



**1-4**

**Φεβρουαρίου 2018**  
Ξενοδοχείο Crowne Plaza  
**Αθήνα**

**6<sup>ο</sup>**

**Πανελλήνιο  
Συνέδριο**

Εταιρίας Μελέτης  
Παθήσεων

**Διαβητικού  
Ποδιού**

με Διεθνή Συμμετοχή



Οργάνωση - Γραμματεία

 **free spirit**  
Getting you there  
[www.free-spirit.gr](http://www.free-spirit.gr)

**Τελικό Πρόγραμμα  
& Βιβλίο Περιλήψεων**



## Περιεχόμενα

### ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Χαιρετισμός	3
Επιτροπές	4
Επιστημονικό Πρόγραμμα	6
Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών	20
Προφορικές Ανακοινώσεις	28
Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων	63

### ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δορυφορικές Διαλέξεις	69
Χρήσιμες πληροφορίες	72
Ευχαριστίες	75



## Χαιρετισμός

Η Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), συνεχίζοντας την πετυχημένη πορεία της, βρίσκεται ακόμη μια φορά στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει ότι θα πραγματοποιήσει το **6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριό** της με Διεθνή Συμμετοχή στο ξενοδοχείο Crowne Plaza, στην Αθήνα, **1-4 Φεβρουαρίου 2018**.

Σε κάθε συνέδριο της ΕΜΕΔΙΠ αναπτύσσονται θέματα που αποβλέπουν στην ορθολογική και στην αντιμετώπιση των παθήσεων του συνδρόμου του Διαβητικού Ποδιού που είναι βασισμένη σε ενδείξεις που ήδη υπάρχουν.

Η θεματολογία αποβλέπει και στην πολύπλευρη αντιμετώπιση του ασθενούς με προβλήματα από τα πόδια. Εξετάζονται λοιπόν οι δυνατότητες καλύτερης ρύθμισης της γλυκόζης αίματος και της υπέρτασης και των λιπιδίων με απαραίτητη και την διερεύνηση νεφρικής λειτουργίας. Είναι αποδεδειγμένο, αν και όχι τόσο προβεβλημένο, ότι η ρύθμιση της γλυκόζης και των άλλων παραπάνω παραμέτρων συντελεί στην αποφυγή ακρωτηριασμών μειώνοντας τις χρόνιες επιπλοκές, αλλά και κατά την διάρκεια θεραπευτικής αντιμετώπισης έλκους συντελεί στην ταχύτερη επούλωση.

Η πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού όμως αποτελεί θέμα ομάδος, όπου συμμετέχουν πολλές εξειδικεύσεις Λειτουργιών Υγείας (ειδικότητες Παθολογίας, χειρουργικές, απεικονιστικές κ.λπ.), ίσως οι περισσότερες από άλλον τομέα. Στο 6<sup>ο</sup> Συνέδριο θα διευκρινισθεί και θα τονισθεί ο ρόλος τους αναλυτικά.

Η θεματολογία θα στραφεί επιπλέον στην αποκατάσταση των ακρωτηριασθέντων ασθενών. Θα τονισθούν επίσης οι κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των ακρωτηριασμών. Σε χώρες που βρίσκονται σε οικονομική κρίση είναι απαραίτητη η προσέγγιση αυτή.

Η παρουσίαση των θεμάτων θα γίνει υπό τη μορφή σύντομων διαλέξεων, συζητήσεων σε αμφιλεγόμενα θέματα, στρογγυλών τραπεζών και κυρίως κλινικών φροντιστηρίων με ενεργό συμμετοχή των συνέδρων. Θα υπάρχουν διαλέξεις διακεκριμένων ομιλητών από το εξωτερικό, πρωτοπόρων στην αντιμετώπιση των παθήσεων αυτών (αγγειοχειρουργικών παρεμβάσεων, αποκατάστασης κ.λπ.), στην οργάνωση ανάλογων μονάδων Διαβητικού Ποδιού καθώς και στη φροντίδα, στην πάθηση αυτή, στις χώρες τους.

Η υπόθεση «Διαβητικό Πόδι» αφορά πολλές ειδικότητες της Ιατρικής από την πρωτοβάθμια ως την τριτοβάθμια περίθαλψη, σημαντική όμως είναι η συμβολή των ποδολόγων και του νοσηλευτικού προσωπικού. Θα καλυφθεί ο τομέας αυτός με ανάλογη θεματολογία, π.χ. αποφόρτιση, θεραπευτικά υποδήματα, κ.λπ. Θα συζητηθούν ερευνητικές προσπάθειες και προτάσεις από τον Ελληνικό και Διεθνή χώρο σε ειδικές συνεδρίες.

Απευθύνουμε πρόσκληση σε όλους για να συμμετέχετε ενεργά στο 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριό μας, ώστε να τεθούν οι βάσεις για τη συνεργασία όλων μας σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών Υγείας, με τελικό σκοπό τη μείωση της μίστιγας των ακρωτηριασμών σε διαβητικούς ασθενείς.

Ο Πρόεδρος  
**Δρ. Χ. Μανής**

Ο Γραμματέας  
**Δρ. Ν. Τεντολούρης**



# 6<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
**Διαβητικού Ποδιού** με Διεθνή Συμμετοχή



## Επιτροπές

### Διοικητικό Συμβούλιο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

#### Πρόεδρος

Χρήστος Μανές

#### Αντιπρόεδρος

Θωμάς Κατσαρός

#### Γενικός Γραμματέας

Νικόλαος Τεντολούρης

#### Ταμίας

Στέφανος Παπαντωνίου

#### Μέλη

Κυριακή Καλλιγιάννη

Νικόλαος Παπάνας

Χαρίκλεια Λούπα

### Οργανωτική Επιτροπή

#### Πρόεδρος

Χρήστος Μανές

Βογιατζόγλου Ελευθέριος  
Ελευθεριάδου Ιωάννα  
Καλλιγιάννη Κυριακή  
Κατσαρός Θωμάς  
Κόκκινος Αλέξανδρος  
Λιάτσης Σταύρος

Λούπα Χαρίκλεια  
Ματοπούλου Ελένη  
Μπούσμπουλας Σταύρος  
Παπάνας Νικόλαος  
Παπαντωνίου Στέφανος  
Σκούτας Δημήτριος

Τεντολούρης Νικόλαος  
Τσανικίδης Ηρακλής  
Τσιάντας Γεώργιος  
Ψάλλας Μιχαήλ

### Επιστημονική Επιτροπή

Gherman Claudia  
Αρβανίτης Μεγακλής  
Βαϊόπουλος Γεώργιος  
Γερούλακος Γεώργιος  
Γεώργα Σταματία  
Γεωργόπουλος Σωτήρης  
Διακουμπούλου Ευανθία  
Καλλιγιάννη Κυριακή  
Κατσαρός Θωμάς  
Κατσιλάμπρος Νικόλαος  
Κυριακόπουλος Κωνσταντίνος

Κώτσπς Θωμάς  
Κώτσιου Μαρία  
Λαμπαδιάρη Βαΐα  
Λιάπης Χρήστος  
Λοΐζου Δώρος  
Λούπα Χαρίκλεια  
Μανές Χρήστος  
Μαρακομιχελάκης Γεώργιος  
Μυγδάλης Ηλίας  
Παπάνας Νικόλαος  
Παπαντωνίου Στέφανος

Παππάς Άγγελος  
Ράπτης Αθανάσιος  
Σαρατζής Νικόλαος  
Στυλιανού Ανδρέας  
Τεντολούρης Νικόλαος  
Τζατζάγου Γλυκερία  
Τόσκας Άγγελος  
Τσαπόγας Παναγιώτης  
Φίλης Κωνσταντίνος  
Ψυχογιού Μήνα



## **Επιστημονικό Πρόγραμμα**



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Πέμπτη 1 Φεβρουαρίου 2018

15.30 - 16.15 Προσέλευση - Εγγραφές

16.15 - 18.00 Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: **Ε. Διακουμοπούλου, Μ. Αρβανίτης**

- ΠΑ01 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**  
Καμαράτος Αλέξανδρος, Κώνστας Χρήστος, Μήτσιου Χρυσάνθη, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Ξουργιά Ελένη, Γιάννου Ευγενία, Μπακογιάννη Στυλιανή, Σεβδαλής Νικόλαος, Ηρακλειανού Στυλιανή, Μελιδώνης Ανδρέας  
<sup>1</sup> Α' Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»
- ΠΑ02 ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΤΩΘΕΝ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΠΕΜΠΤΟΥ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ**  
Παπαχριστοφόρου Ελευθερία<sup>1</sup>, Σεβέρη Ιωάννα<sup>1</sup>, Αγγελονίδου Ελένη<sup>1</sup>, Φακιδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Καραολιά Μελίνα<sup>1</sup>, Μπίτση Χρύσα<sup>1</sup>, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα
- ΠΑ03 ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ CANDIDA ALBICANS ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα<sup>1</sup>, Σαμάρκος Μιχαήλ<sup>1</sup>, Ψυχογιού Μήνη<sup>1</sup>, Καμπουροπούλου Όλγα<sup>1</sup>, Παταβούκας Γεώργιος<sup>1</sup>, Κακκαβιά Κυριακή<sup>2</sup>, Βεργαδής Χρυσοβαλάντης<sup>3</sup>, Δαΐκος Α. Γεώργιος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, ΓΝ «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα.  
<sup>2</sup> Α' Χειρουργική Κλινική Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα  
<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα**
- ΠΑ04 ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ**  
Μανές Χ., Καρδάσης Δ., Τριγωνάκης Κ., Βασιλειάδης Κ.  
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Χειρουργικό - Αγγειοχειρουργικό και Ακτινολογικό Τμήμα Ευromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης
- ΠΑ05 ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΕΛΚΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΛΟΓΩ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ**  
Ξουργιά Ε., Καμαράτος Α., Μήτσιου Χ., Σεβδαλής Ν., Τσαγκάρης Χ., Μελιδώνης Α.  
<sup>1</sup> Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Πέμπτη 1 Φεβρουαρίου 2018

- ΠΑ06** **ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΜΕΝΟΥ ΜΟΡΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ**  
Μάρης Αλκιβιάδης<sup>1</sup>, Μαθθαίολαμπάκη Φωτεινή<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Δώνου Ανδριάντα<sup>2</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>2</sup>, Λακοπούλου Φωτεινή<sup>2</sup>, Ελευθεριώτης Γεράσιμος<sup>2</sup>, Ρακιτζής Ορέστης<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα, <sup>2</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα
- ΠΑ07** **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑ**  
Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάντα<sup>1</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>2</sup>, Γκέκα Μαρίνα<sup>1</sup>, Μειμέτη Ευαγγελία<sup>1</sup>, Ιωάννου Στέφανη<sup>1</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», <sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα
- ΠΑ08** **ΕΦΑΡΜΟΓΗ CALCIPRIQ®SPRAY ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟ ΣΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**  
Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Τεντολούρης Αναστάσιος, Κώστα Ουρανία, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη, Τεντολούρης Νικόλαος  
Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- ΠΑ09** **ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΦΑΛΑΓΓΑΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΡΕΤΡΟΝΥΧΙΑ**  
Ιορδανίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Αντιγόνη Λάλια<sup>1</sup>, Ιωακείμ Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Μάντσου Ελένη<sup>1</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Τρακατέλλη Μυρτώ<sup>2</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική- Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου  
<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου
- ΠΑ10** **ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΤΟΝΩΝ ΕΛΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΠΛΟΥΣΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PRP). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕΙΡΑΣ 18 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**  
Καραλής Ιωάννης, Γεώργια Κωνσταντίνα, Ιακωβάκη Μαρίνα, Μπαλή Ιουλίτα, Παντικίδη Ελπίδα, Γεωργαντώνη Άννα, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ  
Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Πέμπτη 1 Φεβρουαρίου 2018

#### **ΠΑ11 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ**

Τζεραβίνη Ευαγγελία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Αθανασάκης Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Κυριόπουλος Ιωάννης<sup>2</sup>, Ψυχογιού Γεωργία<sup>1</sup>, Νικολακέα Ειρήνη<sup>1</sup>, Κώστα Ουρανία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. Λαϊκό

<sup>2</sup> Τμήμα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

#### **ΠΑ12 ΦΛΕΓΜΩΝΩΔΕΙΣ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ RANKL/OPG ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT**

Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Χρήστος<sup>1</sup>, Κώστα Ουρανία<sup>1</sup>, Κοντραφούρη Παρασκευή<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. Λαϊκό

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

18:00-18:30

#### **Διάλεξη**

**Το κόστος του διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα και στις άλλες χώρες**

Πρόεδρος: **Θ. Κατσαρός**

Εισηγητής: **Χ. Μανές**

18.30 - 19.00

#### **Διάλειμμα**

19.00 - 19.30

#### **Διάλεξη**

**Εκδηλώσεις στα κάτω άκρα νοσημάτων της εσωτερικής παθολογίας**

Πρόεδρος: **Η. Μυγδάλης**

Εισηγητής: **Γ. Βαϊόπουλος**

19.30 - 21.00

#### **Στρογγυλό Τραπέζι**

**Η σημασία της ρύθμισης των μεταβολικών παραμέτρων στη διαβητική νευροπάθεια και την αρτηριοπάθεια**

Συντονιστές: **Χ. Μανές, Δ. Λοϊζου**

- Η σημασία της γλυκαιμικής ρύθμισης: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Η σημασία της ρύθμισης των λιπιδίων: **Σ. Λιάτσης**
- Η σημασία της ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης: **Π. Γρηγοροπούλου**
- Νεότερα δεδομένα για τη θεραπεία της παχυσαρκίας: **Α. Κόκκινος**

21.00 - 21.30

#### **Δορυφορική Διάλεξη**





## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

08.15 - 10.00

#### Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: Π. Γρηγοροπούλου, Ι. Ελευθεριάδου

- ΠΑ 13 ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ**  
Δημητρίου Μαρία, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτζέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος  
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
- ΠΑ 14 Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ) ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**  
Παπαδάτος Σταμάτης<sup>1</sup>, Μπουρδάκης Αδαμάντιος<sup>1</sup>, Κουτσονάσιος Ιωάννης<sup>2</sup>, Βενιζέλος Μιχάλης<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ειδικός Παθολόγος Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων  
<sup>2</sup> Γενικός Ιατρός Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων
- ΠΑ 15 ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ & Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΩΣ ΠΥΛΩΝΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ [ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 7 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ (CASE REPORTS)]**  
Παπατριανταφύλλου Ανδρέας<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Σταυρούλα-Δάφνη<sup>1</sup>, Συλλαίος Αθανάσιος<sup>1</sup>, Λαναράς Λεωνίδα<sup>2</sup>, Μπριστιάνου Μάγδα<sup>2</sup>, Μύτης Γεώργιος<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν. Λαμίας - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού  
<sup>2</sup> Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Ιατρείο - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού
- ΠΑ 16 ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ. ΕΒΔΟΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ**  
Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Λαναράς Λεωνίδα, Ελευθεριάδου Σταυρούλα-Δάφνη, Παπατριανταφύλλου Ανδρέας, Συλλαίος Αθανάσιος, Μύτης Γεώργιος  
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας
- ΠΑ 17 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ΑΒΙ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. Η ΜΕΛΕΤΗ «ΧΑΛΚΙΔΑ»**  
Πεππές Βασίλειος<sup>1</sup>, Δρ. Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα  
<sup>2</sup> Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

**ΠΑ18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ΑΒΙ) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. Η ΜΕΛΕΤΗ «ΧΑΛΚΙΔΑ»**

Πεππές Βασίλειος<sup>1</sup>, Δρ. Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

**ΠΑ19 ΕΛΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ: ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ Ή ΝΕΥΡΟΙΣΧΑΙΜΙΑ;**

Δημητρίου Μαρία<sup>1,2</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Πανοπούλου Μαρία<sup>2</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>3</sup>, Καλπίνη Δέσποινα<sup>2</sup>, Ματζέζος Ευστράτιος<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>3</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**ΠΑ20 ΠΟΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ ΟΙ ΤΡΙΤΟΕΤΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ;**

Παφίλη Καλλιόπη, Δημητρίου Μαρία, Παπάζογλου Δημήτριος, Ματζέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**ΠΑ21 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΣΥΝΤΟΜΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ, ΑΚΟΛΟΥΘΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**

Καλαϊτζίδης Δ., Κρασόβσκαγια Ι., Μικουδη Κ., Σκούτας Δ., Ιορδανίδης Σ., Νικολαΐδης Α., Τζατζάγου Γ.

Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**ΠΑ22 ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ**

Λάλια Αντιγόνη<sup>1</sup>, Στεφανίδου Στυλιανή<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Μάντσου Ελένη<sup>1</sup>, Σκούτας Δημήτριος<sup>3</sup>, Κώτσιου Μαρία<sup>2</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου

<sup>2</sup> Μονάδα υπερβαρικού οξυγόνου, Νοσοκομείο Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

**ΠΑ23 ΔΙΑΣΩΣΗ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ FONTAINE IV ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ**  
Παπανικολάου Σπήλιος<sup>1</sup>, Ζάννης Νικόλαος<sup>2</sup>, Παππά Ευθυμία<sup>3,4</sup>,  
Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Δώνου Ανδριάντα<sup>3</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>5</sup>,  
Κιούλος Νικόλαος<sup>4</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>2</sup> Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>4</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>5</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΠΑ24 ΣΥΝΕΠΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗ ΟΡΘΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ**  
Γεωργαντώνη Άννα, Καραλής Ιωάννης, Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Παντικίδη Ελπίδα, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα.

10.00 - 11.15 **Στρογγυλό Τραπέζι**

#### Επούλωση ελκών - Νεότερες θεραπείες

Πρόεδροι: **Ν. Τεντολούρης, Κ. Κυριακόπουλος**

- Παθοφυσιολογία της επούλωσης των ελκών. Ιδιαιτερότητες στο διαβήτη: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Ο ρόλος του υπερβαρικού οξυγόνου: **Μ. Κώτσιου**
- Η θέση της πλαστικής χειρουργικής: **Μ. Φραγκούλης**

11.15 - 11.45 **Διάλειμμα**

11.45 - 13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

#### Αρθροπάθεια Charcot

Πρόεδροι: **Γ. Θηβαίος, Γ. Τσιάντας**

- Παθογένεια-διάγνωση: **Ν. Παπάνας**
- Συντηρητική θεραπεία: **Π. Τσαπόγας**
- Χειρουργική θεραπεία: **Ε. Μπάλλας**



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

13.00 - 14.00

### Στρογγυλό Τραπέζι

#### Λοιμώξεις στο διαβητικό πόδι

Πρόεδροι: **Σ. Λιάτσης, Β. Λαμπαδιάρη**

- Διάγνωση-σταδιοποίηση: **Χ. Λούπα**
  - Επιδημιολογία των παθογόνων στελεχών στην Ελλάδα: **Μ. Δημητρίου**
  - Θεραπεία: **Α. Τόσκας**
- Σχολιάστρια: **Γ. Τζατζάγου**

14.00 - 14.30

### Δορυφορική Διάλεξη

14.30 - 15.30

### Γενική Συνέλευση

15.30 - 16.15

### Μεσημβρινή Διακοπή

16.15 - 17.45

### Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

#### Διάγνωση της νευροπάθειας

Συντονιστές: **Α. Παππάς, Π. Τσαπόγας**

- Ιστορικό-κλινική εξέταση: **Γ. Παναγούλιας**
  - Ποσοτικές δοκιμασίες: **Μ. Μπριστιάνου**
  - Οδηγίες-πρόληψη: **Δ. Σκούτας**
- Σχολιαστής: **Β. Ανδρεάδης**

17.45 - 18.15

### Διάλεξη

#### Νεφροπάθεια και διαβητικό πόδι

Πρόεδρος: **Λ. Λαναράς**

Εισηγητής: **Ν. Παπάνας**

18.15 - 18.30

### Διάλειμμα

18.30 - 19.00

### Δορυφορική Διάλεξη



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

19.00 - 20.00

#### Στρογγυλό Τραπέζι

**Ο ρόλος της αγγειοχειρουργικής παρέμβασης στη διάσωση του άκρου**  
Πρόεδροι: **Χ. Λιάπης, Γ. Γερουλάκος**

- Εξελίξεις στις τεχνικές επαναγγείωσης στο διαβητικό πόδι με κρίσιμη ισχαιμία: **Ν. Σαρατζής**
  - Άμεση δράση (Fast Track) στο διαβητικό πόδι: **Κ. Φίλης**
  - Ο ρόλος του αγγειοσωματίου στην επαναγγείωση: **Σ. Γεωργόπουλος**
- Σχολιάστρια: **Κ. Καλλιγιάννη**

20.00 - 20.30

#### Δορυφορική Διάλεξη

20.30 - 21.00

#### Επίσημη έναρξη - Χαιρετισμοί

21.00 - 21.30

#### Εναρκτήρια Διάλεξη

**Η ιστορία του σακχαρώδη διαβήτη. Βραχεία ανασκόπηση**  
Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Εισηγητής: **Ν. Κατσιλάμπρος**



