



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



# 1ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ “ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ”



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

**ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 12-14 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015  
GRAND HOTEL PALACE**

Ιστοσελίδα [www.forumcongress.com/diabetes1](http://www.forumcongress.com/diabetes1)



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ ΤΟΥ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

Γραμματεία Συνεδρίου

**FORUM** CONGRESS  
& TRAVEL

Μητροπόλεως 24, 54624 Θεσσαλονίκη

Τηλ. 2310257128, 2310243588 Fax: 2310231849, E-mai: [info@forumcongress.com](mailto:info@forumcongress.com)

**Janumet**<sup>™</sup>  
(sitagliptin/metformin, MSD)

**Januvia**<sup>™</sup>  
(sitagliptin, MSD)



ΠΕΡΙΕΧΙ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΝ ΠΑΡΑΚΑΛΩΜΕ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΗΝ ΒΕΒΑΙΩΝΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ



Υπεύθυνος Άδειας Κυκλοφορίας  
MSD Α.Φ.Β.Ε.Ε.  
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ  
ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος, Τηλ.: 2109897300  
ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ: 9ο χλμ. Θεσ/νίκης - Θέρμης, 570 01 ΠΥΛΑΙΑ,  
ΤΗΛ.: 2310 863634, FAX: 2310 863687  
www.merck.com



Συνπρόωθηση από την εταιρεία:

**BIANEX Α.Ε. ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ**  
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

LICENSEE/DISTRIBUTOR OF **MERCK SHARP & DOHME**, Division of MERCK & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

Γραφεία Επιστημονικής Ενημέρωσης

• ΑΘΗΝΑ: Οδός Τατοίου 146 71 Ν. Ερυθραία, Τηλ.: 210 8009111

• E-Mail: [mailbox@bianex.gr](mailto:mailbox@bianex.gr) • INTERNET: <http://www.bianex.gr>

• ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, Κόμβος, Μακρυγιάννη, Εύοσμος Θεσσαλονίκης, ΤΚ 56224, Τηλ: 2310 861683

• ΠΑΤΡΑ: Μαιζώνος 131, Τηλ.: 2610 221397

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
“ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ”

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ  
ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ



1ο ΕΤΗΣΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ  
“ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ”

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ, 12-14 ΙΟΥΝΙΟΥ 2015  
GRAND HOTEL PALACE

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ - ΠΕΡΙΛΗΨΕΙΣ**

## Χαιρετισμός

Αγαπητοί Συνάδελφοι,

Εκ μέρους της Οργανωτικής Επιτροπής, έχω την ιδιαίτερη χαρά και τιμή να σας προσκαλέσω να συμμετέχετε στο 1ο 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 12 έως 14 Ιουνίου 2015.**

Το Συνέδριο απευθύνεται σε όλους τους επαγγελματίες υγείας –Ιατρούς, Νοσηλευτές, Διαιτολόγους– με επιστημονικό ενδιαφέρον για το Σακχαρώδη Διαβήτη και φιλοδοξεί να αποτελέσει ένα ουσιαστικό δίαυλο ενημέρωσης και επικοινωνίας ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και στις σύγχρονες εξελίξεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

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

Στο πλαίσιο του συνεδρίου θα πραγματοποιηθούν τρία κλινικά φροντιστήρια, όπου θα γίνονται εκπαιδευτικές συζητήσεις σε θέματα όπως είναι ο αυτοέλεγχος και η ινσουλινοθεραπεία, οι αντλίες ινσουλίνης και το διαβητικό πόδι.

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

Με συναδελφικούς χαιρετισμούς

Ο Πρόεδρος της Οργανωτικής Επιτροπής

**Κυριάκος Καζάκος**

Παθολόγος-Διαβητολόγος

Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙΘ

## **ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

Πρόεδρος	<b>Κυριάκος Καζάκος</b>
Αντιπρόεδρος	<b>Κουρκούτα Λαμπρινή</b>
Γενικός Γραμματέας	<b>Δημητριάδου Αλεξάνδρα</b>
Ταμίας	<b>Λαβδανίτη Μαρία</b>
Μέλη	<b>Μηνασίδου Ευγενία Θεοφανίδης Δημήτριος Κουκουρίκος Κων/νος Τσαλογλίδου Αρετή Καυκιά Θεοδώρα</b>

## **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ**

<b>Α. Γαλλή-Τσινοπούλου</b>	<b>Ζ. Μούσλεχ</b>
<b>Ι. Γιώβος</b>	<b>Α. Μπαργιώτα</b>
<b>Δ. Γουλής</b>	<b>Ε. Πάγκαλος</b>
<b>Α. Δημητριάδου</b>	<b>Ν. Παπάνας</b>
<b>Α. Ευθυμιάδης</b>	<b>Σ. Παπαντωνίου</b>
<b>Δ. Θεοφανίδης</b>	<b>Χ. Σαββόπουλος</b>
<b>Κ. Καζάκος</b>	<b>Δ. Σκούτας</b>
<b>Θ. Καυκιά</b>	<b>Σ. Τίγκας</b>
<b>Κ. Κουκουρίκος</b>	<b>Α. Τσαλογλίδου</b>
<b>Λ. Κουρκούτα</b>	<b>Α. Τσάπας</b>
<b>Κ. Κώτσα</b>	<b>Μ. Χασαπίδου</b>
<b>Μ. Λαβδανίτη</b>	<b>Α. Χατζητόλιος</b>
<b>Ε. Μηνασίδου</b>	

## Παρασκευή 12/6/2015

08:30-09:15 ΕΓΓΡΑΦΕΣ

09:15-10:30

### ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

Προεδρείο: **Κ. Καζάκος, Δ. Θεοφανίδης**

#### 1. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Τσινικόρη Σ.

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Θεραπευτική

#### 2. Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΗΛΕΝΟΣΗ-ΛΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Κ. Κοτσάνη<sup>1</sup>, Β. Παπαεμμανουήλ<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, ΤΕΠ Π.Γ.Ν «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης, εξειδίκευση στην νοσηλευτική παι-  
διατρική, ειδικότητα καρδιοχειρουργικής στη USA.

2. Κλινική διατροφολόγος – διαιτολόγος ΜSc, εξειδίκευση στον τομέα της Διατροφής Εγκυμοσύνης

3. Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

#### 3. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ, Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Κατσιμπέλη Α.<sup>1</sup>, Σκόδρα Α.<sup>2</sup>, Αγαπίδου Α.<sup>3</sup>, Τσαλογλίδου Α.<sup>4</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, ΤΕΠ Γ.Ν. Γρεβενών

3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

4. Καθηγήτρια Εφαρμογών, ΜSc, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

#### 4. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΕΝΔΕΙΞΗ ΣΩΣΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ

Σ. Τόζιος<sup>1</sup>, Α. Ματιάκης<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>

1. Νοσηλευτής Τ.Ε, ΜSc «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη» 2. Λέκτορας Στοματολογίας Α.Π.Θ

3. Παθολόγος-Διαβητολόγος Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης 4. Αναπληρώτρια  
καθηγήτρια ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

#### 5. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑ-ΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Θ. Τσαχαλίνα<sup>1,2</sup>, Ι. Κύργιος<sup>1</sup>, Ε. Ευστρατίου<sup>1</sup>, Μ. Μελισσινός<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Γαλλή-  
Τσινοπούλου<sup>1</sup>

1. Δ΄ Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο  
Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

#### 6. ΑΝΤΙΓΡΙΠΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σ. Αυγέρη<sup>1</sup>, Ε. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Π. Σύμπα<sup>1</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>2</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>3</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>,  
Χ. Σαββόπουλος<sup>2</sup>

1. Νοσηλευτές, ΜSc, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Πάυλος»

2. Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

3. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

4. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

**7. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Μαυρίδης Ε.<sup>1</sup>, Αυγέρη Σ.<sup>1</sup>, Σύμπα Π.<sup>1</sup>, Χατζηδημητρίου Μ.<sup>2</sup>, Μπελλάλη Θ.<sup>3</sup>, Σαββόπουλος Χ.<sup>4</sup>

1. Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη
2. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη
3. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη
4. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**8. ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ Ή ΜΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ**

Β.Π. Παπαδοπούλου<sup>1,2</sup>, Δ. Βαβίλης<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Δ. Γ. Γουλή<sup>3</sup>

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», Αλεξάνδρειο ΤΕΙΘ,
2. Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ
3. Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

**9. ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Ν. Μπελλάλη<sup>1</sup>, Κ. Καφέτσιος<sup>2</sup>, Μ. Μαλλιάρου<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>

1. Χειρουργείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
2. Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
3. Χειρουργείο, 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας
4. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**10. ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ**

Β. Παπαεμμανουήλ<sup>1</sup>, Κ. Κοτσάνη<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>

1. Κλινική διατροφολόγος – διαιτολόγος MSc
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΤΕΠ Π.Γ.Ν «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης, εξειδίκευση στην νοσηλευτική παιδιατρική, ειδικότητα καρδιοχειρουργικής στη USA.
3. Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

10:30-11:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Β. Λιμενόπουλος**

Η υπογλυκαιμία στην κλινική πράξη.

**Σ. Παπαντωνίου**

11:00-11:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

11:30-12:30

### **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Προεδρείο: **Δ. Σκούτας, Θ. Καυκιά**

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

**Κ. Ντάμπος**

Διαβητική Νεφρική Νόσος.

**Π. Βακιάνης**

12:30-13:15

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Μ. Ζαφράκας**

Σακχαρώδης Διαβήτης της κύησης.

**Δ. Γουλής**

13:15-14:00

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Σ. Δελαρούδης**

Στοματική υγεία στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Α. Ματιάκης**

14:00-15:00

### **ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ**

15:00-16:30

### **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης από την πλευρά του νοσηλευτή.

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

Σχολείο και Σακχαρώδης Διαβήτης.

**Λ. Κουρκούτα**

Ο ρόλος της οικογένειας στην αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Θ. Καυκιά**

Εμπόδια στην έναρξη ινσουλινοθεραπείας.

**Α. Τσαλογλίδου**

Ψυχοκοινωνικά προβλήματα στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Κ. Κουκουρικός**

Εκπαίδευση ασθενών με Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Ε. Μηνασίδου**

16:30-17:30

### **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ε. Πάγκαλος, Μ. Χασαπίδου**

Από την παχυσαρκία στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Θ. Τζώτζας**

Διατροφικές αρχές στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Ε. Ευστρατίου**



17:30-18:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Θ. Τέγος**

Σακχαρώδης Διαβήτης και νοητικές λειτουργίες.  
**Γ. Μπουντούρης**

18:00-18:30

**ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ**

18:30-19:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος**

Αρτηριακή Υπέρταση και Σακχαρώδης Διαβήτης.  
**Χ. Σαββόπουλος**

19:00-20:00

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος, Χ. Σαββόπουλος**

Λοιμώξεις και Σακχαρώδης Διαβήτης.  
**Ε. Ψωμάς**

Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο και Σακχαρώδης Διαβήτης.  
**Σ. Φωτιάδης**

20:00-20:30

**ΤΕΛΕΤΗ ΕΝΑΡΞΗΣ – ΧΑΙΡΕΤΙΣΜΟΙ**

20:30-21:00

**ΔΟΥΡΥΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΛΕΞΗ**

**Φαρμακευτική Εταιρεία ELPEN**

Προεδρείο: **Α. Χατζητόλιος**

Φαρμακοκινητικά χαρακτηριστικά και κλινικά οφέλη της Αλογλιπτίνης  
**Ε. Πάγκαλος**

**Σάββατο 13/6/2015**

08:30-09:30

**ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ**

Προεδρείο: **Β. Λιμενόπουλος, Ε. Μηνασίδου**

**11. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»**

Σ. Μέρδα<sup>1</sup>, Λ. Τσομπανίδου<sup>2</sup>, Μ. Κρομμύδα<sup>3</sup>, Σ. Στεφανίδου<sup>4</sup>, Μ. Κώτσιου<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
4. Επιμελήτρια Β', Παθολόγος, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/νίκης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
5. Διευθύντρια, Χειρουργός Παίδων-Εντατικολόγος, ΜΥΠΙ Γ.Ν.Θεσ/νίκης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»

**12. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Ε. Ζιώγα<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>, Χ. Κούτρας<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>

1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Παθολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας,
2. Επίκουρος καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**13. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ**

Π. Σύμπα<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>, Σ. Αυγέρη<sup>3</sup>, Ε. Μαυρίδης<sup>4</sup>, Κ. Καζάκος<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»
2. Επίκουρος καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»
4. Νοσηλευτής, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»
5. Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**14. Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ QT ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1**

Δ. Φωλίνας<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Χ. Δαραμήλας<sup>2</sup>

