναντι  $7,3 \pm 1,3\%$ ,  $P < 0,001$ ), του σωματικού βάρους ( $94,1 \pm 21,69$  έναντι  $91,9 \pm 20,1$  Kg,  $P = 0,02$ ), της ολικής χοληστερόλης ( $177,4 \pm 42,5$  έναντι  $161,3 \pm 36,1$  mg/dL,  $P = 0,001$ ) και της LDL-χοληστερόλης ( $104,8 \pm 66,1$  έναντι  $87,2 \pm 35,4$  mg/dL,  $P = 0,02$ ), των τριγλυκεριδίων ( $191,8 \pm 31,0$  έναντι  $165,8 \pm 35,2$  mg/dL,  $P = 0,04$ ) και του ουρικού οξέος ( $5,7 \pm 0,2$  έναντι  $5,2 \pm 0,2$  mg/dL,  $P = 0,004$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τα επίπεδα της συστολικής και διαστολικής πίεσης, της HDL-χοληστερόλης, της αιμοσφαιρίνης, και του δείκτη σπειραματικής διήθησης. Τέλος, παρατηρήθηκε βελτίωση του δείκτη Fibrosis-4 score ( $2,7 \pm 0,9$  έναντι  $1,3 \pm 0,7\%$ ,  $P = 0,004$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα των μελετών η θεραπεία με αναστολέα SGLT2 είχε ως αποτέλεσμα σημαντική μείωση της HbA1c, του σωματικού βάρους, της ολικής χοληστερόλης και της LDL-χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων και του ουρικού οξέος και ήταν καλά ανεκτή από τους ασθενείς. Τέλος, παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση του δείκτη Fibrosis-4 score.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΝΤΟΥΛΑΓΛΟΥΤΙΔΗΣ ΣΤΟΝ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΛΕΓΧΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΥΠΟ ΑΓΩΓΗ ΜΕ ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Μαρία Μπουρίκου, Βασίλειος Κορδίνας, Δήμητρα Ραγιά, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αλέξιος Σωτηρόπουλος

*Γ΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Συχνά οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) ακολουθούν φαρμακευτική αγωγή με συνδυασμό δισκίων και ενέσιμων παραγόντων. Η Λιραγλουτίδη και η Ντουλαγλουτίδη είναι οι πιο δημοφιλείς μακράς δράσης GLP-1 αγωνιστές με τη Ντουλαγλουτίδη. Σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση της ποσοτικής και ποιοτικής επίδρασης της Ντουλαγλουτίδης σε άτομα τα οποία βρίσκονταν υπό αγωγή με Λιραγλουτίδη ανεξάρτητα από τη γλυκαιμική τους ρύθμιση.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 168 ασθενείς (ηλικίας  $56,65 \pm 8,43$  έτη) υπό αγωγή με λιραγλουτίδη στους και έγινε μετάταξη τους σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη σε ασθενείς με  $HbA1c < 7\%$  (Ομάδα Α) και σε ασθενείς με  $HbA1c > 7\%$  (Ομάδα Β). Οι ασθενείς ελάμβαναν την ίδια αγωγή για τουλάχιστον 6 μήνες. Έγινε καταγραφή παραμέτρων γλυκαιμικής ρύθμισης ( $HbA1c$ , γλυκόζη νηστείας) καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου (σωματικό βάρος (ΣΒ), περίμετρος μέσης (ΠΜ), αρτηριακής πίεσης και λιπιδαιμικών παραγόντων). Αξιολογήθηκε η ικανοποίηση από τη θεραπεία με το ερωτηματολόγιο DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire), η συμμόρφωση (Morisky 8-Item Medication Adherence Questionnaire) και η ποιότητα ζωής (SF-12). Η περίοδος παρακολούθησης ήταν  $24 \pm 2$  εβδομάδες με αξιολόγηση και στις  $12 \pm 2$  εβδομάδες.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση της  $HbA1c$  στην Ομάδα Β στους 3 μήνες και 6 μήνες παρακολούθησης ( $7,85 \pm 0,91$  vs  $7,07 \pm 0,96$  vs  $6,72 \pm 0,78$ ,  $p=0,001$ ) αλλά και στην Ομάδα Α ( $6,52 \pm 0,82$  vs  $6,39 \pm 0,93$  vs  $6,28 \pm 0,75$ ,  $p=0,044$ ). Διαπιστώθηκε μείωση του σωματικού βάρους στην Ομάδα Β ( $110,54 \pm 19,18$  vs  $107,78 \pm 22,59$  vs  $106,41 \pm 23,84$ ,  $p=0,039$ ), ενώ η μείωση στην Ομάδα Α δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $98,44 \pm 19,23$  vs  $96,56 \pm 22,47$  vs  $96,22 \pm 23,45$ ,  $p=0,247$ ). Δεν διαπιστώθηκε επίδραση στη συστολική ΑΠ στην Ομάδα Α ( $p=0,465$ ) και στην Ομάδα Β ( $p=0,664$ ). Ανάλογα τα αποτελέσματα και για τη διαστολική ΑΠ στην Ομάδα Α ( $p=0,674$ ) και Β ( $p=0,593$ ). Η ικανοποίηση από τη θεραπεία σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο DTSQ βελτιώθηκε για την Ομάδα Α ( $p=0,040$ ) και για την Ομάδα Β ( $p=0,018$ ) με σημαντικότερη βελτίωση για την Ομάδα Β. Μεγαλύτερος βαθμός συμμόρφωσης σε σύγκριση με την έναρξη της μελέτης διαπιστώθηκε και για την Ομάδα Α ( $p=0,042$ ) και για την Ομάδα Β ( $p=0,028$ ) ενώ διαπιστώθηκε και βελτίωση της ποιότητας ζωής σύμφωνα με τα αποτελέσματα της SF-12 για την Ομάδα Α ( $p=0,044$ ) και για την Ομάδα Β ( $p=0,021$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μετάταξη από αγωγή με Λιραγλουτίδη 1,2 mg σε αγωγή με Ντουλαγλουτίδη 1,8 mg οδηγεί σε μείωση της  $HbA1c$  ακόμα και σε ασθενείς με  $HbA1c < 7\%$  και σε μείωση του σωματικού βάρους σε άτομα τα οποία δεν έχουν καλή γλυκαιμική ρύθμιση. Οι ασθενείς υπό αγωγή με Ντουλαγλουτίδη έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπευτική τους προσέγγιση, καλύτερη συμμόρφωση και καλύτερη ποιότητα ζωής.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΜΕ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΚΛΑΣ-  
ΣΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