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018**

08.15 - 09.45

### Προφορικές Ανακοινώσεις

Πρόεδροι: **Χ. Λούπα, Σ. Τσοτουλίδης**

- ΠΑ25 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**  
**Ξουργιά Ελένη, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Μπούμπη Λουΐζα, Γιάννου Ευγενία, Τρικκαλινού Αικατερίνη, Μπακογιάννη Στυλιανή, Καμαράτος Αλέξανδρος, Ηρακλειανού Στυλιανή, Μελιδώνης Α.**  
<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»
- ΠΑ26 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΞΕΛΚΩΣΗΣ ΠΟΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ**  
**Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Τριανταφύλλου Αρετή<sup>2</sup>, Μποσκαριοβα Άννα<sup>1</sup>, Κιδικούδη Ιωάννα<sup>1</sup>, Χαλεπλή Ιωάννα<sup>1</sup>, Τσαχουρίδου Όλγα<sup>3</sup>, Γρίβου Καλιόππη<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>4</sup>**  
<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας, Χαλκιδική  
<sup>2</sup> Γ΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη  
<sup>3</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη  
<sup>4</sup> Παθολόγος-Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη
- ΠΑ27 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**  
**Τεντολούρης Αναστάσιος, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Κόκκινος Αλέξανδρος, Κώστα Ουρανία, Νικολούδη Μαρία, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Τεντολούρης Νικόλαος**  
Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»
- ΠΑ28 Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ REDIS 4 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**  
**Παντικίδη Ελπίδα, Κουμπούνης Ευθύμιος, Γεωργαντών Άννα, Καραλής Ιωάννης, Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ.**  
Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018

- ΠΑ29 ΥΠΟΤΡΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΜΟΛΥΝΘΕΝΤΑ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΚΤΑΕΤΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ**  
Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Κουμπούνης Ευθύμιος, Παντικίδη Ελπίδα, Γεωργαντώνη Άννα, Καραλής Ιωάννης, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ  
Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα
- ΠΑ30 ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**  
Στυλιανού Ανδρέας<sup>1</sup>, Αδάμαντου Μαγδαληνή<sup>1</sup>, Λουκά Χρυσόστομος<sup>1</sup>, Φωτίου Αντωνία<sup>2</sup>, Νικολάου Νίκος<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Λάρνακας  
<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. Λάρνακας
- ΠΑ31 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ (ΠΑΝ) -ΖΗΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ**  
Σκούτας Δημήτριος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>1</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Ματοπούλου Έλενα<sup>1</sup>, Γεώργια Σταματία<sup>3</sup>, Μανές Χρήστος<sup>1</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1</sup>  
<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης-Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού  
<sup>2</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης.  
<sup>3</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
- ΠΑ32 ΑΝΔΡΑΣ ΜΕ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ**  
Δώνου Ανδριάντα<sup>1</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Παπανικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Κούκη Αικατερίνη<sup>1,3</sup>, Τσέρη Μαρία<sup>1</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>4</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,3</sup>  
<sup>1</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»  
<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα  
<sup>3</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα  
<sup>4</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα
- ΠΑ33 ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**  
Μάρης Αλκιβιάδης<sup>1</sup>, Αθανασούλια Κλειώ<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Δώνου Ανδριάντα<sup>2</sup>, Πόκας Ετεοκλής<sup>3</sup>, Σπηλιοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Τζίλιοπούλου Μαρία<sup>2</sup>, Λαμπράκη Μαριάντζελα<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>2</sup>  
<sup>1</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα  
<sup>2</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα  
<sup>3</sup> Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018

**ΠΑ34 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Δρόσος Γεώργιος Χ.<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Νικολούδη Μαρία<sup>1</sup>, Κωνσταντώνης Γεώργιος<sup>1</sup>, Χωρεψιμά Σταματία<sup>1</sup>, Πρωτογέρου Αθανάσιος Δ.<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΠΑ35 ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΠΡΟΓΟΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ - ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**  
Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Δημητρακοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>, Καφάση Νικολίτσα<sup>2</sup>, Δημητρακοπούλου Αγγαίτσα<sup>2</sup>, Jude Edward<sup>3</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Tameside General Hospital, Ashton-Under-Lyne, Lancashire, UK

09.45 - 11.15

### Στρογγυλό Τραπέζι

**Οστεομυελίτιδα: Απεικονιστικά ευρήματα και χειρουργική θεραπεία**

Πρόεδροι: **A. Ράπτης, M. Ψάλλας**

- Απλή ακτινογραφία και υπερηχογράφημα: **Σ. Βέρρας**
- Σπινθηρογράφημα: **Σ. Γεώργα**
- Υπολογιστική-Μαγνητική τομογραφία: **Κ. Λυμπερόπουλος**
- Συντηρητική θεραπεία: **M. Ψυχογιού**
- Χειρουργική θεραπεία: **Σ. Προβελέγγιος**

Σχολιάστρια: **Χ. Λούπα**

11.15 - 11.30

### Διάλειμμα

11.30 - 12.00

### Δορυφορική Διάλεξη

12.00 - 12.30

### Διάλεξη

**Modern therapeutical approach to diabetic arterial disease**

Πρόεδροι: **Θ. Κώτσος, Κ. Καλλιγιάννη**

Ομιλήτρια: **C. Gherman**

12.30 - 13.00

### Δορυφορική Διάλεξη





## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018

- 13.00 - 13.45 **Στρογγυλό Τραπέζι**  
**Επίκαιρα θέματα**  
Πρόεδροι: **Σ. Παπανικολάου, Ν. Τεντολούρης**
- Αντιαιμοπεταλιακή αγωγή στο διαβήτη: **Ε. Διακουμοπούλου**
  - PCSK9 - Ακρωτηριασμοί: **Ε. Λυμπερόπουλος**
- 13.45 - 14.15 **Δορυφορική Διάλεξη**
- 14.15 - 14.45 **Μεσημβρινή Διακοπή**
- 14.45 - 15.45 **Συζήτηση με τους Ειδικούς**  
**Θ. Κατσαρός, Χ. Λούπα, Χ. Μανές**
- 15.45 - 16.15 **Δορυφορική Διάλεξη**
- 16.15 - 17.15 **Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο**  
**Διάγνωση της αγγειοπάθειας**  
Συντονιστές: **Γ. Μαρακομιχελάκης, Α. Καμαράτος**
- Ιστορικό - Κλινική εξέταση και αυτοεξέταση: **Ε. Δημακάκος**
  - Κνημοβραχιόνιος δείκτης, δακτυλικές πιέσεις: **Π. Γρηγοροπούλου**
  - Duplex - Triplex: **Π. Πετρόπουλος**
  - Διαχείριση του διαβητικού αγγειοπαθούς ασθενούς.  
Από τον οικογενειακό γιατρό έως τον αγγειοχειρουργό:  
**Γ. Μαρακομιχελάκης**
- 17.15 - 17.45 **Δορυφορική Διάλεξη**
- 17.45 - 18.15 **Διάλεξη**  
**Επείγουσα παρέμβαση στο διαβητικό πόδι: πότε και πώς;**  
Πρόεδρος: **Α. Στυλιανού**  
Εισηγητής: **Ν. Παπάνας**
- 18.15 - 18.30 **Διάλειμμα**
- 18.30 - 19.00 **Δορυφορική Διάλεξη**



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

**Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018**

19.00 - 19.30

### Διάλεξη

**Ψυχολογικά προβλήματα στα άτομα με διαβητικό πόδι**

Πρόεδρος: **Θ. Κατσαρός**

Εισηγητής: **Π. Κακκαβάς**

19.30 - 20.00

### Δορυφορική Διάλεξη

20.00 - 21.00

### Στρογγυλό Τραπέζι

**Οργάνωση ιατρικών διαβητικού ποδιού**

Πρόεδροι: **Σ. Μπούσμπουλας, Σ. Παπαντωνίου**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα: **Η. Τσανικίδης**
- Δευτεροβάθμια φροντίδα: **Ν. Τσώκος**
- Τριτοβάθμια φροντίδα: **Ν. Παπάνας**
- Η εμπειρία από την Κύπρο: **Α. Στυλιανού**

Σχολιαστής: **Ι. Τσαβδαρίδης**



## Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Κυριακή 4 Φεβρουαρίου 2018

10.00 - 11.00

#### Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

##### Αποφόρτιση

Συντονιστής: **Ν. Παπάνας**

Παρουσίαση περιστατικών: **Σ. Ηρακλειανού, Π. Τσαπόγας**

11.00 - 13.00

#### Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

##### Τοπική φροντίδα και πρόληψη. Ερωτήματα και απαντήσεις

Συντονιστές: **Ε. Γιάννου, Δ. Σκούτας**

- Αντιμετώπιση ξηροδερμίας και υπερκερατώσεων: **Γ. Μάρκου**
- Επιθέματα - Καθαρισμός: **Αθ. Νικολαΐδης**
- Θεραπευτικά υποδήματα: **Ε. Βογιατζόγλου**
- Γύψος ολικής επαφής: **Λ. Θειάσπρας**
- Αντιμετώπιση προβλημάτων με τα νύχια: **Μ. Βαλσαμή**
- Ποιότητα ζωής: **Λ. Δούκας**
- Εμπειρία από την αντιμετώπιση προβλημάτων στην πρωτοβάθμια φροντίδα: **Ε. Ματοπούλου**

13.00 - 13.30

#### Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου



## Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

### Γ

#### **Gherman Claudia**

MD PhD, Associate Professor, Vascular Surgeon, 2<sup>nd</sup> Surgical Clinic, University of Medicine and Pharmacy "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca, Romania

#### **Βογιατζόγλου Ελευθέριος**

Ποδολόγος - Ποδίατρος (MSc), Εξωτερικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού «ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

### Α

#### **Ανδρεάδης Βασίλειος**

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου Γενικού Περιφερειακού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

#### **Αρβανίτης Μεγακλής**

Παθολόγος, Αθήνα

### Β

#### **Βαϊόπουλος Γεώργιος**

Md., Παθολόγος - Ρευματολόγος, Καθηγητής (Ομότιμος) Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

#### **Βαλασμά Μαρία**

Ποδολόγος - Ποδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

#### **Βέρρας Σπύρος**

Ιατρός Ακτινολόγος, Βοηθός Ε.Σ.Υ., Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

### Γ

#### **Γερούλακος Γεώργιος**

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Professor of Vascular Surgery, Imperial College London, Αθήνα

#### **Γεώργα Σταματία**

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

#### **Γεωργόπουλος Σωτήρης**

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Πρόεδρος Ελληνικής Αγγειολογικής Εταιρείας, Αθήνα

#### **Γιάννου Ευγενία**

Ποδολόγος - Ποδοθεραπεύτρια, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου - Τμήματος Διαβητικού Ποδιού «Τζανείου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά, Πειραιάς



## Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

### Γρηγοροπούλου Πηνελόπη

Επιμελήτρια Α΄, Παθολογική Κλινική & Παθολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ελπίς», Αθήνα



### Δημακάκος Ευάγγελος

Παθολόγος - Αγγειολόγος, Υπεύθυνος Αγγειολογικού Ιατρείου Γ΄ Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ», Μέλος Δ.Σ. UEMS Angiology / Vascular Medicine, Αθήνα

### Δημητρίου Μαρία

Ειδικευόμενη Βιοπαθολόγος, Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», Διδάκτωρ Ιατρικής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Επιστημονική Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

### Διακουμοπούλου Ευανθία

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

### Δούκας Λουκάς

Νοσηλεύτης ΤΕΙ, Msc, Εξειδικευμένος στη φροντίδα διαβητικών ελκών, Τμήμα Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη



### Ελευθεριάδου Ιωάννα

Πανεπιστημιακή Υπότροφος - Παθολόγος, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα



### Ηρακλειανού Στυλιανή

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς



### Θανοπούλου Αναστασία

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

### Θειάσπρας Λουκάς

Ποδίατρος - Ποδολόγος, Fellow of the Faculty of Podiatric medicine at The Royal College of Physicians and Surgeons of Glasgow - FFPM RCPS (Glasg), Αθήνα

### Θηβαίος Γεώργιος

Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Ορθοπαιδική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα



# 6<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
**Διαβητικού Ποδιού** με Διεθνή Συμμετοχή

## Ευρετήριο

### Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Κ

#### **Κακκαβάς Παναγιώτης**

Ψυχίατρος, Αθήνα

#### **Καλλιγιάννη Κυριακή**

MD, PhD, Αγγειοχειρουργός, Private Lecturer (Privatdozentin) in Vascular Surgery, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

#### **Καμαράτος Αλέξανδρος**

Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

#### **Κατσαρός Θωμάς**

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Αθήνα

#### **Κατσιλάμπρος Νικόλαος**

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

#### **Κόκκινος Αλέξανδρος**

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

#### **Κουτσοβασίλης Αναστάσιος**

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Γ΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς

#### **Κυριακόπουλος Κωνσταντίνος**

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Αθήνα

#### **Κώτσος Θωμάς**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδος Β΄ Χειρουργικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Απερχόμενος Πρόεδρος Ελληνικής Αγγειολογικής Εταιρείας, Αθήνα

#### **Κώτσιου Μαρία**

Δρ., Χειρουργός Παίδων, Εντατικολόγος, Υπερβαρικός & Καταδυτικός Ιατρός, Διευθύντρια Μονάδας Υπερβαρικός & Καταδυτικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Λ

#### **Λαμπαδιάρη Βαϊά**

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών», Αθήνα

#### **Λαναράς Λεωνίδας**

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



## Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

### Λελέκης Μωυσής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Συντονιστής  
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,  
Γ.Ν.Α. «ΚΑΤ», Αθήνα

### Λιάπης Χρήστος

Ομ. Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Ιατρικής  
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Κλινικής  
Αγγειακής & Ενδαγγειακής Χειρουργικής,  
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

### Λιάπης Σταύρος

Παθολόγος, Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ.,  
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό  
Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,  
Αθήνα

### Λοΐζου Δώρας

Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Πρόεδρος του Ινστιτούτου Μελέτης,  
Έρευνας και Εκπαίδευσης για το Σακχαρώδη  
Διαβήτη και τα Μεταβολικά Νοσήματα, Κύπρος

### Λούπα Χαρίκλεια

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,  
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ  
ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ», Νοσοκομειακή Μονάδα  
«Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

### Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,  
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων,  
Ιωάννινα

### Λυμπερόπουλος Κωνσταντίνος

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

## Μ

### Μανές Χρήστος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη, Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος  
Διαβήτη και Διαβητικού Ποδιού Κέντρου  
Ευζωΐας, Ιαλείου και Τμήματος Διαβητικού  
Ποδιού Γενικής Κλινικής Euromedica,  
Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Παγκόσμια  
Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι,  
Πρόεδρος της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.),  
τ. Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος  
και Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό  
Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης  
«ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

### Μαρακομιελάκης Γεώργιος

Παθολόγος - Αγγειολόγος,  
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

### Μάρκου Γεωργία

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



## Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

### Ματοπούλου Έλενα

Ποδολόγος - Ειδικός Ορθονυχιστής,  
Μετεκπαίδευση στο Διαβητικό Πόδι του  
Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στην Πίζα,  
Μετεκπαίδευση στο Νευροπαθητικό Πόδι  
(πόδι Charcot) στο Mathias - Spital, Rheine,  
Πιστοποιημένη Καθηγήτρια Ποδολογίας ΔΙΕΚ,  
Θεσσαλονίκη

### Μπάλλας Ευστάθιος

Ορθοπαιδικός Χειρουργός, Χειρουργός άκρου  
ποδός, Νοσοκομείο «Μπτέρα», Αθήνα

### Μπούσμπουλας Σταύρος

Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής  
& Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου,  
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά  
«Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

### Μπριστιάνου Μάγδα

MD PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση στο  
Διαβήτη, Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής,  
Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,  
Γενικό Νοσοκομείο Λαμίας, Λαμία

### Μυγδάλης Ηλίας

Συντονιστής Διευθυντής Β΄ Παθολογικής  
Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου,  
Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ, Αθήνα

### Ν

#### Νικολαΐδης Αθανάσιος

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων -  
Νοσηλεύτης, Εξειδικευμένος στη φροντίδα  
διαβητικού ποδιού, Διαβητολογικό  
Κέντρο, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»,  
Θεσσαλονίκη

### Π

#### Παναγούλιας Γεώργιος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη, Επίαιτρος - Επιμελήτης  
Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Εξωτερικό  
Διαβητολογικό Ιατρείο, 401 Γενικό  
Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

#### Παπάνας Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας  
- Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος  
Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού  
Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική Δημοκριτείου  
Πανεπιστημίου Θράκης, Πανεπιστημιακό  
Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης,  
Αλεξανδρούπολη

#### Παπανικολάου Σπήλιος

Γενικός Χειρουργός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,  
Χειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομείο Αττικής  
«Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμιγκ»,  
Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ»,  
Αθήνα





## Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

### Παπαντωνίου Στέφανος

Διευθυντής Παθολόγος, Διαβητολόγος  
Α΄ Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος  
Διαβητολογικού, Ηπατολογικού και Ιατρείου  
Διαβητικού Ποδιού Γενικού Νοσοκομείου  
Καβάλας, Καβάλα

### Παππάς Άγγελος

Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Παθολογίας, Διαβητολογικό  
Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου  
«Βενιζέλειο», Ηράκλειο

### Πετρόπουλος Πέτρος

Αγγειοχειρουργός, Νοσοκομείο «Μπτέρα»,  
Αθήνα

### Προβελέγγιος Στέφανος

τ. Διευθυντής Ορθοπαιδικής Κλινικής,  
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

## Ρ

### Ράπτης Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας -  
Σακχαρώδη Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική  
Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας  
Ε.Κ.Π.Α. και Διαβητολογικό Κέντρο,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»,  
Αθήνα

## Σ

### Σαρατζής Νικόλαος

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,  
Α΄ Χειρουργική Κλινική Α.Π.Θ.,  
Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### Σκούτας Δημήτριος

Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ.,  
Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού  
Κέντρου Π.Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»,  
Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α.  
«Αναγέννηση», Επιστημονικός Διευθυντής  
Γενικής Κλινικής «Λυσ. Σαραφιανός»,  
Θεσσαλονίκη

### Στυλιανού Ανδρέας

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Βοηθός Διευθυντής Παθολογίας,  
Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας

### Σωτηρόπουλος Αλέξης

Παθολόγος - Διαβητολόγος & Γενικός Ιατρός,  
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Γ΄ Παθολογικό Τμήμα  
& Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο  
Νίκαιας Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Πειραιάς

## Τ

### Τεντολούρης Νικόλαος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,  
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό  
Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,  
Αθήνα



# 6<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
**Διαβητικού Ποδιού** με Διεθνή Συμμετοχή

## Ευρετήριο

### Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

#### Τζατζάγου Γλυκερία

Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Συντονίστρια Αν. Διευθύντρια  
Α΄ Παθολογικής Κλινικής - Διαβητολογικού  
Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

#### Τόσκας Άγγελος

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής  
Ε.Σ.Υ., Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

#### Τσαβδαρίδης Ιωάννης

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη, Ιατρός Πυροσβεστικού Σώματος,  
Θεσσαλονίκη

#### Τσανικίδης Ηρακλής

Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Επιμελητής Α΄, Υπεύθυνος Διαβητολογικού  
Ιατρείου Γενικού Νοσοκομείου Κατερίνης,  
Πρόεδρος Ιατρικού Συλλόγου Πιερίας,  
Κατερίνη

#### Τσαπόγας Παναγιώτης

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Αναπληρωτής  
Διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής,  
Υπεύθυνος Κέντρου Μεταβολισμού και  
Διαβήτη, «Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center»,  
Αθήνα

#### Τσιάντας Γεώργιος

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

#### Τσοτουλίδης Στέφανος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄,  
Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής,  
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου Γενικού  
Νοσοκομείου Χαλκιδικής, Χαλκιδική

#### Τσώκος Νικόλαος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Επιμελητής Α΄,  
Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Χαλκίδα

Ⓛ

#### Φίλης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,  
Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική  
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

#### Φραγκούλης Μάριος

Πλαστικός Χειρουργός, Διδάκτωρ Ιατρικής  
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Ⓜ

#### Ψάλλας Μιχαήλ

Αρχίατρος, Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,  
Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής  
424 ΓΣΝΕ, Θεσσαλονίκη

#### Ψυχογιού Μήνη

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων,  
Α΄ Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής  
Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,  
Αθήνα



## **Προφορικές Ανακοινώσεις**



# 6<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
**Διαβητικού Ποδιού** με Διεθνή Συμμετοχή

## Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑΟ 1

### ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΣΗΛΘΑΝ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

**Καμαράτος Αλέξανδρος, Κώνστας Χρήστος, Μήτσιου Χρυσάνθη, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Ξουργιά Ελένη, Γιάννου Ευγενία, Μπακογιάννη Στυλιανή, Σεβδαλής Νικόλαος, Ηρακλειανού Στυλιανή, Μελιδώνης Ανδρέας**

*<sup>1</sup> Α΄ Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»*

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Το διαβητικό πόδι είναι μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές που απειλούν τα άτομα με Σακχαρώδη διαβήτη. Κάθε μισό λεπτό κάπου στον κόσμο γίνεται ένας ακρωτηριασμός εξαιτίας αυτής της σοβαρής επιπλοκής. Οι συνέπειες στην ψυχολογία και την ποιότητα της ζωής των ατόμων που υποβάλλονται σε ακρωτηριασμό είναι πολύ μεγάλες. Εκτιμάται ότι το 15% των διαβητικών ασθενών θα εμφανίσουν έλκος, συνήθως στο πέλμα και τα δάκτυλα, στη διάρκεια της ζωής τους, και ότι το 14-24% των διαβητικών ασθενών με έλκος ποδιού θα χρειαστούν ακρωτηριασμό. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή των ευρημάτων από την κλινική εξέταση των κάτω άκρων σε δείγμα διαβητικών ασθενών που προσήλθαν στο ιατρείο διαβητικού ποδιού στο Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο».

