

8



Πανελλήνιο
Συνέδριο
Εταιρίας
Μελέτης
Παθήσεων

**Διαβητικού
Ποδιού**



Με
Διεθνή
Συμμετοχή

3-6 2022

Φεβρουαρίου
Ξενοδοχείο
Crowne Plaza
Αθήνα

**Τελικό Πρόγραμμα
& Βιβλίο Περίληψεων**

Περιεχόμενα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Μήνυμα Προέδρου	03
Επιτροπές	04
Επιστημονικό Πρόγραμμα	05
Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών	21
Προφορικές Ανακοινώσεις	29
Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων	59

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δορυφορικά Συμπόσια - Δορυφορικές Διαλέξεις	66
Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών Δορυφορικών Συμποσίων - Δορυφορικών Διαλέξεων	68
Χρήσιμες Πληροφορίες	69
Ευχαριστίες	77

Μήνυμα Προέδρου

Αγαπητοί Συνάδελφοι και Φίλοι,

Με ιδιαίτερη χαρά και ανυπομονησία μετά από τόσο καιρό «εγκλεισμού» σας προσκαλώ στο 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΙΠ) με διεθνή συμμετοχή το οποίο θα γίνει στην Αθήνα από τις 3-6 Φεβρουαρίου 2022. Το Συνέδριο είναι αφιερωμένο στη μνήμη της Χαρίκλειας Λούπα που διετέλεσε ενεργό μέλος και μέλος του ΔΣ της εταιρίας μας για πολλά χρόνια.

Στα συνέδρια της ΕΜΕΔΙΠ αναπτύσσονται θέματα που αποβλέπουν στην ορθολογική και πάντα βασισμένη σε επιστημονικές ενδείξεις αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού, που θεωρείται ως μια από τις σοβαρότερες επιπλοκές του Σακχαρώδη Διαβήτη.

Η θεματολογία κι εφέτος αποβλέπει στην πολυπληγή αντιμετώπιση του ατόμου με Σακχαρώδη Διαβήτη και προβλήματα διαβητικού ποδιού. Επίσης θα συζητήσουμε την αντιμετώπιση του Διαβήτη κατά την περίοδο «εγκλεισμού» και των περιορισμένων δυνατοτήτων πρόσβασης στα Ιατρεία. Στο συνέδριο θα δοθεί ιδιαίτερο βάρος στις δυνατότητες καλύτερης ρύθμισης της γλυκόζης αίματος, της υπέρτασης και των λιπιδίων, με έμφαση στα νεότερα δεδομένα που αφορούν τις δράσεις των νεότερων αντιδιαβητικών φαρμάκων στην καρδιά και στους νεφρούς και τι προσφέρουν οι νεότερες ινσουλίνες. Σε ειδικά στρογγυλά τραπέζια θα συζητηθούν οι νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση του Διαβήτη, της Υπέρτασης και των Δυσλιπιδαιμιών και οι οδηγίες χορήγησης των αντιαιμοπεταλιακών και αντιπηκτικών φαρμάκων. Θα έχουν επίσης συμμετοχή επιστημονικές εταιρείες που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση του Διαβητικού Ποδιού όπως είναι η Αγγειοχειρουργική, η Ακτινολογική και η Δερματολογική εταιρεία καθώς και η εταιρεία Πλαστικής Χειρουργικής, η εταιρεία των Ποδιών-Ποδολόγων και η Ένωση Νοσηλευτών με ειδικές διαλέξεις. Επιπλέον, θα εξετασθούν οι συνέπειες της πανδημίας COVID-19 στην πρόληψη των χρόνιων επιπλοκών του Διαβήτη και των ακρωτηριασμών.

Έχει αποδειχθεί ότι η έγκυρη πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού αποτελεί θέμα λειτουργίας ομάδος, όπου συμμετέχουν πολλήs εξειδικεύσεις Λειτουργιών Υγείας (ειδικότητες Παθολογίας, Χειρουργικής, Απεικονιστικής κλπ.), ίσως οι περισσότερες από κάθε άλλον τομέα. Σημαντική είναι και η συμβολή των ποδολόγων και του νοσηλευτικού προσωπικού ως μέλη των ομάδων αυτών

Στο 8^ο Συνέδριο θα διευκρινισθεί και η συμβολή όλων των μελών της ομάδος και θα τονισθεί ο ρόλος τους αναλυτικά στην περίοδο που διανύουμε. Θα συζητηθούν ερευνητικές προσπάθειες και προτάσεις από τον Ελληνικό και διεθνή χώρο σε ειδικές συνεδρίες. Έχουν προσκληθεί καταξιωμένοι Έλληνες και ξένοι ομιλητές με μεγάλη κλινική και ερευνητική εμπειρία.

Επιπλέον, η ΕΜΕΔΙΠ έχει προσθέσει στο επιστημονικό της πρόγραμμα κλινικά φροντιστήρια, όπου οι σύνεδροι θα έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στην ανίχνευση ατόμων που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση προβλημάτων του Διαβητικού Ποδιού, με στόχο την πρόληψη των ελκών και των ακρωτηριασμών.

Η επιτυχία του Συνεδρίου, στις δύσκολες μέρες που ζούμε, βασίζεται και στη δική σας ενεργή συμμετοχή για να συνεχίσουμε τον δύσκολο αγώνα για τη μείωση των ακρωτηριασμών. Ελπίζουμε ότι το 8^ο συνέδριο σε αυτές τις ειδικές συνθήκες θα αποτελέσει ορόσημο επιστημονικής δημιουργίας με στόχο τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση και αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με Διαβήτη που εμφανίζουν χρόνιες επιπλοκές ή ανήκουν σε ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάλογα προβλήματα.

Ο Πρόεδρος του Δ.Σ. της ΕΜΕΔΙΠ & Πρόεδρος της Ο.Ε. του Συνεδρίου

Δρ. Χρήστος Μανές

Επιτροπές

Διοικητικό Συμβούλιο & Οργανωτική Επιτροπή

Την Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου απαρτίζουν τα Μέλη
του Δ.Σ. της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πρόεδρος

Χρήστος Μανές

Αντιπρόεδρος

Νικόλαος Παπάνας

Γενικός Γραμματέας

Νικόλαος Τεντολούρης

Ταμίας

Στέφανος Παπαντωνίου

Μέλη

Κυριακή Καλλιγιάννη

Γεωργία Μάρκου

Ηρακλής Τσανικίδης

Επιστημονικό Πρόγραμμα



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 3 Φεβρουαρίου 2022

15.30 - 16.00 Προσέλευση - Εγγραφές

16.00 - 17.30 Προφορικές Ανακοινώσεις Ι (ΠΑ01 - ΠΑ09)

Πρόεδροι: **Ε. Παπαχριστοφόρου, Χ. Σιαφαρίκας**

ΠΑ01 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Παπαποστόλου Ελένη-Ρεγγίνα

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών (ΤΝΠΠ)

ΠΑ02 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ VERGENIX™FLOWABLE GEL ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Κουλουρή Αναστασία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κώστα Ουρανία, Σαμακίδου Γεωργία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Λαμπρινός Δημήτρης, Σιαφαρίκας Χρήστος, Κοντραφούρη Παρασκευή, Μητροπάνου Αναστασία, Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

ΠΑ03 IN VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥΣ ΙΝΟΒΛΑΣΤΕΣ

Αναστασίου Ιωάννα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Κοκάλη Βάσια¹, Κατσαούνη Αθανασία², Τσιλιγγίρης Δημήτριος¹, Σιάμη Ευαγγελία¹, Μουρούζης Ιορδάνης², Πάντος Κωνσταντίνος², Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

ΠΑ04 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤ'ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟ
Λαμπρινός Δημήτριος¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Κώστα Ουρανία¹, Σαμακίδου Γεωργία¹, Κουλούρη Αναστασία¹, Κοντραφούρη Παρασκευή¹, Σιαφαρίκας Χρήστος¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Καραμανάκος Γεώργιος¹, Παπαϊωάννου Αναστασία², Γεωργακόπουλος Παναγιώτης¹, Μαρίνος Γεώργιος³, Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

² Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Αττική

³ Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

ΠΑ05 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΜΙΜΗΤΙΚΟ ΘΕΙΙΚΗΣ ΗΠΑΡΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ
Σαμακίδου Γεωργία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κώστα Ουρανία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Λαμπρινός Δημήτριος, Κουλουρή Αναστασία, Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Ντζώρα Φωτεινή, Μάρκου Γεωργία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 3 Φεβρουαρίου 2022

ΠΑ06

ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΑ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ MRSA ΚΑΙ MSSA

Λόντου Σταυρούλλα - Παναγιώτα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαμάκου Βασιλική², Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δελιοθάνης Ιωάννης⁴, Τεντολούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΠΑ07

ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ - Η «ΕΚΔΙΚΗΣΗ» ΤΩΝ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ Λόντου Σταυρούλλα - Παναγιώτα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαμάκου Βασιλική², Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δελιοθάνης Ιωάννης⁴, Τεντολούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΠΑ08

ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ CANDIDA AURIS ΣΕ ΕΛΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Η ΑΥΓΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ;

Δημητρίου Μαρία¹, Κουσκουμπέκου Φ.², Κουτράκη Μ.², Γκότση Χ.², Μειμάρης Γ.³, Κάρη Π.², Κιμούλη Μ.²

¹ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Γ.Α.Ν. Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»