A.N. Τρικκαλινού<sup>1</sup>, Γ. Ψαλτήρας<sup>2</sup>, Αθ. Παπαζαφειροπούλου<sup>3</sup>, Γ. Κολοβού<sup>2</sup>,  
Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Metropolitan Hospital, <sup>2</sup> Μονάδα Λιπιδίων και Προληπτικής Καρδιολογίας, Καρδιομεταβολικό Κέντρο, Metropolitan Hospital, <sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»*

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Η δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας αποτελεί μεγάλο πρόβλημα για μεγάλο ποσοστό των διαβητικών ασθενών που δυνητικά μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια που μαζί με τη χρόνια νεφρική νόσο αποτελούν τις πιο πρώιμες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Η καρδιακή ανεπάρκεια αποτελεί αναδυόμενη απειλή για τους ασθενείς με διαβήτη, η οποία μελετάται ολοένα και περισσότερο, ενώ αναζητούνται τρόποι αποτελεσματικής διαχείρισής της. Στη μελέτη αυτή επιχειρείται ο συσχετισμός της διαστολικής δυσλειτουργίας της αριστεράς κοιλιάς και η συνολική της απόδοση (όπως αυτές απεικονίζονται σε μετρήσεις της καρδιακής λειτουργίας στο υπερηχογράφημα της καρδιάς που απεικονίζουν τη συστολική λειτουργία αυτής, τη διαστολική λειτουργία αυτής και τη συνολική της απόδοση) με τη διάρκεια του διαβήτη, τη λαμβανόμενη αντιδιαβητική αγωγή καθώς και με την ύπαρξη μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών.

Στη μελέτη συμμετείχαν 107 άτομα με ΣΔτ2 (54% άνδρες, μέσης ηλικίας  $64,5 \pm 14,4$  έτη και διάρκειας ΣΔτ2  $13,6 \pm 8,3$  έτη, δείκτη μάζας σώματος  $30,0 \pm 6,4$  Kg/m<sup>2</sup>) που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό και Καρδιομεταβολικό Κέντρο του Metropolitan Hospital.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τα άτομα της μελέτης, το 70,4% ελάμβανε μετφορμίνη, το 18,5% σουλφονουλουρία, το 32,4% αναστολείς SGLT2, το 43,4% αναστολείς DPP-4, το 17,6% ανάλογα GLP-1, και το 34,3% βασική ινσουλίνη. Αρτηριακή υπέρταση είχε το 46,3%, δυσλιπιδαιμία το 43,5%, χρόνια νεφρική νόσο το 2,8%, στεφανιαία νόσο το 2,8%, ιστορικό ΑΕΕ το 4,6% και περιφερική αγγειακή νόσο το 0,9%, και αμφιβλοπρωτεϊδοπάθεια το 2,8%. Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης, μετά από διόρθωση ως προς το φύλο, την HbA1c, τη θεραπεία με ινσουλίνη/δισκία, τη διαβητική νεφροπάθεια, το ΑΕΕ και τη στεφανιαία νόσο, έδειξε ότι Ε/Α΄ σχετιζόταν θετικά με το BMI ( $P=0,029$ ), τη διάρκεια του ΣΔ ( $P=0,001$ ), το κάπνισμα ( $P=0,035$ ), την παρουσία υπέρτασης ( $P=0,006$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η διαστολική δυσλειτουργία της αριστεράς κοιλίας συσχετίστηκε θετικά με τον δείκτη μάζας σώματος τη διάρκεια του διαβήτη το κάπνισμα και την παρουσία υπέρτασης σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2.

**ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΜΕ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ**

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Φιρούζα Κουρτίδου,  
Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη,  
Μ. Γεωργόπουλος, Κ. Αννούσης, Στυλιανή Μπακογιάννη, Σ. Αντωνόπουλος

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι η χρήση των νέων τεχνολογιών, αντλία ινσουλίνης και συνεχής καταγραφή, στον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1) έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΔτ1. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση των χαρακτηριστικών και του γλυκαιμιού ελέγχου σε άτομα με ΣΔτ1 σε σχέση με τη χρήση αντλίας ινσουλίνης και συνεχούς καταγραφής [Continuous Glucose Monitoring (CGM) και FreeStyle Libre].

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 98 άτομα με ΣΔτ1 (48% άνδρες, μέσης ηλικίας  $58,8 \pm 9,7$  έτη) που παρακολουθούνται στο Ιατρείο ΣΔ τύπου 1 του νοσοκομείου μας. Από τους ασθενείς της μελέτης αντλία ινσουλίνης είχε το 48,9%, CGM το 24,5% και FreeStyle Libre το 35,5%. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματικών και κλινικών παραμέτρων.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των ατόμων με αντλία ινσουλίνης και αυτών χωρίς όσον αφορά τη HbA1c ( $7,4 \pm 1,2$  έναντι  $7,9 \pm 1,6\%$ ,  $P=0,19$ ), τον δείκτη μάζας σώματος ( $28,6 \pm 6,7$  έναντι  $27,6 \pm 5,4$  Kg/m<sup>2</sup>,  $P=0,52$ ) και την ηλικία ( $50,8 \pm 15,2$  έναντι  $65,1 \pm 12,6$  έτη,  $P=0,47$ ). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον επιπολασμό των μακρο- και μικροαγγειακών επιπλοκών μεταξύ των ατόμων με έναντι εκείνων χωρίς αντλία ινσουλίνης. Όμοια, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά όσον αφορά τον γλυκαιμικό έλεγχο μεταξύ των ατόμων που χρησιμοποιούσαν CGM έναντι εκείνων που χρησιμοποιούσαν τον κλασικό αυτοέλεγχο (τρύπημα του δακτύλου): HbA1c  $7,6 \pm 1,5$  έναντι  $7,8 \pm 1,5\%$ ,  $P=0,43$ .

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης έδειξαν ότι στο δείγμα των ατόμων με ΣΔτ1 που εντάχθηκαν δεν παρουσιάζει σημαντική διαφορά όσον αφορά τον γλυκαιμικό έλεγχο σε σχέση με τη χρήση αντλίας ινσουλίνης και συνεχούς καταγραφής.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΥΣΤΗΡΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΝΟΙΑ**

Αλεξάνδρα Σιάννη<sup>1</sup>, Ασημίνα Γανωτοπούλου<sup>2</sup>, Ηρακλής Λέφας<sup>1</sup>,  
Ευαγγελία Μουγγαράκη<sup>1</sup>, Κωνσταντίνος Τεντολούρης<sup>1</sup>, Στυλιανή Μιχαλίδου<sup>1</sup>,  
Νίκος Νταβιώτης<sup>1</sup>, Νίκος Φυτράκης<sup>1</sup>, Δημήτριος Σακκάς<sup>1</sup>, Δημήτριος Συρίγος<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο ΓΝΑ «Ελπίς», <sup>2</sup>Ιδιώτης Παθολόγος-Διαβητολόγος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Οι στόχοι του γλυκαιμικού ελέγχου μεταβάλλονται στους ηλικιωμένους αναφορικά με το επίπεδο των γνωσιακών λειτουργιών. Παρόλα αυτά, οι συστάσεις του γλυκαιμικού ελέγχου διαφέρουν ανάλογα με τις ενδείξεις. Για παράδειγμα, οι IDF και ADA θέτουν διαφορετικό κατώτερο φυσιολογικό όριο για την HbA1c. Επίσης, δεν υπάρχει κοινή συμφωνία για τη θεραπεία διαβητικών ασθενών με άνοια.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Υπολογίσαμε αναδρομικά τη σχέση μεταξύ θεραπείας ΣΔ και επίπεδο γνωστικών λειτουργιών 308 ασθενών ηλικίας μεγαλύτερης των ετών που προσήλθαν στο νοσοκομείο μας σε διάστημα 18 μηνών. Η HbA1c, τα επίπεδα γλυκόζης αίματος και η θεραπεία αποκτήθηκαν από το ιστορικό. Η γνωσιακή λειτουργία εκτιμήθηκε με DASC-21 score. Οι ασθενείς τοποθετήθηκαν σε 3 κατηγορίες αναφορικά με το επίπεδο των γνωστικών λειτουργιών (I: φυσιολογική λειτουργία, II ήπιας μορφής άνοια, III μέτριας και σοβαρής μορφής άνοιας) και σε 2 κατηγορίες αναφορικά με τη θεραπεία τους (A: χρήση ινσουλίνης, σουλφονουλουρίας ή μεγλιτινίδης και B: μη χρήση των παραπάνω φαρμάκων).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα άτομα που ανήκαν σε κάθε ομάδα ήταν: IA: 69, IB: 181, IIA: 6, IIB: 33, IIIA: 3 και IIIB: 16. Το ποσοστό των ασθενών των οποίων η HbA1c ήταν χαμηλότερη από το κατώτερο όριο ήταν υψηλότερο στην IIIB σε σχέση με την IIB (43,8% έναντι 19,7%,  $p < 0,05$ ). Το ποσοστό των ασθενών που εμφάνισαν υπογλυκαιμία τον τελευταίο μήνα ήταν υψηλότερο στην IIIB σε σχέση με την IIB (28,1% έναντι 18,2%,  $p < 0,05$ ). Στην ομάδα IIIB υπήρχαν περισσότερα επεισόδια υπογλυκαιμίας στους ασθενείς με HbA1c υψηλότερη από το κατώτερο όριο σε σχέση με αυτούς των οποίων η HbA1c ήταν χαμηλότερη από το κατώτερο όριο (38,9% έναντι 14,3%,  $p < 0,05$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η έρευνα δείχνει πως η επιδείνωση των γνωστικών λειτουργιών αυξάνει τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας. Αυτό το αποτέλεσμα προτείνει ότι ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας δεν πρέπει να εκτιμάται μόνο με την HbA1c σε ηλικιωμένους ασθενείς με άνοια.

**ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΚΑΙ ΑΣΚΗΣΗΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Αλεξάνδρα Γκουγκούτσι, Έλενα Κεραμιδά, Δήμητρα Ραγιά, Αλέξης Σωτηρόπουλος

*Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η Μεσογειακή διατροφή καθώς και η άσκηση αποτελούν παράγοντες οι οποίοι συμβάλουν σημαντικά στο επίπεδο ρύθμισης του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση και ο καθορισμός των παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμόρφωση σε πρόγραμμα Μεσογειακής διατροφής καθώς και στο επίπεδο άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα με ΣΔτ2.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 322 άτομα (άνδρες) τρίτης και τέταρτης ηλικίας με ΣΔτ2. Έγινε καταγραφή των σωματομετρικών παραγόντων, των κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων, της διάρκειας του ΣΔτ2, της τρέχουσας φαρμακευτικής αγωγής καθώς και των συνοδών νοσημάτων. Ο βαθμός συμμόρφωσης με τη Μεσογειακή διατροφή εκτιμήθηκε με το MedDiet Score, ενώ αυτός της άσκησης με ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο 7 ερωτήσεων (International Physical Activity Questionnaire).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Ο δείκτης μάζας σώματος (ΔΜΣ) των ατόμων της μελέτης ήταν  $30,09 \pm 4,58 \text{ kg/m}^2$  και η διάρκεια του ΣΔτ2  $18,4 \pm 8,9$  έτη. Το MedDiet Score ήταν  $33,79 \pm 3,75$  με τις γυναίκες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές από τους άνδρες ( $p=0,046$ ), ενώ και στην άσκηση οι γυναίκες παρουσίασαν και πάλι υψηλότερες τιμές ( $p=0,041$ ). Αρνητική συσχέτιση με το MedDiet Score διαπιστώθηκε με την ηλικία ( $p=0,044$ ), το οικονομικό επίπεδο ( $p=0,033$ ), και την οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,028$ ). Οι παράγοντες οι οποίοι διαπιστώθηκε ότι σχετίζονται αρνητικά με το επίπεδο της άσκησης ήταν συννοδά καρδιαγγειακά νοσήματα ( $p=0,033$ ), η οικογενειακή κατάσταση ( $p=0,026$ ) και η παχυσαρκία ( $p=0,042$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το επίπεδο συμμόρφωσης με τις οδηγίες Μεσογειακής διατροφής και άσκησης σε ηλικιωμένα άτομα επηρεάζονται σημαντικά από πλειάδα κοινωνικο-οικονομικών παραγόντων οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω κοινωνικής μέριμνας. Η διαχείριση τους θα συμβάλλει στο επίπεδο ρύθμισης και στην αποφυγή επιπλοκών.



**ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ευγενία Γιάννου<sup>1</sup>, Υβόννη Δημουλά<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ποδολόγος - Footcenter Κέντρο Ποδολογίας Ποδοθεραπείας Αθήνα, <sup>2</sup>Υβόννη Δημουλά Ιατρός Ενδοκρινολόγος Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Το έλκος διαβητικού ποδιού είναι μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ). Τα έλκη εμφανίζονται συχνότερα σε άτομα που έχουν δύο η περισσότερους παράγοντες κινδύνου (Διαβητική Νευροπάθεια, Περιφερική Αγγειοπάθεια, Κάπνισμα Διαβητική νεφροπάθεια, Διαβητική Αμφιβληστροειδοπάθεια και κακή ρύθμιση του σακχάρου). Δημιουργούνται συνήθως στις περιοχές πίεσης και βασικό ρόλο στην πρόληψη και την επούλωση τους παίζουν η αποφόρτιση και η σωστή επιλογή υποδημάτων.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Διαβητική ασθενής 75 ετών που παρακολουθείται σε ιδιωτικό Ενδοκρινολογικό Ιατρείο εμφάνισε νευροπαθητικό έλκος στην πελματιαία επιφάνεια του 5ου μεταταρσίου του δεξιού ποδιού. Παραπέμφθηκε σε Ποδολογικό Κέντρο για εκτίμηση και καθαρισμό του έλκους. Η ασθενής λαμβάνει αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και παρουσιάζει HbA1c:  $7,0 \pm 1,2\%$ , διάρκεια ΣΔτ2:  $15,7 \pm 9,1$  έτη, ενώ έχει ιστορικό υπέρτασης και καρδιοπάθειας.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Στην ασθενή έγινε χειρουργικός καθαρισμός του έλκους, ελήφθη καλλιέργεια στην οποία εντοπίστηκε *staphylococcus aureus*, χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή και συνεστήθη καθημερινός καθαρισμός με οκτενιδίνη καθώς και χρήση επιθεμάτων αλγινικού ασβεστίου και αφρωδών για την απορρόφηση του εξιδρώματος.