**Υλικό - Μέθοδος:** Στη μελέτη εντάχθηκαν συνολικά 86 ασθενείς (54% άνδρες) με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (85%) και τύπου 1 (15%), ηλικίας ( $\pm$  τυπική απόκλιση)  $67,4 \pm 13,6$  έτη. Το 69,2% των ατόμων της μελέτης ελάμβανε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και το 80,8% ινσουλινοθεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Έλκος παρουσίαζε το 34,6% των ατόμων που εξετάστηκαν ενώ ιστορικό έλκους ανέφερε το 53,8% και ιστορικό ακρωτηριασμού το 7,7% των ατόμων της μελέτης. Διαβητική νευροπάθεια με απώλεια της προστατευτικής αισθητικότητας παρουσίαζε το 30,8%, επώδυνη νευροπάθεια το 7,7%, περιφερική αρτηριοπάθεια το 26,9% και διαλείπουσα χωλότητα το 34,6% των ατόμων της μελέτης. Από την επισκόπηση των κάτω άκρων, μη φυσιολογικό χρώμα (ερυθρό, ωχρό, κυανό, στίλβον) παρουσίαζε το 57,7%, μεσοδακτύλιες πτυχές με διαβρώσεις το 19,2% και παραμορφώσεις δακτύλων το 38,5%. Μη φυσιολογικό χρώμα στα νύχια παρουσίαζε το 69,2%, οιδήματα σφυρών ή άκρου ποδός το 34,6% και αίμα ή έκκριμα στις κάλτσες το 23,1%. Παπούτσια με κακή εφαρμογή χρησιμοποιούσε το 23,1% των ασθενών. Πτώση άκρου ποδός το 3,8% και παρουσία κάλων το 7,7% ενώ απουσία περιφερικών σφύξεων διαπιστώθηκε στο 34,6% των ασθενών.

**Συμπέρασμα:** Η παρουσία διαβητικής νευροπάθειας, περιφερικής αρτηριοπάθειας και η διαλείπουσα χωλότητα αποτελούν τα κύρια χαρακτηριστικά των ασθενών της μελέτης, τα οποία ως γνωστόν αποτελούν τους αιτιολογικούς παράγοντες εμφάνισης διαβητικού έλκους. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι το γεγονός ότι ποσοστό της τάξης του 23% φορούσε παπούτσια με κακή εφαρμογή.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ02

#### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΡΙΣΤΕΡΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΚΑΤΩΘΕΝ ΤΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ ΚΑΙ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΠΕΜΠΤΟΥ ΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ ΔΕΞΙΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

**Παπαχριστοφόρου Ελευθερία<sup>1</sup>, Σεβέρη Ιωάννα<sup>1</sup>, Αγγελονίδου Ελένη<sup>1</sup>, Φακιδάρη Ελένη<sup>1</sup>, Καραολιά Μελίνα<sup>1</sup>, Μπίτση Χρύσα<sup>1</sup>, Ηλιοπούλου Κωνσταντίνα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

**Παρούσα Νόσος:** Άνδρας 68 ετών με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 από 10ετίας, προσέρχεται στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού στο ΓΝΑ «Λαϊκό» με έλκος στην έξω επιφάνεια του 5<sup>ου</sup> μεταταρσίου του δεξιού άκρου ποδός από εβδομάδος. Το έλκος είναι ρυπαρό με ερυθρότητα, θερμότητα και οίδημα πέριξ αυτού. Ο ασθενής είναι απύρετος.

**Ατομικό Αναμνηστικό:** Ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 από 10ετίας υπό αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και μη ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c:9%). Ιστορικό περιφερικής αρτηριακής νόσου και ακρωτηριασμού αριστερού άκρου ποδός κάτωθεν του γόνατος προ 2ετίας. Από το λοιπό ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία, υπό αγωγή με ιρβεσαρτάνη-υδροχλωροθειαζίδη και ατορβαστατίνη αντιστοίχως. Επίσης ο ασθενής εμφανίζει μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια από 3ετίας.

**Αντιμετώπιση:** Έγινε καθαρισμός τοπικά κι ελήφθη καλλιέργεια πύου από το έλκος. Ζητήθηκε Α/α δεξιού άκρου ποδός F και λοξή, στην οποία διαπιστώθηκε λύση της οστικής συνέχειας στην περιοχή της βλάβης. Έγινε εμπειρική έναρξη αντιβιοτικής αγωγής με σιπροφλοξασίνη-κλιδαμυκίνη. Ο ασθενής επανέρχεται σε μία εβδομάδα με εργαστηριακό έλεγχο, στον οποίο διαπιστώθηκε αύξηση των δεικτών φλεγμονής. Στην καλλιέργεια απομονώθηκε E.Coli κι έγινε τροποποίηση της αντιβιοτικής αγωγής σε τριμεθοπρίμη-σουλφαμεθοξαζόλη και κλινδαμυκίνη βάσει αντιβιογράμματος. Παράλληλα έγινε έναρξη βασικής ινσουλίνης κι εμπλαγιφλοζίνης, ενώ διατηρήθηκε η μετφορμίνη, προκειμένου να επιτευχθεί ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση.

**Έκβαση:** Ο ασθενής ανταποκρίθηκε στην αντιβιοτική αγωγή και μετά από 20 ημέρες προσήλθε με σαφώς βελτιωμένη κλινική εικόνα. Μετά από λήψη αντιβιοτικής αγωγής για χρονικό διάστημα 4 μηνών, το έλκος έχει σχεδόν επουλωθεί με υποχώρηση των δεικτών φλεγμονής. Ο ασθενής εμφανίζει πλέον ικανοποιητική γλυκαιμική ρύθμιση (HbA1c:6,8%).

**Συμπέρασμα:** Εκτός από την επιλογή της ορθής αντιμικροβιακής αγωγής, η καλή γλυκαιμική ρύθμιση διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο στην επούλωση των διαβητικών ελκών και στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων των μαλακών μορίων και των οστών σε διαβητικούς ασθενείς.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ03

#### ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΑΠΟ *CANDIDA ALBICANS* ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ

**Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα<sup>1</sup>, Σαμάρκος Μιχαήλ<sup>1</sup>, Ψυχογιουί Μήνα<sup>1</sup>,  
Καμπουροπούλου Όλγα<sup>1</sup>, Παταβούκας Γεώργιος<sup>1</sup>, Κακκαβιά Κυριακή<sup>2</sup>,  
Βεργαδής Χρυσοβαλάντης<sup>3</sup>, Δαΐκος Λ. Γεώργιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

<sup>2</sup> Α΄ Χειρουργική Κλινική Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ», Αθήνα

Η οστεομυελίτιδα αποτελεί συχνή επιπλοκή των λοιμώξεων του ποδός σε διαβητικούς ασθενείς. Τα συνηθέστερα παθογόνα είναι: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus spp* και εντεροβακτηριακά. Περιγράφεται σπάνια περίπτωση διαβητικού ασθενούς με οστεομυελίτιδα από *C albicans*.

Άνδρας ασθενής, 60 ετών, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 20ετίας εισάγεται με λοίμωξη διαβητικού ποδός. Εμφάνιζε έλκος στη βάση του 5<sup>ου</sup> δακτύλου και γάγγραινα 4<sup>ου</sup> και 5<sup>ου</sup> δακτύλου ΑΡ ποδός.

Τέθηκε υπό αγωγή με πιπερακιλλίνη/ταζοβακτάμ ην και έγινε χειρουργικός καθαρισμός του έλκους και ακρωτηριασμός 5<sup>ου</sup> δακτύλου. Η καλλιέργεια οστού ανέδειξε *S aureus* ανθεκτικό στη μεθικιλίνη (MRSA), ωστόσο παρά την κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή ο ασθενής δεν παρουσίαζε σημαντική κλινική ή εργαστηριακή βελτίωση. Ακολούθησε ακρωτηριασμός 4<sup>ου</sup> δακτύλου με ευρύ χειρουργικό καθαρισμό και νέα καλλιέργεια οστού η οποία ανέδειξε *C albicans*. Με βάση τη δοκιμασία ευαισθησίας ο ασθενής τέθηκε υπο φλουκοναζόλη ην με αποτέλεσμα προοδευτική βελτίωση της εικόνας με ύφεση του πυρετού και των δεικτών φλεγμονής. Την 45<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας άρχισε φλουκοναζόλη po και εξήλθε την 63<sup>η</sup> ημέρα νοσηλείας με οδηγίες για συνέχιση επί 6μήνο.

Η οστεομυελίτιδα από *Candida* αποτελεί ιδιαίτερα σπάνια οντότητα. Έχουν αναφερθεί παγκοσμίως περίπου 200 περιπτώσεις. Η αναφερόμενη περίπτωση ασθενούς υπογραμμίζει την αξία των καλλιιεργειών οστού σε ασθενείς με λοιμώξεις διαβητικού ποδιού.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ04

#### ΚΡΙΣΙΜΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΗ ΑΠΟΡΡΥΘΜΙΣΗ

**Μανές Χ., Καρδάσης Δ., Τριγωνάκης Κ., Βασιλειάδης Κ.**

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Χειρουργικό - Αγγειοχειρουργικό και Ακτινολογικό Τμήμα Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης*

Η κρίσιμη ισχαιμία ορίζεται κυρίως ως πόνος αναπαύσεως ή απώλεια ιστού σε άτομο με σοβαρή αγγειοπάθεια. Συνοδεύεται δε από κίνδυνο ακρωτηριασμού, καρδιαγγειακών συμβαμάτων και θανάτου. Παράγοντες που επηρεάζουν δυσμενώς την έκβαση είναι η παρουσία ισχαιμικού έλκους (νέκρωση) ή φλεγμονή. Ο Σακχαρώδης Διαβήτης (ΣΔ) ιδίως σε οξεία απορρύθμιση αυξάνει τη νοσηρότητα και θνησιμότητα σε αυτούς τους ασθενείς.

**Περιστατικό:** Γυναίκα ετών 90 με ΣΔ τύπου 2 προσήλθε στην κλινική με έντονο άλγος αριστερού κάτω άκρου, αφού είχε επισκεφθεί ΤΕΠ νοσοκομείου 2(δύο) φορές. Στην κλινική εξέταση δεν εμφάνιζε διαταραχή στα ζωτικά σημεία, διαπιστώθηκαν όμως στοιχεία αφυδάτωσης, νεκρωτική εσχάρα αριστεράς πτέρνης με συνοδό ερυθρότητα στο αριστερό κάτω άκρο (άνω των 4 cm). Αιματική ροή στις αρτηρίες άκρου ποδός δεν ήταν ανιχνεύσιμη μέσω κλινικής εξέτασης και υπερήχων Doppler

**Εργαστηριακά Ευρήματα:** Γλυκόζη αίματος: 592mg% (οξόνη ούρων +), λευκοκυττάρωση, πολυμορφοπύρνηνα αυξημένα και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (GFR=30,4 ml/min). Triplex κάτω άκρων: Υφολική απόφραξη αρ. πρόσθιας κνημιαίας αρτηρίας, έντονες αθηρωματικές και αλλοιώσεις οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Α/α κάτω άκρου: χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση περιελάμβανε ενυδάτωση, αντιβίωση, χορήγηση ινσουλίνης, ηπαρίνης και αναλγητικών. Στο επόμενο χρονικό διάστημα της νοσηλείας υπήρξε σημαντική βελτίωση της φλεγμονής και των μεταβολικών παραμέτρων και διαπίστωση ροής με Doppler στην πρόσθια κνημιαία αρτηρία (ABI 0,6). Στη συνέχεια όμως παρουσιάστηκε σταδιακή επιδείνωση της κλινικής εικόνας της ασθενούς με οξύ κοιλιακό άλγος σε έδαφος ισχαιμίας ενδοκοιλιακών οργάνων (έμφρακτα ήπατος και σπληνός) και πολυοργανική ανεπάρκεια.

**Συμπέρασμα:** Η εκτίμηση διαβητικού ασθενούς με κρίσιμη ισχαιμία οφείλει να είναι πλήρης. Αφυδάτωση από την μεταβολική απορρύθμιση και φλεγμονή συντελούν συχνά στην απόφραξη των περιφερικών αγγείων που είναι ενίοτε αναστρέψιμη εφόσον ελεγχθούν οι μεταβολικές διαταραχές.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ05

#### ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΝ ΕΛΚΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΛΟΓΩ ΜΗ ΔΙΑΓΝΩΣΘΕΙΣΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ

**Ξουργιά Ε., Καμαράτος Α., Μήτσιου Χ., Σεβδαλής Ν., Τσαγκάρης Χ., Μελιδώνης Α.**

*<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**Εισαγωγή:** Η οστεομυελίτιδα υπολογίζεται ότι πλήττει το 15% των ασθενών με διαβητικής αιτιολογίας έλκος ποδός. Το ποσοστό αυτό ανέρχεται στο 20% σε περίπτωση που το έλκος αποκαλύπτει άρθρωση ή οστό. Για την εξέταση της πιθανότητας ανάπτυξης λοίμωξης έχουν προταθεί κλινικές, εργαστηριακές και απεικονιστικές μέθοδοι. Στην καθ' ημέρα κλινική πράξη προτιμάται η κλινική δοκιμασία του στυλεού επί οστού (Probe to bone test) και η ακτινογραφία. Εντούτοις, είναι πιθανό η λοίμωξη που άρχεται λόγω της έκθεσης του οστού σε μικροοργανισμούς να μη γίνει αρχικά αντιληπτή οδηγώντας μακροπρόθεσμα σε επιπλοκές.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής 57 ετών, ινσουλινοθεραπευόμενη, με διεγνωσμένη περιφερική νευροπάθεια, υπό αγωγή με ινσουλίνη, προσήλθε με διαβητικό έλκος τρίτου μεταταρσίου που πιθανώς οφειλόταν σε περιφερική νευροπάθεια και ανατομικές δυσμορφίες κάτω άκρου. HbA1c:10,9. Έγινε αποφόρτιση του έλκους, λήψη καλλιεργειών, ακτινολογική απεικονιστική άκρου ποδός (χωρίς απεικονιστικά ευρήματα) και triplex αρτηριών κάτω άκρου κατά φύσιν. Ύστερα από 40 περίπου ημέρες παρατηρήθηκε επούλωση του έλκους. Μετά διμήνου, κατά την επανεξέταση, η ασθενής παρουσίασε εκτεταμένο υποτροπιάζον έλκος με στοιχεία βαρείας φλεγμονής (PEDIS Score 3 - κίνδυνος ακρωτηριασμού). Έγινε έκτακτη εισαγωγή στο νοσοκομείο, λήψη επείγουσών καλλιεργειών τέθηκε υπό αντιβιοτική αγωγή βάσει πρωτοκόλλου ενώ από τον απεικονιστικό έλεγχο διαπιστώθηκε η παρουσία εκτεταμένης οστεομυελίτιδας. Η ασθενής μετά την αγωγή εμφανίζει σαφή βελτίωση κατά την εκτίμησή της σε τακτική βάση.

**Συμπέρασμα:** Επί υποτροπιάζοντων διαβητικών ελκών θα πρέπει να τίθεται υποψία οστεομυελίτιδας. Ακόμη και αν τα πρώτα απεικονιστικά ευρήματα είναι αρνητικά η ανάγκη επανεκτίμησης είναι σαφής. Η σωστή διαφορική διάγνωση του ασθενούς κρίνεται αναγκαία προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος υποτροπής του έλκους, να μεγιστοποιηθεί η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η ποιότητα ζωής του ασθενούς αλλά και να εδραιωθεί η εμπιστοσύνη στη σχέση ιατρού - ασθενούς.





## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ06

#### ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΠΟΤΙΤΑΝΩΜΕΝΟΥ ΜΟΡΦΩΜΑΤΟΣ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

**Μάρης Αλκιβιάδης<sup>1</sup>, Ματθαιολαμπάκη Φωτεινή<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Δώνου Ανδριάντα<sup>2</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>2</sup>, Λακοπούλου Φωτεινή<sup>2</sup>, Ελευθεριώτης Γεράσιμος<sup>2</sup>, Ρακιτζής Ορέστης<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ορθοπεδικό Τμήμα, <sup>2</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με αποτιτανωμένο μόρφωμα αριστερού ποδός που αφαιρέθηκε επιτυχώς.

**Περιγραφή Περιπτώσεως:** Ευάγγελος Τ., 86 χρόνων, με ΣΔ2 από 5ετίας υπό δισκία. HbA1c=7,2%. Παρατέμφθηκε στο Ιατρείο Διαβητικού ποδιού από ιδιώτη παθολόγο, λόγω μορφώματος στην εξωτερική επιφάνεια του ΑΡ άκρου ποδός, στο ύψος του φύματος του 5<sup>ου</sup> μεταταρσίου, υπόσκληρου, χωρίς ευαισθησία, αλλά με εικόνα φλεγμονής. Η διόγκωση υπήρχε από 4ετίας. Είχε επισκεφθεί προ 9μήνου τον παθολόγο και ορθοπεδικό. Σε MRI περιγραφόταν μόρφωμα μαλακών μορίων και υποδορίου λίπους, διαμέτρου 1,5 cm, με χαρακτηρισες αβσεττώσεως, χωρίς άλλα συνοδά στοιχεία.

**Στο ιατρείο:** Δείκτες φλεγμονής φυσιολογικοί. Διαφορά θερμοκρασίας ποδών >0,5°C. Triplex αρτηριών: Δ μέτριες στενώσεις, Αρ μονοφασική ροή οπίσθιας κνημιαίας. Ακτινολογικός έλεγχος: αποτιτανωμένο μόρφωμα μαλακών μορίων, ακανονίστου σχήματος, παρά το φύμα του 5<sup>ου</sup> μεταταρσίου.

**Διαφορική διάγνωση:** καλοήθης όγκος (Schwannoma, κτλ), κακοήθης (σάρκωμα, ιστιοκύττωμα, κλπ), μεταστατικός, ουρικός τόφος (όμως φυσιολογικό ουρικό), ρευματοειδής αρθρίτις (όμως φυσιολογική άρθρωση), τραυματικός (αιμορραγία ή seroma) (υπέρ: κοντά σε οστική προεξοχή και ότι ο ασθενής αναφέρει παλαιά κάκωση).

Έλαβε δοκιμαστικά αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό για 12 ημέρες, χωρίς βελτίωση του μεγέθους ή της φλεγμονής. Αποφασίστηκε εξαίρεση. Αφαιρέθηκε ευμέγεθες αβσετωμένο μόρφωμα διαμέτρου ~1,5 cm. Παθολογοανατομική εξέταση αρνητική για κακοήθεια. Καλλιέργεια: *Pasteurella pneumotropica*+*Staphylococcus aureus* (MRSA). Μετά την εξαίρεση χορηγήθηκε αρχικά εμπειρικά κεφουροξίμη και κατόπιν στοχευμένα λεβοφλοξασίνη. Η πορεία ήταν ομαλή. Τα αντιβιοτικά διακόπηκαν 3 εβδομάδες μετά την εξαίρεση. Σε 3 μήνες υπήρχε πλήρης επούλωση του τραύματος. Έξι μήνες μετά διατηρείται η άριστη κατάσταση. Α/Α: πλήρης εξαφάνιση του μορφώματος.