² Εργαστήριο Μικροβιολογίας Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

³ Α' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

ΠΑ09

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Λόντου Σταυρούλλα-Παναγιώτα¹, Κακαβιά Κυριακή², Σκοτσιμάρα Αντωνία², Χασεμάκη Νατάσα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαμάκου Βασιλική⁴, Τεντολούρης Νικόλαος⁴, Κλώναρης Χρήστος², Γεωργόπουλος Σωτήριος², Μπακογιάννης Χρήστος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Χειρουργική Κλινική - Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 3 Φεβρουαρίου 2022

17.30 - 19.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Σακχαρώδης Διαβήτης και συννοσηρότητες: Νόσηση από Covid-19
Πρόεδροι: **Κ. Μακρυλάκης, Α. Κουτσοβασίλης**

- Αντιμετώπιση του ασθενή με διαβήτη και Covid-19: **Σ. Λιάτσης**
- Η σημασία της παχυσαρκίας: **Ε. Καπάντας**
- Εμβόλια: **Δ. Μπασούλης**
- Νεότερα φάρμακα: **Γ. Καραμανάκος**

19.00 - 19.30 Διάλεξη

Η σημασία του C-πεπτιδίου στο Σακχαρώδη Διαβήτη
Πρόεδρος: **Σ. Λιάτσης**

Εισηγήτρια: **Α. Μπαρμπαγιάννη**

19.30 - 21.00 Βήμα νέων ερευνητών

Τι νεότερο από τη βιβλιογραφία και το DFSG για το διαβητικό πόδι
Συντονιστές: **Ν. Παπάνας, Χ. Μανές**

Εισηγητές: **Ε. Παπαχριστοφόρου, Γ. Σαμακίδου, Σ. Σιμάτη,
Χ. Σιαφαρίκας, Σ.-Π. Λόντου**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

08.00 - 09.30 Προφορικές Ανακοινώσεις II (ΠΑ10 - ΠΑ19)

Πρόεδροι: **Ι. Ντούπης, Α. Μπουρδάκης**

ΠΑ10 ΕΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΧΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ «ΔΙΨΑΚΟΣ»
Γιώτη Αντιγόνη¹, Πότσης Θωμάς², Πραμαντιώτη Λάουρα-Μάρθα³, Παυλάκη Νίκη⁴, Μαλλάμου Χρυσούλα⁵, Αλεξίου Δήμητρα⁶, Βασιλείου Ιωάννα⁷, Σαράφη Άννα⁸, Πότση Φωτεινή⁹

¹ Διοικητική Υπάλληλος Πληροφορικής, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

² Ιδιώτης Ιατρός, Καρδιολόγος

³ Μηχανολόγος Μηχανικός, Ιδιώτης

⁴ Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁵ Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων

⁶ Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁷ Φυσικοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁸ Χειρουργός Ακτινολογικού Εργαστηρίου, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁹ Διατολόγος, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

ΠΑ11 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ
Μπαλάνικας Ευάγγελος¹, Βασιλόπουλος Γεώργιος², Φασόνη Γεωργία², Καθεμικεράκης Ιωάννης²

¹ Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Πολεμικό Ναυτικό, Αθήνα

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

ΠΑ12 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ
Μαμάκου Βασιλική¹, Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα², Δηλές Δημήτριος¹, Τριανταφύλλου Μαρία², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Τεντολιούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

ΠΑ13 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ
Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα¹, Δηλές Δημήτριος², Τριανταφύλλου Μαρία¹, Μαμάκου Βασιλική², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δελιογιάννης Ιωάννης⁴, Δαΐκος Γεώργιος¹, Σαμάρκος Μιχαήλ¹, Τεντολιούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

ΠΑ14

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΛΙΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ

Λούτα Ασπασία¹, Λούτας Θεόδωρος², Μάθιου Φίλιππος³, Πολυδώρου Ανδρέας⁴, Μασσαράς Δημήτρης⁵, Ηλιακόπουλος Κωνσταντίνος⁶, Πρασιανάκη Μαριάννα⁷

¹ Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c), ΜΕΘ, Β' Χειρουργική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

² Νοσηλεύτης MSc, PhD (c), Χειρουργείο, Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης

³ Νοσηλεύτης, MSc, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκαΐτειο»

⁴ Καθηγητής Χειρουργικής M.D., PhD, Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁵ Ειδικευόμενος Χειρουργικής M.D., PhD (c), Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁶ Ειδικευόμενος Χειρουργικής M.D., Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁷ Νοσηλεύτρια, ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ασκήλειο Βούλας

ΠΑ15

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΕΛΗΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΑΠΟ ΟΜΦΑΛΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΚΟΝΤΟΥΡΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ¹, ΨΑΧΟΥΛΙΑ ΦΩΤΕΙΝΗ², ΜΠΑΛΑΜΠάνης Κωνσταντίνος¹, ΕΛΛΗΘΕΡΙΔΟΥ ΙΩάννα³, ΜΙΧΑΗΛΟΠΟΥΛΟΣ ΕΥΣΤΑΘΙΟΣ⁴, ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ-ΓΚΙΟΚΑ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ⁴, ΛΑΖΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ², ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ², ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ³, ΛΑΜΠΑΔΙΩΡΗ ΒΑΪΑ¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

² Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

ΠΑ16

ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ-ΤΑΜΙΣΟΓΛΟΥ ΙΩάννα, ΜΙΚΟΥΔΗ ΚΑΘΗΛΙΩΝΗ, ΜΠΕΛΛΗ ΙΩάννα, ΜΟΣΙΑΛΗΣ ΒΑΪΟΣ, ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ ΓΛΥΚΕΡΙΑ

Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

ΠΑ17

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ - ΤΑΜΙΣΟΓΛΟΥ ΙΩάννα, ΜΙΚΟΥΔΗ ΚΑΘΗΛΙΩΝΗ, ΙΩΑΚΕΪΜ

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΚΑΡΑΚΟΖΟΓΛΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ, ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ ΓΛΥΚΕΡΙΑ

Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

ΠΑ18

ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

ΜΗΡΙΣΤΙΑΝΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ, ΚΑΤΣΑΔΟΥΡΟΣ ΗΛΙΑΣ, ΣΠΑΝΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ, ΠΟΥΓΚΑΚΙΩΤΗΣ ΓΙΩΡΓΟΣ, ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ ΜΑΡΙΑ, ΚΟΥΤΣΟΥΚΗ ΓΕΩΡΓΙΑ, ΑΡΚΟΥΛΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, ΚΟΛΛΟΦΩΤΙΑ ΛΕΓΙΘΥΔΑ, ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

ΠΑ19

Η ΣΥΝΕΣΤΙΑΚΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ (CORNEAL CONFOCAL MICROSCOPY) ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ζιώρη Μαρία¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Σιμάτη Σταματία¹, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Κώστα Ουρανία¹, Αισώπου Ευαγγελία¹, Βουδούρη Αδαμαντία², Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Οφθαλμολογικό Κέντρο «Athens Eye Care», Αθήνα

09.30 - 11.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Επούλωση ελκών - Νεότερες θεραπείες

Πρόεδροι: **Α. Γιαννούκας, Ν. Τεντολούρης**

- Ο ρόλος του μικροπεριβάλλοντος του έλκους στην επούλωση-Ιδιαιτερότητες στο διαβήτη: **Α. Τεντολούρης**
- Ο ρόλος του υπερβαρικού οξυγόνου: **Π. Βαβάσας**
- Μεταμόσχευση αυτόλογων ινοβλαστών: **Ε. Καρχιλάκη**
- Η θέση της πλαστικής χειρουργικής: **Δ. Κακαγιά**
- Αρνητική πίεση: **Γ. Κοτρώνης**
- Νεότερες θεραπείες: **Ν. Τεντολούρης**

11.00 - 11.15 Διάλειμμα

11.15 - 11.45 Διάλεξη

Νεότερα στη μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος

Πρόεδροι: **Δ. Παπάζογλου**

Ομιλητής: **Σ. Ντουράκης**

11.45 - 12.45 Στρογγυλό Τραπέζι

Αρθροπάθεια Charcot

Πρόεδροι: **Χ. Μανές, Α. Λέπυρας**

- Συντηρητική θεραπεία: **Π. Τσαπόγας**
- Χειρουργική θεραπεία: **Α. Δράκου**
- Έκβαση-ποιότητα ζωής: **Ν. Παπάνας**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

12.45 - 14.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Λοιμώξεις στο διαβητικό πόδι

Πρόεδροι: **Α. Μητράκου Σ. Παπαντωνίου**

- Διάγνωση και σταδιοποίηση: **Φ. Ντζιώρα**
- Η συμβολή του μικροβιολογικού εργαστηρίου: **Μ. Δημητρίου**
- Αντιμετώπιση της λοίμωξης μαλακών μορίων: **Α. Τόσκας**
- Επείγουσα χειρουργική αντιμετώπιση: **Κ. Πετρόπουλος**

14.30 - 15.15 Δορυφορικό Συμπόσιο

15.15 - 16.00 Μεσημβρινή Διακοπή

16.00 - 17.30 Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο με ενεργό συμμετοχή

Διάγνωση της αγγειοπάθειας

Συντονιστές: **Κ. Καλλιγιάννη, Π. Πετρόπουλος**

- Ιστορικό - Κλινική εξέταση και αυτοεξέταση: **Ε. Δημακάκος**
- Κνημοβραχιόνιος δείκτης: **Ε. Τζεραβίνη**
- Διαχείριση του διαβητικού αγγειοπαθούς ασθενούς:
Από τον οικογενειακό γιατρό έως τον αγγειοχειρουργό:
Γ. Μαρακομιχελάκης