Παρόλο που οι κατευθυντήριες οδηγίες του International Working Group of Diabetic Foot (IWGDF) δίνουν διαφορετικές οδηγίες για την αποφόρτιση των ελκών, η ασθενής δεν συμμορφωνόταν σε οποιοδήποτε άλλο μέσο πλην του ορθωτικού και των ειδικών υποδημάτων. Έγινε εμβιομηχανική εκτίμηση καθώς και πελματογραφία η οποία ανέδειξε ραιβό οπίσθιο πόδα, λήφθηκε αποτύπωμα του ποδιού με αφρώδες υλικό κατασκευάστηκαν ορθωτικά πέλματα και χορηγήθηκαν θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη. Τέσσερις εβδομάδες αργότερα το έλκος είχε πλήρως επούλωθεί και κατασκευάστηκε εκ νέου ορθωτικό πέλμα για την υποστήριξη και την πρόληψη επανεξέλκωσης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς με διαβητική νευροπάθεια και εμβιομηχανικές βλάβες άκρου ποδός διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης έλκους στα σημεία υψηλής μηχανικής πίεσης. Η αποφόρτιση και η χρήση θεραπευτικών υποδημάτων είναι επιβεβλημένη στην πρόληψη και αποτροπή εμφάνισης διαβητικού έλκους.

**Η ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΑ ΤΗΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑΣ ΚΟΙΛΙΑΣ ΔΕΝ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΕΝΤΑΞΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΥΨΗΛΟΥ Η΄ ΠΟΛΥ ΥΨΗΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ**

A.N. Τρικκαλινού<sup>1</sup>, Εμ. Χουρδάκη<sup>1</sup>, Γ. Ψαλτήρας<sup>2</sup>, Γ. Κολοβού<sup>2</sup>,  
Αθ. Παπαζαφειροπούλου<sup>3</sup>, Α. Μελιδώνης<sup>1</sup>

*<sup>1</sup> Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>2</sup> Μονάδα λιπιδίων και Προληπτικής Καρδιολογίας, Καρδιομεταβολικό κέντρο Metropolitan Hospital, <sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό κέντρο ΓΝΠ «Τζάνειο»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Στις πρόσφατες κατευθυντήριες οδηγίες ADA 2021 μυοκαρδιοπάθεια της αριστεράς κοιλίας θεωρείται ως κριτήριο ένταξης ατόμων με ΣΔ στην κατηγορία υψηλού κινδύνου που αντιμετωπίζεται παρόμοια με την κατηγορία της εγκατεστημένης καρδιαγγειακής νόσου.

Με την παρούσα μελέτη διερευνούμε εάν η LVH μπορεί να είναι ασφαλές κριτήριο ένταξης των ασθενών στην ως άνω κατηγορία (υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 94 άτομα με ΣΔτ2 (54% άνδρες, μέσης ηλικίας 63,8±14,5 έτη και διάρκειας ΣΔτ2 13,3±8,6 έτη, δείκτη μάζας σώματος 30,5±6,7 Kg/m<sup>2</sup>) που παρακολουθούνται στο Διαβητολογικό-Καρδιομεταβολικό Κέντρο του Metropolitan Hospital. Σε όλους τους ασθενείς έγινε καταγραφή σωματικών και κλινικών παραμέτρων και υπολογίσθηκε ο λόγος ΜΚΔ+ΟΤΑΚ προς ΤΔΔΑΚ ως απόλυτα καθιερωμένος δείκτης στη διερεύνηση της υπερτροφίας της αριστεράς κοιλίας, με μεγάλη ευαισθησία στην αλλαγή της γεωμετρίας και πλεονέκτημα ότι ανιχνεύει και τη συγκεντρική αναδιαμόρφωση.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής εξάρτησης, μετά από διόρθωση ως προς το φύλο, τη διάρκεια του ΣΔ, την HbA1c, τη θεραπεία με ινσουλίνη/δισκία, την αρτηριακή υπέρταση και τη στεφανιαία νόσο, έδειξε ότι η LVH σχετιζόταν θετικά με την κατηγορία του πολύ υψηλού κινδύνου σύμφωνα με τις Ευρωπαϊκές Κατευθυντήριες Οδηγίες (P=0,032), την ηλικία (P=0,031), τον δείκτη μάζας σώματος (P=0,032), την παρουσία δυσλιπιδαιμίας (P=0,041) και αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου (P=0,023). Δεν παρατηρήθηκε ανάλογη συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας πολύ υψηλού κινδύνου σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της ΕΔΕ και της LVH.