**Συμπεράσματα:** Επρόκειτο μάλλον για αποτιτάνωση στο πλαίσιο παλαιάς κάκωσης. Το μόρφωμα αφαιρέθηκε επιτυχώς, και η επούλωση του μετεγχειρητικού τραύματος ήταν ομαλή.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ07

### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT ΚΑΙ ΚΑΤΑΓΜΑ

**Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνα<sup>1</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>1</sup>,  
Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>2</sup>, Γκέκα Μαρίνα<sup>1</sup>, Μείμητη Ευαγγελία<sup>1</sup>,  
Ιωάννου Στέφανη<sup>1</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», <sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με αρθροπάθεια Charcot με θερμότερο το άλλο πόδι λόγω μη αντιληπτού κατάγματος.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Αριστείδης Π., ιερέας, 63 ετών. ΣΔ από 1986. Υπό δισκία. HbA1c=7,7%. Παρακολουθείται από 7ετίας. Τυπικό Charcot Αρ. Περιφερική νευροπάθεια (Monofilament 3/10, Biothesiometer~30 άμφω). Χωρίς αρτηριοπάθεια. Φέρει ειδικά υποδήματα.

Σε επίσκεψη παρακολούθησης: Καλή κατάσταση ποδιών, χωρίς εξελκώσεις. Όμως, θερμοκρασία Αρ=31,4, Δ=33,°C (διαφορά θερμοκρασίας >0,5°C, αντίστροφη από την αναμενόμενη). Τίθεται το ερώτημα γιατί το Δ πόδι είναι θερμότερο (αρτηριοπάθεια? Charcot αρχόμενο και Δ? Φλεγμονή?). Παραγγέλλεται Triplex αρτηριών + Α/Α άμφω.

Την επόμενη της εξέτασης, ο ασθενής παρουσίασε έλκος με λοίμωξη κορυφής 2<sup>ου</sup> δακτύλου Δ. Έγινε Debridement και δόθηκε αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό.

Μία εβδομάδα μετά, η διαφορά θερμοκρασίας επέμνε. 2<sup>ο</sup> δάκτυλο σε βελτίωση. Α/Α: Αρ=Charcot. Δ=λύση συνεχείας 3<sup>ου</sup> δακτύλου (κάταγμα?). Συνεπώς εξηγήθηκε η θερμότητα Δ.

Ζητούνται δείκτες φλεγμονής (για Δ/Δ κατάγματος/οστεομυελίτιδας). Δοκιμαστικά συνέχισαν αντιβιοτικών και εκτίμηση δεικτών φλεγμονής.

Νέα επίσκεψη σε 15 ημέρες: Δείκτες φλεγμονής φυσιολογικοί. Triplex αρτηριών: εφο. Επιμονή διαφοράς θερμοκρασίας. 2<sup>ο</sup> δάκτυλο Δ σε βελτίωση. Νέα Α/Α: χωρίς μεταβολή της λύσης της συνεχείας 3ου δακτύλου. Συνεπώς επρόκειτο για κάταγμα και τα αντιβιοτικά διακόπηκαν.

**Συμπεράσματα:** Η διαφορά θερμοκρασίας μπορεί να είναι χρήσιμο εργαλείο στην διάγνωση αλλοιώσεων διαβητικού ποδός.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ08

#### ΕΦΑΡΜΟΓΗ CALCIPLIQ® SPRAY ΣΕ ΧΡΟΝΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΑΝΘΙΣΤΑΜΕΝΟ ΣΤΗ ΣΥΝΗΘΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

**Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Τεντολούρης Αναστάσιος, Κώστα Ουρανία, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη, Τεντολούρης Νικόλαος**

*Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

**Εισαγωγή:** Το Calcipliq® Spray συνιστά καινοτόμο μέθοδο χορήγησης της RGTA (ReGeneraTing Agent) Matrix Therapy μέσω συσκευής ψεκασμών. Αποτελεί ανάλογο θειικής ηπαράνης, γλυκοζαμινογλυκάνης απαραίτητης για τη δομική ακεραιότητα της εξωκυττάριας θεμέλιας ουσίας, η διαταραχή της οποίας συμμετέχει στην παθογένεια των διαβητικών ελκών.

**Παρουσίαση Περιστατικού:** Ασθενής ανήρ 63 ετών, με ιστορικό σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 από δεκαετίες και διαβητικής νευροπάθειας, προσήλθε στο εξωτερικό ιατρείο Διαβητικού Ποδιού προς αντιμετώπιση νευροπαθητικού έλκους αριστεράς οπίσθιας μεσοσφυριαίας περιοχής. Ανέφερε εξέλιξη της βλάβης από αρχικό μικρού μεγέθους έλκος στην θέση εφαρμογής του χείλους του συστοίχου υποδήματος. Από τον ασθενή εφαρμόστηκαν τακτικές αλλαγές και χρήση ποικιλίας επιθεμάτων, με μολαταύτα σταδιακή διεύρυνσή του σε χρονικό βάθος οκταμήνου περίπου, και με σταδιακή εγκατάσταση εντόνου άλγους στην περιοχή το οποίο εξανάγκαζε τον ασθενή σε κατάχρηση αναλγητικών κατ' οίκον. Αποφασίσθηκε η έναρξη εφαρμογής Calcipliq® Spray με τοπικό ψεκασμό δις εβδομαδιαίως παράλληλα με τακτικές αλλαγές και εντατική ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη. Μετά από δώδεκα εβδομάδες παρατηρήθηκε ελάττωση του συνολικού εμβαδού του έλκους κατά 44% (21.5 cm<sup>2</sup> από αρχικό 38.5cm<sup>2</sup>) με παράλληλη ύφεση του άλγους και περιορισμό της χρήσης αναλγητικών από τον ασθενή. Η ανοχή στο υπό δοκιμή προϊόν υπήρξε άριστη, χωρίς αναφορά από τον ασθενή ανεπιθύμητων συμβαμάτων.

**Συμπέρασμα:** Η καινοτομία Calcipliq® Spray θα αποτελέσει σημαντικό επικουρικό εργαλείο της συνήθους τοπικής περιποίησης στη διαδικασία επούλωσης των χρόνιων διαβητικών ελκών.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ09

### ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΦΑΛΑΓΓΑΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΑ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΑΣΘΕΝΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΡΕΤΡΟΝΥΧΙΑ

**Ιορδανίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Λάλια Αντιγόνη<sup>1</sup>, Ιωακείμ Κωνσταντίνος<sup>1</sup>, Μάντσου Ελένη<sup>1</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Τρακατέλλη Μυρτώ<sup>2</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική - Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου

<sup>2</sup> Πανεπιστημιακή Δερματολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου

Η επίμονη φλεγμονή και το οίδημα του μεγάλου δακτύλου άκρου πόδα σε διαβητικό ασθενή έχουν ποικίλη αιτιολογία, συμπεριλαμβανομένης της ρετρονυχίας<sup>1,2</sup>.

Άντρας 38 ετών με ιστορικό κυστικής ίνωσης και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από 14-έτη, παρουσίασε επώδυνο οίδημα στην εγγύς φάλαγγα του μεγάλου δακτύλου του δεξιού άκρου πόδα από εβδομάδες. Είχε καλή γλυκαιμική ρύθμιση με HbA1c 5.4%, ενώ ανέφερε πρόσφατη λήψη αντιβιοτικής αγωγής για λοίμωξη αναπνευστικού. Ζητήθηκε εργαστηριακός έλεγχος με γενική αίματος, CRP και ακτινογραφία άκρου πόδα που ήταν φυσιολογικός. Συνεστήθη καθαρισμός και επανέλεγχος σε 15 ημέρες, με παραμένων το οίδημα και το άλγος. Ακολούθησε δερματολογική εκτίμηση και η βλάβη χαρακτηρίστηκε ως ρετρονυχία, δηλαδή ανάστροφη ανάπτυξη της ονυχιαίας πλάκας προς το εσωτερικό της μήτρας του νυχιού, που παρατηρείται συνήθως μετά από μικροτραυματισμούς. Ο ασθενής αντιμετωπίστηκε με τοπική επάλειψη κορτικοστεροειδούς για τον περιορισμό του οιδήματος και εν συνεχεία με χειρουργική εκτομή του νυχιού με τοπική αναισθησία. Μετεχειρητικά, συνεστήθη τοπική περιποίηση, ενώ η φλεγμονή και ο πόνος υποχώρησαν πλήρως και το νύχι άρχισε να μεγαλώνει ορθόδρομα.

Η ρετρονυχία είναι συνήθης αιτία φλεγμονής, οιδήματος και άλγους των δακτύλων του κάτω άκρου<sup>1,2</sup>, που συχνά διαφεύγει της διαφοροδιάγνωσης. Η υψηλή κλινική υποψία βοηθάει στην άμεση ύφεση των συμπτωμάτων και την αποφυγή της άσκοπης χρήσης αντιβιοτικής αγωγής.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Piraccini BM, Richert B, de Berker DA, et al. Retronychia in children, adolescents, and young adults: a case series. *J Am Acad Dermatol* 2014; 70:388.
2. Ventura F, Correia O, Duarte AF, et al. «Retronychia--clinical and pathophysiological aspects». *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2016; 30:16.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 10

#### ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΩΝ ΑΤΟΝΩΝ ΕΛΚΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΑΥΤΟΛΟΓΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΠΛΟΥΣΙΟΥ ΣΕ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΑ (PRP). ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΣΕΙΡΑΣ 18 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ.

**Καραλής Ιωάννης, Γεώργια Κωνσταντίνα, Ιακωβάκη Μαρίνα, Μπαλή Ιουλία, Παντικίδη Ελπίδα, Γεωργαντώνη Άννα, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ**

*Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Τα δυσεπούλωτα τραύματα στις κνήμες αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας παγκοσμίως. Προκαλούν σημαντικές απώλειες εργατωρών και θέτουν τους ασθενείς σε κίνδυνο απώλειας του σκέλους. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ασφάλειας και της ωφέλειας από τη χρήση μεθόδων PRP σε τέτοια έλκη.

**Μέθοδος:** Η απομόνωση του αυτόλογου PRP έγινε με τη λήψη 20 ή 40 κ.εκ. (ανάλογα το μέγεθος του έλκους) αίματος που φυγοκεντρήθηκε παρά την κλίνη του ασθενούς. Εφαρμόστηκαν τοπικά στο έλκος 5-10 ml γέλης PRP και έγινε κάλυψη με αντιβιοτική γάζα. Οι συνεδρίες επαναλήφθηκαν ανά 10 ήμερο κατά περίπτωση.

**Αποτελέσματα:** Περιγράφονται τα αποτελέσματα 18 ασθενών, μέσης ηλικίας 65,2±13 έτη, με χρόνια έλκη κνημών (μέση διάρκεια παρουσίας των ελκών 5,4±0,8 με ακραίες τιμές 1-13 μήνες). Δε διαπιστώθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες από τη χρήση του PRP και κανείς ασθενής δε διέκοψε πρώιμα τη θεραπεία. Όλα τα έλκη έδειξαν σημεία ανάπλασης και επιθηλιοποίησης από την πρώτη ή δεύτερη εφαρμογή. Τελικά, επουλώθηκαν πλήρως τα 9 έλκη (50%) σε διάστημα 30-60 ημερών, ενώ στα υπόλοιπα η θεραπεία διεκόπη σε στάδιο προχωρημένης επιθηλιοποίησης με σκοπό να ολοκληρωθεί η επούλωση με τη χρήση επιθεμάτων.

**Συμπέρασμα:** Η χρήση μεθόδων PRP μπορεί να ωφελήσει σημαντικά την επούλωση χρόνιων δυσεπούλωτων ελκών κνήμης.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 11

#### Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ

**Τζεραβίνη Ευαγγελία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>,  
Αθανασάκης Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Κυριόπουλος Ιωάννης<sup>2</sup>, Ψυχογιού Γεωργία<sup>1</sup>,  
Νικολακέα Ειρήνη<sup>1</sup>, Κώστα Ουρανία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Τμήμα Οικονομικών της Υγείας, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα

**Εισαγωγή, Σκοπός:** Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΣΔ) προσεγγίζουν τη νόσο τους, σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού της Ελλάδας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Επιλέχθηκε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα 1.002 ατόμων και έγινε διαστρωμάτωση αυτών ως προς το φύλο, την ηλικία και τον τόπο κατοικίας (αγροτικές και αστικές περιοχές), το έτος 2010. Μέσω τηλεφωνικής συνέντευξης και με τη χρήση ενός δομημένου ερωτηματολογίου έγινε καταγραφή του επιπολασμού των δύο τύπων ΣΔ, καθώς και της στάσης των ασθενών απέναντι στη νόσο.

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός του αυτοαναφερόμενου ΣΔ τύπου 1 και ΣΔ τύπου 2 ήταν 3,5% και 96,5% αντίστοιχα. Από τους ασθενείς με τύπου 2 ΣΔ ακολουθούσε αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία, μονοθεραπεία με ινσουλίνη ή συνδυασμό αυτών το 1,5% και 7,1% αντίστοιχα. Η έναρξη της αγωγής με ινσουλίνη έγινε από παθολόγο-διαβητολόγο στην πλειοψηφία των ασθενών. Σχεδόν οι μισοί από τους μη ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς ήταν επιφυλακτικοί απέναντι στο ενδεχόμενο έναξης αγωγής με ινσουλίνη, κυρίως λόγω του φόβου τρυπήματος.

**Συμπεράσματα:** Σε ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα του ενήλικου πληθυσμού της Ελλάδας, ο επιπολασμός του ΣΔ τύπου 1 και 2 βρέθηκε 3,5% και 96,5% αντίστοιχα. Οι περισσότεροι από τους ασθενείς με τύπου 2 ΣΔ λάμβαναν αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 12

#### ΦΛΕΓΜΩΝΩΔΕΙΣ ΚΥΤΤΑΡΟΚΙΝΕΣ ΚΑΙ ΣΥΣΤΗΜΑ RANKL/OPG ΣΤΗΝ ΟΞΕΙΑ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

**Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Χρήστος<sup>1</sup>, Κώστα Ουρανία<sup>1</sup>, Κοντραφούρη Παρασκευή<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**Εισαγωγή:** Ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός της νευρο-οστεοαρθροπάθειας charcot (CN) δεν είναι γνωστός. Η πιο σύγχρονη άποψη υποστηρίζει ότι μια υπερβάλλουσα φλεγμονώδη απάντηση σε έναν τραυματισμό οδηγεί σε αυξημένη τοπική οστική απορρόφηση.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν να συγκρίνει τις συγκεντρώσεις του RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa B ligand), της οστεοπροτεγερίνης (OPG), του παράγοντα νέκρωσης των όγκων (TNFα) και της ιντερλευκίνης 6 (IL-6) σε άτομα με οξεία CN, σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ), σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη χωρίς περιφερική νευροπάθεια (ΣΔ) και σε υγιείς μάρτυρες.

**Μέθοδος:** Συνολικά εξετάσθηκαν 59 άτομα: 24 με CN, 11 με ΠΝ, 10 με ΣΔ και 14 μάρτυρες. Η διάγνωση της CN βασίστηκε σε κλινικά και ακτινολογικά ευρήματα, ενώ η διάγνωση της ΠΝ στο δείκτη συμπτωμάτων και ευρημάτων της νευροπάθειας. Τα επίπεδα των RANKL, OPG, TNFα και IL-6 μετρήθηκαν με μέθοδο ELISA.

#### Αποτελέσματα:

	CN	ΠΝ	ΣΔ	Υγιής	p
sRANKL (pmol/l)	149.5 (114.8-213.1)	86.9 (54.1-186.2)	75.4 (58.8-143.8)	123.3 (95.2-291.3)	0.065
OPG (pg/ml)	425.6 (330.1-568.1)	389.7 (279.2-467.3)	299.6 (199.7-356.7)	198.2 (175.0-233.1)	<0.001
TNFα (pg/ml)	3.7 (2.7-5.3)	3.3 (2.6-3.8)	2.5 (1.6-2.8)	1.5 (1.1-1.9)	<0.001
IL-6 (pg/ml)	5.91 (0.04-17.51)	2.74 (0-18.7)	0.83 (0-6.84)	0 (0-0.83)	0.028

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα φλεγμονωδών κυτταροκινών είναι υψηλότερα σε ασθενείς με οξεία CN σε σύγκριση με τα άτομα με ΣΔ και με τους υγιείς μάρτυρες. Το σύστημα RANKL/OPG φαίνεται να διαδραματίζει ρόλο στην αυξημένη οστεόλυση που παρατηρείται στην οξεία CN.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 13

#### ΔΕΚΑ ΧΡΟΝΙΑ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΟΥ ΣΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ

**Δημητρίου Μαρία, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος**

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη*

**Σκοπός της μελέτης:** Η εξέταση της τυχόν μεταβολής στην εκπαίδευση και στην πρόληψη καθώς και της σχετικής συμβολής του Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού κατά τα 10 χρόνια λειτουργίας του (Αύγουστος 2007-Αύγουστος 2017).

**Υλικό και μέθοδος:** Σχετικές πληροφορίες από: **1)** Ιατρικούς φακέλους των ασθενών (Αύγουστος 2007-Αύγουστος 2017), **2)** Λοιπές εκπαιδευτικές δραστηριότητες μας.

**Αποτελέσματα: 1)** Η προσέλευση των ασθενών για αμιγώς προληπτική εξέταση ήταν σταθερά σπάνια (<3% συνεχώς), οι γνώσεις για την τοπική υγιεινή διαπιστώνονταν σε σταθερά μικρό αριθμό ασθενών (<10%), αλλά η προσέλευση από φόβο με αφορμή μια νέα αθώα βλάβη αυξήθηκε στην πορεία (από 0% κατά την πρώτη πενταετία, σε 10% κατά τη δεύτερη πενταετία). **2) Λοιπές δραστηριότητες:** α) 4 ενημερώσεις στα τοπικά κανάλια τηλεόρασης, β) 2 ενημερώσεις σε ραδιοφωνικούς σταθμούς πανελληνίας εμβέλειας, γ) 2 ενημερωτικές εκδηλώσεις για το κοινό, σε συνεργασία με το Σύλλογο Διαβητικών Νομού Έβρου, δ) 2 επιστημονικές εκδηλώσεις για τους επαγγελματίες υγείας, ε) εκπαίδευση γενικών ιατρών συνεργατών του ιατρείου, στ) συνεχής εξοικείωση των φοιτητών ιατρικής (4<sup>ου</sup> και ιδίως 6<sup>ου</sup> έτους) με το διαβητικό πόδι, την πρόληψη και την αντιμετώπισή του, ζ) ειδική εκπαίδευση των εκτοετών φοιτητών ιατρικής.

**Συμπεράσματα:** Καταβλήθηκε προσπάθεια, αλλά υπάρχει τεράστιο περιθώριο βελτίωσης της ευαισθητοποίησης.





## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 14

#### Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΕΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΔΟΜΗ ΥΓΕΙΑΣ (ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ) ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

**Παπαδάτος Σταμάτης<sup>1</sup>, Μπουρδάκης Αδαμάντιος<sup>1</sup>, Κουτσονάσιος Ιωάννης<sup>2</sup>, Βενιζέλος Μιχάλης<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ειδικός Παθολόγος, Διαβητολογικό Ιατρείο Γενικού Νοσοκομείου Τρικάλων

<sup>2</sup> Γενικός Ιατρός, Κέντρο Υγείας Πύλης Τρικάλων

**Σκοπός:** Διερεύνηση και καταγραφή των κλινικών προβλημάτων κατω ακρών όλων των ασθενών με ΣΔ2 που προέρχονται από μια ορεινή γεωγραφική περιοχή του Νομού Τρικάλων σε συνεργασία με το Κέντρο Υγείας της περιοχής.

**Υλικό-Μέθοδος:** Εξετάστηκαν 120 ασθενείς 85 άνδρες και 35 γυναίκες με ΣΔ2 από την Περιοχή Πύλης Τρικάλων με μέσο όρο ετών διαβήτη  $15 \pm 2$  ετη που παρακολουθούνται τουλάχιστον ένα έτος είτε στο διαβητολογικό ιατρείο του Νοσοκομείου Τρικάλων είτε στο ιατρείο πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Κ.Υ. Πύλης με τακτικές επισκεψεις για εργαστηριακό έλεγχο και χορήγηση φαρμάκων. Μέχρι σήμερα δεν είχαν καταγραφεί σε αυτούς κλινικά προβλήματα κατω ακρών. Εγινε ταξινόμηση των ασθενών με βάση τον κίνδυνο που διατρέχουν για ανάπτυξη ελκους (κλιμακας, ιστορικό, κλινική εξέταση), διακρίση ασθενών υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη διαβητικού ποδιού, διακρίση διαβητικού ποδιού (νευροσυχαιμικό και νευροπαθητικό) και εξατομικευμένη φροντίδα και εκπαίδευση των ασθενών. Σε όλους τους ασθενείς υψηλού κινδύνου έγινε εργαστηριακός έλεγχος με triplex αρτηριών και φλεβών κατω ακρών.