1. Τμήμα «Τυποποίησης και Διακίνησης Προϊόντων (Logistics)» στο παράρτημα Κατερίνης του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης
2. Τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**15. ΑΠΟΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗ Ε ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

Γκατζήμα Ο.<sup>1</sup>, Αβραμίκα Μ.<sup>2</sup>, Τσιγάρα Μ., Γκίοκα Μ.<sup>1</sup>, Μουσιώλης Α., Φραντζέσκος Ε., Visser Ρ.<sup>3</sup>, Καζάκος Κ.<sup>2</sup>, Τσολάκη Μ.<sup>1</sup>

1. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. VU University Medical Center, Maastricht University

**16. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ NON-DIPPING ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

A. Θεοδώρου, Π. Τσακλής, Α. Τσαλογλίδου, Κ. Καζάκος  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**17. Η ΧΡΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

Σ. Ακριτίδου, Π. Τσακλής, Α. Τσαλογλίδου, Κ. Καζάκος  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**18. ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗΝ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ**

Μουσιώλης Α.<sup>1</sup>, Καζάκος Κ.<sup>2</sup>, Γκικόκα Μ.<sup>2</sup>, Γκατζήμα Ο.<sup>2</sup>, Κώτσα Κ.<sup>1</sup>  
1. Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού-Διαβητολογικό κέντρο Ά παθολογική κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ  
2. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη". Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**19. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΔΠΠ) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)**

Μπατάνης Γ., Καζάκος Κ., Τσακλής Π., Τσαλογλίδου Α.  
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη»

09:30-11:00

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΘΗΡΟΣΚΛΗΡΩΣΗΣ Β. ΕΛΛΑΔΟΣ**

Καρδιαγγειακή νόσος και Σακχαρώδης Διαβήτης. Τι νεότερο;  
Προεδρείο: **Α. Ευθυμιάδης**

Στεφανιαία νόσος στα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη. Ιδιαιτερότητες.  
**Η. Τυροδήμος**

Κλινική εικόνα έναντι της ΗΚΓ/κής διερεύνησης  
στις καρδιαγγειακές επιπλοκές των διαβητικών ασθενών  
(στηθάγχη, σιωπηλή ισχαιμία, βουβό έμφραγμα).

**Α. Σιδέρης**

Η θέση των στατινών σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη.  
**Σ. Παυλίδου**

11:00-11:30

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ν. Σάιλερ**

Νευροπάθεια του Αυτόνομου Νευρικού Συστήματος  
**Ν. Κατσίκη**

11:30-12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

12:00-13:00

### **ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Προεδρείο: **Ι. Γιώβος**

Λιποδυστροφία – Ο ρόλος του λιπώδους ιστού στην ινσουλινοαντίσταση και στο διαβήτη.

**Σ. Τίγκας**

Σχέση γενετικής & παχυσαρκίας στην εμφάνιση του ΣΔ2.

**Α. Μπαργιώτα**

13:00-13:45

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Κ. Καζάκος**

Ο ρόλος του εγκεφάλου στην ομοιόσταση της γλυκόζης.

**Ι. Γιώβος**

13:45-14:30

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Θ. Τζώτζας**

Προδιαβήτης. Τι σημαίνει στην κλινική πράξη;

**Κ. Κίτσιος**

14:30-16:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ

16:00-16:30

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Δ. Σκούτας, Μ. Λαβδανίτη**

Φροντίδα διαβητικού ποδιού - Περιποίηση διαβητικού έλκους.

**Λ. Δούκας**

16:30-17:30

### **ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Συνήθειες και τρόπος ζωής

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

Κάπνισμα και Σακχαρώδης Διαβήτης.

**Δ. Σκούτας**

Φιλοσοφία σχεδιασμού προγραμμάτων άσκησης στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Π. Τσακλής**

17:30-18:00

### **ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Ε. Πάγκαλος**

Θεραπευτικός αλγόριθμος στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

**Α. Τσάπας**

18:00-18:30

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

18:30-19:00

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **Σ. Τίγκας**

Ινσουλινοθεραπεία σε παιδιά με Σακχαρώδη Διαβήτη 1.  
Σύγχρονες απόψεις.

**A. Γαλλή-Τσινοπούλου**

19:00-19:30

**ΔΙΑΛΕΞΗ**

Προεδρείο: **A. Μπαργιώτα**

Ενδοκρινικοί διαταράκτες.

**K. Κώτσα**

19:30-20:45

**ΣΤΡΟΓΓΥΛΗ ΤΡΑΠΕΖΑ**

Μελλοντικές εξελίξεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη.

Προεδρείο: **K. Καζάκος**

Κλείνοντας το κύκλωμα. Στο δρόμο για το τεχνητό πάγκρεας.

**E. Πάγκαλος**

Μεταμοσχεύσεις παγκρεατικών νησιδίων, βλαστοκύτταρα.

**K. Καζάκος**

## Κυριακή 14/6/2015

09:00-10:00

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Από τον αυτοέλεγχο στην ινσουλινοθεραπεία.

Συντονιστής: **Ι. Αβραμίδης**

Οφέλη του αυτοελέγχου.

**Ζ. Μούσλεχ**

Έναρξη-εντατικοποίηση ινσουλινοθεραπείας στο Σακχαρώδη Διαβήτη 2.

**Γ. Κούρτογλου**

10:00-11:30

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ - ROCHE

Αντλίες ινσουλίνης.

Συντονιστής: **Κ. Καζάκος**

Αντλίες ινσουλίνης. Παρελθόν - Παρόν - Μέλλον.

**Κ. Καζάκος**

Οδηγίες διατροφής σε ασθενείς με αντλία ινσουλίνης.

**Β. Μπουγιουκλή**

Εκπαίδευση πριν και μετά από την τοποθέτηση της αντλίας.

Επίδειξη αντλίας.

**Π. Γιουλάφη**

11:30-12:00

ΔΙΑΛΕΙΜΜΑ ΚΑΦΕ

12:00-13:30

### ΚΛΙΝΙΚΟ ΦΡΟΝΤΙΣΤΗΡΙΟ

Διαβητικό πόδι.

Συντονιστής: **Χ. Μανές**

Ο ρόλος της νευροπάθειας.

**Ν. Παπάνας**

Ο ρόλος της περιφερικής αγγειοπάθειας.

**Δ. Σκούτας**

Εμβιομηχανική διαβητικού ποδιού-Ορθωτικές παρεμβάσεις.

**Π. Τσακλής**

13:30-13:45

ΛΗΞΗ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

## ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

### ΟΡΓΑΝΩΣΗ – ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ – ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

**FORUM** Congress  
& Travel

M.H.T.E. 0933E60000073100

Μητροπόλεως 24 – ΤΚ 54624 Θεσσαλονίκη  
Τηλ: 2310 257128, 2310 243588, Fax: 2310 231849  
e-mail: info@forumcongress.com

### ΕΠΙΣΗΜΗ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

<http://www.forumcongress.com/diabetes1.html>

### ΤΟΠΟΣ – ΧΩΡΟΣ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Ξενοδοχείο GRAND HOTEL PALACE, Θεσσαλονίκη

### ΓΛΩΣΣΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

Η επίσημη γλώσσα του συνεδρίου είναι η Ελληνική

Η εγγραφή στο Συνέδριο είναι ΔΩΡΕΑΝ

### ΔΙΠΛΩΜΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗΣ

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

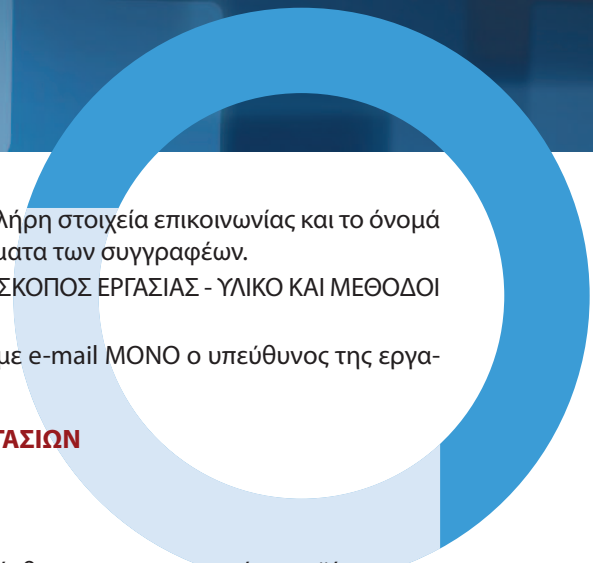
### ΑΚΥΡΩΣΕΙΣ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΩΝ

Ακυρώσεις γίνονται δεκτές μόνο με γραπτό αίτημα  
έως 01/5/2015 επιστροφή όλου του ποσού  
έως 30/5/2015 επιστροφή 50% της προκαταβολής  
μετά την 30/5/2015 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 2015. Οι εργασίες θα σταλούν στην Γραμματεία του Συνεδρίου στο email [info@forumcongress.com](mailto: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 2015.

### **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**

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

ΒΑΚΙΑΝΗΣ Π., Νεφρολόγος

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

ΓΙΟΥΛΑΦΗ Π., Νοσηλεύτρια, Εκπαιδευτρια αντλιών Accu-check, Υπεύθυνη πωλήσεων Accu-check Roche Diagnostics (Hellas) S.A.

ΓΙΩΒΟΣ Ι., Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ. Διαβητολογικό Κέντρο Α΄ Παθολογική Κλιν. ΓΠΝΘ "ΑΧΕΠΑ"

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

ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΟΥ Α., Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΔΕΛΑΡΟΥΔΗΣ Σ., Dr. Ενδοκρινολόγος, Δ/ντής Ενδοκρινολογικού Τμ. 424 ΓΣΝΕ Θεσσαλονίκης

ΔΟΛΙΑΝΗΤΗΣ Κ., Παθολόγος – Διαβητολόγος

ΔΟΥΚΑΣ Λ., Νοσηλευτής, Νοσοκομείο "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ", Θεσσαλονίκη

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

ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ Ε., Επιστ. Συνεργ. Διαβητολογικού Ιατρίου Παιδιατρικής Παν. Κλινικής Παπαγεωργίου

ΖΑΦΡΑΚΑΣ Μ., Καθηγητής Μαιευτικής-Γυναικολογίας και Πρόεδρος του Τμήματος Μαιευτικής του ΑΤΕΙΘ

ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ Δ., Καθηγητής Εφαρμογών Νοσηλευτικής Σχολής 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 Αλεξάνδρειο ΤΕΙ Θεσ/νίκης

ΚΙΤΣΙΟΣ Κ., Παθολόγος-Διαβητολόγος Επιμελητής Β' ΕΣΥ Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό ΕΙ ΓΝΘ " Γ. Γεννηματάς- Αγ. Δημήτριος

ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ Κ., Καθηγητής Εφαρμογών Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΚΟΥΡΚΟΥΤΑ Λ., Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ

ΚΟΥΡΤΟΓΛΟΥ Γ., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Παθολογικού Τμήματος, Κλινική «Άγιος Λουκάς», Θεσσαλονίκη

ΚΩΤΣΑ Κ., Επίκουρη Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας-Διαβητολογίας, Υπεύθυνη Τμήματος Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Α' Παθολογική Κλινική ΓΠΝΘ "ΑΧΕΠΑ"

ΛΑΒΔΑΝΙΤΗ Μ., Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

ΛΙΜΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Β., Παθολόγος-Διαβητολόγος, τ. Δ/ντής ΕΣΥ

ΜΑΝΕΣ Χ., Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, ΓΝΘ "ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ"

ΜΑΤΙΑΚΗΣ Α., Στοματολόγος, Λέκτωρ Α.Π.Θ.