Δεν παρατηρήθηκε ανάλογη συσχέτιση μεταξύ της κατηγορίας υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου σύμφωνα με τις Κατευθυντήριες Οδηγίες της ΕΔΕ και της LVH.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η μυοκαρδιοπάθεια αριστεράς κοιλίας δεν αποτελεί κριτήριο ένταξης των ασθενών στην κατηγορία υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου σύμφωνα με την κατηγοριοποίηση κινδύνου της ΕΔΕ. Επομένως δεν μπορεί να αποτελεί κριτήριο προσδιορισμού κατηγοριοποίησης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ Lpα ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΡΟΣΦΑΤΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ ΕΠΙΣΟΔΙΟ ΜΕ ΤΗ ΒΑΡΥΤΗΤΑ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ**

Ασημίνα Γανωτοπούλου<sup>2</sup>, Ηρακλής Λέφας<sup>1</sup>, Βασίλης Γιαννακόπουλος<sup>1</sup>,  
Ευαγγελία Νικολή<sup>1</sup>, Κυπαρίσσια Σιταρά<sup>1</sup>, Σοφία Μήλιου<sup>1</sup>, Μαρίνα Τζανή<sup>1</sup>,  
Νίκος Φυτράκης<sup>1</sup>, Δημήτριος Σακκάς<sup>1</sup>, Αλεξάνδρα Σιάννη<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό Ιατρείο, ΓΝΑ «Ελπίς», <sup>2</sup>Ιδιώτης Παθολόγος-Διαβητολόγος

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Τα υψηλά επίπεδα λιποπρωτεΐνης α [Lp(a)] έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, πιθανόν μέσω αθηρογένεσης ή μέσω διαταραχής του ινωδολυτικού μηχανισμού.

**ΣΚΟΠΟΣ:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επίδρασης των επιπέδων της Lp(a) στη βαρύτητα του εγκεφαλικού σε ασθενείς με πρόσφατο ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο.

**ΥΛΙΚΟ:** Στη μελέτη συμμετείχαν 253 άτομα, μέσης ηλικίας  $71 \pm 13$  χρόνια που εισήχθησαν σε παθολογική κλινική για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο διαγνωσμένο μέσα από αξονική τομογραφία από έμπειρο ειδικευμένο ακτινολόγο. Κανένας από τους ασθενείς δεν έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη. Η διάρκεια της μελέτης ήταν 12 μήνες.

**ΜΕΘΟΔΟΙ:** Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε δύο ομάδες σύμφωνα με τα επίπεδα της Lp(a) (φυσιολογικά-μη φυσιολογικά). Σε όλους τους ασθενείς εκτιμήθηκε η βαρύτητα του εγκεφαλικού επεισοδίου με την κλίμακα National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) από δύο ανεξάρτητους παθολόγους.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η ομάδα Α περιελάμβανε 115 συμμετέχοντες που είχαν παθολογικές τιμές της Lp(a), ενώ στην ομάδα Β συμπεριλήφθηκαν 138 ασθενείς με φυσιολογική Lp(a). Στην ομάδα Α εμφανίστηκαν 96 ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή βαρύτητα εγκεφαλικού (score NIHSS > 16), ενώ στην ομάδα Β 103 ασθενείς. Η διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων εμφάνισε οριακή στατιστική σημαντικότητα ( $p = 0,055$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Φαίνεται ότι υπάρχει πιθανή συσχέτιση των παθολογικών επιπέδων της Lp(a) και της βαρύτητας του εγκεφαλικού επεισοδίου σε ασθενείς με πρόσφατο ισχαιμικό επεισόδιο. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες με μεγαλύτερο πληθυσμό για να επιβεβαιωθούν τα ευρήματα με μεγαλύτερη στατιστική ισχύ καθώς και να διασαφηνιστεί ο παθογενετικός μηχανισμός.

**COVID-19 LOCKDOWN & ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 2**

Αθανασία Παπαζαφειροπούλου, Γ. Αθανασάκης, Φιρούζα Κουρτίδου, Κωνσταντίνα Αναγνωστοπούλου, Ασημίνα Γανωτοπούλου, Ελευθερία Καγκελάρη, Μ. Γεωργόπουλος, Κ. Αννούσης, Στυλιανή Μπακογιάννη, Σ. Αντωνόπουλος

*Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΠ «ΤΖΑΝΕΙΟ», Πειραιάς, Ελλάδα*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΣΚΟΠΟΣ:** Είναι γνωστό ότι οι παγκόσμιες καταστροφές έχουν δυσμενείς επιδράσεις στον μεταβολικό έλεγχο ασθενών με χρόνιες παθήσεις. Η πανδημία COVID-19 που προκαλείται από τον ιό SARS-CoV-2 αποτελεί παγκόσμια υγειονομική πρόκληση και έχει οδηγήσει σε πολλαπλά lockdowns προκειμένου να περιοριστεί η εξάπλωση του ιού μέχρι να εμβολισθεί επαρκής αριθμός ατόμων. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η επίδραση του πρώτου lockdown (Μάρτιος-Μάιος 2020) στο μεταβολικό ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ:** Έγινε καταγραφή των μεταβολικών παραμέτρων 58 ασθενών με ΣΔτ2 (μέσης ηλικίας  $62,5 \pm 11,9$  έτη, 55,2% άνδρες) που πραγματοποίησαν τουλάχιστον μία επίσκεψη στο Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου μας το χρονικό διάστημα Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2020 και επανελέγχθηκαν το χρονικό διάστημα Μάιος-Ιούλιος 2020 και για τους οποίους υπήρχε πλήρης κλινικοεργαστηριακός έλεγχος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από τους ασθενείς της μελέτης, το 72,4% είχε αρτηριακή υπέρταση, το 67,2% δυσλιπιδαιμία, το 24,1% στεφανιαία νόσο, το 3,4% ιστορικό ΑΕΕ, το 1,7% ιστορικό διαβητικού ποδιού και το 3,4% καρδιακή ανεπάρκεια. Σε από του στόματος αγωγή βρισκόταν το 51,7% των ατόμων της μελέτης, σε ινσουλινοθεραπεία 6,9% (39,7% ελάμβανε βασική ινσουλίνη). Όσον αφορά την αντιδιαβητική αγωγή το 86,2% ελάμβανε μετφορμίνη, μόλις 1,7% σουλφονουλουρία και 3,4% γλιταζόνες, το 37,9% αναστολείς DPP-4, 20,7% αναστολείς SGLT2 και 27,6% αγωνιστές GLP-1.

Το lockdown είχε ως αποτέλεσμα τη σημαντική μείωση της HbA1c ( $7,0 \pm 1,3$  έναντι  $6,7 \pm 0,7\%$ ,  $P=0,004$ ). Αντίθετα δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές όσον αφορά τον δείκτη μάζας σώματος ( $29,7 \pm 5,3$  έναντι  $29,5 \pm 5,5$  Kg/m<sup>2</sup>), την LDL-χοληστερόλη ( $87,0 \pm 9,4$  έναντι  $83,4 \pm 3,5$  mg/dL), τα τριγλυκερίδια ( $135,0 \pm 75,8$  έναντι  $143,8 \pm 73,3$  mg/dL) και την ηπατική βιοχημεία (AST:  $22,8 \pm 12,1$  έναντι  $21,2 \pm 5,8$  mg/dL και ALT:  $25,3 \pm 9,6$  έναντι  $23,9 \pm 9,6$  mg/dL).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Συμπερασματικά, κατά τη διάρκεια του πρώτου lockdown οι ασθενείς με ΣΔτ2 παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c χωρίς όμως στατιστικά σημαντική μεταβολή στο σωματικό βάρος και το λιπιδαιμικό προφίλ.

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΚΛΕΙΣΤΟΥ ΚΥΚΛΩΜΑΤΟΣ ΑΝΤΛΙΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**

Αναστάσιος Κουτσοβασίλης, Βασιλική Χατζηβασιλόγλου, Αλεξάνδρα Γκουγκούτση, Όλγα Οικονόμου, Αλέξης Σωτηρόπουλος

*Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝ Νίκαιας-Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ, ΣΚΟΠΟΣ:** Η χρήση ενός κατάλληλου λογισμικού όπως το OpenAPS μπορεί να δημιουργήσει ένα υβριδικό κλειστό κύκλωμα μεταξύ της αντλίας και της συνεχούς καταγραφής σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1). Σκοπός της μελέτης η αξιολόγηση της επίδρασης ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης με τη χρήση του OpenAPS στη γλυκαιμική ρύθμιση ατόμων με ΣΔτ1.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Εντάχθηκαν στη μελέτη 51 ασθενείς οι οποίοι ήταν σε αντλία συνεχούς υποδόριας έγχυσης ινσουλίνης. 23 ασθενείς εντάχθηκαν σε κλειστό κύκλωμα ινσουλίνης και 28 συνέχισαν τη χρήση της αντλίας ινσουλίνης χωρίς το κλειστό κύκλωμα. Αξιολογήθηκε η χρήση του κλειστού κυκλώματος στη γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c, γλυκόζη νηστείας, προγευματικές, μεταγευματικές και προ του ύπνου μετρήσεις γλυκόζης) πριν την έναρξη της μελέτης και στις  $12 \pm 1$  και  $24 \pm 1$  εβδομάδες. Έγινε καταγραφή της δόσης της ινσουλίνης, των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ικανοποίησης από τη θεραπεία με τη χρήση του DTSQ (Diabetes Treatment Satisfaction Questionnaire).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Οι ασθενείς οι οποίοι χρησιμοποίησαν το OpenAPS παρουσίασαν σημαντική μείωση της HbA1c σε 3 και 6 μήνες ( $7,85 \pm 0,91$  vs  $7,06 \pm 0,96$  vs  $6,70 \pm 0,98$ ,  $p < 0,001$ ) ενώ η μείωση της HbA1c στην άλλη ομάδα δεν ήταν στατιστικά σημαντική ( $7,81 \pm 1,07$  vs  $7,48 \pm 1,12$  vs  $7,37 \pm 0,98$ ,  $p = 0,109$ ). Βελτίωση της γλυκόζης νηστείας για την ομάδα του OpenAPS ( $154,14 \pm 26,17$  mg/dL vs  $128,33 \pm 21,41$  mg/dL vs  $117,74 \pm 8,73$  mg/dL,  $p = 0,010$ ) ενώ δεν διαπιστώθηκε κάτι ανάλογο στην άλλη ομάδα ( $p = 0,112$ ). Η ομάδα του OpenAPS είχε στατιστικά σημαντική βελτίωση των τιμών γλυκόζης πριν το γεύμα ( $144,85 \pm 27,64$  mg/dL vs  $139,05 \pm 18,06$  mg/dL vs  $112,16 \pm 15,16$  mg/dL,  $p < 0,001$ ), μεταγευματικά ( $p = 0,011$ ), πριν το βραδινό ( $p = 0,016$ ) και πριν την κατάκλιση ( $p = 0,028$ ) ενώ βελτίωση για τη άλλη ομάδα διαπιστώθηκε για τις μεταγευματικές τιμές μετά το μεσημέρι ( $p = 0,033$ ) και μετά το βραδινό ( $p = 0,039$ ). Στατιστικά σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες κατά τη διάρκεια μεταξύ των γευμάτων για την ομάδα του OpenAPS ( $p < 0,0001$ ) καθώς και μεταγευματικά ( $p = 0,010$ ). Οι ασθενείς στην ομάδα του OpenAPS χρειάζονταν λιγότερες μονάδες ινσουλίνης συνολικά ( $p = 0,036$ ), λιγότερες μονάδες για τον βασικό ρυθμό ( $p = 0,031$ ) καθώς και για την κάλυψη των γευμάτων ( $p = 0,040$ ). Μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπεία με τη χρήση του OpenAPS ( $p = 0,022$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Η χρήση ενός κλειστού κυκλώματος ινσουλίνης οδηγεί σε καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση, λιγότερες διακυμάνσεις της γλυκόζης, περισσότερο χρόνο εντός των προκαθορισμένων ορίων καλής γλυκαιμικής ρύθμισης, λιγότερες υπογλυκαιμίες και καλύτερη ποιότητα ζωής.





# ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΤΟΜΟΥ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ



## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ

### Α

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Γ. ....	31, 33, 35, 38, 44
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Κ. ....	31, 33, 35, 38, 44
ΑΝΝΟΥΣΗΣ Κ. ....	33, 35, 38, 44
ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ. ....	31, 33, 35, 38, 44

### Γ

ΓΑΝΩΤΟΠΟΥΛΟΥ Α. ....	31, 33, 35, 38, 39, 43, 44
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Μ. ....	31, 33, 38, 44
ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Β. ....	43
ΓΙΑΝΝΟΥ Ε. ....	41
ΓΚΟΥΓΚΟΥΤΣΗ Α. ....	32, 40, 45

### Δ

ΔΗΜΟΥΛΑ Υ. ....	41
-----------------	----

### Κ

ΚΑΓΚΕΛΑΡΗ Ε. ....	31, 33, 35, 38, 44
ΚΕΡΑΜΙΔΑ Ε. ....	34, 40
ΚΟΛΟΒΟΥ Γ. ....	37, 42
ΚΟΡΔΙΝΑΣ Β. ....	32, 36
ΚΟΥΡΤΙΔΟΥ Φ. ....	31, 33, 35, 38, 44
ΚΟΥΤΣΟΒΑΣΙΛΗΣ Α. ....	32, 34, 36, 40, 45

### Λ

ΛΕΦΑΣ Η. ....	39, 43
---------------	--------

### Μ

ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. ....	37, 42
ΜΗΛΙΟΥ Σ. ....	43
ΜΙΧΑΗΛΙΔΟΥ Σ. ....	39
ΜΟΥΓΓΑΡΑΚΗ Ε. ....	39
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ Σ. ....	31, 33, 35, 38, 44
ΜΠΟΥΡΙΚΟΥ Μ. ....	32, 34, 36

### Ν

ΝΙΚΟΛΗ Ε. ....	43
ΝΤΑΒΙΩΤΗΣ Ν. ....	39

### Ο

ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Ο. ....	32, 45
-------------------	--------

### Π

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ Σ. ....	30
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. .	31, 35, 37, 38, 42, 44
ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ Σ. ....	31, 35

### Ρ

ΡΑΓΙΑ Δ. ....	34, 36, 40
---------------	------------

### Σ

ΣΑΚΚΑΣ Δ. ....	39, 43
ΣΙΑΝΝΗ Α. ....	39, 43
ΣΙΤΑΡΑ Κ. ....	43
ΣΥΡΙΓΟΣ Δ. ....	39
ΣΩΤΗΡΟΠΟΥΛΟΣ Α. ....	32, 34, 36, 40, 45

### Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Κ. ....	39
ΤΖΑΝΗ Μ. ....	43
ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α.Ν. ....	37, 42

### Φ

ΦΥΤΡΑΚΗΣ Ν. ....	39, 43
------------------	--------

### Χ

ΧΑΤΖΗΒΑΣΙΛΟΓΛΟΥ Β. ....	32, 34, 36, 45
ΧΟΥΡΔΑΚΗ Ε. ....	42

### Ψ

ΨΑΛΤΗΡΑΣ Γ. ....	37, 42
------------------	--------