**Αποτελέσματα:** Βρέθηκαν 46 ασθενείς (30 άνδρες και 16 γυναίκες) με υψηλό κίνδυνο για διαβητικό πόδι στους οποίους δόθηκαν θεραπευτικές οδηγίες, 4 ασθενείς (2 άνδρες και 2 γυναίκες) με βλάβες διαβητικού ελκους κατω ακρών που αντιμετωπίστηκαν θεραπευτικά στο Κέντρο Υγείας από εκπαιδευμένο στον Διαβήτη ιατρό Γενικής Ιατρικής και 1 γυναίκα ασθενής με πόδι charko που παραπεμφθηκε σε νοσοκομείο με οργανωμένο ιατρείο διαβητικού ποδιού για χειρουργική αντιμετώπιση.

**Συμπεράσματα:** Η παρακολούθηση των διαβητικών ασθενών είτε στο Διαβητολογικό Ιατρείο του Γενικού Νοσοκομείου είτε στο Πρωτοβάθμιο Ιατρείο στο Κέντρο Υγείας πρέπει να περιλαμβάνει πάντα τον έλεγχο για τον κίνδυνο ανάπτυξης ελκους κατω ακρών. Δεν απαιτούνται εξειδικευμένες εργαστηριακές εξετάσεις παρα μόνο το ιστορικό η κλινική εξέταση και οι κλιμακας για να αποκαλυφθούν οι ασθενείς υψηλού κινδύνου. Όλοι οι ασθενείς χρηζουν εξατομικευμενης φροντιδας και εκπαιδευσης σχετικα με τον κίνδυνο που διατρέχουν τα κατω ακρα τους με πολλαπλο οφελος στην προληψη των ακρωτηριασμων.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 15

**Η ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΕΝΗ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ & Η ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΩΣ ΠΥΛΩΝΕΣ ΣΤΗΝ ΟΡΘΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ [ΑΝΑΦΟΡΑ ΣΕ 7 ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΑ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΑ (CASE REPORTS)]**

**Παπατριανταφύλλου Ανδρέας<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Σταυρούλα-Δάφνη<sup>1</sup>, Συλλαΐος Αθανάσιος<sup>1</sup>, Λαναράς Λεωνίδας<sup>2</sup>, Μπριστιάνου Μάγδα<sup>2</sup>, Μύτης Γεώργιος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικό Τμήμα Γ.Ν. Λαμίας - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού

<sup>2</sup> Παθολογικό Τμήμα - Διαβητολογικό Ιατρείο - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού

- Η δημιουργία του Ιατρείου Διαβητικού ποδιού (Δ.Π.) το Μάρτιο του 2011 με βάσει τις οδηγίες της Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π
- Οι άοκνες προσπάθειες συγκεκριμένης Διαβητολογικής & Χειρουργικής ομάδας
- Η συγκρότηση ομάδας αντιμετώπισης Δ.Π.
- Η συνεργασία της ομάδας ενδονοσοκομειακά αλλά και διανοσοκομειακά με εξειδικευμένα στο Σακχαρώδη Διαβήτη (Σ.Δ.) & στο Δ.Π. ιδρύματα
- Η διαχρονική προσπάθεια ενημέρωσης του κοινού
- Η συνεχής επιμόρφωση στο Δ.Π.
- Η συσσωρευμένη με τη πάροδο του χρόνου εμπειρία

**“συνέπραξαν”** στην, σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό, ορθολογική αντιμετώπιση του Δ.Π. στη περιοχή ευθύνης του Γ.Ν. Λαμίας.

Ένα ελάχιστο δείγμα της δουλειάς μας, προκειμένου να αναδείξουμε τη μεθοδολογία μας, παρουσιάζουμε στην εργασία μας με την έκθεση 7 επιλεγμένων περιστατικών.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 16

#### ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΑΜΙΑΣ. ΕΒΔΟΜΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ

**Μπριστιάνου Μαγδαληνή, Λαναράς Λεωνίδα, Ελευθεριάδου Σταυρούλα - Δάφνη, Παπατριανταφύλλου Ανδρέας, Συλλαίος Αθανάσιος, Μύτης Γεώργιος**

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας*

**Εισαγωγή:** Το Ιατρείο διαβητικού ποδιού λειτουργεί στο νοσοκομείο μας από το 2011. Για την περίοδο 2011- 30/11/2017 εξετάστηκαν 2338 ασθενείς (στοιχεία από το γραφείο κίνησης του νοσοκομείου)

**Σκοπός:** Μελετήσαμε την συμβολή του Ιατρείου και της ομάδας που το πλαισιώνει στη μείωση των ακρωτηριασμών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Από τα πρακτικά επεμβάσεων του χειρουργείου του νοσοκομείου μας για την περίοδο 2010 έως 30/11/2017.

**Αποτελέσματα:** Ο αριθμός των ακρωτηριασμών σε διαβητικούς ασθενείς: 34 το 2010, 11 το 2011, 16 το 2012, 16 το 2013, 15 το 2014, 13 το 2015, 11 το 2016 και 15 το 2017, από τους οποίους οι 8 ελάσσονες. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 75,1 έτη και ενδεικτικά για το 2017 το ποσοστό ανδρών/ γυναικών 12/3.

**Συμπεράσματα:** Το διαβητικό πόδι παραμένει σημαντική πρόκληση για την ομάδα μας. Από τα δεδομένα μας, φαίνεται η καθοριστική η λειτουργία του Ιατρείου, καθώς επίσης και η συμβολή χειρουργού με γνώσεις στο διαβητικό πόδι, στη δραστηκή στην μείωση των ακρωτηριασμών και στην μετατροπή των μείζονων ακρωτηριασμών σε ελάσσονες.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 17

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ABI) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. Η ΜΕΛΕΤΗ «ΧΑΛΚΙΔΑ»

**Πεππές Βασίλειος<sup>1</sup>, Δρ. Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια (ΠΑΑ) αποτελεί μακροαγγειακή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της μελέτης ήταν ο έλεγχος συσχέτισης συνοδών καρδιαγγειακών παθήσεων, του γλυκαιμικού status και του λιπιδαιμικού προφίλ στις τιμές του σφυροβραχιονίου δείκτη (ABI) διαβητικών ασθενών τύπου 2.

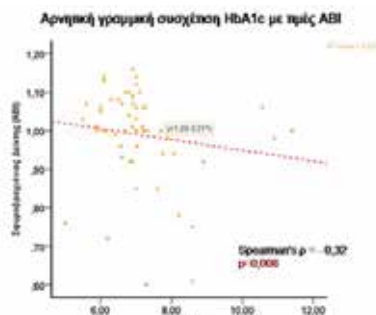
**Υλικό και μέθοδος:** Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη παρατήρησης σε δείγμα αστικού πληθυσμού από πρωτοβάθμιο παθολογικό ιατρείο στη Χαλκίδα περιλαμβάνοντας καταγραφή του ιστορικού, μετρήσεις επιπέδων γλυκόζης, HbA1c, λιπιδίων και προσδιορισμό ABI σε σύνολο 61 ατόμων. Η στατιστική μελέτη έγινε με μεθοδολογία Χ<sup>2</sup>, T-test και ανάλυση διμεταβλητής συσχέτισης.

**Αποτελέσματα:** Παθολογικές τιμές ABI (<0,9) εμφάνισε 18% των ασθενών (N=11). Η καρδιαγγειακή συνοσπρότητα (στεφανιαία νόσος, ΑΕΕ, στένωση καρωτίδων) συσχετίστηκε με παθολογικές τιμές ABI (Χ<sup>2</sup>=16,173 p<0,001) που ήταν σημαντικά μικρότερος στους διαβητικούς με θετικό ατομικό αναμνηστικό έναντι των υπολοίπων (0,91±0,15 vs 1,01±0,07, p<0,001 / Πίνακας 1).

Πίνακας 1. ABI και καρδιαγγειακή συνοσπρότητα διαβητικών ασθενών τύπου 2

		ABI (Μέση τιμή ± SD - 95% CI)	p
Στεφανιαία Νόσος	Ναι	0,95 ± 0,15	0,044
	Όχι	0,98 ± 0,11	
ΑΕΕ	Ναι	0,90 ± 0,14	0,04
	Όχι	0,99 ± 0,11	
Νόσος καρωτίδων	Ναι	0,82 ± 0,15	<0,001
	Όχι	0,99 ± 0,10	
Γνωστή ΠΑΑ	Ναι	0,72 ± 0,11	<0,001
	Όχι	1,00 ± 0,09	
Μακροαγγειακές επιπλοκές συνολικά	Ναι	0,91 ± 0,15	<0,001
	Όχι	1,01 ± 0,07	

Ημερήσιο Σάκχαρο



Η κυματομορφή Doppler σφυγμικού κύματος περιφερικών αρτηριών συσχετίστηκε σημαντικά με τον ABI (Χ<sup>2</sup>=43,139 p<0,001). Οι μονοφασικές κυματομορφές συνοδεύονταν από χαμηλότερο ABI συγκριτικά με διφασικές/τριφασικές (0,75±0,09 έναντι 0,99±0,1 και 1,02±0,05 αντίστοιχα, p<0,001).

Διαπιστώθηκε αρνητική γραμμική συσχέτιση του καπνίσματος, της HbA1c και του αθηρωματικού δείκτη με τον ABI (Spearman's  $\rho = -0,24, -0,32, -0,348$  /  $p = 0,031, p = 0,008, p = 0,007$  αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Θετικό ιστορικό μακροαγγειοπάθειας, κάπνισμα, γλυκαιμικός έλεγχος και λιπιδαιμικό προφίλ σχετίζονται σημαντικά με ABI διαβητικών ασθενών.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 18

#### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΤΟΥ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΕΓΧΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΤΙΜΕΣ ΤΟΥ ΣΦΥΡΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (ABI) ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2. Η ΜΕΛΕΤΗ «ΧΑΛΚΙΔΑ»

**Πεππές Βασίλειος<sup>1</sup>, Δρ. Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Πρωτοβάθμιο Παθολογικό Ιατρείο, Χαλκίδα

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Τμήμα, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Συγχρονική μελέτη συσχέτισης της αντιδιαβητικής αγωγής και του γλυκαιμικού ελέγχου με τον σφυροβραχιόνιο δείκτη (ABI) και την περιφερική αποφρακτική αρτηριοπάθεια (ΠΑΑ) σε διαβητικούς ασθενείς τύπου 2.

**Υλικό και μέθοδος:** Η μελέτη αφορά δείγμα αστικού πληθυσμού από πρωτοβάθμιο παθολογικό ιατρείο στη Χαλκίδα. Πραγματοποιήθηκε καταγραφή του ιστορικού, της χορηγούμενης αγωγής, μέτρηση HbA1c και προσδιορισμός ABI σε σύνολο 56 ασθενών.

Η στατιστική ανάλυση έγινε με μεθοδολογία  $\chi^2$  και T-test.

**Αποτελέσματα:** Παθολογικές τιμές ABI ( $< 0,9$ ) εμφάνισε 14,3 % των ασθενών (N=8).

Οι διαβητικοί ασθενείς που ελάμβαναν p.o. αντιδιαβητικά δισκία (μονοθεραπεία/σύνδυασμό) εμφάνισαν φυσιολογικό ABI ( $> 0,9$ ) σε μεγαλύτερο ποσοστό έναντι όσων ελάμβαναν ινσουλινοθεραπεία ( $\pm$ αντιδιαβητικά δισκία) [ $\chi^2=5,449$   $p=0,02$ ], έχοντας σημαντικά υψηλότερες τιμές ABI ( $1 \pm 0,1$ , έναντι  $0,92 \pm 0,14$ ,  $p=0,039$ ).

Οι διαβητικοί ασθενείς με επίπεδα HbA1c  $< 7\%$  ελάμβαναν p.o. αντιδιαβητικά δισκία (μονοθεραπεία/σύνδυασμό) σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό έναντι όσων ελάμβαναν ινσουλινοθεραπεία ( $\pm$ αντιδιαβητικά δισκία) [ $\chi^2=15,487$   $p<0,001$ ], έχοντας χαμηλότερες τιμές HbA1c ( $6,8 \pm 0,9$  έναντι  $8,6 \pm 1,7$ ,  $p<0,001$ ) και μικρότερη διάρκεια νόσου ( $9 \pm 6,9$  έναντι  $16 \pm 7,4$  έτη,  $p=0,005$ ).

Οι ρυθμισμένοι διαβητικοί (HbA1c  $< 7\%$ ) είχαν φυσιολογικό ABI σε σημαντικά μεγαλύτερο ποσοστό έναντι όσων βρίσκονταν εκτός θεραπευτικών στόχων [ $\chi^2=3,943$   $p=0,047$ ] έχοντας υψηλότερη μέση τιμή ABI ( $1,01 \pm 0,09$  έναντι  $0,92 \pm 0,14$ ,  $p=0,039$ ).

**Συμπεράσματα:** Η διάρκεια της νόσου, η χορηγούμενη αγωγή και ο γλυκαιμικός έλεγχος σχετίζονται με τον ABI στους διαβητικούς ασθενείς.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 19

#### ΕΛΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΛΟΙΜΩΣΗ: ΔΙΑΦΕΡΟΥΝ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ Η ΝΕΥΡΟΙΣΧΑΙΜΙΑ;

**Δημητρίου Μαρία<sup>1,2</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Πανοπούλου Μαρία<sup>2</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>3</sup>, Καλπίνη Δέσποινα<sup>2</sup>, Μαλτέζος Ευστράτιος<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

<sup>3</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

**Σκοπός:** Η αναζήτηση τυχόν διαφορών στα χαρακτηριστικά ασθενών με νευροπάθεια έναντι νευροϊσχαιμίας μεταξύ ασθενών με έλκος διαβητικού ποδιού και λοίμωξη.

**Υλικό και μέθοδος:** Μελετήθηκαν τα χαρακτηριστικά σε: **α)** 63 ασθενείς (35 άνδρες, μέσος ηλικίας 61.2 ετών και μέσος διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 12.4 ετών) με νευροπαθητικό έλκος (ομάδα Α), **β)** 50 ασθενείς (35 άνδρες, μέσος ηλικίας 73.4 ετών και μέσος διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 16.9 ετών) με νευροϊσχαιμικό έλκος (ομάδα Β).

**Αποτελέσματα:** Σε σύγκριση με την ομάδα Α, οι ασθενείς της ομάδας Β παρουσίαζαν τις εξής διαφορές: μεγαλύτερη ηλικία ( $p < 0.001$ ), μεγαλύτερη διάρκεια σακχαρώδους διαβήτη ( $p = 0.0018$ ), χαμηλότερη τιμή Σφυροβραχιόνιου Δείκτη ( $p < 0.001$ ), υψηλότερη τιμή Δείκτη Νευρολογικής Δυσλειτουργίας (NDS) ( $p = 0.049$ ), βραχύτερη διάρκεια έλκους ( $p = 0.004$ ), υψηλότερη βαθμολογία κλινικής βαρύτητας λοίμωξης (PEDIS) ( $p = 0.0045$ ), υψηλότερο αριθμό λευκοκυττάρων ( $p = 0.0099$ ), χαμηλότερη τιμή αιματοκρίτη ( $p = 0.0467$ ), υψηλότερη τιμή CRP ( $p = 0.044$ ), υψηλότερη τιμή ουρίας ( $p = 0.041$ ) και υψηλότερη τιμή κρεατινίνης ( $p = 0.030$ ).

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με νευροϊσχαιμικό έλκος και λοίμωξη παρουσιάζουν μεγαλύτερη ηλικία και διάρκεια σακχαρώδους διαβήτη, ενδείξεις βαρύτερης βλάβης (νευρολογικά ελλείμματα, κλινική βαρύτητα λοίμωξης) και εργαστηριακούς δείκτες βαρύτερης φλεγμονής (λευκοκύτταρα, αιματοκρίτης, CRP).



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ20

#### ΠΟΙΑ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΕΛΕΓΧΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΠΟΛΥΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΠΡΟΤΙΜΟΥΝ ΟΙ ΤΡΙΤΟΕΤΕΙΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ;

**Παφίλη Καλλιόπη, Δημητρίου Μαρία, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος**

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη*

**Σκοπός της μελέτης:** Να εξεταστεί ποια από τις διαγνωστικές δοκιμασίες διαβητικής πολυνευροπάθειας (ΔΠΝ) είναι ευκολότερη στην εκμάθηση από τριτοετείς φοιτητές ιατρικής και ποια μπορεί να συγκεντρώσει την προτίμησή τους.

**Υλικό και μέθοδος:** Σε 30 τριτοετείς φοιτητές του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου μας έγινε επίδειξη των εξής διαγνωστικών δοκιμασιών: α) Αχιλλείων αντανακλαστικών, β) ελέγχου παλλαισθησίας με τονοδότη 128 Hz, γ) μονοϊνιδίου Semmes Weinstein 10 g (SWMF), δ) Ipswich Touch Test (ITT), ε) ποιοτικής εξέτασης της αντίληψης θερμού/ψυχρού (Tiptherm rod, TR).

**Αποτελέσματα:** Οι δοκιμασίες ITT, SWMF και TR έγιναν αμέσως κατανοητές και οι φοιτητές μπορούσαν να τις πραγματοποιήσουν ορθά και άμεσα μετά την πρώτη επίδειξη. Τις υπόλοιπες δύο δοκιμασίες οι φοιτητές μπορούσαν να τις πραγματοποιήσουν την ίδια ημέρα αλλά έπειτα από αρκετή εξάσκηση. Ως οι δύο προτιμώμενες δοκιμασίες αναδείχθηκαν η ITT (60%) και η SWMF (30%).

**Συμπεράσματα:** Οι τριτοετείς φοιτητές ιατρικής μπορούν να πραγματοποιήσουν ορθά από την πρώτη μέρα όλες τις διαγνωστικές δοκιμασίες ΔΠΝ που τους επιδείχθηκαν. Ωστόσο, ευκολότερες στην άμεση εκμάθηση είναι οι δοκιμασίες ITT, SWMF και TR, με τις δύο πρώτες να συγκεντρώνουν την προτίμησή τους. Τα ευρήματα αυτά πρέπει να ερμηνευτούν στο πλαίσιο της προσπάθειας για απλοποίηση και ευρύτερη διάδοση των διαγνωστικών δοκιμασιών ΔΠΝ.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ21

**ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΣΥΝΤΟΜΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ, ΑΚΟΛΟΥΘΩΝΤΑΣ ΤΟΝ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**

**Καλαϊτζίδης Δ., Κρασόβσκαγια Ι., Μικούδη Κ., Σκούτας Δ., Ιορδανίδης Σ., Νικολαΐδης Α., Τζατζάγου Γ.**

*Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης*

**Σκοπός εργασίας:** Παρουσίαση περιστατικού, ασθενούς με διαβητικό έλκος και πληρη επούλωση αυτού, εντός συντόμου χρονικού διαστήματος.

**Περιγραφή περιστατικού:** Γυναίκα 63 ετών με ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, διάρκεια νόσου 26 έτη, με μέτρια γλυκαιμική ρύθμιση κατά την πρώτη επίσκεψη (HbA1c: 7,6%), χωρίς στοιχεία αγγειοπάθειας ή νευροπάθειας. Μετά από πενταετή απουσία επανήλθε λόγω εμφάνισης έλκους ΔΕ άκρου ποδός, στο πρώτο μετατάρσιο. Κατά την κλινική εξέταση, διαπιστώθηκε συγκριτικά μεταξύ των δύο άκρων, διαφορά θερμοκρασίας 3 βαθμών κελσίου, επίθιξη οστού με μήλη αρνητική, ψηλαφητές περιφερικές σφύξεις, ήπια περιφερική νευροπάθεια. Υποβλήθηκε σε απεικονιστικό έλεγχο, ακτινογραφία άκρου ποδός, λήψη αίματος για δείκτες φλεγμονής και λήψη καλλιέργειών από το έλκος. Θεραπευτικά πραγματοποιήθηκε αφαίρεση τυλώδους ιστού και νεκρωμάτων, αποφόρτιση της περιοχής με χρήση μισού υποδήματος και χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή. Εδόθησαν οδηγίες για βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης και ετέθη σε τακτική παρακολούθηση, ανά δεκαήμερο. Εντός 2 ½ μηνών επετεύχθη πλήρης επούλωση του έλκους.

**Συμπέρασμα:** Η αντιμετώπιση διαβητικού έλκους, με τοπική φροντίδα, αποφόρτιση, χρήση αντιβιοτικής αγωγής και βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης, σε ασθενή που συμμορφώνεται, συντελούν στην πλήρη επούλωση αυτού.





## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ22

#### ΤΑΧΕΙΑ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΡΟΝΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΙΣΧΑΙΜΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΕΠΑΝΑΓΓΕΙΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΥΠΕΡΒΑΡΙΚΟ ΟΞΥΓΟΝΟ

**Λάλια Αντιγόνη<sup>1</sup>, Στεφανίδου Στυλιανή<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Μάντσου Ελένη<sup>1</sup>, Σκούτας Δημήτριος<sup>3</sup>, Κώτσιου Μαρία<sup>2</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου

<sup>2</sup> Μονάδα Υπερβαρικού Οξυγόνου, Νοσοκομείο Αγ. Παύλος, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης Γ. Παπαγεωργίου

Τα διαβητικά έλκη του ποδιού ισχαιμικής αιτιολογίας αποτελούν σοβαρή επιπλοκή των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), αυξάνοντας το ρίσκο ακρωτηριασμού<sup>1</sup>, ενώ δεν υπάρχει ομοφωνία στην αντιμετώπισή τους.