17.30 - 18.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Καρδιο-νεφρο-μεταβολικές επιδράσεις των μιμητικών του GLP-1

Πρόεδροι: **Η. Μυγδάλης, Γ. Τσιάντας**

- Διαβήτης: **Β. Λαμπαδιάρη**
- Καρδιά: **Ν. Κατσίκη**
- Νεφροί: **Ε. Λυμπερόπουλος**
- Παχυσαρκία: **Α. Κόκκινος**

18.30 - 19.00 Δορυφορική Διάλεξη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

19.00 - 19.30 Διάλεξη

Αντιαιμοπεταλιακά στο διαβήτη και στο διαβητικό πόδι - Τι νεότερο
Πρόεδρος: **A. Μαυρογιαννάκη**

Εισηγήτρια: **E. Διακουμπούλου**

19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη

20.00 - 20.30 Διάλεξη

Στόχοι υπολιπιδαιμικής αγωγής στο διαβήτη:
Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες
Πρόεδρος: **E. Λυμπερόπουλος**

Εισηγήτρια: **E. Μαυροκεφάλου**

20.30 - 21.30 Τελετή Έναρξης

20.30-21.00 Χαιρετισμοί

21.00-21.30 Εναρκτήρια Διάλεξη

Επιδημιολογία και κόστος του διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα
και στις άλλες χώρες
Πρόεδρος: **N. Τεντολούρης**

Εισηγητής: **X. Μανές**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

08.00 - 09.30 Προφορικές Ανακοινώσεις III (ΠΑ20 - ΠΑ28)

Πρόεδροι: **Μ. Αρβανίτης, Ν. Τσώκος**

- ΠΑ20 Ο ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ**
Παπαχρήστου Στέλλα¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Κεφαλά Χρυσούλα¹, Κύρογλου Σουλιτάνα¹, Γκιόκα Θεοδώρα², Παπάζογλου Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος¹
¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
² Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
- ΠΑ21 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ**
Κακαβιά Κυριακή¹, Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα², Χασεμάκη Νατάσα¹, Σκοτσιμάρα Αντωνία¹, Μαμάκου Βασιλική³, Σταμόπουλος Παρασκευάς⁴, Τεντολούρης Νικόλαος³, Γεωργόπουλος Σωτήριος¹, Κληνάρης Χρήστος¹, Μπακογιάννης Χρήστος¹
¹ Α' Χειρουργική Κλινική - Αγγειοχειρουργικό Τμήμα, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
² Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
⁴ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
- ΠΑ22 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΘΕΡΜΟΥ-ΨΥΧΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Κώστα Ουρανία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Σαμακίδου Γεωργία, Κουλουρί Αναστασία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Κουτρομπέλη Άννα, Ψαχούλια Φωτεινή, Κοντογιαννάτου Αγαθή, Λόντου Σταυρούλα, Μπασούλης Δημήτριος, Τεντολούρης Νικόλαος
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»
- ΠΑ23 ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**
Παπαχρήστου Στέλλα¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Τρυσιάνης Γρηγόριος², Κεφαλά Χρυσούλα¹, Κύρογλου Σουλιτάνα¹, Βαδικόλιας Κωνσταντίνος³, Παπάζογλου Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος¹
¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη
² Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη
³ Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

- ΠΑ24 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12 ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΙΚΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2**
Γεωργιάδου Αναστασία-Μαρία¹, Μπεγκόλη Ρόμπερτ¹, Μποτσακάρβα Άννα¹, Ίσσα Μαγιάντα², Κιδικούδη Ιωάννα¹, Τσοτουλίδης Σ.^{1,2}
¹ Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής
² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής
- ΠΑ25 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D**
Σκούτας Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος², Καρράς Σπύρος³, Δούκας Λουκάς¹, Νικολαΐδης Αθανάσιος¹, Ματοπούλου Έλβεν¹, Γεώργια Σταματία⁴, Μανές Χρήστος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹
¹ Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
² Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική ΔΠΘ - Διαβητολογικό Κέντρο - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού
³ Ενδοκρινολογικό - Διαβητολογικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης
⁴ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
- ΠΑ26 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**
Σκούτας Δημήτριος¹, Ηλιάδου Βασιλική², Κατσάνος Ιωάννης¹, Περμεκερλής Αθανάσιος¹, Ντασιπούλου Χρυσάνθη¹, Σαπαρδάνης Ιορδάνης¹, Τζιώτζου Κωνσταντίνα¹, Χαριτωνίδου Γιασεμή¹, Αναγνωστοπούλου Γαρυφαλιά¹, Θωμάϊδου Βαλεντίνη¹, Αυγερίου Ηλίας², Μούζα Ειρήνη¹
¹ Αναγέννηση Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης Θεσσαλονίκης
² Νεφρολογική Θεσσαλονίκης
- ΠΑ27 ΧΡΗΣΗ ΠΟΛΥΕΞΑΝΙΔΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**
Λούτας Θεόδωρος¹, Λούτα Ασπασία², Μποκή Δανάη³, Ταϊρής Νικόλαος⁴, Θεοδοσοπούλου Ελένη⁵
¹ Νοσηλεύτρια, Phd (c), Χειρουργείο, Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης
² Νοσηλεύτρια Phd (c), ΜΕΘ, Β' Χειρουργική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ
³ Χημικός Μηχανικός Phd (c), Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο
⁴ Χημικός, Ph.D. in Biochemistry, Temple University, School of Medicine, Philadelphia, PA, USA.
Histocompatibility Gergia Esoteric Molecular Lab, Augusta University.
⁵ Καθηγήτρια Χειρουργικής Νοσηλευτικής και Συμπληρωματικές Θεραπείες, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ
- ΠΑ28 ΑΞΙΑ ΤΟΥ SPECT/CT ΣΠΙΝΘΕΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΗ**
Γεώργια Σταματία¹, Μανές Χρήστος², Διδάγγελος Τριαντάφυλλος³, Σκούτας Δημήτριος², Άρσος Γεώργιος¹
¹ Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.
² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Παπαγεωργίου,
³ Διαβητολογικό Κέντρο, 1^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

09.30 - 10.45 Στρογγυλό Τραπέζι

Οστεομυελίτιδα: Απεικονιστικά ευρήματα και θεραπεία

Πρόεδροι: **Α. Ράπτης, Μ. Ψυχογιού**

- Απεικονιστικός έλεγχος: **Κ. Λυμπερόπουλος**
- Σπινθηρογράφημα: **Σ. Γεώργα**
- Αντιμικροβιακή αγωγή: **Μ. Ψυχογιού**

10.45 - 11.15 Δορυφορική Διάλεξη

11.15 - 11.30 Διάλειμμα

11.30 - 12.30 Στρογγυλό τραπέζι

Μεταβολική απορρύθμιση στο Σακχαρώδη Διαβήτη

Πρόεδροι: **Δ. Σκούτας, Δ. Γουρλής**

- Οι λοιμώξεις του διαβητικού και η ισχαιμία ως αίτιο μεταβολικής απορρύθμισης: **Δ. Τσιλιγγίρης**
- Διαβητική κετοξέωση και μη κετωτική υπερωσμωτική υπεργλυκαιμία: **Ι. Ελευθεριάδου**

12.30 - 13.00 Δορυφορική Διάλεξη

13.00 - 13.30 Δορυφορική Διάλεξη

13.30 - 14.00 Διάλεξη Προσκεκλημένου Ομιλητή / Invited Speaker Lecture

New developments in diabetic neuropathy

Πρόεδρος/Moderator: **N. Παπάνας / N. Papanas**

Εισηγητής/Speaker: **S. Tesfaye**

14.00 - 15.00 Γενική Συνέλευση

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

15.00 - 15.30 Μεσημβρινή Διακοπή

15.30 - 16.30 Κλινικό Φροντιστήριο

Διάγνωση και αντιμετώπιση της νευροπάθειας με ενεργό συμμετοχή
Συντονιστές: **Η. Τσανικίδης, Μ. Ψάλλας**

- Ιστορικό-κλινική εξέταση: **Μ. Μπριστιάνου**
- Επίδειξη: **Μ. Μπριστιάνου, Γ. Παναγούλιας**

16.30 - 17.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Αναστολείς των SGLT2: Καρδιο-νεφρο-μεταβολικές επιδράσεις
Πρόεδροι: **Ε. Πάγκαλος, Κ. Καζάκος**

- Διαβήτης: **Ε. Χατζηπαγγελάκη**
- Αθληροσκήληρωση: **Σ. Λιάτης**
- Καρδιακή ανεπάρκεια: **Ι. Μουρούζης**
- Χρόνια νεφρική νόσος: **Δ. Βλάχακος**

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

17.30 - 19.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Κρίσιμη ισχαιμία σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη

Πρόεδροι: **Χ. Λιάπης, Γ. Γερουλάκος**

- Προεγχειρητικές διαβητολογικές οδηγίες: **Κ. Μαρκάκης**
- Προεγχειρητικός καρδιολογικός έλεγχος: **Κ. Μασούρα**
- Ανοικτή χειρουργική για την αντιμετώπιση κρίσιμης ισχαιμίας σε διαβητικούς ασθενείς: **Ε. Αυγερινός**
- Ενδοαγγειακή προσέγγιση για την αντιμετώπιση της κρίσιμης ισχαιμίας σε διαβητικούς ασθενείς: **Η. Μπρούντζος**
- Πόσος χρόνος χρειάζεται για την επούλωση ισχαιμικών βλαβών μετά από επιτυχή επαναγγείωση; **Γ. Γερουλάκος**
- Παρουσίαση περιστατικού: **Α. Πυλιώτης**

19.00 - 19.30 Δορυφορική Διάλεξη

19.30 - 20.00 Διάλεξη

Κατευθυντήριες οδηγίες στο Σακχαρώδη Διαβήτη - 2022

Πρόεδρος: **Γ. Δημητριάδης**

Εισηγητής: **Α. Μεηιδώνης**

20.00 - 20.30 Δορυφορική Διάλεξη

20.30 - 21.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Οργάνωση ιατρικών διαβητικού ποδιού

Πρόεδροι: **Σ. Μπούσμπουλας, Λ. Λαναράς**

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

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 6 Φεβρουαρίου 2022

09.00 - 10.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Αποφόρτιση - Θεραπευτικά υποδήματα

Πρόεδροι: **Ε. Βλάχου, Ε. Βογιατζόγλου**

- Γύψος ολικής επαφής και νάρθηκες: **Π. Τσαπόγας**
- Η συμβολή του νοσηλευτή: **Γ. Μάρκου**
- Θεραπευτικά υποδήματα: **Μ. Βαλσαμή**

10.00 - 10.30 State of the art lecture

**Θεραπεία της περιφερικής διαβητικής νευροπάθειας
ανάλογα με τον ασθενή**

Πρόεδρος: **Α. Καμαράτος**

Εισηγητής: **Ν. Παπάνας**

10.30 - 12.00 Παρουσίαση περιστατικών

Πρόεδροι: **Σ. Παπαντωνίου, Π. Πετρόπουλος**

Εισηγητές: **Σ. Σιμάτη, Γ. Σαμακίδου, Α.-Β. Κούκη**

Σχολιαστές: **Β. Ανδρεάδης, Ν. Τσώκος, Σ. Καλαντζή**

12.00 - 13.30 Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

Τοπική φροντίδα και πρόληψη. Ερωτήματα και απαντήσεις

Συντονιστές: **Ε. Βλάχου, Γ. Μάρκου, Σ. Τσोटουλίδης**

- Αντιμετώπιση ξηροδερμίας και υπερκερατώσεων: **Γ. Μάρκου**
- Επιθέματα - Καθαρισμός: **Α. Νικολαΐδης**
- Εκπαίδευση - Πρόληψη ελκών: **Λ. Δούκας**
- Παραμορφώσεις στα κάτω άκρα: **Ε. Ματοπούλου**
Σχολιασμός: **Ε. Γιάννου**

13.30 - 14.30 Συμπεράσματα - Λήξη Συνεδρίου

Ευρετήριο
Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών



Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Τ

Tesfaye Solomon

Professor, MB ChB, MD, FRCP, Research Director of Academic Unit of Diabetes & Endocrinology, Sheffield Teaching Hospitals and the University of Sheffield, Sheffield UK, Visiting Professor at Shanghai Jiao Tong University, China, Adjunct Professor at Xiangya Hospital Central Southern University, China

Α

Ανδρεάδης Βασίλειος

Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Θεσσαλονίκη

Αρβανίτης Μεγακλής

Ιατρός Παθολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Αυγερινός Ευθύμιος

MD, FACS, DFSVS, FEBVS, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Pittsburgh, USA, Επισκέπτης Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Ε.Κ.Π.Α., Συνδιευθυντής Κλινικής Αγγειακής και Ενδαγγειακής Χειρουργικής Ιατρικού Κέντρου Αθηνών, Αθήνα

Β

Βαβάσης Παύλος

Ιδρυτής και Επιστημονικός Διευθυντής της Υπερβαρικής Καταδυτικής Ιατρικής Αθηνών και Θεσσαλονίκης, τ. Διευθυντής Μονάδας Υπερβαρικής Καταδυτικής Ιατρικής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, Διευθυντής Τμήματος Υπερβαρικής Ιατρικής Ιδιωτικού Θεραπευτηρίου, Metropolitan General, Αθήνα

Βαλσαμή Μαρία

Ποδολόγος - Ποδίατρος, Επιστημονικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Βλαχάκος Δημήτρης

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Νεφρολογίας Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Βλάχου Ευγενία

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, Executive Committee Member in Foundation of European Nurses in Diabetes (FEND), Αθήνα

Βογιατζόγλου Ελευθέριος

Ποδολόγος - Ποδίατρος (MSc), τ. Εξωτερικός Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού «Δημήτριος Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Γ

Γερουλάκος Γεώργιος

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα, Visiting Professor of Vascular Surgery, Imperial College, London

Γεώργα Σταματία

Πυρηνικός Ιατρός, Δρ. ΑΠΘ, Διευθύντρια ΕΣΥ, Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής ΑΠΘ, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γιάννου Ευγενία

Ποδολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Γιαννούκας Αθανάσιος

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής, Π.Γ.Ν. Λάρισας, Λάρισα

Γουρλής Δημήτριος

Dr, MED, EHS, Ειδικός Παθολόγος, Κλινικός Υπερτασιολόγος, Ιατρικό Τμήμα ΑΖ, Αθήνα

Δ

Δημακάκος Ευάγγελος

Παθολόγος - Αγγειολόγος, Υπεύθυνος Αγγειολογικού Ιατρείου, Γ' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Μέλος Δ.Σ. UEMS Angiology/ Vascular Medicine, Πρόεδρος Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας, Αθήνα

Δημητριάδης Γεώργιος

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Παθήσεων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αντιπρόεδρος, Ινστιτούτο Εφαρμοσμένης Φυσιολογίας & Άσκησης στην Ιατρική, Αθήνα

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Δημητρίου Μαρία

Ειδικός Βιοπαθολόγος, Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», Διδάκτωρ Ιατρικής Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης, Επιστημονική Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής Δ.Π.Θ., Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Διακουμοπούλου Ευανθία

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Δούκας Λουκάς

Νοσηλεύτης MSc με εξειδίκευση στην φροντίδα Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Δράκου Ανδρονίκη

MD, MPhil, PG-Cert in CAS, Διευθύντρια Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Ε

Ελευθεριάδου Ιωάννα

Ακαδημαϊκή Υπότροφος - Παθολόγος, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Κ

Καζάκος Κυριάκος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Καθηγητής Νοσηλευτικής, Διεθνές Πανεπιστήμιο της Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Κακαγιά Δέσποινα

Καθηγήτρια Πλαστικής Χειρουργικής, Ιατρικό Τμήμα Δ.Π.Θ., Αλεξανδρούπολη

Καλαντζή Σοφία

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β', Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «Δημήτριος Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Καλλιγιάννη Κυριακή

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

Καμαράτος Αλέξανδρος

Δρ., MD, PhD, Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου «Τζανείου» Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά, Επιστημονικός Υπεύθυνος Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Διευθυντής ΕΣΥ Α' Παθολογικού Τμήματος, Συντονιστής Εκπαίδευσης Τμήματος Γενικής Ιατρικής, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

Καπάντας Ευθύμιος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, SCOPE National Fellow, Διευθυντής Τμήματος Διαβήτη - Παχυσαρκίας - Μεταβολισμού, Νοσοκομείο Metropolitan, Αθήνα

Καραμανάκος Γεώργιος

Επιμελητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Καρχιδάκη Ειρήνη

Βιολόγος, Εργαστήριο Ανοσολογίας και Ισοσυμβατότητας, Υπεύθυνη του Τμήματος Καλλιτεργειών Κυττάρων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Κατσίκη Νίκη

Ειδική Παθολόγος, MSc, PhD, MD, FRSPH, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ, Μέλος ΔΣ Ελληνικής Εταιρείας Αθηροσκλήρωσης, Θεσσαλονίκη

Κόκκινος Αλέξανδρος

Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Κοτρώνης Γεώργιος

Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Β' Ε.Σ.Υ., Γ.Ν.Θ. «Άγιος Παύλος», Θεσσαλονίκη

Κούκη Αικατερίνη - Βασιλική

Παθολόγος - Επιμελήτρια, ΔΘΚΑ «Υγεία», Αθήνα

Κουτσοβασίλης Αναστάσιος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α', Υπεύθυνος Ιατρείου Λιπιδίων, Υπεύθυνος Ιατρείου Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 & Διαβήτη κύησης, Γ' Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Λ

Λαμπαδιάρη Βαϊά

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας
- Σακχαρώδη Διαβήτη, Ενδοκρινολόγος,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και
Μονάδα Έρευνας Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν»,
Αθήνα

Λαναράς Λεωνίδας

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

Λέπουρας Αντώνιος

Ειδικευμένος Ιατρός Παθολόγος -
Διαβητολόγος, Διευθυντής Παθολογικής -
Διαβητολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού
Κέντρου, Metropolitan General, Αθήνα

Λιάπης Χρήστος

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

Λιάτσης Σταύρος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό
Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα

Ειδική Παθολόγος, MSc, PhDc, Επιμελήτρια
Β' ΕΣΥ, Α' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

Καθηγητής Παθολογίας και Μεταβολικών
Νοσημάτων Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Λυμπερόπουλος Κωνσταντίνος