ΜΗΝΑΣΙΔΟΥ Ε., Επίκουρος Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

ΜΟΥΣΛΕΧ Ζ., Ενδοκρινολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρίας

ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ Α., Επίκουρος Καθηγήτρια Παθολογίας- Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

ΜΠΟΥΓΙΟΥΚΛΗ Β., Διαιτολόγος-Διατροφολόγος

ΜΠΟΥΝΤΟΥΡΗΣ Γ., Επιμελητής Α' ΕΣΥ

Υπεύθυνος Ιατρείου Υπέρτασης, Παχυσαρκίας & Μεταβολικών Νοσημάτων

Δ' Παθ. Κλινικής Ιπποκρατείου ΓΝΘ

ΝΤΑΜΠΟΣ Κ., Χειρουργός Οφθαλμίατρος

ΠΑΓΚΑΛΟΣ Ε., Παθολόγος – Διαβητολόγος, Διαβητολογικό Κέντρο «Αρεταίος», Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «Θέρμη», Θεσσαλονίκη

ΠΑΠΑΝΑΣ Ν., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο Β' Παθολογική Κλινική Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης Αλεξανδρούπολη

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

ΠΑΥΛΙΔΟΥ Σ., Ειδικευόμενη στην Παθολογία. Νοσοκομείο Άγιος Δημήτριος Θεσσαλονίκης

ΣΑΒΒΟΠΟΥΛΟΣ Χ., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ

ΣΑΙΛΕΡ Ν., Παθολόγος-Διαβητολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ Α' Παθολογική Κλινική, Υπεύθυνος Διαβ. Ιατρείου Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"

ΣΙΔΕΡΗΣ Α., Ειδικευόμενος στην Καρδιολογία. Α' Καρδιολογική Κλινική ΑΠΘ

ΣΚΟΥΤΑΣ Δ., Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α. «Αναγέννηση»

ΤΕΓΟΣ Θ., Επίκουρος Καθηγητής Νευρολογίας ΑΠΘ Α΄ Νευρολογική Κλινική Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

ΤΖΩΤΖΑΣ Θ., Ενδοκρινολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

ΤΙΓΚΑΣ Σ., Επίκουρος Καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΤΣΑΚΛΗΣ Π., Καθηγητής, Εργαστήριο Εμβιομηχανικής & Εργονομίας, Τμήμα Φυσικοθεραπείας ΑΤΕΙΘ

ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ Α., Καθηγήτρια Εφαρμογών τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙΘ

ΤΣΑΠΑΣ Α., Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ., Β΄ Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Θ. "ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ"

ΤΥΡΟΔΗΜΟΣ Η., Επίκουρος Καθηγητής Υγιεινής, Ιατρική Σχολή Α.Π.Θ.

ΦΩΤΙΑΔΗΣ Σ., Ειδικός Παθολόγος-Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Α.Π.Θ.

ΧΑΣΑΠΙΔΟΥ Μ., Καθηγήτρια Τμήματος Διατροφής-Διαιτολογίας ΑΤΕΙΘ

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

ΨΩΜΑΣ Ε., Ειδικός Παθολόγος, Επιστ. Συνεργάτης Α΄ ΠΡΠ "ΑΧΕΠΑ"



## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

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

ABBOTT LABORATORIES ΕΛΛΑΣ

Boehringer Ingelheim

ELPEN A.E.

LIBYTEC ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ Α.Ε.

LifeScan, a Johnson & Johnson Company

MSD & BIANEΞ

Novo Nordisk Ελλάς

PETSIAVAS

Roche / ACCU-CHEK

SANOFI

WinMedica

ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ Ε.Π.Ε.

ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

## ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

### 1. ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΠΡΟΣΠΕΛΑΣΗ ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΚΑΘΑΡΣΗ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ"

Σ. Τσινικόρη

Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc Μονάδα Χρόνιας Αιμοκάθαρσης Θεραπευτική

**Σκοπός** της μελέτης είναι η διερεύνηση της συσχέτισης του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) με την επιβίωση της Αγγειακής Προσπέλασης (ΑΠ) αιμοκαθαρόμενων ασθενών και εμφάνιση επιπλοκών σε αυτή.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν στοιχεία από ιατρικούς φακέλους ασθενών της Μονάδας Χρόνιας Αιμοκάθαρσης «Θεραπευτική» (77%, n = 77) και της Μονάδας Τεχνητού Νεφρού του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης Ιπποκράτειο (33%, n = 33). Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, στοιχεία για τη φαρμακευτική τους αγωγή και στοιχεία που αφορούν την ΑΠ (σημείο, τύπος, παράμετροι αιμοκάθαρσης, επιπλοκές).

**Αποτελέσματα:** Το δείγμα είχε ηλικία 66,74 (± 12, 521) έτη, αποτελούνταν κυρίως από άνδρες (58%, n = 58) και υποβαλλόταν σε αιμοκάθαρση για 37,34 (± 34,299) μήνες. Ως πρωτοπαθής νόσος για το 53% (n = 53) των ασθενών ήταν ο ΣΔ και για το 13% (n = 13) η Αρτηριακή Υπέρταση, ενώ κατά μέσο όρο είχαν 5,26 (± 2,631) συνοδά νοσήματα. Αναφορικά με την ΑΠ το 37% (n = 37) είχαν περισσότερες από μια προσπάθειες δημιουργίας ή τοποθέτησης. Συνολικά στο δείγμα (n = 100) αξιολογήθηκαν 156 ΑΠ, που αφορούσαν 63% (n = 63) αυτόλογη fistula (AVF), 35% (n = 35) κεντρικό φλεβικό καθετήρα αιμοκάθαρσης (CVC) και 2% (n = 2) αρτηριοφλεβικό μόσχευμα (AVG). Βρέθηκε οριακά στατιστικά σημαντική διαφορά (U = 2560,5, p = 0,112) στη σύγκριση του αριθμού ΑΠ μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών (ΣΔ = 2,17 ΑΠ, χωρίς ΣΔ = 1,84). Επίσης, από τα 37 άτομα που άλλαξαν τύπο ΑΠ, οι σακχαροδιαβητικοί καταλήγουν σε CVC (65%), ενώ οι ασθενείς χωρίς ΣΔ καταλήγουν σε AVF ή AVG (88%), ( $\chi^2(1) = 10,972$ , p = 0,012). Κατά την ανάλυση επιβίωσης βρέθηκε ότι ο ΣΔ αυξάνει το σχετικό κίνδυνο κατάργησης μιας ΑΠ με λόγο πιθανοτήτων 1,714 (95% διάστημα εμπιστοσύνης 1,118 - 2,628).

**Συμπεράσματα:** Η ύπαρξη ΣΔ, ως πρωτοπαθής ή συνοδός νόσος, σε ασθενείς σε ΑΚ επηρεάζει αρνητικά την ΑΠ. Σημαντικό ρόλο στη διατήρηση της ΑΠ των ασθενών με ΣΔ παίζει η σωστή ρύθμιση του ΣΔ, καθώς και η φροντίδα και ο τρόπος παρακέντησης της ΑΠ από το προσωπικό των μονάδων τεχνητού νεφρού. Είναι απαραίτητη η συνεχής ενημέρωση του προσωπικού στις εξελίξεις της επιστήμης.

### 2. Η ΑΞΙΑ ΤΟΥ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΥ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΤΗΛΕΝΟΣΗΛΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Κ. Κοτσάνη<sup>1</sup>, Β. Παπαεμμανουήλ<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜSc, ΤΕΠ Π.Γ.Ν «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης, εξειδίκευση στην νοσηλευτική παιδιατρική, ειδικότητα καρδιοχειρουργικής στη USA

2. Κλινική διατροφολόγος – διαιτολόγος ΜSc, εξειδίκευση στον τομέα της Διατροφής Εγκυμοσύνης

3. Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Είναι γνωστό ότι για του διαβητικούς ασθενείς η προσαρμογή στον επιβαλλόμενο τρόπο ζωής και διατροφής καθώς και οι συνεχείς μετρήσεις και επισκέψεις στα εξειδικευμένα ιατρεία είναι κουραστικές και έχουν συχνά ως αποτέλεσμα την απορύθμιση τους με ότι αυτό συνεπάγεται.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί κατά πόσο η τηλε-εκπαίδευση θα επηρέαζε θετικά ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 σε σχέση με την συχνότητα μετρήσεων σακχάρου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η παρούσα συγχρονική, περιγραφική έρευνα διεξήχθη στο Ιατρείο Διαβήτη της Α' Παθολογικής κλινικής του Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ. Η μελέτη περιλαμβάνει 94 άτομα με Διαβήτη τύπου 1 με ηλικία 18-39 έτη (μέσος όρος  $26,98 \pm 7,29$ ). Δημιουργήθηκαν δύο ομάδες, 48 και 46 ατόμων αντίστοιχα. Η μία αποτέλεσε την ομάδα που εντάχθηκε στην Τηλενοσηλεκπαίδευση ενώ η δεύτερη όχι. Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες και των δύο ομάδων να καταγράφουν τις τιμές σακχάρου τους το πρωί για τρεις μήνες. Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν μέσω καλώδιο usp στους μετρητές σακχάρου ώστε να στέλνονται τα δεδομένα μέσω υπολογιστή, μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και μέσω τηλεφώνου. Για τους σκοπούς της μελέτης και η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS 20.0.

**Αποτελέσματα:** Η σύγκριση των μέσων τιμών του σακχάρου συνολικά ανάμεσα στις δυο ομάδες δεν ανέδειξε καμία διαφορά. Η ανάλυση των μέσων όρων των μετρήσεων σακχάρου ανά μήνα, ανέδειξε ότι υπήρξε βελτίωση στο πέρας των μηνών, ως προς τις τιμές του σακχάρου που σημείωσαν μείωση και ως προς την συχνότητα λήψης μετρήσεων, που σημείωσαν άνοδο για τους ασθενείς που εντάχθηκαν στην ομάδα της Τηλενοσηλεκπαίδευσης.

**Συμπεράσματα:** Η ένταξη διαβητικών ασθενών με ΣΔ τύπου 1 σε πρόγραμμα Τηλενοσηλεκπαίδευσης, αποφέρει θετικά αποτελέσματα ως προς την ρύθμιση του σακχάρου καθώς και ως προς τη συνέπεια λήψης μετρήσεων.

### 3. ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ, Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ: ΜΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Α. Κατσιμπέλη<sup>1</sup>, Α. Σκόδρα<sup>2</sup>, Α. Αγαπίδου<sup>3</sup>, Α. Τσαλογλίδου<sup>4</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΤΕΠ Γ.Ν. Γρεβενών

3. Νοσηλεύτρια ΠΕ, Διευθύνουσα Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Άγιος Λουκάς, Θεσσαλονίκη

4. Καθηγήτρια Εφαρμογών, MSc, PhD, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός εργασίας:** Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση και καταγραφή της σχέσης του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) με τον ακρωτηριασμό κάτω άκρων σε έδαφος Περιφερικής Αγγειακής Νόσου (ΠΑΝ). Επίσης στόχος της είναι να συμβάλει στην ενημέρωση αλλά και στην πρόληψη ελκών κάτω άκρων σε ΣΔ ασθενείς ώστε να μειωθούν οι ακρωτηριασμοί κατά το ελάχιστο δυνατόν.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μια μελέτη καταγραφής και παρατήρησης. Η μελέτη στοχεύει να αιτιολογήσει και να συσχετίσει τον ΣΔ με τον ακρωτηριασμό κάτω άκρου. Συμμετείχαν 22 ασθενείς ηλικίας 55-90 ετών που προσήλθαν σε ιδιωτική κλινική με ισχαιμία κάτω άκρου προς ακρωτηριασμό από τις 1-3-2014 έως 15-7-2014.

**Αποτελέσματα:** Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών της παρούσας έρευνας που υποβλήθηκαν σε ακρωτηριασμό κάτω άκρου πάσχουν από ΣΔ τύπου 2. Ο τύπος του ΣΔ και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών έχουν στατιστικώς σημαντική διαφορά σε ό,τι αφορά την κατανομή των ασθενών στις υποκατηγορίες τους ( $p < 0.05$ ). Επίσης, προκύπτει πως το κάπνισμα, η στεφανιαία νόσος, όπως και το επίπεδο του ακρωτηριασμού έχουν σημαντική στατιστική διαφορά ανά υποκατηγορία ( $p < 0,005$ ). Είναι γνωστό ότι οι ισχαιμικοί ασθενείς και κυρίως οι διαβητικοί έχουν σε περισσότερα από ένα σημεία αποφρακτική νόσο. Παρόλα αυτά, δεν φαίνεται στην παρούσα μελέτη να υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του Αγγειακού Εγκεφαλικού Επεισοδίου (ΑΕΕ) και των ακρωτηριασμών κάτω άκρων. Οι μείζονες ακρωτηριασμοί φαίνεται να έχουν αξιοσημείωτη παρουσία, καθώς καταλαμβάνουν περίπου το 40% των συνολικών ακρωτηριασμών. Επίσης, το 59% των

ασθενών είχαν στο ιστορικό τους προηγηθείσα εξέλκωση.

**Συμπεράσματα:** Η παρουσία του ΣΔ είναι ένας από τους βασικότερους παράγοντες που επηρεάζουν στην εμφάνιση ελκών και στη συνέχεια ακρωτηριασμών κάτω άκρων σε έδαφος ΠΑΝ. Η καλή διαχείριση των επιπλοκών του ΣΔ έχει αποδειχθεί ότι μειώνει τα ποσοστά του ακρωτηριασμού.