Παρουσιάζεται άρρεν 58 ετών με ΣΔ2 από 15ετίας, καπνιστής, με αρτηριακή υπέρταση, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία, ιστορικό πολυομυελίτιδας και κατάγματος δεξιάς κνήμης. Από 7μήνου εμφανίζει εξιδρωματικό έλκος στη δεξιά ποδοκνημική άρθρωση, 3x1.5cm, βαθμού 2 κατά Wagner<sup>2</sup>, με συνοδό έντονο πόνο. Είχε καλή γλυκαιμική ρύθμιση, HbA1c 6.7% υπό μετορμίνη 850mg, ενώ παράλληλα ελάμβανε αντιβιοτική αγωγή περιστασιακά βάσει καλλιέργειας που απομόνωσε *Escherichia Coli*, χωρίς βελτίωση. Έγινε καθαρισμός, τέθηκε σε πρεγκαμπαλίνη για το άλγος και συνέχιση της αγωγής με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό οξύ και σιπροφλοξασίνη. Διενεργήθηκε MRI με ευρήματα κυτταρίτιδας και οιδήματος του άκρου πόδα χωρίς εικόνα οστεομυελίτιδος και MRA με ευρήματα αθηρωμάτωσης και στένωσης της αριστερής κοινής λαγονίου και της δεξιάς επιπολής μηριαίας. Ακολούθησε αγγειοχειρουργική επέμβαση επαναγγείωσης με τοποθέτηση stent. Έν συνεχεία έγινε έναρξη συνεδριών με υπερβαρικό οξυγόνο (ΥΟ) επί 15 ημέρες με αποτέλεσμα την προοδευτική επούλωση του έλκους.

Το ΥΟ βελτιώνει την οξυγόνωση των ιστών, προάγει την παραγωγή κολλαγόνου και κοκκώδους ιστού, ενώ έχει και βακτηριοκτόνο δράση. Η θεραπεία με ΥΟ σε συνδυασμό με χειρουργική επαναγγείωση αποτελεί αποτελεσματική προσέγγιση για τα χρόνια ισχαιμικά διαβητικά έλκη<sup>2,3</sup>.

#### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Humphries MD, Brunson A, Li CS, Melnikow J, Romano PS. Amputation trends for patients with lower extremity ulcers due to diabetes and peripheral artery disease using statewide data. *J Vasc Surg* 2016 Dec;64(6):1747-1755.e3.
2. Faglia E, Favales F, Aldeghi A, Calia P, Quarantiello A, Oriani G, Michael M, Campagnoli P, Morabito A. Adjunctive systemic hyperbaric oxygen therapy in treatment of severe prevalently ischemic diabetic foot ulcer. A randomized study. *Diabetes Care*. 1996;19(12):1338.
3. Goldman RJ. Hyperbaric oxygen therapy for wound healing and limb salvage: a systematic review. *PM&R*. 2009;1(5):471.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ23

#### ΔΙΑΣΩΣΗ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΑΝΔΡΑ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΟΠΑΘΕΙΑ FONTAINE IV ΜΕ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΑΝΤΙΒΙΟΤΙΚΑ

**Παπανικολάου Σπήλιος<sup>1</sup>, Ζάννης Νικόλαος<sup>2</sup>, Παππά Ευθυμία<sup>3,4</sup>,  
Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Δώνου Ανδριάνα<sup>3</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>5</sup>,  
Κιούλος Νικόλαος<sup>4</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>3,4</sup>**

<sup>1</sup> Χειρουργικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>2</sup> Τμήμα Ψηφιακής Αγγειογραφίας, Γ.Ν.Α. «Σισμανόγλειο», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>4</sup> Β΄ Παθολογικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>5</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με αποφρακτική αρτηριοπάθεια που είχε εξαιρετικά καλή πορεία με επαναιμάτωση, χειρουργικό καθαρισμό και μακροχρόνια χορήγηση αντιβιοτικών.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Γιώργος Κ., συνταξιούχος φωτογράφος, 70 ετών, από την Άρτα. Ινσουλινοθεραπευόμενος ΣΔ από ηλικίας 45 ετών. HbA1c=8,2%. Καπνιστής. Προ 10μήνου πάτησε ακίδα από λεμονιά. Ακολούθησε νοσηλεία, επίσκεψη σε αγγειοχειρουργό και σε ιατρείο διαβητικού ποδιού, και 18 συνεδρίες υπερβαρικού οξυγόνου. Από 2μήνου αφόρητο άλγος ποδός: κοιμάται με τα πόδια κρεμασμένα. Αγγειογραφία: απόφραξη Δ ιγνυακής, σημαντικές στενώσεις λαγονίων. Παραπέμπεται με ισχαιμία 3<sup>ου</sup> δακτύλου Δ από 15ημέρου. Λαμβάνει σιλοσταζόλη+κλοπιδογρέλη. Σε αντιβιοτικά εδώ και 2 ½ μήνες.

Εισάγεται με PEDIS 4 (Λ=12800/μL, CRP=100mg/L, ΦΤ<3) και Fontaine IV (χρειάζεται τραμαδόλη). Αντιβιοτική αγωγή, αρχικά τριπλή εμπειρική και κατόπιν διπλή στοχευμένη (Κ/Es: *Klebsiella pneumoniae*+*Klebsiella oxytoca*+*Citrobacter youngae*). Εκτίμηση από επεμβατικό ακτινολόγο και χειρουργικός καθαρισμός (αφαίρεση νεκρωμένου δακτύλου και παροχέτευση πύου από το σύστημα μετατάριο). CT (δεν μπορεί να γίνει MRI): οιδηματώδης απεικόνιση υποδορίου κυτταρολιπώδους ιστού, ιδίως στην πελματιαία επιφάνεια. Κακή κατάσταση κολοβώματος, με νέκρωση. Νέος καθαρισμός με αφαίρεση τριγωνικού τμήματος 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου. Α/Α: Υπεξάρθρωμα μεταταρσοφαλαγγικής άρθρωσης 2<sup>ου</sup> δακτύλου - οστεόλυση εγγύς κεφαλής 1<sup>ης</sup> φάλαγγας 2<sup>ου</sup> δακτύλου Επιλαμβάνεται ο διοικητής για την εξεύρεση υλικών για αγγειοπλαστική, που πραγματοποιείται με επιτυχία (Δ επιπολής μπριαίας και τοποθέτηση stent). Ακολούθησε πολύ καλή πορεία ποδιού και μείωση άλγους. Εξιτήριο μετά 28 ημέρες, με κο-τριμοξαζόλη + επιθέματα αλγινικά με Ag.

Συνέχισε αντιβιοτικά για 10 μήνες με κάποια διαλείμματα, λόγω απομόνωσης *Klebsiella* εκ νέου, και επιθέματα + μηχανικό καθαρισμό. Πλήρης επούλωση έλκους (παρά το ότι είχε συσταθεί ακρωτηριασμός λόγω επιμονής της *Klebsiella*). Επίσκεψη 1 ½ έτος μετά την ημέρα εισαγωγής: πόδι σε άριστη κατάσταση. Stent βατό. HbA1c=6,9% Α/Α: Οστεοβλαστική δραστηριότητα και δημιουργία μικρών τμημάτων νέου οστού. Δεν πονάει. Γελαστός! (μόνο που συνεχίζει να καπνίζει...) Προγραμματισμός αγγειοπλαστικής στο άλλο πόδι. Φεύγει οδηγώντας για την Άρτα.

**Συμπεράσματα:** Πέραν της λοιπής αντιμετώπισης, η επαναγγείωση είναι κεφαλαιώδους σημασίας.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ24

#### ΣΥΝΕΠΙΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΗ ΟΡΘΗ ΕΠΙΛΟΓΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ.

**Γεωργαντώνη Άννα, Καραλής Ιωάννης, Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Παντικίδη Ελπίδα, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ**

*Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα*

Η χρήση του κατάλληλου επιθέματος για την αντιμετώπιση των ελκών στα κάτω άκρα, απαιτεί εξειδικευμένη γνώση και εμπειρία. Η παρουσία ή όχι λοίμωξης ή νεκρωμάτων, ο βαθμός της υγρασίας, η παρουσία άλγους, η φύση, η θέση και η μορφολογία του έλκους αποτελούν τους κυριότερους παράγοντες για την ορθή επιλογή. Παράλληλα, εξωγενείς παράγοντες, όπως η οικονομική δυνατότητα, η ασφαλιστική κάλυψη, αλλά και η εμπορική διαθεσιμότητα κάποιων επιθεμάτων, μπορεί να τροποποιήσουν την αρχική επιλογή. Η εφαρμογή ακατάλληλου ή περιττού επιθέματος και η μη επαρκής εκπαίδευση των ατόμων που εκτελούν τις αλλαγές του τραύματος, μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικά αποτελέσματα.

Περιγράφονται περιστατικά λανθασμένης εφαρμογής επιθεμάτων, με αρνητικές επιπτώσεις στην έκβαση του έλκους. Σε κάποιες περιπτώσεις η εφαρμογή επιθέματος ήταν εντελώς περιττή ή επικίνδυνη και σε άλλες ο θεράπων ιατρός είχε πλήρη άγνοια για το επίθεμα που επιλέχτηκε. Ιδιαίτερα πρέπει να επισημανθούν τα λάθη κατά τις αλλαγές των επιθεμάτων από το οικείο περιβάλλον.

Συμπερασματικά, απαιτείται ορθολογική χρήση και προσεκτική επιλογή των επιθεμάτων που εφαρμόζονται στα έλκη των κάτω άκρων.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ25

#### ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Ξουργιά Ελένη, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Μπούμη Λουΐζα, Γιάννου Ευγενία, Τρικκαλινού Αικατερίνη, Μπακογιάννη Στυλιανή, Καμαράτος Αλέξανδρος, Ηρακλειανού Στυλιανή, Μελιδώνης Α.**

*<sup>1</sup> Α΄ Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»*

**Εισαγωγή:** Το «διαβητικό πόδι» είναι μία από τις σοβαρότερες και συχνότερες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2). Οι βασικοί παθογενετικοί μηχανισμοί που οδηγούν στην εμφάνιση έλκους στα πόδια είναι η παρουσία νευροπάθειας και περιφερικής αρτηριοπάθειας. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η καταγραφή του επιπολασμού της νευροπάθειας και περιφερικής αρτηριοπάθειας σε δείγμα διαβητικών ασθενών.

**Υλικό και Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 86 συνολικά ασθενείς (38,8% άνδρες), ηλικίας ( $\pm$ σταθερή απόκλιση)  $69,7 \pm 11,0$  έτη,  $HbA1c$ :  $7,0 \pm 1,2\%$ , μέσης διάρκειας ΣΔ2:  $17,7 \pm 9,1$  έτη, που εξετάστηκαν στο ιατρείο διαβητικού ποδιού της Α΄ Παθολογικής Κλινικής του ΓΝΠ «Τζάνειο». Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης έγινε καταγραφή κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων καθώς και του είδους του έλκους των κάτω άκρων.

**Αποτελέσματα:** Ο επιπολασμός των νευροπαθτικών, νευροισχαιμικών και μικτής αιτιολογίας ελκών ήταν, αντίστοιχα: 53,5%, 45,1% και 17,4%. Η παρουσία νευροπαθτικών ελκών σχετιζόταν με το δείκτη μάζας σώματος (σχετικός κίνδυνος: 1,03, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,10), την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,12, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,10-1,25), και των αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων (σχετικός κίνδυνος: 1,01, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,30). Η παρουσία νευροισχαιμικών ελκών σχετιζόταν με την παρουσία αρτηριακής υπέρτασης (σχετικός κίνδυνος: 1,06, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,02-1,46), το ιστορικό καπνίσματος (σχετικός κίνδυνος: 1,08, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,02-1,33), και την στεφανιαία νόσο (σχετικός κίνδυνος: 1,08, 95% όρια αξιοπιστίας: 1,01-1,24). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της παρουσίας και των δύο τύπων ελκών και των μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ2, του γλυκαιμικού ελέγχου και του λιπιδαιμικού προφίλ.

**Συμπεράσματα:** Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι στα άτομα με ΣΔ2 συχνότερα είναι τα νευροισχαιμικά έλκη με κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή τους το δείκτη μάζας σώματος, την παρουσία νευροπάθειας και των αριθμό των λευκών αιμοσφαιρίων.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ26

#### ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΕΞΕΛΚΩΣΗΣ ΠΟΔΙΟΥ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

**Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Τριανταφύλλου Αρετή<sup>2</sup>, Μποσκαρίοβα Άννα<sup>1</sup>, Κιδικούδη Ιωάννα<sup>1</sup>, Χαλεπλή Ιωάννα<sup>1</sup>, Τσαχουρίδου Όλγα<sup>3</sup>, Γρίβου Καλιόπην<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας, Χαλκιδική

<sup>2</sup> Γ' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου, Θεσσαλονίκη

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

<sup>4</sup> Παθολόγος-Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική, Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η ανίχνευση των διαβητικών που παρουσιάζουν μετρίου ή σοβαρού βαθμού νευροπάθεια, που μπορεί να συμβάλλει στη δημιουργία εξέλκωσης.

**Υλικό-Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 413 ασθενείς (208 άνδρες), μέσης ηλικίας  $66,7 \pm 11,4$  έτη, με αναφερόμενη μέση διάρκεια νόσου  $6,88 \pm 7,77$  έτη. Καταγράφηκαν το φύλο, η ηλικία, το ύψος, το βάρος, οι καπνιστικές συνήθειες, η διάρκεια του διαβήτη, η HbA1c, η κρεατινίνη, τα λιπίδια και η ύπαρξη αμφιβλπτροειδοπάθειας. Η εκτίμηση της ύπαρξης νευροπάθειας έγινε κλινικά, με τη χρησιμοποίηση του δείκτη συμπτωμάτων νευροπάθειας και τον προσδιορισμό του δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας (κινητικές και αισθητικές διαταραχές).

**Αποτελέσματα:** Συμπτώματα διαβητικής νευροπάθειας αναφέρθηκαν στο 16,7% των εξετασθέντων. Περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ), υπήρχε σε ποσοστό 53,5%. Αυξημένο κίνδυνο εξέλκωσης ( $\Delta\text{ND} > 5$ ) είχε το 11,4% (10,7% είχε μέτρια νευροπάθεια και 0,7% σοβαρή), όμως μόνο το 25,5% αυτών είχαν συμπτώματα. Αυτοί που είχαν νευροπάθεια είχαν μεγαλύτερη ηλικία, μειωμένο ρυθμό σπειραματικής διήθησης (GFR) και μεγαλύτερη διάρκεια νόσου σε σχέση με αυτούς που δεν είχαν την επιπλοκή ( $p < 0,001$ ). Κανένας άλλος από τους υπό μελέτη παράγοντες δε διαπιστώθηκε να είναι στατιστικά σημαντικός.

**Συμπεράσματα:** Υψηλό ποσοστό διαβητικών ασθενών παρουσιάζει ευρήματα ΠΝ, η οποία φαίνεται να σχετίζεται με την ηλικία και τη διάρκεια της νόσου. Η απουσία συμπτωμάτων στην πλειονότητα των ασθενών αυτών, ακόμα και σε παρουσία μέτριας ή σοβαρής νευροπάθειας, επιβάλλει την τακτική κλινική εξέταση των ποδιών των διαβητικών, για να ανιχνευθούν έγκαιρα ασθενείς σε κίνδυνο εξέλκωσης.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ27

### ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΟΡΤΙΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Τεντολούρης Αναστάσιος**, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη,  
**Κόκκινος Αλέξανδρος**, Κώστα Ουρανία, Νικολούδη Μαρία, Τζεραβίνη Ευαγγελία,  
**Τεντολούρης Νικόλαος**

*Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Η περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ) είναι συχνή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2). Η αυξημένη αορτική σκληρία, μετρούμενη με την ταχύτητα αγωγής του σφυγμικού κύματος (pulse wave velocity, PWV), έχει συσχετιστεί με την εμφάνιση καρδιοαγγειακής νόσου. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε τη συσχέτιση μεταξύ της PWV και της ΠΝ σε άτομα με ΣΔτ2.

**Μέθοδοι:** Συνολικά συμμετείχαν 381 ασθενείς με ΣΔτ2. Η PWV μετρήθηκε μεταξύ καρωτίδας και μηριαίας αρτηρίας. Η ΠΝ αξιολογήθηκε με το δείκτη συμπτωμάτων νευροπάθειας και το δείκτη ευρημάτων νευροπάθειας (NDS).

**Αποτελέσματα:** Η πολυπαραγοντική ανάλυση, μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία, το φύλο, την περιφέρεια της μέσης, τη ΣΑΠ, τη νεφροπάθεια και τη χρήση β-αναστολέων, έδειξε ότι η παρουσία της ΠΝ σχετίζονταν σημαντικά και ανεξάρτητα με το ύψος, την PWV, τη δυσλιπιδαιμία, την αμφιβλυστροειδοπάθεια και την περιφερική αγγειακή νόσο. Επιπλέον, η πολυπαραγοντική ανάλυση, μετά από έλεγχο ως προς την ηλικία, το φύλο, τη διάρκεια του διαβήτη, τη ΣΑΠ, τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και τη νεφροπάθεια, έδειξε ότι ο αυξημένος NDS συνδέεται σημαντικά και ανεξάρτητα με το ύψος την PWV την αμφιβλυστροειδοπάθεια και την περιφερική αρτηριακή νόσο.

**Συμπεράσματα:** Σε ασθενείς με ΣΔτ2 η αορτική σκληρία συσχετίζεται ισχυρά και ανεξάρτητα με την παρουσία καθώς και τη βαρύτητα της ΠΝ.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ28

#### Η ΕΠΙΤΑΚΤΙΚΗ ΑΝΑΓΚΗ ΔΙΚΤΥΩΣΗΣ ΤΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΑΝΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΔΥΟ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ ΜΕ ΡΕΔΙΣ 4 ΛΟΙΜΩΣΕΙΣ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

**Παντικίδη Ελπίδα, Κουμπούνης Ευθύμιος, Γεωργαντώνη Άννα, Καραλής Ιωάννης, Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ**

*Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα.*

**Περίπτωση 1.** Ασθενής 58 ετών, παχύσαρκος, διαβητικός τύπου 2, προσήλθε στο Ιατρείο μας κατόπιν νοσηλείας 30 ημερών σε παθολογικό τμήμα τριτοβάθμιου Νοσοκομείου των Αθηνών. Νοσηλεύοταν λόγω δερματικής λοίμωξης του αριστερού άκρου ποδός και παρουσίαζε σημεία συστηματικής φλεγμονώδους αντίδρασης. Δεν είχε εκτιμηθεί και αντιμετωπισθεί χειρουργικά. Κατά την άφιξή του στο ιατρείο μας παρουσίαζε εικόνα εκτεταμένης υγρής γάγγραινας και απαιτήθηκε ευρύς χειρουργικός καθαρισμός και νοσηλεία 3 μηνών. Το έλκος επουλώθηκε μετά από 14 μήνες.

**Περίπτωση 2.** Ασθενής 59 ετών, διαβητικός τύπου 2, με προχωρημένη οστεοαρθροπάθεια Charcot αριστερού κάτω άκρου παρακολουθείται στο ιατρείο μας από 5 ετίας. Έχει νοσηλευτεί πολλάκις για λοιμώξεις ελκών του συγκεκριμένου σκέλους, με καλή, ωστόσο, έκβαση. Μετά από απουσία αρκετών μηνών παρουσιάζει υγρή γάγγραινα του άκρου ποδός. Με την ένδειξη του «μη βιώσιμου άκρου» παραπέμπεται με ιατρικό σημείωμα στα επείγοντα εφημερεύοντος Νοσοκομείου. Εκεί ο ασθενής αποδεσμεύεται με οδηγίες για λήψη αντιβίωσης από του στόματος και προγραμματισμό DSA. Εισάγεται σπητικός μετά από 2 ημέρες σε άλλο Νοσοκομείο και υποβάλλεται σε κνημιαίο ακρωτηριασμό.