Διευθυντής Τμήματος Νεότερων Απεικονιστικών
Μεθόδων, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

Μ

Μακρυλάκης Κωνσταντίνος

Καθηγητής Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
& Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρείο Υπέρτασης,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μανές Χρήστος

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη
Διαβήτη, Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος
Διαβήτη και Διαβητικού Ποδιού, Βιοκλινική
Θεσσαλονίκης, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην
Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό
Πόδι, Πρόεδρος Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων
Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), τ. Διευθυντής
Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού
Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης
«Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Μαρακομιχελάκης Γεώργιος

Παθολόγος - Αγγειολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ,
Επιστημονικά και Διοικητικά Υπεύθυνος Δ'
Παθολογικού Τμήματος, Αγγειοπαθολογικής
Μονάδας και Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Μαρκάκης Κωνσταντίνος

MD, PhD, Παθολόγος με εξειδίκευση
στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελητής Α',
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα»

Μάρκου Γεωργία

Νοσηλεύτρια Msc με εξειδίκευση στο Διαβητικό
Πόδι, Διαβητολογικό Κέντρο - Ιατρείο
Διαβητικού Ποδιού, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μασούρα Κωνσταντίνα

Επιμελήτρια Α', Καρδιολόγος, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»,
Αθήνα

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

Μαυρογιαννάκη Αναστασία

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Διευθύντρια Β' Παθολογικής
Κλινικής, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου,
Γ.Ν.Α. «Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.», Πρόεδρος Ε.Δ.Ε., Αθήνα

Μαυροκεφάλου Ευγενία

Διευθύντρια Δ' Παθολογικού Τμήματος,
Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών
«Ο Ευαγγελισμός», Υπεύθυνη Ιατρείου
Λιπιδίων, Αθήνα

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Μελιδώνης Ανδρέας

MD, MSc, PhD, Συντονιστής Διευθυντής
Διαβητολογικού-Καρδιομεταβολικού Κέντρου
Metropolitan Hospital, Πρόεδρος Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν.,
Αθήνα

Μπτράκου Ασημίνα

Ομότιμη Καθηγήτρια Παθολογίας με
εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη,
Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Μουρούζης Ιορδάνης

Αναπληρωτής Καθηγητής Φαρμακολογίας,
Καρδιολόγος, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη
Διαβήτη, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικού
Κέντρου, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μπασούλης Δημήτριος

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,
Επιμελητής Β' Μονάδας COVID,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μπουρδάκης Αδαμάντιος

MD, PhD, Ειδικός Παθολόγος με εκπαίδευση
στο Διαβήτη στις παθήσεις Λιπιδίων και
Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β' Παθολογικής
Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου
& Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας,
Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων, Τρίκαλα

Μπούσμπουλης Σταύρος

τ. Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής &
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου,
Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας - Πειραιά
«Άγιος Παντελεήμων», Πειραιάς

Μηρισιάνου Μαγδαληνή

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής - Υπεύθυνη
Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο
Λαμίας, Λαμία

Μπρούντζος Ηλίας

Καθηγητής Επεμβατικής Ακτινολογίας,
Β' Εργαστήριο Ακτινολογίας Ιατρικής Σχολής
Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Μυγδάλης Ηλίας

τ. Συντονιστής Διευθυντής Β' Παθολογικής
Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου,
Γ.Ν.Α. «Ν.Ι.Μ.Τ.Σ.», Αθήνα

N

Νικολαΐδης Αθανάσιος

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

Ντζώρα Φωτεινή

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Επιμελήτρια Α'
Ε.Σ.Υ., Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Ντούνης Ιωάννης

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος &
Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτικό Νοσοκομείο
Σαλαμίνας, Σαλαμίνα

Ντουράκης Σπυρίδων

Καθηγητής Παθολογίας, Πρόεδρος
Επιστημονικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας
και Κλινικής Ηπατολογίας, Διευθυντής
Β' Παθολογικής Κλινικής και Ομώνυμου
Εργαστηρίου Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Γ.Ν.Α. «Ιπποκράτειο», Αθήνα

Π

Πάγκαλος Εμμανουήλ

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Επιστημονικός Διευθυντής Κλινικής «Θέρμη»,
Διαβητολογικό Κέντρο «Αρεταίος»,
Θεσσαλονίκη

Παναγιούλης Γεώργιος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Αρχίατρος - Επιμελητής
Α' Παθολογικής Κλινικής, Εξωτερικό
Διαβητολογικό Ιατρείο, 401 Γ.Σ.Ν.Α., Αθήνα

Παπάζογλου Δημήτριος

Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ,
Διευθυντής Β' Πανεπιστημιακής Παθολογικής
Κλινικής ΔΠΘ, Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη

Παπάνας Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους
Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου
- Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική
Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,
Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης
Διαβητικού Ποδιού, Αλεξανδρούπολη

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Παπαντωνίου Στέφανος

Διευθυντής Παθολόγος, Διαβητολόγος
Α' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος
Διαβητολογικού, Ηπατολογικού και Ιατρείου
Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο
Καβάλας, Καβάλα

Παπαχριστοφόρου Ελευθερία

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό
Κέντρο, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Πετρόπουλος Κωνσταντίνος

MSc, PhD, Επιμελητής Β' Χειρουργικής,
Γ.Ν.Α «Σισμανόγλειο», Νοσοκομειακή Μονάδα
«Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Πετρόπουλος Πέτρος

Αγγειοχειρουργός, Νοσοκομείο «Μντέρα»,
Αθήνα

Πυλιώτης Αναστάσιος

Ειδικευόμενος Αγγειοχειρουργικής,
Πανεπιστημιακή Αγγειοχειρουργική Κλινική,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

P

Ράπτης Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας-
Σακχαρώδη Διαβήτη, Β' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικό Κέντρο,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Σ

Σαμακίδου Γεωργία

MD, MSc, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικού
Κέντρου, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Σιαφάrikας Χρήστος

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Σιμάτη Σταματία

MD, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού
Κέντρου Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής
Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Σκούτας Δημήτριος

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ,
Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α.
«Αναγέννηση», Επιστημονικός Διευθυντής
Γενικής Κλινικής «Λυσίμαχος Σαραφινός»,
Πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας
Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

Στυλιανού Ανδρέας

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

T

Τεντολούρης Αναστάσιος

MD, MSc, PhD, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α. & Διαβητολογικού
Κέντρου, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Τεντολούρης Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος
Διαβητολογικού Κέντρου & Ερευνητικού
Διαβητολογικού Εργαστηρίου,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Τζεραβίνη Ευαγγελία

MD, Msc, Ειδικευόμενη Παθολογίας,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής
Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Τόσκας Άγγελος

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Α' Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Τσανικίδης Ηρακλής

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού και Ιατρείου
Διαβητικού Ποδιού, Γενικό Νοσοκομείο
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

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Τσιάντας Γεώργιος

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής,
424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Εκπαίδευσως, Θεσσαλονίκη

Τσιλιγγίρης Δημήτριος

Παθολόγος, Klinik für Endokrinologie,
Stoffwechsel und klinische Chemie,
Universitätsklinikum Heidelberg,
Επιστημονικός Συνεργάτης Α' Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού
Κέντρου

Τσοτουλίδης Στέφανος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Διευθυντής ΕΣΥ, Κέντρο Υγείας
Κασσάνδρειας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού
Ιατρείου, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας,
Χαλκιδική

Τσώκος Νικόλαος

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου και
Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, «Σισμανόγλειο»
Νοσοκομείο, Αθήνα

X

Χατζαγγελιάκη Εριφύλη

Καθηγήτρια Παθολογίας - Μεταβολικών
Νοσημάτων, Β' Προπαιδευτική Παθολογική
Κλινική - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό
Κέντρο, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α.,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Ψ

Ψάλλας Μιχαήλ

Γενικός Αρχίατρος, Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Μετεκπαιδευθείς στην Ηπατολογία,
Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Διευθυντής Εξωτερικών Ιατρείων,
424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο
Εκπαίδευσως, Θεσσαλονίκη

Ψυχογιού Μήνα

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παθολογίας
Λοιμώξεων, Α' Παθολογική Κλινική
Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»,
Αθήνα

Προφορικές Ανακοινώσεις



ΠΑ01 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΚΩΝ: ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ

Παπαποστόλου Ελένη-Ρεγγίνα

Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πατρών (ΤΝΠΠ)

Η κατάλληλη θεραπεία για τα διαβητικά έλκη και τον πόνο στο πόδι ποικίλλει ανάλογα με τα αίτια πρόκλησης. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να αναδειχθούν οι κατάλληλοι αθλη και ταυτόχρονα σύγχρονοι τρόποι αντιμετώπισης των ελκών.

Η σημαντικότερη επιπλοκή του διαβητικού ποδιού είναι η δημιουργία ελκών, ήτοι ανοιχτών πληγών οι οποίες παρουσιάζουν μια προοδευτική επιδείνωση που μπορεί να φτάσει μέχρι και στον ακρωτηριασμό του μέλους. Ωστόσο, η κατάλληλη και έγκαιρη αντιμετώπιση οποιαδήποτε δυσφορίας ή πόνου στο διαβητικό πόδι, μπορεί να επιφέρει σημαντική μείωση του ποσοστού ακρωτηριασμών.