#### 4. Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΣΤΟΜΑΤΙΚΗΣ ΚΟΙΛΟΤΗΤΑΣ ΩΣ ΕΝΔΕΙΞΗ ΣΩΣΤΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΤΗΣ

Σ. Τόζιος<sup>1</sup>, Α. Ματιάκης<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>3</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>

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

2. Λέκτορας Στοματολογίας Α.Π.Θ

3. Παθολόγος-Διαβητολόγος Αναπληρωτής καθηγητής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

4. Αναπληρώτρια καθηγήτρια ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Η μελέτη του επιπέδου της ενημέρωσης ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2) σχετικά με την επίδραση του στην πρόκληση παθολογικών επιπλοκών στη στοματική κοιλότητα.

**Υλικό και Μέθοδος:** Η παρούσα έρευνα περιλαμβάνει 74 άτομα, 34 άντρες (45,9%) και 40 γυναίκες (54,1%) ηλικίας από 41 μέχρι 86 ετών. Το δείγμα ελήφθη με τους κανόνες της τυχαίας δειγματοληψίας και περιελάμβανε άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Συντάχθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συνιστά ποσοτική μελέτη 23 ερωτήσεων, βασισμένο σε βιβλιογραφικά δεδομένα ερωτήσεων κλειστού τύπου.

**Αποτελέσματα:** Το 60,8% (45 άτομα) πάσχουν από ΣΔτ2 από ένα έτος μέχρι μια δεκαετία. Το 66,3% (49 άτομα) έχει ικανοποιητική ρύθμιση της γλυκόζης μεταξύ 71-130 mg/dl. Το 74,3% (55 άτομα) δεν αντιμετωπίζει επιπλοκή. Από την οδοντοστοματολογική εξέταση διαπιστώθηκε ότι το 40,5% (30 άτομα) ήταν ενόδοντες, ενώ το υπόλοιπο 59,5% (44 άτομα) ήταν μερικώς ή ολικώς νωδοί. Οι 26 (35,1%) είχαν απωλέσει τα δόντια τους λόγω της περιοδοντίτιδας. Το 59,5% (44 άτομα) δεν αντιμετώπιζε ξηροστομία. Τα 61 άτομα (82,4%) βούρτσιζαν τα δόντια τους. Το 55,4% (41 άτομα) γνώριζε ότι ο ΣΔτ2 μπορεί να βλάψει τα δόντια ή/και τα ούλα του. Το 50% των ατόμων απάντησε ότι ο οδοντίατρος τους δεν γνώριζε ότι έπασχαν από ΣΔτ2. Το 50% που γνώριζε ο οδοντίατρος τους ότι έπασχαν από ΣΔτ2, το 46% ενημέρωσε ο ίδιος ο ασθενής τον οδοντίατρο του. Η πλειοψηφία του δείγματος απάντησε ότι δεν είχε έρθει σε επικοινωνία ο οδοντίατρος με τον παθολόγο-διαβητολόγο που φροντίζει τον ασθενή του. Τα 43 άτομα (58%) δεν είχαν φροντίσει τη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος τους στα επιτρεπτά επίπεδα πριν την έναρξη της οδοντιατρικής θεραπείας.

**Συμπεράσματα:** α) η περιοδοντίτιδα αποτελεί την κυριότερη αιτία απώλειας δοντιών μεταξύ των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη της παρούσας μελέτης. β) η ενημέρωση των ασθενών με ΣΔτ2 σχετικά με την επίδραση του ΣΔτ2 στη στοματική κοιλότητα κρίνεται μετρίως ικανοποιητική. γ) η συνεργασία των οδοντιάτρων και διαβητολόγου με σκοπό τη σωστότερη οδοντιατρική θεραπεία του διαβητικού ασθενούς αποδεικνύεται ανύπαρκτη.

## 5. ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗΣ ΔΙΑΙΤΑΣ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Θ. Τσαχαλίνα<sup>1,2</sup>, Ι. Κύργιος<sup>1</sup>, Ε. Ευστρατίου<sup>1</sup>, Μ. Μελισσινός<sup>2</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Α. Γαλλή-Τσινοπούλου<sup>1</sup>  
1. Δ' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρικό Τμήμα Σχολής Επιστημών Υγείας, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης, Γενικό Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

2. Τμήμα Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η μελέτη της επίδρασης της Μεσογειακής Δίαιτας (ΜΔ) στο γλυκαιμικό έλεγχο σε παιδιά-έφηβους με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔ1).

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 24 παιδιά-έφηβοι με ΣΔ1, ηλικίας 12-17 ετών σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας ή σε συνεχή υποδόρια έγχυση με αντλία. Την ομάδα παρέμβασης αποτέλεσαν 13 παιδιά-έφηβοι: την πρώτη εβδομάδα έκαναν 6 μετρήσεις γλυκόζης αίματος ημερησίως, τη δεύτερη εβδομάδα έκαναν 6 μετρήσεις γλυκόζης αίματος ημερησίως και ακολούθησαν πρόγραμμα ΜΔ. Η ομάδα ελέγχου αποτελούνταν από 11 παιδιά-έφηβους που επίσης για 2 εβδομάδες έκαναν 6 μετρήσεις γλυκόζης αίματος ημερησίως. Οι δύο ομάδες δε διέφεραν στατιστικά σημαντικά μεταξύ τους ως προς: φύλο, ηλικία, Δείκτη Μάζα Σώματος, Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) και απαιτούμενη δόση ινσουλίνης (ΑΔΙ).

**Αποτελέσματα:** Στην ομάδα παρέμβασης, βρέθηκε τη δεύτερη εβδομάδα στατιστικά σημαντικά μεγαλύτερη μείωση, των τιμών τους στα παρακάτω: στις μεταγευματικές τιμές γλυκόζης (154 vs 117 mg/dL,  $p < 0.001$ ), στις ημερήσιες τιμές (163 vs 127 mg/dL,  $p < 0.001$ ), στην υποθετική HbA1c (7.2% vs 6.0%,  $p < 0.001$ ) και την ΑΔΙ (0,96 vs 0,92 IU/kg  $p = 0,001$ ). Επίσης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερη μείωση των τιμών προγευματικά, στη μέση ημερήσια τιμή γλυκόζης, στη συνολική ημερήσια γλυκόζη, στην υποθετική HbA1c και την ΑΔΙ ( $p < 0.05$ ). Όσον αφορά τις μεταγευματικές τιμές γλυκόζης στην 1<sup>η</sup> – 2<sup>η</sup> ώρα, αν και η μείωση στην ομάδα παρέμβασης ήταν μεγαλύτερη, αυτή η διαφορά δεν έφθασε το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ( $p > 0,05$ ). Επίσης υπήρξε μια τάση για μεγαλύτερο αριθμό υπογλυκαιμιών στην ομάδα παρέμβασης από ότι στην ομάδα ελέγχου (2.77 vs 0.45,  $p = 0.09$ ).

**Συμπεράσματα:** Η εφαρμογή της ΜΔ επηρεάζει θετικά τις μεταγευματικές και συνολικές ημερήσιες συγκεντρώσεις γλυκόζης. Η επίδραση αυτή αντανακλάται στις καλύτερες τιμές HbA1c αλλά και στην αύξηση του αριθμού των υπογλυκαιμιών που οδηγεί σε μείωση της απαιτούμενης δόσης ινσουλίνης. Η υιοθέτηση της ΜΔ συστήνεται ανεπιφύλακτα στα παιδιά-έφηβους με ΣΔ1 για τη διατήρηση μακροχρόνιας ευγλυκαιμίας και μείωσης του κινδύνου μακροχρόνιων επιπλοκών.

## 6. ΑΝΤΙΓΡΙΠΠΙΚΟΣ ΕΜΒΟΛΙΑΣΜΟΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σ. Αυγέρη<sup>1</sup>, Ε. Μαυρίδης<sup>1</sup>, Π. Σύμπα<sup>1</sup>, Φ. Ηλιάδης<sup>2</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>3</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτρια, ΜSc, Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος»

2. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

3. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

4. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός Εργασίας:** Η καταγραφή, σύγκριση και αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού έναντι του ιού της γρίπης, αναφορικά με την πρόληψη της νοσηρότητας, σε εμβολιασμένα και μη άτομα με ΣΔ.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για μια συγχρονική αναλυτική μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 206 ατόμων με ΣΔ τύπου 1 και 2 (87 άνδρες, 119 γυναίκες) που προσήλθαν στα εξωτερικά ιατρεία του ΓΝΘ ΑΧΕΠΑ και Αγίου Παύλου κατά το χρονικό διάστημα 4/2014 - 7/2014). Για τους σκοπούς της μελέτης καταρτίστηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 42 ερωτήσεις,



κλειστού και ανοικτού τύπου. Η στατιστική ανάλυση των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό πακέτο IBM® SPSS® Statistics version 20.

**Αποτελέσματα:** Το 58% των εμβολιασθέντων ατόμων με ΣΔ έναντι του ιού της γρίπης δε νόσησε καμία φορά, το 39,8% μια φορά, ενώ μόλις το 2% είχε νοσήσει δύο ή περισσότερες φορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάστηκαν αναφορικά με τη βαρύτητα της νόσησης, καθώς το 37,8% των εμβολιασθέντων παρουσίασε 1 έως 3 συμπτώματα και μόλις το 2% περισσότερα από 3, όταν τα αντίστοιχα ποσοστά σε όσους δεν εμβολιάστηκαν ήταν 18,5% και 33,3% ( $p = 0,001$ ). Σχετικά με τα έτη που οι ασθενείς νοσούν από ΣΔ και τον διενεργηθέντα εμβολιασμό, παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές. Συγκεκριμένα μέχρι 9 έτη το ποσοστό εμβολιασμού είναι 38%, 10 έως 15 έτη 41%, ενώ πάνω από 15 έτη 56% ( $p = 0,046$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο εμβολιασμός έναντι του ιού της γρίπης, φαίνεται να επιδρά θετικά στα άτομα με ΣΔ, δεδομένου ότι αφενός μειώνει τη νοσηρότητα και αφετέρου συντελεί στον περιορισμό των συμπτωμάτων, ακόμη και στην περίπτωση νόσησης. Ο στοχευμένος εμβολιασμός σε ασθενείς με ΣΔ θα πρέπει να ενθαρρύνεται, διότι τα ποσοστά επικινδυνότητας είναι υψηλά, εξαιτίας της μειωμένης ανταπόκρισης του ανοσοποιητικού συστήματος.

## 7. ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ ΤΟΥ ΑΙΜΟΔΟΤΙΚΟΥ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ε. Μαυριδης<sup>1</sup>, Σ. Αυγέρη<sup>1</sup>, Π. Σύμπα<sup>1</sup>, Μ. Χατζηδημητρίου<sup>2</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>3</sup>, Χ. Σαββόπουλος<sup>4</sup>

1. Γ.Ν.Θ. Άγιος Παύλος, Θεσσαλονίκη

2. Τμήμα Τεχνολόγων Ιατρικών Εργαστηρίων, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

3. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙΘ, Θεσσαλονίκη

4. Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΑΠΘ, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός εργασίας:** Η αξιολόγηση του επιπέδου των γνώσεων του αιμοδοτικού πληθυσμού (που δεν πάσχει, ή αγνοεί εάν πάσχει από ΣΔ), σε θέματα που αφορούν στη νόσο.

**Υλικό και Μέθοδος:** Διεξήχθη μια συγχρονική, αναλυτική μελέτη σε δείγμα 1571 αιμοδοτών του Νομού Θεσσαλονίκης (ποσοστό ανταπόκρισης 84,9%), που αιμοδότησαν στην Νοσοκομειακή Υπηρεσία Αιμοδοσίας κατά το χρονικό διάστημα από 26/3 - 25/5/2014 ή σε εξόρμηση του κινητού κλιμακίου αιμοληψιών του Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος». Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 40 ερωτήσεις ενός ερωτηματολογίου που διαμορφώθηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, βασιζόμενο σε προϋπάρχουσες έρευνες. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πακέτο SPSS 21.