Η δικτύωση των Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού στα δημόσια Νοσοκομεία θα προσέφερε στους μη εξειδικευμένους συναδέλφους τη δυνατότητα να κατευθύνουν ορθά τους ασθενείς ώστε να μη χάνεται πολύτιμος χρόνος στην αντιμετώπιση των δύσκολων περιστατικών.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ29

**ΥΠΟΤΡΙΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ ΤΟΥ ΜΕΣΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΕΠΙΜΟΛΥΝΘΕΝΤΑ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΟΚΤΑΕΤΙΑ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΝΕΩΝ ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟΥ ΚΑΙ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ.**

**Ιακωβάκη Μαρίνα, Γεώργια Κωνσταντίνα, Μπαλή Ιουλία, Κουμπούνης Ευθύμιος, Παντικίδη Ελπίδα, Γεωργαντώνη Άννα, Καραλής Ιωάννης, Μαρακομιχελάκης Γεώργιος, Ανδρεάδης Εμμανουήλ**

*Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ», Αθήνα*

**Εισαγωγή:** Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών με επιμολυνθέντα έλκη των κάτω άκρων παραμένει υψηλός, είτε αυτά αφορούν άτομα έλκη κνημών είτε διαβητικά έλκη κάτωθεν των σφυρών. Το γεγονός αυτό σε συνδυασμό με την αυξημένη επίπτωση και τη μείωση των διαθέσιμων νοσηλευτικών κλινών καθιστά αναγκαία τη μείωση του χρόνου νοσηλείας των περιστατικών αυτών.

**Μέθοδος:** Περιγράφονται οι διαθέσιμες τεχνικές με τις οποίες έγινε εφικτό να μειωθεί ο μέσος χρόνος νοσηλείας στο Τμήμα μας από  $48 \pm 12$  ημέρες το 2010 σε  $16 \pm 4$  ημέρες το 2017.

**Αποτελέσματα:** Χρησιμοποιήθηκαν τεχνικές αφαίρεσης των νεκρωμάτων με υδροκαθαριστικό επίθεμα ή υπερήχους. Η χορήγηση της ενδοφλέβιας αντιβίωσης περιορίστηκε μέχρι την ημέρα που η κλινική βελτίωση συνοδεύτηκε από τη μείωση των δεικτών φλεγμονής και συνεχίστηκε από το στόμα, όπου αυτό ήταν αναγκαίο και εφικτό, με την παρακολούθηση των δεικτών ανά εβδομάδα. Σημαντική βοήθεια προσέφεραν τελευταία και τα ενέσιμα σκευάσματα μακράς διάρκειας για λοιμώξεις από Gram+ βακτήρια.

Για την ανάπλαση χρησιμοποιήθηκε τεχνική vac και για την επιθηλιοποίηση επιθέματα ή μέθοδος PRP.

Δεν παρατηρήθηκαν μείζονες επιπλοκές που να οδήγησαν σε εσπευσμένες επανεισαγωγές. Η συχνότητα των υποτροπών δεν αυξήθηκε τα τελευταία έτη.

**Συμπέρασμα:** Η μείωση του χρόνου νοσηλείας των ασθενών με επιμολυνθέντα έλκη των κάτω άκρων είναι εφικτή με την ορθολογική χρήση των νεότερων τεχνικών.





## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ30

#### ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΙ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΚΑΙ ΕΙΣΑΓΩΓΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΕΠΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στυλιανού Ανδρέας<sup>1</sup>, Αδάμαντου Μαγδαληνή<sup>1</sup>, Λουκά Χρυσόστομος<sup>1</sup>, Φωτίου Αντωνία<sup>2</sup>, Νικολάου Νίκος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παθολογική Κλινική Γ. Ν. Λάρνακας

<sup>2</sup> Χειρουργική Κλινική Γ. Ν. Λάρνακας

**Εισαγωγή:** Ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ) αποτελεί παγκόσμια το συχνότερο αίτιο μη τραυματικού ακρωτηριασμού των κάτω άκρων, μιας επιπλοκής με σοβαρές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

**Σκοπός:** Μελέτη του επιπολασμού του ακρωτηριασμού των κάτω άκρων της τελευταίας οκταετίας και συσχέτισή του με την παρουσία ΣΔ και παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου. Επιπλέον, έγινε καταγραφή των εισαγωγών σε ασθενείς με διαβητικό πόδι κατά την διάρκεια μιας τετραετίας.

**Υλικό και Μέθοδος:** Καταγραφή όλων των περιστατικών ακρωτηριασμού κάτω άκρων σε ένα επαρχιακό νοσοκομείο για την περίοδο 2010-2017 καθώς επίσης των εισαγωγών ασθενών με διαβητικό πόδι από 2014-2017 και αναδρομική μελέτη των μεταβολικών τους χαρακτηριστικών με βάση τους ιατρικούς φακέλους των ασθενών.

**Αποτελέσματα:** Κατεγράφησαν συνολικά 86 ακρωτηριασμοί κατά την διάρκεια των τελευταίων 8 ετών. Η πλειοψηφία των ακρωτηριασμών αφορούσε κυρίως άτομα τρίτης ηλικίας, ενώ στο 40% περίπου των περιπτώσεων είχε προηγηθεί άλλος ακρωτηριασμός. Σημαντικά ευρήματα είναι το γεγονός ότι σε ένα 10% η διάγνωση του ΣΔ ετέθη προεγχειρητικά και με τα μέχρι τώρα δεδομένα το υψηλό ποσοστό θνητότητας 5 έτη μετά τον ακρωτηριασμό. Συνολικά εβδομήντα ασθενείς εισήχθησαν και νοσηλεύτηκαν με διαβητικό πόδι τα τελευταία τέσσερα χρόνια.

**Συμπεράσματα:** Συγκριτικά με διεθνή δεδομένα, παρατηρήθηκε αυξημένος επιπολασμός ακρωτηριασμού κάτω άκρων, ενώ αυξημένη είναι επίσης η θνητότητα μετά από ακρωτηριασμό.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ31

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΚΑΙ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ (ΠΑΝ) -ΖΕΤΗΣ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ

**Σκούτας Δημήτριος<sup>1</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>1</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Ματοπούλου Έλενα<sup>1</sup>, Γεώργια Σταματία<sup>3</sup>, Μανές Χρήστος<sup>1</sup>, Τζατζάγου Γλυκερία<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης-Ιατρείο Διαβητικού ποδιού

<sup>2</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Β΄ Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

**Εισαγωγή:** Οι ασθενείς με ΣΔ κινδυνεύουν με ακρωτηριασμό κάτω άκρων κατά 15-20 φορές σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι ακρωτηριασμοί των κάτω άκρων που επιτελούνται σε μη τραυματικούς ασθενείς αφορούν διαβητικούς ασθενείς στο 70-85%. Η έγκαιρη χειρουργική παρέμβαση και επαναγγείωση σε σύγκριση με την συντηρητική θεραπεία σύμφωνα με την βιβλιογραφία και την κλινική πρακτική οδηγεί τις περισσότερες φορές σε σωτηρία του σκέλους.

**Σκοπός:** Ποια η κλινική πορεία και έκβαση των ατόμων με ΣΔ και συμπτωματική ΠΑΝ σε μια περίοδο παρακολούθησης 3 ετών.

**Ασθενείς-Μέθοδοι:** 93 ασθενείς με συμπτωματική ΠΑΝ που υπεβλήθησαν σε αγγειογραφικό έλεγχο περιφερικών αγγείων (92,5%ΣΔ2-Μέση ηλικία 75 έτη-Μέση διάρκεια ΣΔ 15,8 έτη,75% άνδρες -το 57,1% σε ινσουλίνη) Ιστορικό προηγηθείσας αγγειοχειρουργικής παρέμβασης σε 40 ασθενείς -ιστορικό προηγούμενου ακρωτηριασμού σε 67 ασθενείς συνυπάρχουσα στεφανιαία νόσος σε 70 ασθενείς και στο 50% έχουμε ιστορικό καπνίσματος. 36 ασθενείς με διαλείπουσα χωλότητα (ομάδα Α) και 57 ασθενείς με κριτική ισχαιμία(ομάδα Β).16 ασθενείς στην ομάδα Α και 18 στην ομάδα Β αντιμετωπίστηκαν συντηρητικά, 20 ασθενείς στην ομάδα Α και 26 στην ομάδα Β υπεβλήθησαν σε επαναγγείωση ενώ 13 στην ομάδα Β οδηγήθηκαν σε ακρωτηριασμό.

**Αποτελέσματα:** Στα 3 χρόνια παρακολούθησης των ασθενών αυτών παρατηρούμε ότι στην ομάδα Α έχουμε 20% στο σκέλος της συντηρητικής θεραπείας και 70% στο σκέλος της επαναγγείωσης ελεύθερους συμπτωμάτων ενώ στην ομάδα Β τα αντίστοιχα ποσοστά είναι 40% και 48% αντίστοιχα. Το 38% των ασθενών με προηγούμενη αγγειοχειρουργική παρέμβαση οδηγούνται σε ακρωτηριασμό στα 3 έτη έναντι 25% των μη εκόντων προηγηθείσα αγγειοχειρουργική παρέμβαση.

**Συμπεράσματα:** Το φορτίο των ατόμων με ΣΔ και ΠΑΝ πολύ μεγάλο, αυτών με συμπτωματική ΠΑΝ ακόμα μεγαλύτερο ιδίως όταν έχει προηγηθεί αγγειοχειρουργική παρέμβαση ή ακρωτηριασμός. Η έγκαιρη αγγειοχειρουργική παρέμβαση οδηγεί στην ύφεση των συμπτωμάτων και στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με ΣΔ και συμπτωματική ΠΑΝ συγκρινόμενη με την συντηρητική αντιμετώπιση.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ32

#### ΑΝΔΡΑΣ ΜΕ ΠΑΡΑΜΕΛΗΜΕΝΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

**Δώνου Ανδριάντα<sup>1</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Κώνστα Αικατερίνη<sup>1</sup>, Πapanικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Κούκη Αικατερίνη<sup>1,3</sup>, Τσέρη Μαρία<sup>1</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>4</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,3</sup>**

<sup>1</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα

<sup>3</sup> Β΄ Παθολογικό Τμήμα

<sup>4</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με κακή ρύθμιση διαβήτη, κακή υγιεινή ποδιού και βαρεία νευροπάθεια.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Γιώργο Κ., άνδρας βορειοηπειρωτικής καταγωγής, 63 ετών, με ΣΔ2 από ~10ετίες, υπό ινσουλίνη και δισκία, HbA1c=9,9%, προσέρχεται στα ΤΕΠ με κάκιστη υγιεινή ποδών και βαρεία νευροπάθεια (Monofilament: Αρ=0/5, Δ=2/5, Biothesiometer: Αρ=48, Δ>50mV).

Προ 8μήνου παρατήρησε (χωρίς να θυμάται τραυματισμό) έλκος πελματιαίας επιφανείας μεταταρσίων Αρ. Δεν έκανε τίποτα. Προ 5ημέρου έλκος πλάγιας επιφανείας 5<sup>ου</sup> μεταταρσίου. Έλαβε άγνωστα αντιβιοτικά για 3 ημέρες. Παρατήρησε οστικό τεμάχιο στο έλκος και το αφαίρεσε μόνος του.

Στα ΤΕΠ: Αρ πόδι: θερμό, ερυθρό μέχρι μεσότητα κνήμης. Έλκος με συρίγγιο 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου (πλαγίως) + 2<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> δακτύλου (μεσοδακτύλιο) + 4<sup>ου</sup> μεταταρσίου πελματιαίως. Απύρετος. Α/Α: έλκος με φουσαλίδες 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου - έλκος με αέρα 2ου - 3ου μεταταρσίου - καταστροφή άπω κεφαλής 2<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου - καταστροφή εγγύς άκρου 1<sup>ης</sup> φάλαγγας 2<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> - 4<sup>ου</sup> δακτύλου - καταστροφή άπω άκρου 1<sup>ης</sup> φάλαγγας 5<sup>ου</sup> δακτύλου.

Εισάγεται (PEDIS 3), με τριπλή εμπειρική αντιμικροβιακή αγωγή, πεντοξυφυλλίνη+ΗΧΜΒ. Κ/Α πύου: MSSA+*Streptococcus anginosus*+MRSE. Κ/Α ρινικού: MSSA. Χορηγείται μουπιροσίνη. Triplex αρτηριών: Δ=εφο, Αρ=παράπλευρο δίκτυο. Υπάρχει απόστημα 4<sup>ου</sup> δακτύλου, που παρακεντείται 2 φορές (οροπυώδες υγρό). Εξιτήριο μετά 15 ημέρες με αμοξικιλίνη/κλαβουλανικό + ασπιρίνη + ιωδιούχο ποβιδόνη στο συρίγγιο + αλγινικά επιθέματα, και οδηγίες για την υγιεινή των ποδιών.

Παρακολούθηση σε εβδομαδιαία βάση αρχικά, και μετά μηνιαίως.

Τέσσερεις μήνες από την ημέρα της εισαγωγής: πολύ καλό πόδι. Πλήρης επούλωση μεταταρσίων και συριγγίων. Α/Α: σαφής βελτίωση. Κακή υγιεινή ποδιών (ακόμη!!!), αλλά σε μικρότερο βαθμό. Διακοπή αντιβιοτικών (μετά 4 μήνες) και επανάληψη οδηγιών για την υγιεινή των ποδιών.

**Συμπεράσματα:** Η εκπαίδευση και η φροντίδα των ποδιών αποτελούν θεμέλιο λίθο για τον ασθενή με σακχαρώδη διαβήτη.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ33

#### ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΣΕΡΧΟΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

**Μάρης Αλκιβιάδης<sup>1</sup>, Αθανασούλια Κλειώ<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>2</sup>,  
Δώνου Ανδριάντα<sup>2</sup>, Πόκας Ετεοκλής<sup>3</sup>, Σπηλιοπούλου Βασιλική<sup>2</sup>, Τζιλιπούλου Μαρία<sup>2</sup>,  
Λαμπράκη Μαριάντζελα<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>2</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>3</sup> Δερματολογικό Τμήμα, Νοσοκομείο ΚΑΤ, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφονται δύο περιπτώσεις νεοπλασίας που προσήλθαν και πρωτοδιαγνώστηκαν σε ιατρείο φροντίδας διαβητικού ποδιού.

**Περίπτωση 1:** Κωνσταντίνα Β., 82 ετών, ΣΔ από 7ετίας. Υπό δισκία. Καλή ρύθμιση. Triplex αρτηριών: εφο. Παρακολουθείτο για έλκος Δ πτέρνης, που δημιουργήθηκε προ 5ετίας, επειδή πήγε να καθαρίσει τα πόδια με «αυτό που καθαρίζουν τα ψάρια»!!! Αντιμετωπίστηκε επιτυχώς με υποδήματα αποφόρτισης και επιθέματα. Μετά 3 έτη, υποτροπή έλκους (το χτύπησε σε σκαλοπάτι). Καλή πορεία.

1 ½ έτος μετά, ανέφερε «καρούμπαλο» στην Δ πτέρνα από 6μήνου, που το ερέθιζε συνεχώς το υπόδημα. Χρησιμοποίησε επιθέματα, χωρίς βελτίωση.

Σε εμάς: ανθοκραμβοειδής βλάβη διαμέτρου ~2,5 cm Δ πτέρνης. A/A πτέρνης: χωρίς ευρήματα.

Συνεστήθη καυτηριασμός με ιώδιο και επανέλεγχος. Μετά 15 ημέρες, η διόγκωση έχει μειωθεί ελάχιστα. Γίνεται βιοψία, που αναδεικνύει οζώδες μελάνωμα. Παραπέμπεται σε ογκολόγο.

**Περίπτωση 2:** Νίκος Λ., 76 ετών, ΣΔ από 11ετίας. Υπό δισκία. Καλή ρύθμιση. Νεφρική ανεπάρκεια (GFR=17 mL/min). Προ 11ετίας αλλοίωση («σπυράκι») στο άνω μέρος Δ κνήμης. Επούλωθηκε, αλλά υποτροπίασε. Τα τελευταία 2-3 χρόνια παρουσιάζει ελκωτική επιφάνεια με αιμορραγία. Επιδεινούται σε όρθια θέση - βελτιώνεται σε ανάρροπη θέση. Έχει επισκεφθεί δερματολόγους και διαβητολόγο, χωρίς να δοθεί λύση.

Παραπέμπεται από την θεραπεία νεφρολόγο, χωρίς ουσιαστικά να πρόκειται για διαβητικό πόδι. Διερευνάται η πιθανότητα φλεβικού έλκους (ζητείται Triplex αρτηριών + φλεβών + αγγειολόγος). Triplex αρτηριών: εφο. Triplex φλεβών: εφο, χωρίς ανεπάρκεια. Αγγειολόγος σύστησε υπέρτονο, αλλά ματαίως. Ίδια κατάσταση δερματικής βλάβης. Αιμορραγεί. Ht=29,5%. A/A: χωρίς λυτικές βλάβες οστών κνήμης.

Τίθεται θέμα βιοψίας, και παραπέμπεται εκ νέου σε δερματολόγο, που πιθανολογεί νεοπλασία. Γίνεται εκτομή της βλάβης επί υγιών ορίων (διάμετρος εκτομής>4 cm) και πλαστική με τοποθέτηση κρημνού. Βιοψία: εξελκωμένο βασικοκυτταρικό καρκίνωμα με επιγενή φλεγμονή. Επίσκεψη 9 μήνες μετά: πλήρης επούλωση του μοσχεύματος κνήμης.

**Συμπεράσματα:** Κάποιες περιπτώσεις αδιάγνωστων νεοπλασιών θα προσέλθουν σε ιατρείο διαβητικού ποδιού, και απαιτείται υψηλή υποψία από τον ιατρό, όπως επέμενε και ο παλαίμαχος Θωμάς Κατσαρός.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ34

#### Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΑΚΟΥ ΑΥΤΟΝΟΜΟΥ ΝΕΥΡΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΑΙΜΟΔΥΝΑΜΙΚΩΝ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΣΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Δρόσος Γεώργιος Χ.<sup>1</sup>, Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>1</sup>, Νικολούδη Μαρία<sup>1</sup>, Κωνσταντίνης Γεώργιος<sup>1</sup>, Χωρεψιμά Σταματία<sup>1</sup>, Πρωτογέρου Αθανάσιος Δ.<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Η μελέτη του συσχετισμού μεταξύ κεντρικών αιμοδυναμικών παραμέτρων και της νευροπάθειας του καρδιακού αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝΣ) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔτ2).

**Μέθοδος:** Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 142 ασθενείς με ΣΔτ2. Μελετήθηκαν οι εξής αιμοδυναμικές παράμετροι: ενίσχυση της πίεσης παλμού (PPA, pulse pressure amplification), δείκτης ενίσχυσης (Aix, augmentation index), ταχύτητα σφυγγικού κύματος (PWV, pulse wave velocity), και συντελεστής διατασιμότητας της καρωτίδας (CDC, carotid distensibility coefficient). Η λειτουργικότητα του ΑΝΣ μελετήθηκε μέσω της ευαισθησίας των τασεούποδοχέων (BRS) και της μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας (HRV).

**Αποτελέσματα:** Μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία, τη διάρκεια νόσου, το ύψος, την περιφέρεια μέσης, την PWV, τη χρήση β-αποκλειστών και την BRS, η PPA σχετιζόταν σημαντικά και ανεξάρτητα με το ανδρικό φύλο, την αορτική συστολική πίεση, την καρδιακή συχνότητα, τον Aix, και την HRV. Η PPA ήταν υψηλότερη σε ασθενείς με χαμηλότερη HRV, ανεξάρτητα από την επίδραση της καρδιακής συχνότητας, των παραδοσιακών καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και την επίδραση του ΑΝΣ στην αρτηριακή αιμοδυναμική ομοιοστασία. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικοί συσχετισμοί μεταξύ αυτονομικών παραμέτρων και της PWV, του Aix ή του CDC.

**Συμπέρασμα:** Στους ασθενείς με ΣΔτ2, η κεντρική αιμοδυναμική λειτουργία εμφανίζει αρνητικό συσχετισμό με την δυσλειτουργία του καρδιακού ΑΝΣ μέσω μηχανισμών ανεξάρτητων από την καρδιακή συχνότητα και τις αρτηριακές ιδιότητες.



## Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ35

#### ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΕΝΔΟΘΗΛΙΑΚΑ ΠΡΟΓΟΝΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ - ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Δημητρακοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>, Καφάση Νικολίτσα<sup>2</sup>,  
Δημητρακοπούλου Αγγαΐα<sup>2</sup>, Jude Edward<sup>3</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>2</sup> Τμήμα Ανοσολογίας - Ιστοσυμβατότητας, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Tameside General Hospital, Ashton-Under-Lyne, Lancashire, UK

**Εισαγωγή-Σκοπός:** Τα Ενδοθηλιακά Προγονικά Κύτταρα (EPCs) είναι ένας πληθυσμός αρχέγονων πολυδύναμων κυττάρων με ικανότητα να προάγουν την αναγέννηση του ενδοθηλίου και τη νεοαγγείωση.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί η συσχέτιση μεταξύ των EPCs και της περιφερικής νευροπάθειας (ΠΝ) σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 (ΣΔ2).