Η επούλωση των ελκών ξεκινά με την κατάλληλη τοπική φροντίδα (καθαρισμός, αφαίρεση νεκρωμάτων, αφαίρεση τύλων). Ακολουθεί η αποφόρτιση στο σημείο του έλκους, η οποία χρησιμεύει τόσο στην πρόληψη όσο και στη θεραπεία του έλκους. Ειδικότερα, η αποφόρτιση συνίσταται στη μείωση της ασκούμενης πίεσης και τριβής στα άκρα, μέσω μηχανικής υποστήριξης.

Στην περίπτωση που το έλκος βρίσκεται στο πέλμα, κατασκευάζεται κατά περίπτωση ειδικό υπόδημα με κατάλληλα σχεδιασμένους πάτους ή ειδικοί νάρθηκες ολικής επαφής, με σκοπό την ανακατανομή της πίεσης, ώστε να αποφορτίζεται η περιοχή του έλκους και παράλληλα να μπορεί το άτομο να βαδίζει. Εξίσου σημαντικός είναι και ο καλός μεταβολικός έλεγχος, καθώς και η έγκαιρη αντιμετώπιση τυχόν υπάρχουσας λοίμωξης.

Ένας άλλος σύγχρονος και συγχρόνως ελάχιστος επεμβατικός τρόπος καθαρισμού των ελκών, είναι ο χειρουργικός καθαρισμός τους με τη βοήθεια υπερήχων, ο οποίος συνδυάζεται με τη χρήση τοπικών αντιμικροβιακών ουσιών, καθώς και με τη διατήρηση της ιδανικής υγρασίας του τραύματος με την επιλογή του κατάλληλου επιθέματος.

Η εφαρμογή των κατάλληλων κάθε φορά μεθόδων αντιμετώπισης των ελκών, οδηγεί στην καλύτερη δυνατή επούλωσή τους και συνεπώς, στην αποφυγή άσκοπων ακρωτηριασμών.

ΠΑ02 ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ VERGENIX™FLOWABLE GEL ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ

Κουλουρή Αναστασία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κώστα Ουρανία, Σαμακίδου Γεωργία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Λαμπρινός Δημήτρης, Σιαφαρίκας Χρήστος, Κοντραφούρη Παρασκευή, Μητροπάνου Αναστασία, Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα έλκη στο διαβητικό πόδι χαρακτηρίζονται από μη φυσιολογική επουίωση και χρήζουν πολυπαραγοντικής προσέγγισης. Το Vergenix™ σε μορφή γέλης είναι ανασυνδυασμένο τύπου Ι ανθρώπινο κολληγόνο και είναι προϊόν φυτικής προέλευσης. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση του ποσοστού επουίωσης των διαβητικών ελκών στις 12 εβδομάδες μετά από τοπική εφαρμογή του σκευάσματος κολληγόνου.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 40 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 με έλκη διάρκειας ≥ 4 εβδομάδων χωρίς κλινική εικόνα λοίμωξης [μέση τιμή ηλικίας $65,4 \pm 14,4$ έτη, διάρκεια διαβήτη 20 (εύρος 9, 27) έτη]. Η εφαρμογή πραγματοποιήθηκε σε πραγματικές συνθήκες, στο εξωτερικό ιατρείο Διαβητικού Ποδιού σε όλους τους ασθενείς που επιθυμούσαν να συμμετέχουν στη μελέτη και οι οποίοι δεν συμμετείχαν σε άλλη κλινική δοκιμή. Το σκεύασμα Vergenix™ χορηγήθηκε δωρεάν από την εταιρεία.

Αποτελέσματα: Από τους συμμετέχοντες στη μελέτη 37 (92,5%) είχαν περιφερική νευροπάθεια και 18 (45,0%) περιφερική αρτηριακή νόσο. Η διάμεση διάρκεια (εύρος τεταρτημορίων) των ελκών ήταν 10,5 (4,0, 15,8) εβδομάδες. Για τους 3 από τους 40 συμμετέχοντες είχαμε στοιχεία μόνο ως τις 4 εβδομάδες μετά τη χορήγηση. Το εμβαδό των ελκών (διάμεση τιμή-εύρος τεταρτημορίων) στην αρχή της μελέτης ήταν $0,75 (0,40, 1,83) \text{ cm}^2$. Στις 4 εβδομάδες παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του εμβαδού σε $0,60 (0,19, 1,23) \text{ cm}^2$, $p=0,006$, το ίδιο και στις 8 εβδομάδες σε $0,50 (0,20, 1,40) \text{ cm}^2$, $p=0,004$, και παρόμοια και στις 12 εβδομάδες σε $0,30 (0,10, 1,43) \text{ cm}^2$, $p<0,001$, σε σύγκριση με την αρχή της μελέτης. Από τα 37 έλκη με πλήρη διάρκεια παρακολούθησης, επουλώθηκαν πλήρως τα 8 (21,6%) στις 85 (42, 91) εβδομάδες. Το ποσοστό μείωσης στις 12 εβδομάδες έφτανε το 66,7 (25,0, 89,4)%. Δεν παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπεράσματα: Η χρήση του Vergenix™ ως προσθήκη στη συνήθη φροντίδα των διαβητικών ελκών έχει θετική επίδραση στην επουίωση και είναι ασφαλής.

ΠΑ03 **IN VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥΣ ΙΝΟΒΛΑΣΤΕΣ**

**Αναστασίου Ιωάννα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹,
Κοκάλη Βάσια¹, Κατσαούνη Αθανασία², Τσιλιγγίρης Δημήτριος¹,
Σιάμη Ευαγγελία¹, Μουρούζης Ιορδάνης², Πάντος Κωνσταντίνος²,
Τεντολούρης Νικόλαος¹**

¹Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η σεκουρινίνη είναι μια δραστική αλκαλοειδής λακτόνη του φυτού *Securinega Suffruticosa*. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι έχει αντιβακτηριακές ιδιότητες, ενώ σε ανθρώπινες καρκινικές κυτταρικές σειρές έχει φανεί να έχει αντικαρκινική δράση.

Σκοπός: Στόχος της παρούσας εργασίας είναι η μελέτη της επίδρασης της σεκουρινίνης σε ανθρώπινους δερματικούς ινοβλάστες με σκοπό να διερευνηθεί στη συνέχεια η επίδραση της τοπικής θεραπείας με σεκουρινίνη σε χρόνια διαβητικά έλκη.

Υλικά και Μέθοδοι: Έγινε καλλιέργεια ανθρώπινων δερματικών ινοβλαστών. Τα κύτταρα επώασθηκαν για 24, 48 και 72 ώρες με θρεπτικό υλικό που περιείχε διαφορετικές αραιώσεις σεκουρινίνης: μηδενική συγκέντρωση (ομάδα ελέγχου), 0.25μM, 0.5μM, 1μM, 5μM. Στη συνέχεια εκτιμήθηκαν τα επίπεδα βιωσιμότητας και πολλαπλασιαστικής ικανότητας των κυττάρων με τη μέτρηση των ενδοκυττάρων επιπέδων ATP. Έπειτα έγινε επώαση των ινοβλαστών με 600μM H₂O₂ (στρεσογόνος παράγοντας) για 24 ώρες και στη συνέχεια επώαση με τις 3 χαμηλότερες συγκεντρώσεις της σεκουρινίνης για 24 ώρες. Μελετήθηκαν τέλος τα επίπεδα των πρωτεϊνών της απόπτωσης μετά το στρες με τη χρήση της ανοσοαποτύπωσης κατά western.

Αποτελέσματα: Μετά από επώαση 24, 48 και 72 ωρών οι ινοβλάστες παρουσίασαν αύξηση στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα ενδοκυττάρια επίπεδα ATP στις 3 χαμηλότερες συγκεντρώσεις σεκουρινίνης (0.25μM, 0.5μM, 1μM) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Αντιθέτως, μείωση στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα ενδοκυττάρια επίπεδα ATP παρατηρήθηκε στη μεγάλη συγκέντρωση σεκουρινίνης (5μM). Σε πρωτεϊνικό επίπεδο υπήρξε μείωση στα επίπεδα των πρωτεϊνών της απόπτωσης μετά το στρες στις 3 χαμηλότερες συγκεντρώσεις της σεκουρινίνης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου.

Συμπεράσματα: Η *in vitro* έκθεση των ινοβλαστών στη σεκουρινίνη έχει θετική επίδραση στα επίπεδα βιωσιμότητας και στα ενδοκυττάρια επίπεδα του ATP. Επίσης, φαίνεται ότι η σεκουρινίνη έχει κυτταρο-προστατευτική δράση μετά από έκθεση σε στρες.

ΠΑ04 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΣΤΑ ΚΑΤΩ ΑΚΡΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤ'ΑΝΤΙΣΤΟΙΧΙΑ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΝ ΑΝΩ ΑΚΡΟ

Λαμπρινός Δημήτριος¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Κώστα Ουρανία¹, Σαμακίδου Γεωργία¹, Κουτλούρη Αναστασία¹, Κοντραφούρη Παρασκευή¹, Σιαφάrikας Χρήστος¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Καραμανάκος Γεώργιος¹, Παπαϊωάννου Αναστασία², Γεωργακόπουλος Παναγιώτης¹, Μαρίνος Γεώργιος³, Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»

² Κέντρο Υγείας Νέας Μάκρης, Αττική

³ Εργαστήριο Υγιεινής, Επιδημιολογίας και Ιατρικής Στατιστικής της Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.