**Αποτελέσματα:** Το συνολικό μέσο ποσοστό επιτυχίας των ορθών απαντήσεων των συμμετεχόντων ήταν 53,5%, με το υψηλότερο ποσοστό να αφορά στις γενικές γνώσεις για το ΣΔ και το χαμηλότερο τις επιπλοκές αυτού. Αναλυτικά, το ποσοστό επιτυχίας σε κάθε τομέα γνώσεων ήταν: γενικές γνώσεις 63,2%, παράγοντες κινδύνου 50,8%, συμπτώματα 47,7%, επιπλοκές 40,3%, θεραπεία και διαχείριση της νόσου 60,7%, συνήθειες δραστηριότητες που πρέπει να αποφεύγονται από τους διαβητικούς ασθενείς 53,5% και η παρακολούθηση του διαβήτη 50,6%. Ιδιαίτερα χαμηλό ήταν το επίπεδο γνώσεων του ανδρικού πληθυσμού ( $p < 0,001$ ), των νεότερων σε ηλικία άτομα ( $p < 0,001$ ), καθώς και των ατόμων με μηδενικό ή πολύ χαμηλό εισόδημα ( $p < 0,001$ ). Ωστόσο, αξιοσημείωτο ήταν το εύρημα ότι το μορφωτικό επίπεδο δεν φάνηκε να επιδρά θετικά στο επίπεδο των γνώσεων για το ΣΔ ( $p = 0,403$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι γνώσεις για το ΣΔ ενός πληθυσμού, ευαίσθητοποιημένου μάλιστα σε θέματα υγείας, εφόσον είναι αιμοδότες, φάνηκε να βρίσκονται σε μέτρια επίπεδα. Συνεπώς, η πολιτεία θα πρέπει να μεριμνήσει για τη διεξαγωγή προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τη νόσο του ΣΔ, εστιάζοντας κύρια στους νέους, στους άνδρες και στα άτομα με χαμηλά ή μηδενικά εισοδήματα, που υπολείπονται σε γνώση.

## 8. ΕΚΒΑΣΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ, ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΑΡΞΗ Ή ΜΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Β.Π. Παπαδοπούλου<sup>1,2</sup>, Δ. Βαβίλης<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>, Δ.Γ. Γουλής<sup>1</sup>

1. Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη», Αλεξάνδρειο ΤΕΙΘ
2. Μονάδα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής, Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική ΑΠΘ
3. Τμήμα Ενδοκρινολογίας, Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ

**Σκοπός:** Η διερεύνηση της έκβασης της κύησης σε γυναίκες των οποίων η εγκυμοσύνη έχει επιπλακεί ή όχι με σακχαρώδη διαβήτη της κύησης (ΣΔΚ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Αναδρομική μελέτη παρατήρησης. Το δείγμα αποτέλεσαν έγκυες γυναίκες που γέννησαν στην Α' Μαιευτική - Γυναικολογική Κλινική του ΑΠΘ κατά το έτος 2013 (n = 1535, ομάδα ελέγχου), με ανεπίπλεκτες κύσεις, και έγκυες με ΣΔΚ (n = 50, ομάδα ασθενών), οι οποίες αντιμετωπίστηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Μεταβολικών Επιπλοκών της Κύησης της ίδιας Κλινικής, κατά το ίδιο χρονικό διάστημα.

**Αποτελέσματα:** Η μέση ηλικία των γυναικών ήταν 30,6 ± 6,2 έτη. Οι έγκυες με ΣΔΚ γέννησαν νεογά με μεγαλύτερο βάρος γέννησης (3084 ± 604 έναντι 2973 ± 723 g, p < 0.001) και μικρότερο βάρος πλακούντα (142 ± 293 έναντι 474 ± 82 g, p < 0.001) σε σχέση με έγκυες χωρίς ΣΔΚ. Οι έγκυες με ΣΔΚ γέννησαν συχνότερα με καισαρική τομή (72,9% έναντι 58,9%, p < 0.001) σε σχέση με εκείνες χωρίς ΣΔΚ. Από το σύνολο των νεογνών, 1215 (76,7%) γεννήθηκαν φυσιολογικά (AGA), 312 (19,7%) μικρά (SGA) και 58 (3,7%) μεγάλα για την ηλικία κύησης (LGA). Το βάρος γέννησης των νεογνών δε συσχετίστηκε με την ύπαρξη ΣΔΚ.

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα μελέτη, το βάρος γέννησης των νεογνών δεν συσχετίστηκε με την ύπαρξη ΣΔΚ. Πιθανώς, ο τρόπος αντιμετώπισης των ασθενών με ΣΔΚ είναι πολύ αποτελεσματικός. Η έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του ΣΔΚ είναι καθοριστικής σημασίας για την ανάπτυξη του εμβρύου και την έκβαση της κύησης.

## 9. ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΡΑΤΟΥΜΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΙΑ ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Ν. Μπελλάλη<sup>1</sup>, Κ. Καφέτσιος<sup>2</sup>, Μ. Μαλλιάρου<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>, Θ. Μπελλάλη<sup>4</sup>

1. Χειρουργείο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας
2. Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης
3. Χειρουργείο, 404 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Λάρισας
4. Τμήμα Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η ποιότητα ζωής των κρατούμενων με ΣΔ, να συγκριθεί με αυτή των κρατούμενων χωρίς ΣΔ και να ελεγχθεί κατά πόσο επηρεάζεται από την ευεξία που νιώθουν και από άλλα δημογραφικά, κλινικά χαρακτηριστικά, συμπεριφορές υγείας και χαρακτηριστικά της κράτησής τους.

**Μεθοδολογία:** Πρόκειται για μια συγχρονική, συγκριτική μελέτη, με δείγμα 48 κρατούμενους (24 με ΣΔ και 24 χωρίς ΣΔ) σε ένα μεγάλο σωφρονιστικό κατάστημα της Ελλάδας. Η συλλογή των δεδομένων (Απρίλιος - Μάιος 2014) έγινε με τα εξής εργαλεία: α) ερωτηματολόγιο δημογραφικών δεδομένων, κλινικών χαρακτηριστικών, συμπεριφορών υγείας και χαρακτηριστικών κράτησης, β) κλίμακα σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής (SF12) και γ) κλίμακα ψυχολογικής ευεξίας/ευημερίας (PWB). Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS19.

**Αποτελέσματα:** Οι συμμετέχοντες ήταν στην πλειοψηφία τους έλληνες, μεσήλικοι, έγγαμοι, δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και ελεύθεροι επαγγελματίες, μη καπνιστές, που δεν ασκούσαν

και δεν πρόσεχαν τη διατροφή τους. Οι κρατούμενοι με ΣΔ εμφάνιζαν υψηλότερο ποσοστό υπέρτασης ( $p = 0,016$ ), δυσλιπιδαιμίας ( $p = 0,004$ ) και ηπατίτιδας Β ( $p = 0,037$ ) συγκριτικά με αυτούς χωρίς ΣΔ. Οι κρατούμενοι με ΣΔ στην πλειοψηφία ανακάλυψαν τυχαία τη νόσο και ρυθμίζουν το διαβήτη με λήψη δισκίων και δίαιτας. Στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων βρέθηκε στον παράγοντα της ευεξίας ( $p = 0,033$ ). Κατά τη σύγκριση των δημογραφικών και κλινικών χαρακτηριστικών και των παραγόντων που αφορούν στην κράτηση, με τη φυσική και ψυχική υγεία, δεν βρέθηκε στατιστική σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων, εκτός της σωματικής άσκησης, που σχετίζεται με τη φυσική υγεία (0,047). Η σωματική και ψυχική υγεία βρέθηκε σχετικά χαμηλή (47,63 και 44,34 αντίστοιχα), με τους κρατούμενους με ΣΔ να έχουν χειρότερη σωματική και ψυχική υγεία ( $p = 0,009$  και  $0,008$  αντίστοιχα). Στους κρατούμενους με ΣΔ, υπήρχε θετική συσχέτιση της φυσικής και ψυχικής υγείας με την ευεξία ( $p = 0,038$  και  $p = 0,053$ ).

**Συμπεράσματα:** Η διαχείριση των χρόνιων νοσημάτων στα σωφρονιστικά ιδρύματα αποτελεί ένα θέμα αυξανόμενης βαρύτητας. Η παροχή εξειδικευμένων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω της διασύνδεσης του καταστήματος κράτησης με την κοινότητα και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής τους, κρίνονται μείζονος σημασίας, για τη βελτίωση της σωματικής και ψυχικής υγείας των κρατούμενων με ΣΔ.

## 10. ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΕΠΙΠΕΔΑ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Β. Παπαεμμανουήλ<sup>1</sup>, Κ. Κοτσάνη<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>3</sup>

1. Κλινική διατροφολόγος – διαιτολόγος MSc

2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, MSc, ΤΕΠ Π.Γ.Ν «ΑΧΕΠΑ» Θεσσαλονίκης, εξειδίκευση στην νοσηλευτική παιδιατρική, ειδικότητα καρδιοχειρουργικής στη USA

3. Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού - Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Νοσοκομείο «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Στην παρούσα ερευνητική εργασία διερευνάται η δυνατότητα εκτίμησης των επιπέδων της βιταμίνης D σε ηλικιωμένους > 65 ετών με ειδικό ερωτηματολόγιο, καθώς και εκτιμάται η συσχέτιση των επιπέδων της βιταμίνης D με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

**Υλικό και Μέθοδος:** Στον συγκεκριμένο ερευνητικό πληθυσμό 142 ατόμων (94 γυναίκες, 65,7% και 48 άνδρες, 34,3%) συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια εκτίμησης επιπέδων βιταμίνης D και μελετήθηκαν σωματομετρικές (BMI, περίμετρος μέσης), βιοχημικές παράμετροι (HbA1c) και επίπεδα βιταμίνης D ορού.

**Αποτελέσματα** Η χρήση του ερωτηματολογίου εκτίμησης των επιπέδων βιταμίνης D είναι χρήσιμη εναλλακτική του εργαστηριακού της προσδιορισμού στο αίμα που είναι πιο δαπανηρός. Παρατηρήθηκε σημαντική έλλειψη βιταμίνης D στο σύνολο του πληθυσμού, παρά το ότι διέμενε σε περιοχή με σημαντική ηλιοφάνεια και ασχολείτο ως επί το πλείστο με εργασίες και ενασχολήσεις σε εξωτερικό χώρο. Επίσης, σημαντικό ποσοστό (19,3%) παρουσίαζε τιμές HbA1c μεγαλύτερες του επιθυμητού, καταδεικνύοντας είτε αδιάγνωστες είτε μη επαρκώς ρυθμιζόμενες περιπτώσεις ΣΔ.

## 11. Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟΥ ΟΞΥΓΟΝΟΥ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΤΗΣ ΜΟΝΑΔΑΣ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΤΟΥ Γ.Ν.ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ»

Σ. Μέρδα<sup>1</sup>, Λ. Τσομπανίδου<sup>2</sup>, Μ. Κρομμύδα<sup>3</sup>, Σ. Στεφανίδου<sup>4</sup>, Μ. Κώτσιου<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
2. Νοσηλεύτρια ΤΕ, Προϊσταμένη ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/νίκης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
3. Νοσηλεύτρια ΤΕ, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
4. Επιμελήτρια Β', Παθολόγος, ΜΥΠΙ Γ.Ν. Θεσ/κης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»
5. Διευθύντρια, Χειρουργός Παίδων-Εντατικολόγος, ΜΥΠΙ Γ.Ν.Θεσ/νίκης «ΑΓ. ΠΑΥΛΟΣ»

**Σκοπός εργασίας:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση της θεραπευτικής παρέμβασης με υπερβαρικό οξυγόνο (HBO) και η διερεύνηση της αποτελεσματικότητάς του στην επούλωση των δυσίατων ισχαιμικών ελκών σε διαβητικούς ασθενείς. Τα διαβητικά έλκη αποτελούν σημαντικό αίτιο νοσηρότητας, θνησιμότητας καθώς και ελαττωμένης ποιότητας ζωής για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς συχνά οδηγούν σε ακρωτηριασμούς και αναπηρίες.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά 80 διαβητικοί ασθενείς με δυσίατα ισχαιμικά έλκη των κάτω άκρων, τα οποία ταξινομήθηκαν σύμφωνα με την κλίμακα Wagner και τα οποία αντιμετωπίστηκαν στη Μονάδα Υπερβαρικής Ιατρικής τα έτη 2009-2013. Η επιλογή των ασθενών έγινε με τη χρήση της διαδερμικής οξυμετρίας (TcPO<sub>2</sub>). Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 62 έτη. Η αναλογία γυναικών ανδρών ήταν 1/2,5. Η διάρκεια του έλκους πριν την έναρξη των θεραπειών ήταν 4 μήνες ± 3. Οι ασθενείς υποβάλλονταν σε 5 δίωρες συνεδρίες την εβδομάδα με μέσο όρο συνεδριών 23.

**Αποτελέσματα:** Παρατηρήθηκε πλήρης και σημαντική επούλωση σε 52 ασθενείς (ποσοστό 65%), μικρή βελτίωση σε 22 ασθενείς (ποσοστό 27,5%) και καμία βελτίωση σε 6 ασθενείς (ποσοστό 7,5%).