**Μέθοδοι:** Συνολικά εξετάστηκαν 64 άτομα χωρίς μακροαγγειακή νόσο. Απομονώθηκαν μονοπύρνα κύτταρα περιφερικού αίματος (PBMCs), έγινε χρώση με μονοκλωνικά αντισώματα έναντι των αντιγόνων CD45, CD34 και CD309 και συλλογή δεδομένων από  $1 \times 10^6$  κύτταρα με κυτταρομετρία ροής.

#### Αποτελέσματα:

	μάρτυρες	ΣΔ2 χωρίς ΠΝ	ΣΔ2 με ΠΝ
n	19	25	20
ηλικία (έτη)	58.3 ± 9.4	62.4 ± 7.1	64.0 ± 8.6
<b>EPCs (CD45dimCD34+CD309+)</b>	<b>38 (28-62)</b>	<b>57 (32-87)</b>	<b>62 (56-119)</b>

Μεταξύ των 3 ομάδων βρέθηκε μια τάση για διαφορά στον αριθμό των EPCs ( $p=0.058$ ). Η υποανάλυση έδειξε ότι οι ασθενείς με ΣΔ2 και ΠΝ είχαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερο αριθμό EPCs σε σύγκριση με τους μάρτυρες ( $p=0.027$ ). Μεταξύ των ασθενών με ΣΔ2 με και χωρίς ΠΝ και μεταξύ των μαρτύρων και των ασθενών με ΣΔ2 χωρίς ΠΝ δε βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ( $p=0.227$  και  $p=0.115$ , αντίστοιχα).

**Συμπεράσματα:** Τα άτομα με ΣΔ2 και ΠΝ είχαν υψηλότερο αριθμό EPCs σε σύγκριση με τους υγιείς μάρτυρες. Το εύρημα αυτό πιθανώς υποδηλώνει μία τάση αποκατάστασης των κατεστραμμένων περιφερικών νεύρων στο ΣΔ2.



## Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

### Ι

JUDE E. .... ΠΑ35

### Α

ΑΓΓΕΛΟΝΙΔΟΥ Ε. .... ΠΑ02

ΑΔΑΜΑΝΤΟΥ Μ. .... ΠΑ30

ΑΘΑΝΑΣΑΚΗΣ Κ. .... ΠΑ11

ΑΘΑΝΑΣΟΥΛΙΑ Κ. .... ΠΑ33

ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Ε. .... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

### Β

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ Κ. .... ΠΑ04

BENIZELOS M. .... ΠΑ14

ΒΕΡΓΑΔΗΣ Χ. .... ΠΑ03

ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε. .... ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ23, ΠΑ32,

..... ΠΑ33

### Γ

ΓΕΩΡΓΑ Κ. .... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

ΓΕΩΡΓΑ Σ. .... ΠΑ31

ΓΕΩΡΓΑΝΤΩΝΗ Α. .... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

.....

ΓΙΑΝΝΟΥ Ε. .... ΠΑ01, ΠΑ25

ΓΚΕΚΑ Μ. .... ΠΑ07

ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Π. .... ΠΑ12, ΠΑ27

ΓΡΙΒΟΥ Κ. .... ΠΑ26

### Δ

ΔΑΪΚΟΣ Γ. .... ΠΑ03

ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Α. .... ΠΑ35

ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν. .... ΠΑ35

ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. .... ΠΑ13, ΠΑ19, ΠΑ20

ΔΟΥΚΑΣ Λ. .... ΠΑ09, ΠΑ31

ΔΡΟΣΟΣ Γ. .... ΠΑ34

ΔΩΝΟΥ Α. .... ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ23, ΠΑ32, ΠΑ33

### Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ι. .... ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ27,

..... ΠΑ34, ΠΑ35

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Σ.-Δ. .... ΠΑ15, ΠΑ16

ΕΛΕΥΘΕΡΙΩΤΗΣ Γ. .... ΠΑ06

### Ζ

ZANNEΣ N. .... ΠΑ23

### Η

ΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Κ. .... ΠΑ02

ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ Σ. .... ΠΑ01, ΠΑ25

### Ι

ΙΑΚΩΒΑΚΗ Μ. .... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

ΙΟΥΔΑΝΙΔΗΣ Σ. .... ΠΑ09, ΠΑ21

ΙΩΑΚΕΙΜ Κ. .... ΠΑ09



## Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΙΩΑΝΝΟΥ Σ..... ΠΑ07

### Κ

ΚΑΚΚΑΒΙΑ Κ..... ΠΑ03

ΚΑΛΑΪΤΖΙΔΗΣ Δ..... ΠΑ21

ΚΑΛΠΙΝΗ Δ..... ΠΑ19

ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α..... ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ25

ΚΑΜΠΟΥΡΟΠΟΥΛΟΥ Ο..... ΠΑ03

ΚΑΡΑΛΗΣ Ι..... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

ΚΑΡΔΑΣΗΣ Δ..... ΠΑ04

ΚΑΦΑΣΗ Ν..... ΠΑ35

ΚΙΔΙΚΟΥΔΗ Ι..... ΠΑ26

ΚΙΟΥΛΟΣ Ν..... ΠΑ23

ΚΟΚΑΣ Α..... ΠΑ23

ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α..... ΠΑ27

ΚΟΝΤΡΑΦΟΥΡΗ Π..... ΠΑ12

ΚΟΥΚΗ Α..... ΠΑ32

ΚΟΥΜΠΟΥΝΗΣ Ε..... ΠΑ28, ΠΑ29

ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΙΟΥ Ε..... ΠΑ07

ΚΟΥΤΣΟΝΑΣΙΟΣ Ι..... ΠΑ14

ΚΡΑΣΘΒΣΚΑΓΙΑ Ι..... ΠΑ21

ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Ι..... ΠΑ11

ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ..... ΠΑ13

ΚΩΝΣΤΑ Α..... ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ32

ΚΩΝΣΤΑΝΤΩΝΗΣ Γ..... ΠΑ34

ΚΩΝΣΤΑΣ Χ..... ΠΑ01

ΚΩΣΤΑ Ο..... ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ27

ΚΩΤΣΙΟΥ Μ..... ΠΑ22

### Λ

ΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Φ..... ΠΑ06

ΛΑΛΙΑ Α..... ΠΑ09, ΠΑ22

ΛΑΜΠΡΑΚΗ Μ..... ΠΑ33

ΛΑΝΑΡΑΣ Λ..... ΠΑ15, ΠΑ16

ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ Σ..... ΠΑ07, ΠΑ32

ΛΟΝΤΟΥ Σ-Π..... ΠΑ03

ΛΟΥΚΑ Χ..... ΠΑ30

ΛΟΥΠΑ Χ..... ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ23, ΠΑ32, ΠΑ33

### Μ

ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε..... ΠΑ13, ΠΑ19, ΠΑ20

ΜΑΝΕΣ Χ..... ΠΑ04, ΠΑ26, ΠΑ31

ΜΑΝΤΣΟΥ Ε..... ΠΑ09, ΠΑ22

ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ Γ..... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28,

..... ΠΑ29

ΜΑΡΗΣ Α..... ΠΑ06, ΠΑ33

ΜΑΤΘΑΙΟΛΑΜΠΑΚΗ Φ..... ΠΑ06

ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε..... ΠΑ31

ΜΕΪΜΕΤΗ Ε..... ΠΑ07

ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α..... ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ25

ΜΗΤΣΙΟΥ Χ..... ΠΑ01, ΠΑ05

ΜΙΚΟΥΔΗ Κ..... ΠΑ21

ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ Ι..... ΠΑ12

ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗ Σ..... ΠΑ01, ΠΑ25

ΜΠΑΛΗ Ι..... ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29

ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α..... ΠΑ08

ΜΠΙΤΣΗ Χ..... ΠΑ02





## Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ Α.....	ΠΑ26	ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ Ε.....	ΠΑ02
ΜΠΟΥΜΗ Λ.....	ΠΑ25	ΠΑΠΠΑ Ε.....	ΠΑ23
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α.....	ΠΑ14	ΠΑΤΑΒΟΥΚΑΣ Γ.....	ΠΑ03
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ.....	ΠΑ15, ΠΑ16	ΠΑΦΙΛΗ Κ.....	ΠΑ13, ΠΑ20
ΜΥΤΗΣ Γ.....	ΠΑ15, ΠΑ16	ΠΕΠΠΕΣ Β.....	ΠΑ17, ΠΑ18
		ΠΟΚΑΣ Ε.....	ΠΑ33
		ΠΡΩΤΟΓΕΡΟΥ Α.....	ΠΑ34

### Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α.....	ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ31
ΝΙΚΟΛΑΚΕΑ Ε.....	ΠΑ11
ΝΙΚΟΛΑΟΥ Ν.....	ΠΑ30
ΝΙΚΟΛΟΥΔΗ Μ.....	ΠΑ27, ΠΑ34

### Ξ

ΞΟΥΡΓΙΑ Ε.....	ΠΑ01, ΠΑ05, ΠΑ25
----------------	------------------

### Π

ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π.....	ΠΑ19
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ.....	ΠΑ19
ΠΑΝΤΙΚΙΔΗ Ε.....	ΠΑ10, ΠΑ24, ΠΑ28, ΠΑ29
ΠΑΠΑΔΑΤΟΣ Σ.....	ΠΑ14
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Χ.....	ΠΑ12
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α.....	ΠΑ01, ΠΑ25
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ.....	ΠΑ13, ΠΑ20
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν.....	ΠΑ13, ΠΑ19, ΠΑ20, ΠΑ31
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ.....	ΠΑ23, ΠΑ32
ΠΑΠΑΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α.....	ΠΑ15, ΠΑ16

### Ρ

ΡΑΚΙΤΖΗΣ Ο.....	ΠΑ06
-----------------	------

### Σ

ΣΑΜΑΡΚΟΣ Μ.....	ΠΑ03
ΣΕΒΔΑΛΗΣ Β.....	ΠΑ01, ΠΑ05
ΣΕΒΕΡΗ Ι.....	ΠΑ02
ΣΚΟΥΤΑΣ Δ.....	ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ31
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Β.....	ΠΑ33
ΣΤΕΦΑΝΙΔΟΥ Σ.....	ΠΑ22
ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ Α.....	ΠΑ30
ΣΥΛΛΑΙΟΣ Α.....	ΠΑ15, ΠΑ16

### Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Α.....	ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ12, ΠΑ27, ..... ΠΑ34
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν.....	ΠΑ02, ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ12, ..... ΠΑ17, ΠΑ18, ΠΑ27, ΠΑ34, ΠΑ35



## Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ. .... ΠΑ09, ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ31

ΤΖΕΡΑΒΙΝΗ Ε. .... ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ27

ΤΖΙΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Μ. .... ΠΑ33

ΤΡΑΚΑΤΕΛΛΗ Μ. .... ΠΑ09

ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Α. .... ΠΑ26

ΤΡΙΓΩΝΑΚΗΣ Κ. .... ΠΑ04

ΤΡΙΚΚΑΛΙΝΟΥ Α. .... ΠΑ25

ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Χ. .... ΠΑ05

ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο. .... ΠΑ26

ΤΣΕΡΗ Μ. .... ΠΑ32

ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗΣ Δ. .... ΠΑ08

ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ. .... ΠΑ26

### Φ

ΦΑΚΙΔΑΡΗ Ε. .... ΠΑ02

ΦΩΤΙΟΥ Α. .... ΠΑ30

### Χ

ΧΑΛΕΠΛΗ Ι. .... ΠΑ26

ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ. .... ΠΑ23, ΠΑ32

ΧΩΡΕΨΙΜΑ Σ. .... ΠΑ34

### Ψ

ΨΥΧΟΓΙΟΥ Γ. .... ΠΑ11



## Γενικές Πληροφορίες

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

Βιταμίνη Β6

Βιταμίνη Β1

Βιταμίνη Β5

Άλφα  
Λιποϊκό  
Οξύ

Βιταμίνη Ε

Σελήνιο

Βιοτίνη

Ψευδαργυρος

Πικοθιλικό Χρώμιο

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

 **Medical**  
Pharmaquality

Νέα Ιδέα - Αληθινή Υπόσχεση

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



## Δορυφορικές Διαλέξεις

### Πέμπτη 1 Φεβρουαρίου 2018

21.00 - 21.30

#### Δορυφορική Διάλεξη



Έναρξη ινσουλινοθεραπείας με γλαργινική ινσουλίνη.  
Αξιοποιώντας το gold standard της βασικής ινσουλινοθεραπείας  
έγκαιρα και αποτελεσματικά

Πρόεδρος - Ομιλήτρια: **Α. Θανοπούλου**

Ομιλήτρια: **Π. Γρηγοροπούλου**

### Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018

14.00 - 14.30

#### Δορυφορική Διάλεξη



Ντουλαγλουτιδίη: Το νέο εβδομαδιαίο GLP-1  
ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα  
με απλό και εύκολο τρόπο

Πρόεδρος - Ομιλητής: **Α. Σωτηρόπουλος**

Ομιλητής: **Α. Κουτσοβασίλης**

18.30 - 19.00

#### Δορυφορική Διάλεξη



Ηλικιωμένοι ασθενείς με Διαβήτη Τύπου 2.  
Η θέση της αλογλιπίνης. Συζήτηση Περιστατικών

Πρόεδρος: **Ν. Παπάνας**

Ομιλητής: **Α. Καμαράτος**

20.00 - 20.30

#### Δορυφορική Διάλεξη



Η κλινική εμπειρία με τους SGLT2 αναστολείς.  
Η αξία των δεδομένων καθημερινής κλινικής πρακτικής

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Δ. Σκούτας**



## Δορυφορικές Διαλέξεις

Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018

11.30 - 12.00

### Δορυφορική Διάλεξη

Η διαταραχή της εφίδρωσης και ξηροδερμίας  
ως ένας επιπλέον παράγοντας εξέλκωσης.  
Τρόποι ελέγχου και διαχείρισης αυτών  
Πρόεδρος: **Λ. Λαναράς**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**



12.30 - 13.00

### Δορυφορική Διάλεξη

Πως μεταφράζονται σε όφελος για τα άτομα  
με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τα δεδομένα  
της καρδιαγγειακής μελέτης DEVOTE  
Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλήτρια: **Ε. Διακουμοπούλου**



13.45 - 14.15

### Δορυφορική Διάλεξη

Εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση του ασθενούς  
με ΣΔτ2: Νεότερα δεδομένα αποτελεσματικότητας  
και ασφάλειας της εμπαγλιφλοζίνης  
Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**



15.45 - 16.15

### Δορυφορική Διάλεξη

Τεντιζολίδη: Μια νέα θεραπεία στην αντιμετώπιση  
των GRAM+ λοιμώξεων  
Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Μ. Λελέκνης**



17.15 - 17.45

### Δορυφορική Διάλεξη

Μοναδικός αντιοξειδωτικός συνδυασμός  
στην διαβητική νευροπάθεια με Ελληνικά κλινικά δεδομένα  
Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**





## Δορυφορικές Διαλέξεις

Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018

18.30 - 19.00

### Δορυφορική Διάλεξη

Η ινσουλίνη Glargine 300U/ml: διδάγματα από το κλινικό πρόγραμμα αλλά και τις μελέτες καθημερινής κλινικής πρακτικής

Πρόεδρος: **Λ. Λαναράς**

Ομιλητής: **Ε. Λυμπερόπουλος**



19.30 - 20.00

### Δορυφορική Διάλεξη

Νταλμπαβανσίνη και λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων σε διαβητικούς ασθενείς. Νέες δυνατότητες στη διαχείριση των ασθενών μας

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλήτρια: **Χ. Λούπα**





## Χρήσιμες Πληροφορίες

### Τόπος Συνεδρίου

Το 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με διεθνή συμμετοχή πραγματοποιείται στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Crowne Plaza, στη 1 - 4 Φεβρουαρίου 2018.

### Γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου θα είναι η Ελληνική.

### Έκθεση Συνεδρίου

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση φαρμακευτικών και άλλων προϊόντων.

### Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)

Οι κονκάρδες (badges) παραδίδονται από τη γραμματεία του Συνεδρίου και είναι απαραίτητες για την είσοδο τόσο στους συνεδριακούς χώρους όσο και στην έκθεση καθ' όλη τη διάρκεια του Συνεδρίου. Οι κονκάρδες φέρουν γραμμωτό κώδικα (barcode), ώστε να ελέγχεται η είσοδος και η έξοδος από τις συνεδριακές αίθουσες. Η συνολική ώρα παρακολούθησης του επιστημονικού προγράμματος του Συνεδρίου αποτελεί τη βασική προϋπόθεση για τη διάθεση των μορίων, σύμφωνα με τις οδηγίες της U.E.M.S., του Π.Ι.Σ. και του Ε.Ο.Φ.

### Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, την **Κυριακή 4 Φεβρουαρίου 2018**, μετά τη λήξη του επιστημονικού προγράμματος.

### Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου θα μοριοδοτηθεί με **είκοσι τρία (23) Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME CPD Credits**, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, **δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύνοδρος - Ιατρός, ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά Συμπόσια και Διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται.** Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες (badges) των Συνέδρων.

Προϋπόθεση για την παραλαβή του πιστοποιητικού αποτελεί η συμπλήρωση του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύνοδροι κατά την εγγραφή τους.





## Χρήσιμες Πληροφορίες

### Πληροφορίες για Ομιλητές

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων. Η αίθουσα θα είναι πλήρως εξοπλισμένη για παρουσιάσεις μέσω Η/Υ. Παρακαλούνται οι ομιλητές να παραδίδουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων τουλάχιστον μία ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας τους.

### Ασφάλεια

Η Οργανωτική, η Επιστημονική Επιτροπή και η Εταιρεία Οργάνωσης του Συνεδρίου δε φέρουν καμία ευθύνη για τυχόν τραυματισμό ή απώλεια οποιασδήποτε φύσεως, καθώς επίσης και για οποιαδήποτε πιθανή φθορά, απώλεια ή κλοπή προσωπικών αντικειμένων των συμμετεχόντων.

### Προφορικές Ανακοινώσεις

- Όλες οι εργασίες παρουσιάζονται ως Προφορικές Ανακοινώσεις και εμφανίζονται στο πρόγραμμα ως ΠΑ
- Οι Προφορικές Ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν

ΠΑ01 - ΠΑ12	Πέμπτη 1 Φεβρουαρίου 2018	16.15 - 18.00
ΠΑ13 - ΠΑ24	Παρασκευή 2 Φεβρουαρίου 2018	08.15 - 10.00
ΠΑ25 - ΠΑ35	Σάββατο 3 Φεβρουαρίου 2018	08.15 - 09.45

- Κάθε εργασία θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας.

### Εγγραφή - Δικαίωμα Συμμετοχής

Ειδικευμένοι	140,00 €
Ειδικευόμενοι	60,00 €
Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλεύτες, Ποδολόγοι κλπ)	40,00€
Φοιτητές	ΔΩΡΕΑΝ

\* Οι τιμές των εγγραφών συμπεριλαμβάνουν το νόμιμο Φ.Π.Α.

### Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Συνεδριακό υλικό & Βεβαίωση Συμμετοχής
- Πιστοποιητικό Συμμετοχής με μόρια (εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης)
- Όλους τους νόμιμους φόρους



# 6<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με Διεθνή Συμμετοχή

## Διοργάνωση



**Εταιρία Μελέτης Παθήσεων  
Διαβητικού Ποδιού**

Πόντου 104, 115 27, Αθήνα

**Τηλ.: 210 7470 089, Fax: 210 7470 044**

**E-mail: [emedip@otenet.gr](mailto:emedip@otenet.gr)**

**[www.emedip.gr](http://www.emedip.gr)**

## Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44, Γέρακας, Αττική

**Τηλ.: 210 6048 260, Fax: 210 6047 457**

**E-mail: [lparrissi@free-spirit.gr](mailto:lparrissi@free-spirit.gr)**

**Web site: [www.free-spirit.gr](http://www.free-spirit.gr)**



1-4 Φεβρουαρίου 2018 | Ξενοδοχείο Crowne Plaza, Αθήνα



## Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή  
του 6<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού  
ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες:



## Where Science meets the patients

Στην AstraZeneca στηρίζουμε ενεργά τον Έλληνα ασθενή συνεχίζοντας να επενδύουμε στην υλοποίηση Κλινικών Μελετών στην Ελλάδα.

Αποστολή μας είναι να υπερβούμε τα όρια της επιστήμης δημιουργώντας φάρμακα που αλλάζουν τη ζωή των ασθενών.

Αυτή η δέσμευση αποτελεί τον κινητήριο μοχλό της συνεχούς προσήλωσής μας στο να ανακαλύπτουμε, να αναπτύσσουμε και να παρέχουμε τα καινοτόμα φάρμακα που ο κόσμος χρειάζεται για την αντιμετώπιση σύνθετων και δύσκολων νοσημάτων όπως ο καρκίνος, τα καρδιακά νοσήματα, ο διαβήτης, η ΧΑΠ και το άσθμα.

**AstraZeneca. What science can do.**