Εισαγωγή: Από τις πλέον σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη είναι το σύνδρομο του διαβητικού ποδιού με σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές επιπτώσεις.

Σκοπός: Η διερεύνηση της συσχέτισης εμφάνισης ελκών των κάτω άκρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη σε σχέση με επικρατούν άνω άκρο, με απώτερο στόχο την αποτροπή εμφάνισης έλκους.

Υλικό και Μέθοδος: Έγινε μια αναδρομική μελέτη στην οποία συμπεριελήφθησαν όλοι οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και ιστορικό έλκους στον άκρο πόδα, οι οποίοι προσήλθαν στο ιατρείο Διαβητικού Ποδιού από 9/2020-10/2022. Από το σύνολο του μελετούμενου πληθυσμού εξαιρέθηκαν οι ασθενείς με ενεργό έλκος και στα 2 άκρα.

Αποτελέσματα: Ο μέσος όρος της ηλικίας των συμμετεχόντων (n=165) ήταν $66,39 \pm 11,9$ έτη με διάρκεια διαβήτη $20,1 \pm 11,3$ έτη. Το 86,2% του συνόλου (n=144) είχε περιφερική νευροπάθεια, ενώ η διάμεση τιμή (εύρος τεταρτημορίων) του SINBAD (Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial Infection and Depth) score ήταν 2 (1, 4). Περιφερική αρτηριοπάθεια ($ABI \leq 0,90$) είχε το 15,2% (n=25). Το 85% (n=142) ήταν δεξιόχειρες, εκ των οποίων το 57,7% (n=82) παρουσίαζε έλκος στο δεξί και το 42,3% (n=60) είχε έλκος στο αριστερό πόδι, ενώ στους αριστερόχειρες (n=25), το 72% (n=18) είχε έλκος στο αριστερό και το 28% (n=7) στο δεξί πόδι ($p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Τα ευρήματα αυτής της μελέτης δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ της εμφάνισης έλκους στα κάτω άκρα με το επικρατούν άνω άκρο. Είναι χρήσιμο να δίνεται έμφαση στην ανάγκη προστασίας του επικρατούντος κάτω άκρου για την πρόληψη των ελκών στα άτομα με διαβήτη αυξημένου κινδύνου.

ΠΑ05

ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΜΙΜΗΤΙΚΟ ΘΕΙΚΗΣ ΗΠΑΡΑΝΗΣ ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ: ΠΡΟΚΑΤΑΡΚΤΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σαμακίδου Γεωργία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κώστα Ουρανία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Λαμπρινός Δημήτριος, Κουλιουρή Αναστασία, Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Ντζώρα Φωτεινή, Μάρκου Γεωργία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

Εισαγωγή - Σκοπός: Τα διαβητικά έλκη είναι μια συχνή επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η επίδραση της θεραπείας με ReGeneraTing Agents (RGTA) matrix, ενός μιμητικού της θειικής ηπαράνης, στην προαγωγή της επούλωσης των χρόνιων διαβητικών ελκών.

Υλικό και Μέθοδοι: Για το σκοπό αυτό διεξαγάμε μία τυχαιοποιημένη κλινική μελέτη με χρόνια, ανθεκτικά στην επούλωση διαβητικά έλκη διάρκειας μεγαλύτερης των 12 εβδομάδων. Οι ασθενείς τυχαιοποιούνται 1:1 στην ομάδα ελέγχου, όπου παρέχεται η καθιερωμένη φροντίδα των ελκών, και στην ομάδα παρέμβασης, όπου παρέχεται η καθιερωμένη φροντίδα και η εφαρμογή RGTA matrix σε μορφή spray. Η διάρκεια της παρέμβασης είναι 12 εβδομάδες.

Αποτελέσματα: Έως σήμερα 26 άτομα έχουν ολοκληρώσει τη μελέτη και τα δεδομένα αυτών πρόκειται να παρουσιαστούν. Στις 12 εβδομάδες θεραπείας το ποσοστό μείωσης της επιφάνειας του έλκους ήταν μεγαλύτερο στην ομάδα παρέμβασης έναντι της ομάδας ελέγχου [90% (63, 99)% έναντι 45% (20,71)%, $p=0.008$], ενώ, επίσης, μεγαλύτερος ήταν ο αριθμός των ελκών με επούλωση $\geq 80\%$ της αρχικής τους επιφάνειας [6 (54.5%) έναντι 1 (8.3%), $p=0.027$]. Στην καταληκτική επίσκεψη, η ομάδα παρέμβασης εξακολούθησε να υπερέχει της ομάδας ελέγχου, αλλή οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δύο ομάδες στον αριθμό των πλήρως επουλωμένων ελκών και στην εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Συμπεράσματα: Τα προκαταρκτικά αποτελέσματα αυτής της μελέτης σχετικά με την επίδραση της τεχνολογίας RGTA matrix στην επούλωση των χρόνιων διαβητικών ελκών είναι ενθαρρυντικά, εντούτοις, χρειάζονται περισσότερα δεδομένα για την εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων.

ΠΑ06 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΑΠΟ ΧΡΥΣΙΖΟΝΤΑ ΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΟ - ΣΥΓΚΡΙΣΗ MRSA ΚΑΙ MSSA

Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαμάκου Βασιλική², Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δεληπολάνης Ιωάννης⁴, Τεντολούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία το πιο συχνό παθογόνο που απομονώνεται στις λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού είναι ο χρυσίζοντας σταφυλόκοκκος και κυρίως ο ανθεκτικός στη μεθικιλλίνη (MRSA). Στην Ελλάδα, ελάχιστα είναι γνωστά για τη μικροβιολογία των διαβητικών ελκών.

Σκοπός: Η καταγραφή των απομονωθέντων στελεχών χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου, τα κλινικά χαρακτηριστικά και η έκβαση των ασθενών που παρακολουθούνται τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού ποδιού του νοσοκομείου μας.

Υλικό και Μέθοδοι: Αναδρομικά μελετήσαμε 240 ιατρικούς φακέλους ασθενών που παρακολουθούνται τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του νοσοκομείου μας κατά τη χρονική περίοδο Ιανουάριος 2017 έως και τον Δεκέμβριο 2018.

Αποτελέσματα: Συνολικά, το 77.1% των καλλιιεργειών ήταν θετικό. Στο 40.84% (n=177) απομονώθηκε Gram θετικό βακτήριο. Επί του συνόλου των Gram θετικών βακτηρίων, ο MRSA εμφανιζόταν σε 55.11% και ο MSSA σε 21.59%. Ανευρέθηκαν σε 67 διαβητικούς ασθενείς (45 είχαν MRSA και 22 είχαν MSSA) με μέση ηλικίας 65.76±8.2 έτη, 31.3% ήταν γυναίκες και 68.7% ήταν άνδρες, 10.4% είχαν ΣΔΤ1 και 89.6% είχαν ΣΔΤ2, με μέση διάρκεια ΣΔ 14.18±9.2 έτη. Το 81.2% είχε συννοσηρότητες και το 43.3% είχε καπνιστική συνήθεια. Στο 52.2% των καλλιιεργειών απομονωνόταν και άλλο παθογόνο (41.8% ήταν Gram αρνητικό βακτήριο και 11.9% ήταν Gram θετικό βακτήριο). Όσο αφορά τον MRSA δεν απομονώθηκαν στελέχη ανθεκτικά στη βανκομυκίνη αλλά ανευρέθηκε σημαντικού βαθμού αντοχή στη σιπροφλοξασίνη παρότι δεν αποτελεί αντιμικροβιακό φάρμακο εκλογής και λιγότερο στη κοτριμοξαζόλη και την κλινδαμυκίνη.

Όσο αφορά τις συννοσηρότητες, το 89.6% είχε υπέρταση, το 62.7% είχε δυσλιπιδαιμία, το 68.7% είχε διαβητική νεφροπάθεια. Στο 37.3% των περιπτώσεων το έλκος δεν επουλώθηκε, στο 22.4% επουλώθηκε πλήρως, στο 22.4% διενεργήθηκε ελάσσονας ακρωτηριασμός και στο 17.9% διενεργήθηκε μείζονας ακρωτηριασμός.

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ MRSA και MSSA, οι ασθενείς με MSSA είχαν κατά μέσο όρο 6.64 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα για καλύτερη έκβαση σε σχέση με τους MRSA. Η παρουσία νεφροπάθειας και η καπνιστική συνήθεια οδηγεί σε ελάττωση κατά 98% και κατά 77% αντίστοιχα της πιθανότητας για καλύτερη έκβαση. Η ηλικία, ο τύπος ΣΔ, η υπέρταση και η ανεύρεση άλλων παθογόνων δεν επηρεάζουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την έκβαση. Στην πολυεπίπεδη ανάλυση, ο MSSA εμφάνιζε 94.45% λιγότερη πιθανότητα για μείζονα ακρωτηριασμό, 87.50% για ελάσσονα και 76.47% για μη επούλωση.

Συμπεράσματα: Η μικροβιολογία στα διαβητικά έλκη άλλαξε στη χώρας μας, τα Gram θετικά βακτήρια δεν είναι τα πιο συχνά απομονωθέντα βακτήρια. Οι ασθενείς με MSSA είχαν αδιαμφισβήτητη καλύτερη έκβαση εν συγκρίσει με τους ασθενείς με MRSA. Η μη ανεύρεση ανθεκτικού στη βανκομυκίνη MRSA είναι ενθαρρυντικό αλλά οι ανεύρεση αντοχής στη σιπροφλοξασίνη πρέπει να προβληματίσει όλη την ιατρική κοινότητα.