**Συμπεράσματα:** Η επιλογή των ασθενών που πάσχουν από διαβητικό έλκος με κριτήριο τη διαδερμική οξυμετρία και η εφαρμογή του ενδεικνυόμενου πρωτοκόλλου συνεδριών με HBO συμβάλλει στην αντιμετώπιση των δυσίατων ισχαιμικών ελκών σε διαβητικούς ασθενείς, επιταχύνοντας την επούλωσή τους και μειώνοντας τα ποσοστά των ακρωτηριασμών.

## 12. Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ε. Ζιώγα<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>, Χ. Κούτρας<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>4</sup>

1. ΤΕ Νοσηλεύτρια, MSc, Αναπληρώτρια Προϊσταμένη Παθολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας
2. Επίκουρος καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. Συντονιστής Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Ημαθίας-Μονάδα Βέροιας
4. Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της ποιότητας ζωής και η συσχέτιση της με τη συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II.

**Υλικό και Μέθοδος:** Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν 108 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου II, που νοσηλεύονταν στην Παθολογική κλινική του Γενικού Νοσοκομείου Βέροιας καθώς και εξωτερικοί ασθενείς που προσέρχονταν στο παθολογικό και στο διαβητολογικό εξωτερικό ιατρείο. Η ποιότητα ζωής εκτιμήθηκε με τη χρήση του ερωτηματολογίου SF-36 και η συμμόρ-

φωση στη θεραπεία με ένα ειδικό ερωτηματολόγιο.

**Αποτελέσματα:** Η πλειοψηφία του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες (52,8%), έγγαμες (65,7%) με μέση τιμή ηλικίας  $66,7 \pm 10,9$  έτη. Η ποιότητα ζωής των ασθενών επηρεάζεται από την ασθένεια, ενώ οι διαστάσεις που επηρεάζονται περισσότερο είναι ο σωματικός ( $0,5 \pm 1,43$ ) και συναισθηματικός ρόλος ( $0,3 \pm 1,03$ ). Η ποιότητα ζωής συσχετίζεται θετικά με κάποιες διαστάσεις από το ερωτηματολόγιο που μετρά τη συμμόρφωση όπως η συμμόρφωση με τη δίαιτα, την άσκηση, τη φροντίδα των ποδιών και με τις συμβουλές για αυτοφροντίδα, σε στατιστικό σημαντικό επίπεδο ( $p < 0,005$ ). Επίσης συσχετίζεται αρνητικά με την υποκλίμακα που έχει σχέση με τη συμμόρφωση στις εξετάσεις αίματος και σακχάρου ( $r = -0,218$ ,  $p < 0,014$ ). Οι υποκλίμακες της ποιότητας ζωής συσχετίζονται με τους δημογραφικούς παράγοντες όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και επίπεδο εκπαίδευσης σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ( $p < 0,005$ ) καθώς και με το είδος της θεραπευτικής αγωγής. Τα μικρότερα επίπεδα συμμόρφωσης παρατηρούνται στην άσκηση και στη φροντίδα των ποδιών.

**Συμπεράσματα:** Η συμμόρφωση στη θεραπευτική αγωγή επιδρά στην ποιότητα ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Ωστόσο η ποιότητα ζωής επηρεάζεται και από άλλους κλινικούς και δημογραφικούς παράγοντες. Απαιτούνται περισσότερες έρευνες σε διεθνές επίπεδο προκειμένου να υπάρξουν ασφαλή συμπεράσματα. Με αυτόν τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας θα παρέμβουν αποτελεσματικά ώστε να βελτιώσουν την ποιότητας ζωής των ασθενών.

### 13. ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ II: ΜΙΑ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Σύμπα<sup>1</sup>, Μ. Λαβδανίτη<sup>2</sup>, Σ. Αυγέρη<sup>3</sup>, Ε. Μαυρίδης<sup>4</sup>, Κ. Καζάκος<sup>5</sup>

1. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»

2. Επίκουρος καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

3. Νοσηλεύτρια, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»

4. Νοσηλευτής, MSc, Γ.Ν.Θεσ/νίκης «Άγιος Παύλος»

5. Αναπληρωτής Καθηγητής Τμήματος Νοσηλευτικής, Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσης μελέτης είναι η διερεύνηση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου II.

**Υλικό και Μέθοδος:** Πρόκειται για περιγραφική μελέτη. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο «Άγιος Παύλος». Το δείγμα αποτέλεσαν 170 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου II, οι οποίοι προσήλθαν στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Νοσοκομείου στα πλαίσια της θεραπείας τους. Στα πλαίσια της ερευνητικής εργασίας χρησιμοποιήθηκε το ευρέως διαδεδομένο και δοκιμασμένο στην ερευνητική πρακτική ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας General Health Questionnaire (GHQ -28) των Goldberg et al. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το Στατιστικό Πακέτο SPSS 22.

**Αποτελέσματα:** Η αξιοπιστία και εγκυρότητα του ερωτηματολογίου είναι υψηλή. Ένα σημαντικό ποσοστό της τάξεως του 25%, παρουσιάζει μηδενική συνολική βαθμολογία, ενώ από την άλλη πλευρά υπάρχει ένα υποκείμενο στο άνω όριο της κλίμακας (συνολική βαθμολογία ίση με 28). Η μέση βαθμολογία των ασθενών υποδηλώνει μία χαμηλή ένδειξη καταθλιπτικών συμπτωμάτων και μία σχετικά ικανοποιητική υγεία. Το οικονομικό επίπεδο, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η γνώση για το διαβήτη επιδρά στην ένδειξη κάποιας καταθλιπτικής διαταραχής σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο ( $p < 0,05$ ).

**Συμπεράσματα:** Η εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη φαίνεται να επηρεάζεται από ψυχοκοινωνικές, πολιτισμικές και γνωστικο-συμπεριφορικές μεταβλητές (προσωπικότητα, Ιδιοσυγκρασία, οικονομικό επίπεδο, πεποιθήσεις, στάσεις ατόμου), γεγονός που αποδεικνύεται και από τα αποτελέσματα της παρούσης μελέτης. Προτείνεται ο συνδυασμός βιοατρικού και βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου για την πρόληψη και θεραπεία ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και διαταραχών της διάθεσης (κατάθλιψη).

#### 14. Η ΣΥΝΕΧΗΣ ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΚΑΙ Η ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΟΥ QT ΔΙΑΣΤΗΜΑΤΟΣ ΣΕ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΜΕ ΤΗ ΣΥΝΕΧΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Δ. Φωλίνας<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Χ. Δαραμήλας<sup>2</sup>

1. Τμήμα «Τυποποίησης και Διακίνησης Προϊόντων (Logistics)» στο παράρτημα Κατερίνης του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

2. Τμήματος Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης, Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ»

**Σκοπός:** Η διερεύνηση του εάν τα υπογλυκαιμικά και τα υπεργλυκαιμικά επεισόδια στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔΤ1), συνδέονται με την ακανόνιστη παρατεταμένη καρδιακή επαναπόλωση QTc (ΑΠΚΕ QTc) με αποτέλεσμα τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κοιλιακών αρρυθμιών και αιφνίδιων θανάτων.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για συγχρονική – διατμηματική μελέτη παρατήρησης. Συμμετείχαν άτομα με ΣΔΤ1, μέλη των ομάδων «εκπαίδευση στο ΣΔΤ1» του Συλλόγου Διαβητικών Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΓΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ», κατά τους μήνες Απρίλιος – Ιούνιος 2014. Συμμετείχαν 10 άτομα με ΣΔΤ1, 3 άνδρες και 7 γυναίκες, ηλικίας 22 έως 53 ετών. Κοινά χαρακτηριστικά τους ήταν η εξωγενής χορήγηση αναλόγων ινσουλίνης, η μη λήψη αντιυπερτασικής αγωγής, η ύπαρξη του ΣΔ για περισσότερο από 5 έτη, η έλλειψη καρδιαγγειακών επιπλοκών συνοδευόμενων από ύπαρξη ιστορικού αρρυθμιών και η HbA<sub>1c</sub> πάνω από 6%.

**Εργαλεία:** Χρησιμοποιήθηκαν: α) ψηφιακή ζυγαριά, β) αναστημόμετρο, γ) Μεζούρα για εκτίμηση της περιμέτρου μέσης δ) Μετρητής σακχάρου αίματος, της εταιρίας Bayer Contour XT, ε) Συνεχής καταγραφή γλυκόζης i-pro, της εταιρίας Medtronic, στ) Holter 24ωρης καταγραφής καρδιακού ρυθμού.

**Αποτελέσματα:** – Για υπεργλυκαιμικές τιμές σακχάρου (μεγαλύτερες από 141 mg/dl).

– Η φυσιολογική τιμή του QTc είναι 450 msec, η μέση τιμή του QTc ήταν 468 msec ± 33,22 msec, δηλαδή παρατηρήθηκε παράταση του QTc.

– Για φυσιολογικές τιμές (τιμές σακχάρου από 70mg/dl έως και 140mg/dl). Η μέση τιμή QTc είναι 450 ± 28,47.

– Για υπογλυκαιμικές τιμές σακχάρου (μικρότερες από 70mg/dl) δεν παρατηρείται αύξηση του QTc στο εξεταζόμενο δείγμα.

– Συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές BG και QTc κατά τη φάση της υπογλυκαιμίας και της υπεργλυκαιμίας, δεν υπάρχει. Υπάρχει όμως συσχέτιση των δύο μεταβλητών, BG και QTc κατά την νορμογλυκαιμία.

**Συμπεράσματα:** – Η ΑΠΚΕ QTc που συμβαίνει κατά την υπογλυκαιμία και την υπεργλυκαιμία, δεν μπορεί να επηρεάσει την καρδιακή επαναπόλωση στο υπόλοιπο της ημέρας.

– Σε ένα άτομο με ΣΔΤ1 προκαλείται ΑΠΚΕ QTc και κατά τη διάρκεια δράσης της ινσουλίνης, η οποία επιδρά μειώνοντας τη συγκέντρωση του καλίου στον ορό, με αποτέλεσμα την υποκαλιαμία.

– Η υπογλυκαιμία και η υπεργλυκαιμία στα άτομα με ΣΔΤ1 σχετίζεται με την ΑΠΚΕ QTc.

### 15. ΑΠΟΛΙΠΟΠΡΩΤΕΪΝΗ Ε ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Ο. Γκατζήμα<sup>1</sup>, Μ. Αβραμικά<sup>2</sup>, Μ. Τσιγάρα, Μ. Γκιόκα<sup>1</sup>, Α. Μουσιώλης, Ε. Φραντζέσκος, Ρ. Visser<sup>3</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Μ. Τσολάκη<sup>1</sup>

1. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης
2. Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης
3. VU University Medical Center, Maastricht University

**Σκοπός:** Η παρούσα εργασία πραγματοποιείται στο πλαίσιο του προγράμματος «ΑΡΧΙΜΗΔΗΣ III», έχοντας ως στόχο 1) τη διερεύνηση της επίδρασης του Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) στις νοητικές λειτουργίες ασθενών με Ήπια Νοητική Διαταραχή (ΗΝΔ) και την πιθανή επίδρασή του στην εξέλιξη της σε Νόσο Alzheimer (ΝΑ) καθώς και 2) τον ρόλο της ύπαρξης του γονιδίου ε4 στην παραπάνω συσχέτιση. Η άνοια τύπου Alzheimer είναι ένα κλινικό σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από προοδευτική έκπτωση σε νοητικές ικανότητες, συμπεριφορά και ανεξάρτητη καθημερινή ζωή. Τα παθολογικά χαρακτηριστικά της είναι ο εκφυλισμός νευρώνων, η παρουσία αμυλοειδικών πλακών και νευροϊνιδιακών τολυπίων. Στην σποραδική μορφή του Alzheimer, το κυριότερο γονίδιο που έχει ενοχοποιηθεί ως παράγοντας κινδύνου ανάμεσα σε άλλα, είναι αυτό της Απολιποπρωτεΐνης Ε (ΑΡΟΕ). Το ΑΡΟΕ βρίσκεται στο χρωμόσωμα 19 έχοντας τρία αλληλόμορφα (ε2,ε3,ε4) με το ε4 (ΑΡΟΕ4) να είναι πιο συχνό στους ασθενείς με όψιμη έναρξη της νόσου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Οι συμμετέχοντες στη μελέτη είναι 40 άτομα που χωρίζονται στις εξής 4 κατηγορίες: Ομάδα I: ασθενείς με Η.Ν.Δ και Σ.Δ., Ομάδα II: ασθενείς με Η.Ν.Δ. χωρίς Σ.Δ., Ομάδα III: ασθενείς χωρίς Η.Ν.Δ. με Σ.Δ. και Ομάδα IV: ασθενείς χωρίς Η.Ν.Δ. και χωρίς Σ.Δ. (ομάδα ελέγχου). Από αυτούς θα ελεγχθούν για το γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης ε4 όλοι οι συμμετέχοντες με σκοπό τη πιθανή συσχέτιση του Διαβήτη τύπου 2 με την Νόσο Alzheimer στο πλαίσιο του γενετικού υπόβαθρου.

**Αποτελέσματα:** Από τα δείγματα αίματος που έχουν αναλυθεί για το προδιαθεσικό γονίδιο της απολιποπρωτεΐνης ε4: Ποσοστό 75% των ατόμων φέρουν τον γονότυπο 3/3 (από τους οποίους το 44% ανήκει στην ομάδα ελέγχου), 9% φέρουν το γονότυπο 2/2, 4.5% φέρουν τον γονότυπο 2/3 και 7% των ατόμων της μελέτης τον γονότυπο 3/4. Από τους συμμετέχοντες που φέρουν το προδιαθεσικό γονίδιο ε4, οι 4 έχουν μόνο Σ.Δ., οι 2 μόνο Η.Ν.Δ. και 2 ανήκουν στην ομάδα ελέγχου.

**Συμπεράσματα.** Από την μελέτη δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης του ε4 και της ύπαρξης Η.Ν.Δ. και Σ.Δ. Απαιτούνται και άλλες μελέτες με μεγαλύτερους πληθυσμούς έτσι ώστε να διερευνηθεί ο ρόλος του γονιδίου ε4 και η πιθανή σχέση του στην ταχύτερη εξέλιξη της Η.Ν.Δ. στο πλαίσιο του Σ.Δ.

### 16. Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑΣ ΣΤΟ ΦΑΙΝΟΜΕΝΟ NON-DIPPING ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Θεοδώρου, Π. Τσακλής, Α. Τσαλογλίδου, Κ. Καζάκος

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

**Σκοπός:** Η αρτηριακή πίεση (ΑΠ) ακολουθεί κιρκάδιο ρυθμό που χαρακτηρίζεται από χαμηλότερα επίπεδα κατά τη διάρκεια της νύχτας σε σχέση με την ημέρα. Απουσία της νυχτερινής πτώσης της ΑΠ ή νυχτερινή πτώση της ΑΠ < 10% σε σχέση με την ημέρα χαρακτηρίζει το φαινόμενο non dipping, το οποίο αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της επίδρασης της παχυσαρκίας στη νυχτερινή πτώση ή μη της αρτηριακής πίεσης (dipping ή non-dipping) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και η πιθανή ανεύρεση τροποποιησίμων παραγόντων που μπορούν να επηρεάσουν την εμ-

φάνιση του φαινομένου non-dipping, με τελικό όφελος τη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

**Υλικό και Μέθοδος:** Σχεδιάστηκε μία συγχρονική μελέτη παρατήρησης. Πενήντα ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 υποβλήθηκαν σε 24ωρη καταγραφή της αρτηριακής πίεσης. Από αυτούς, το 54% ήταν παχύσαρκοι (BMI  $\geq$  30) και το 46% δεν ήταν (BMI < 30).

**Αποτελέσματα:** Δε διαπιστώθηκε συσχέτιση μεταξύ non-dipping και παχυσαρκίας ( $p > 0,05$ ) αλλά ούτε και μεταξύ non-dipping και κοιλιακής παχυσαρκίας ( $p > 0,05$ ). Αντίθετα, προέκυψε θετική συσχέτιση μεταξύ non-dipping και ηλικίας στην ομάδα των παχύσαρκων διαβητικών ( $p = 0,045$ ). Καταγράφηκε, επίσης, σημαντικά αυξημένο ποσοστό non-dipping στο σύνολο του δείγματος (72% non-dippers έναντι 28% dippers). Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές στο ποσοστό πτώσης της συστολικής ΑΠ κατά τη νύχτα μεταξύ ανδρών και γυναικών ( $p = 0,023$ ) και μεταξύ δυσλιπιδαιμικών και μη ( $p = 0,022$ ), στην ομάδα των non-dippers.

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός του φαινομένου non-dipping είναι σημαντικά αυξημένος στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ η παχυσαρκία δε φαίνεται να επηρεάζει την εκδήλωση του non-dipping στα άτομα αυτά. Ωστόσο, οι παχύσαρκοι διαβητικοί παρουσιάζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα το φαινόμενο non-dipping, αυξανόμενης της ηλικίας. Η λήψη στατίνης από όλους τους δυσλιπιδαιμικούς που συμμετείχαν στη μελέτη και ανήκαν στην ομάδα των non-dippers, μπορεί να σχετίζεται με τις μεγαλύτερες πτώσεις της ΑΠ που παρατηρούνται στα άτομα αυτά. Δεδομένης της διαπιστωθείσας αυξημένης συχνότητας του φαινομένου non-dipping, θα πρέπει να εξεταστεί σοβαρά το ενδεχόμενο μίας ευρύτερης χρήσης της 24ωρης καταγραφής της ΑΠ στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

## 17. Η ΧΡΗΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΛΕΙΩΝ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕ ΣΚΟΠΟ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Σ. Ακριτίδου, Π. Τσακλής, Α. Τσαλογλίδου, Κ. Καζάκος

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

**Σκοπός:** Να διερευνηθεί η δυνατότητα βελτίωσης της γλυκαιμικής ρύθμισης και συγκεκριμένων παραμέτρων αυτοφροντίδας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 μέσω της χρήσης θεραπευτικών εργαλείων εκμάθησης (EMMA project) σε μία συνέντευξη κινητοποίησης.

**Μέθοδος:** Πρόκειται για ημιπειραματική μελέτη παρέμβασης. Έλαβαν συνολικά μέρος 22 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και το σκορ του ερωτηματολογίου αυτοφροντίδας στο σακχαρώδη διαβήτη (SDSCA) προσδιορίστηκαν πριν και σε διάστημα τριών μηνών μετά την παρέμβαση.

**Αποτελέσματα:** Διαπιστώθηκε στατιστική σημαντική βελτίωση στην παράμετρο της αυτοφροντίδας των άκρων ποδών ( $p < 0,001$ ) και σε αυτήν της άσκησης ( $p < 0,001$ ). Δεν διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, του αυτοελέγχου της γλυκόζης αίματος και της δίαιτας μετά την παρέμβαση.

**Συμπεράσματα:** Η συνέντευξη κινητοποίησης με τη χρήση των διαδραστικών εκπαιδευτικά εργαλείων του EMMA Project μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της αυτοφροντίδας των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη στους τομείς του αυτοελέγχου γλυκόζης και άσκησης, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες, τις επιθυμίες, και τις δυνατότητες κάθε ξεχωριστού ασθενή. Τα οφέλη της παραπάνω παρέμβασης αναδείχθηκαν και θα μπορούσαν να εφαρμοστούν στο μέλλον σε ευρύτερη κλίμακα.



### 18. ΜΕΛΕΤΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΟΥ ΣΔ ΣΤΗΝ ΕΚΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΝΟΗΤΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΩΝ

Α. Μουσιώλης<sup>1</sup>, Κ. Καζάκος<sup>2</sup>, Μ. Γκικόκα<sup>2</sup>, Ο. Γκατζήμα<sup>2</sup>, Κ. Κώτσα<sup>1</sup>

1. Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού-Διαβητολογικό κέντρο Ά παθολογική κλινική Π.Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ  
2. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών "Φροντίδα στο Σακχαρώδη Διαβήτη": Τμήμα Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Πρόσφατες μελέτες προτείνουν την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στο σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και τη νόσο Alzheimer αν και τα αποτελέσματά τους είναι πολλές φορές αντιφατικά. Η πιθανότητα της συσχέτισης ΣΔ και νόσου Alzheimer ενισχύεται από την ύπαρξη κοινών παθολογικών χαρακτηριστικών. Φαίνεται πως η μειωμένη είσοδος ινσουλίνης στο ΚΝΣ, αποτέλεσμα της χρόνιας υπερινσουλιναιμίας που σχετίζεται με την ινσουλινοαντίσταση και την εκδήλωση ΣΔ2, παίζει βασικό ρόλο.

**Σκοπός:** Η εκτίμηση του βαθμού συσχέτισης του ΣΔ με την έκπτωση της νοητικής λειτουργίας που οδηγεί στην εκδήλωση της ν. Alzheimer.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 118 υγιείς και 58 διαβητικοί ασθενείς αντίστοιχα. Στο σύνολο των ατόμων του υπό εξέταση δείγματος πραγματοποιήθηκαν σωματομετρικές μετρήσεις καθώς και βιοχημικός έλεγχος που περιελάμβανε τον υπολογισμό των λιπιδίων, της HbA1c και της πρωινής γλυκόζης νηστείας. Πραγματοποιήθηκε επίσης έλεγχος της γνωστικής λειτουργίας με τη βοήθεια εξειδικευμένων τεστ (MMSE, MOCA, IADL, CDR, HAMILTON, ADCS-ADL) καθώς και έλεγχος της λειτουργίας του ΚΝΣ με την πραγματοποίηση προκλητών δυναμικών. Τα δεδομένα επεξεργάστηκαν με τη βοήθεια του spss 20.0.

**Αποτελέσματα:** Συνολικά 41 άτομα με διαβήτη εμφάνισαν ήπια νοητική διαταραχή. Υπήρξε αρνητική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας του ΣΔ και των τιμών της δοκιμασίας γνωστικής αξιολόγησης MMSE στην ομάδα των διαβητικών ατόμων με ήπια νοητική διαταραχή (P = 0,013). Αντιθέτως δεν υπήρξε συσχέτιση της γνωστικής λειτουργίας με την HbA1c, τα λιπίδια και τους σωματομετρικούς δείκτες (ΔΜΣ, περίμετρος μέσης) στο σύνολο των υπό εξέταση ατόμων όσο και στα άτομα της κάθε ομάδας ξεχωριστά.

**Συμπεράσματα:** Στην παρούσα εργασία, η διάρκεια του διαβήτη συσχετίζεται αρνητικά με τις τιμές του δείκτη γνωστικής ικανότητας MMSE στην ομάδα των διαβητικών ασθενών που εμφάνιζαν ήπια νοητική διαταραχή. Προοπτικές μελέτες απαιτούνται για να επιβεβαιώσουν τη σχέση ΣΔ και νοητικών λειτουργιών, αλλά και να διευκρινίσουν την κατεύθυνση αυτής της σχέσης.

### 19. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΔΠΠ) ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ)

Γ. Μπατάνης, Κ. Καζάκος, Π. Τσακλής, Α. Τσαλογλίδου

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

**Σκοπός** της εργασίας ήταν η σύγκριση των αποτελεσμάτων δύο γνωστών κλινικών πρωτοκόλλων ανίχνευσης της ΔΠΠ, του United Kingdom Screening Test (UK με τα επιμέρους σκέλη UK-NSS, UK-NDS και το τελικό αποτέλεσμα UK-TOTAL) και του Michigan Neuropathy Screening Instrument (MNSI με το ερωτηματολόγιο και το τελικό αποτέλεσμα MNSI-TOTAL) με τα αποτελέσματα της εξέτασης με την ηλεκτρονική συσκευή NC-stat DPNCheck. Η συγκεκριμένη συσκευή θεωρήθηκε το «χρυσό πρότυπο» διάγνωσης και σταδιοποίησης της ΔΠΠ. Επίσης μελετήθηκε ο βαθμός πρόβλεψης των αποτελεσμάτων της εξέτασης με τη συσκευή NC-stat DPNCheck από τα αποτελέσματα ορισμένων παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΠΠ. Τέλος εξετάστηκε ο βαθμός συσχέτισης των αποτελεσμάτων των επιμέρους σκελών του πρωτοκόλλου UK (UK-NSS και UK-

NDS) τόσο μεταξύ τους όσο και με το τελικό αποτέλεσμα του (UK-TOTAL).

Επιλέχθηκαν με τυχαίο τρόπο από το αρχείο ιδιωτικού ιατρείου Ειδικού Παθολόγου 47 άτομα της Λευκής φυλής (28 άνδρες και 19 γυναίκες) με ΣΔ τύπου 1 (2 άτομα) και ΣΔ τύπου 2 (45 άτομα) και εύρος ηλικιών μεταξύ 37-81 ετών.

Για τη συγκέντρωση των πρωτογενών δεδομένων πραγματοποιήθηκαν: α) Συνεντεύξεις για τη συγκέντρωση των δημογραφικών χαρακτηριστικών (φύλο, ηλικία, τύπος ΣΔ, διάρκεια ΣΔ, κάπνισμα, ιστορικό υπέρτασης), β) Μετρήσεις κλινικών παραμέτρων (ύψος, βάρος, BMI, αρτηριακή πίεση), γ) Μετρήσεις εργαστηριακών παραμέτρων (HbA1c, κρεατινίνη, aMDRD, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, HDL, LDL, TSH, B12, φυλλικό οξύ).

Για την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν η μέθοδος Chi-Square ( $\chi^2$ ), η μέθοδος της Πολλαπλής Λογιστικής Παλινδρόμησης και το στατιστικό πακέτο SPSS.

Διαπιστώθηκαν τα εξής: α) Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της εξέτασης με τη συσκευή NC-stat DPNCheck και των αποτελεσμάτων της εξέτασης με τα σκέλη UK-NSS και UK-NDS του πρωτοκόλλου UK αλλά και με τα τελικά αποτελέσματα των δύο κλινικών πρωτοκόλλων (UK-TOTAL και MNSI-TOTAL). Το ερωτηματολόγιο MNSI υστερεί στην ανίχνευση της ΔΠΠ, β) Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων της μέτρησης με τη συσκευή NC-stat DPNCheck και δύο μόνων παραγόντων κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΠΠ, του καπνίσματος και του ιστορικού υπέρτασης, γ) Υπάρχει ισχυρή συσχέτιση των αποτελεσμάτων των επιμέρους σκελών του πρωτοκόλλου UK (UK-NSS και UK-NDS) τόσο μεταξύ τους όσο και με το τελικό αποτέλεσμα του (UK-TOTAL).

**Συμπερασματικά** τα κλινικά πρωτόκολλα UK και MNSI είναι αξιόπιστα εργαλεία μελέτης της ΔΠΠ.

# TRESIBA®

Η ΝΕΑ ΒΑΣΙΚΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

**ΤΩΡΑ  
ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ**

**ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ  
ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ  
ΑΠΟ 1 ΕΤΟΥΣ\***

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

- με επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου<sup>1,2</sup>
- με μικρότερο κίνδυνο νυχτερινής υπογλυκαιμίας έναντι της ινσουλίνης glargine<sup>1,2</sup>
- με ευελιξία στο χρόνο χορήγησης, όταν χρειάζεται<sup>1</sup>



7.0%

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

▼ Το φάρμακο αυτό τελεί υπό συμπληρωματική παρακολούθηση. Αυτό θα επιτρέψει τον ταχέως προσδιορισμό νέων πληροφοριών ασφαλείας. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενα ανεπιθύμητα ενέργεια. Βλ. παράρτημα 4.9 για τον τρόπο αναφοράς ανεπιθύμητων ενεργειών στον πλήρη κατάλογο των χαρακτηριστικών του προϊόντος.

**Όνομα του φαρμακευτικού προϊόντος:** Tresiba 100 μονάδες/mL ενέσιμο διάλυμα σε προγεωμενική συσκευή τύπου πέννας. **Ποιότητα και ποσότητα σύνθεσης:** 1 mL του διαλύματος περιέχει 100 μονάδες ινσουλίνης degludec\* (ισοδύναμο με 3,66 mg ινσουλίνης degludec). Μία προγεωμενική συσκευή τύπου πέννας περιέχει 300 μονάδες ινσουλίνης degludec σε 3 mL διαλύματος. **Θεραπευτικές ενδείξεις:** Θεραπεία σακχαρώδους διαβήτη σε ενήλικες, εφήβους και παιδιά από την ηλικία του 1 έτους. **Δοσολογία:** Το Tresiba είναι μια βασική ινσουλίνη για υποδόρια χορήγηση από ημερησίως οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, κατά προτίμηση την ίδια χρονική στιγμή κάθε ημέρα. Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, το Tresiba μπορεί να χορηγηθεί μόνο του ή σε οποιοδήποτε συνδυασμό με από του στόματος αντιδιαβητικά φαρμακευτικά προϊόντα, αγωνιστές υποδοχέα GLP-1 και γεωμετρική ινσουλίνη. Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, το Tresiba πρέπει να συνδυάζεται με βραδείας δράσης ινσουλίνη για την κάλυψη των αναγκών ινσουλίνης, την ώρα του γεύματος. **Τρόπος χορήγησης:** Το Tresiba προορίζεται μόνο για υποδόρια χρήση. Ειδικές καταγραφές πληθυσμού: Το Tresiba\* μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε ασθενείς με νεφρική και ηπατική βλάβη, σε εφήβους και παιδιά από την ηλικία του 1 έτους. **Αντενδείξεις:** Υπερευαίσθηση στη δραστική ουσία ή σε κάποιο από τα εφόδια. **Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Υπογλυκαιμία: Η παρακολούθηση κόπωσης γεύματος ή η μη προγραμματισμένη εντατική

φυσική άσκηση μπορεί να οδηγήσουν σε υπογλυκαιμία. Η υπογλυκαιμία μπορεί να συμβεί εάν η δόση της ινσουλίνης είναι πολύ υψηλή σε σχέση με την ανάγκη σε ινσουλίνη. Στα παιδιά, ένα πρόβλημα να δίνεται προσοχή ώστε να ανταποκρίνονται οι δόσεις της ινσουλίνης (όπως σε σχήματα βασικής-bolus) με την πρόκληση τροφής και τις σακχατικές δραστηριότητες έτσι ώστε να ελαττωθεί ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας. **Υπεργλυκαιμία:** Σε καταστάσεις σοβαρής υπεργλυκαιμίας, ανιστάται η χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης. Η ανεπαρκής δόση ή/και η διακοπή της θεραπείας σε ασθενείς που απαιτούν ινσουλίνη μπορεί να οδηγήσει σε υπεργλυκαιμία και διηθητική κετοξέωση. Μετάδοξη από άλλα φαρμακευτικά προϊόντα ινσουλίνης Η μετάδοξη ενός ασθενή σε άλλο τύπο, όνομα ή παραγόμενο προϊόντος ινσουλίνης πρέπει να γίνεται υπό ιατρική παρακολούθηση και ενδέχεται να οδηγήσει στην ανάγκη αλλαγής της δόσης. Συνδυασμός πογλιταζόνης και φαρμακευτικών προϊόντων ινσουλίνης. Έχουν αναφερθεί περιπτώσεις καρδιακής ανεπάρκειας όταν η πογλιταζόνη χρησιμοποιείται σε συνδυασμό με ινσουλίνη, ιδίως σε ασθενείς με παρυσίοντες κινδύνου για ανάπτυξη καρδιακής ανεπάρκειας. Αυτό θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά τη χορήγηση θεραπευτικής πογλιταζόνης σε συνδυασμό με το Tresiba. Εάν χρησιμοποιηθεί ο εν λόγω συνδυασμός, οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται για ενδείξεις και συμπτώματα καρδιακής ανεπάρκειας, αύξηση βάρους και οίδημα. Η πογλιταζόνη πρέπει να διακόπτεται σε περίπτωση επίδειξης των καρδιακών συμπτωμάτων. **Διαταραχή των οσθίων:** Η εντατικοποίηση της θεραπείας ινσουλίνης με απότομη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου μπορεί να συνυφαστεί με προσωρινή επίδειξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Αποφυγή αφαλάτων στην αγωγή. Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται ότι πρέπει να ελέγχουν πάντα την εφύφεση της ινσουλίνης πριν από κάθε ένεση για να αποφευχθεί η παγία ανάμειξη μεταξύ των δύο διαφορετικών περιεκτικόντων του Tresiba καθώς και με άλλα προϊόντα ινσουλίνης. Σε ασθενείς που πάσχουν

από υπόφυση ή έχουν σοβαρά προβλήματα όρασης θα πρέπει να δίνεται η οδηγία να αυξήσουν πάντοτε βήματα από άλλο άτομο με καλή όραση και είναι εκπαιδευμένο στη χρήση της συσκευής ινσουλίνης. **Απομάκρυνση ινσουλίνης:** Η χορήγηση ινσουλίνης μπορεί να προκαλέσει τον σχηματισμό αντισωμάτων της ινσουλίνης. **Εγκυμοσύνη:** Δεν υπάρχει κλινική εμπειρία με τη χρήση του Tresiba σε έγκυες γυναίκες. **Θηλασμός:** Δεν υπάρχει κλινική εμπειρία με το Tresiba κατά το θηλασμό. **Γονιμότητα:** Μελέτες αναπαραγωγής σε ζώα με ινσουλίνη degludec δεν έχουν αποκλείσει ανεπιθύμητες ενέργειες στη γονιμότητα. **Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμού μηχανών:** Η ικανότητα συγκέντρωσης και αντίδρασης του ασθενούς ενδέχεται να επηρεαστεί ως αποτέλεσμα της υπογλυκαιμίας. **Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Σπάνιες - Υπερευαίσθηση, Σπάνιες - Ανάσπαση Πολύ συχνές - Υπογλυκαιμία, Όχι συχνές - Αιμοδυστροφία, Συχνές - Ανάσπαση της θέσης ένεσης, Όχι συχνές - Περιφερικό οίδημα. **Παιδιατρικός πληθυσμός:** Το Tresiba έχει χορηγηθεί σε παιδιά και εφήβους ηλικίας έως 18 ετών για τη διερεύνηση των φαρμακοκινητικών ιδιοτήτων. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα έχουν αποδειχθεί σε μια μακροχρόνια δοκιμή σε παιδιά ηλικίας 1 έως κάτω των 18 ετών. Η συχνότητα, ο τύπος και η σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών στον παιδιατρικό πληθυσμό δεν υποδεικνύουν διαφορές με την εμπειρία στο γενικό πληθυσμό του διαβήτη. Άλλα ειδικά πληθυσμικά Με βάση τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών, η συχνότητα, ο τύπος και η σοβαρότητα των ανεπιθύμητων ενεργειών που παρατηρήθηκαν σε ηλικιωμένους ασθενείς και σε ασθενείς με νεφρική ή ηπατική βλάβη δεν δείχνουν διαφορές με την καλύτερη εμπειρία στο γενικό πληθυσμό. **ΚΑΤΑΧΩΣΗ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Δανία. **ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** EU/1/12/2807/001-005. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ:** 21 Ιανουαρίου 2013. **ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΒΕΒΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** 04/2015. Απατάται ιατρική συνταγή. ΑΤ115/03.Ε.

### Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών

Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση άδειας κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπεται η ανωνύμη παρακολούθηση της σχέσης οφελούς-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες του τομέα της υγείας να αναφέρουν ανεπιθύμητες περιβαλλόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες - στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων (Μεσογείων 284, GR-15562 Χαλκίδα, Αθήνα, Τηλ: +30 21 32040380/337, Φαξ: +30 210 6549585, Ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr>), για την Ελλάδα ή - στο Γραμμάτεια Υπηρεσιών Υπουργείου Υγείας, CY-1475, [www.mh.gov.cy/phs](http://www.mh.gov.cy/phs), Fax +357 22608649, για την Κύπρο.

### Βιβλιογραφία:

1. Rodbard HW et al., Diabetic Medicine 2013; DOI: 10.1111/dme.12303.
2. Bode BW et al., Diabetic Medicine 2013; DOI: 10.1111/dme.12243.
3. Tresiba® - Περίληψη Χαρακτηριστικών Προϊόντος.



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

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



**TRESIBA®**  
insulin degludec [rDNA origin] injection



## ΥΠΟΣΤΗΡΙΖΟΝΤΑΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

**ΝΟΡΕ. Η ΕΛΠΙΔΑ ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΠΙΣΩ ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΛΕΝΑΣ ΝΑ ΖΕΙ ΜΕ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ.**

Η Λένα είναι ένα από τα 382 εκατομμύρια ατόμων με διαβήτη παγκοσμίως. Η Sanofi, για να βελτιώσει την ποιότητα ζωής τους, ενασχολείται και προάγει καθημερινά την πρόληψη, τη θεραπεία και την τεχνολογική υποστήριξή τους, τηρώντας τη δέσμευσή της να ανταποκρίνεται στις προσδοκίες και την ελπίδα των ατόμων που ζουν με διαβήτη.

[www.sanofi.gr](http://www.sanofi.gr)  
[www.sanofi.com](http://www.sanofi.com)

GR.COM.15.02.03

**SANOFI** 