ΠΑ07

ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΑΣ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΣΤΟΝ ΕΛΛΑΔΙΚΟ ΧΩΡΟ – Η “ΕΚΔΙΚΗΣΗ” ΤΩΝ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΩΝ ΒΑΚΤΗΡΙΩΝ

Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαμάκου Βασιλική², Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δεληπολάνης Ιωάννης⁴, Τεντολιούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Σε παγκόσμιο επίπεδο το πιο συχνό παθογόνο που απομονώνεται στα διαβητικά έλκη είναι ο ανθεκτικός στη μεθικιλίνη *Staphylococcus aureus* (MRSA) και έπονται τα Gram αρνητικά βακτήρια. Στην Ελλάδα, υπάρχουν ελάχιστες δημοσιευμένες εργασίες για τη μικροβιολογία των διαβητικών ελκών.

Σκοπός: Η καταγραφή των μικροοργανισμών που απομονώθηκαν στις καλλιέργειες πύου και ιστών από τα έλκη διαβητικών ασθενών που παρακολουθούνται σε τακτική βάση στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού.

Υλικό και Μέθοδοι: Αποτελεί αναδρομική μελέτη, καταγράφηκαν τα κλινικά χαρακτηριστικά και τα μικροβιολογικά δεδομένα από 240 ασθενείς με διαβητικό πόδι που αντιμετωπίστηκαν στο Ιατρείο μας από τον Ιανουάριο 2017 έως και τον Δεκέμβριο 2018.

Αποτελέσματα: Διενεργήθηκαν 451 καλλιέργειες πύου και ιστών, εκ των οποίων το 77.1% (n=348) ήταν θετικές. Οι 48.3% ήταν μονομικροβιακές και οι 51.7% ήταν πολυμικροβιακές. Στο 51.97% (n=224) απομονώθηκαν Gram αρνητικά βακτήρια, στο 40.84% (n=176) Gram θετικά βακτήρια και στο 7.19% (n=31) μύκητες. Όσο αφορά τα Gram αρνητικά βακτήρια απομονώθηκαν: *E.coli* 9.98% (n=43), *Ps.aeruginosa* 9.05% (n=39), *Pr.mirabilis* 7.89% (n=34), *Kl.pneumoniae* 5.80% (n=25), *E.clocae* 5.57% (n=24), *M.morganii* 4.18% (n=18), *S.marcescens* 2.78% (n=12), *A.baumannii* 1.39% (n=6), *S.maltophilia* 1.39% (n=6), *C.koseri* 0.70% (n=3), *Kl.oxytoca* 0.70% (n=3), *E.aerogenes* 0.46% (n=2), *Pr.vulgaris* 0.46% (n=2), *A.iwoffii* 0.23% (n=1), *Enterobacter* spp. 0.23% (n=1) και *Pr.burhodogranariea* 0.23% (n=1). Ανευρέθηκαν KPC και ESBL στελέχη τα οποία ήταν ελάχιστα όμως συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο για ακρωτηριασμό.

Συμπεράσματα: Τα Enterobacteriaceae είδη ήταν κυρίαρχα με πρωτεύον το *E.coli* (19.20%), ακολουθούμενα από τα non - fermenters Gram αρνητικά βακτήρια, όπως είναι η *Ps. Aeruginosa* (17.40%). Παρατηρήθηκε σαφής υπεροχή των Gram αρνητικών βακτηρίων έναντι των Gram θετικών. Πιθανά η μη ορθολογική χρήση των αντιμικροβιακών φαρμάκων από το σύνολο της ιατρικής κοινότητας επιφέρει σημαντικές αλλαγές στη μικροβιακή χλωρίδα και στους φαινοτύπους των μικροβίων στα διαβητικά έλκη. Τα ανθεκτικά στελέχη θα μας προβληματίσουν τα επόμενα έτη αν δεν ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό τους.

ΠΑ08 ΑΠΟΜΟΝΩΣΗ *CANDIDA AURIS* ΣΕ ΕΛΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Η ΑΥΓΗ ΜΙΑΣ ΝΕΑΣ ΠΑΝΔΗΜΙΑΣ;

Δημητρίου Μαρία¹, Κουσκουμπέκου Φ.², Κουτράκη Μ.², Γκότση Χ.², Μειμάρης Γ.³, Κάρη Π.², Κιμούλη Μ.²

¹ Εργαστήριο Μικροβιολογίας, Γ.Α.Ν. Πειραιά «ΜΕΤΑΞΑ»

² Εργαστήριο Μικροβιολογίας Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

³ Α' Χειρουργική Κλινική Γ.Ν.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»

Εισαγωγή: Η *Candida auris* αναγνωρίζεται πλέον ως μια αναδυόμενη απειλή για τη δημόσια υγεία. Εμφανίστηκε παγκοσμίως την τελευταία δεκαετία και προκαλεί επιδημίες σε μονάδες υγειονομικής περίθαλψης.

Σκοπός: Η περιγραφή περίπτωσης απομόνωσης της *Candida auris* σε έλκος ποδιού διαβητικού ασθενούς κατά τη νοσηλεία του σε χειρουργική κλινική σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό: Ασθενής 59 ετών προσέρχεται σε τακτική βάση για την αντιμετώπιση λοίμωξης έλκους μαλακών μορίων. Από το ατομικό ιστορικό ο ασθενής εμφανίζει ΣΔ ΙΙ, ΧΑΠ, Σ.Ν. και διαβητική νεφροπάθεια. Γίνεται εισαγωγή για χειρουργικό καθαρισμό και αντιμετώπιση με αντιβιοτικά.

Μέθοδοι: Λαμβάνονται καλλιέργειες από το έλκος. Η ταυτοποίηση των παθογόνων γίνεται με το σύστημα Vitek2 Compact και επιπλέον πραγματοποιείται μοριακή ταυτοποίηση με το σύστημα MALDI-TOF της Bruker.

Αποτελέσματα: Από τις καλλιέργειες προκύπτει πολυμικροβιακή λοίμωξη με *Proteus mirabilis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* και *Candida auris*. Ενημερώθηκαν η κλινική, η επιτροπή λοιμώξεων, ο ΕΟΔΥ και ο ασθενής απομονώθηκε. Επιπλέον λήφθηκαν όλα τα απαραίτητα μέτρα για τον έλεγχο της εξάπλωσης του μύκητα όπως προβλέπεται από τα πρωτόκολλα. Δόθηκε η κατάλληλη θεραπεία και ο ασθενής ανταποκρίθηκε. Στην επόμενη καλλιέργεια δεν απομονώθηκε η *Candida* αν και το έλκος συνέχιζε να είναι πολυμικροβιακό.

Συμπεράσματα: Οι διαβητικοί ασθενείς με έλκη αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για λοίμωξη με αυτόν τον επικίνδυνο λόγω υψηλής αντοχής στα αντιμυκητικά φάρμακα, ζυμομύκητα. Η *C. auris* άληωσε φιλεί το δέρμα. Είναι λοιπόν επιτακτική η ανάγκη για άμεση αναγνώριση, και γρήγορη ενημέρωση από το εργαστήριο όλων των εμπλεκόμενων για τον έλεγχο της λοίμωξης και την πρόληψη της διασποράς.

ΠΑ09 ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα¹, Κακαβιά Κυριακή², Σκοτσιμάρα Αντωνία², Χασεράκη Νατάσα², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Μαράκου Βασιλική⁴, Τεντολούρης Νικόλαος⁴, Κλωνάρης Χρήστος², Γεωργόπουλος Σωτήριος², Μπακογιάννης Χρήστος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Χειρουργική Κλινική - Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που πάσχουν από διαβητικό πόδι συχνά νοσηλεύονται σε αγγειοχειρουργικά τμήματα. Έχουν αρκετές συννοσηρότητες και οι νοσηλείες τους είναι πολυήμερες. Στη Ελλάδα, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα από τα αγγειοχειρουργικά τμήματα.

Σκοπός: Η καταγραφή των συννοσηροτήτων και η μικροβιολογική ανάλυση των καλλιιεργειών πύου και ιστών από τους νοσηλευόμενους ασθενείς στο αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου μας.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά τους ιατρικούς φακέλους 122 ασθενών με διαβητικό πόδι που νοσηλεύτηκαν στο αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου μας από τον Ιανουάριο 2018 έως και τον Δεκέμβριο 2019.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 69.2 ± 12.0 έτη. Οι 107 (87.7%) ασθενείς είχαν ΣΔΤ2 και οι 15 (12.3%) είχαν ΣΔΤ1. Οι 26 (21.3%) ήταν γυναίκες και οι 96 (78.7%) ήταν άνδρες. Όσο αφορά τις συννοσηρότητες, οι 91 (74.6%) ασθενείς είχαν υπέρταση, οι 48 (39.3%) είχαν δυσλιπιδαιμία, οι 75 (61.5%) είχαν στεφανιαία νόσο, οι 20 (16.4%) είχαν ΧΑΠ, οι 3 (2.5%) είχαν ηπατική νόσο, οι 2 (1.7%) είχαν άνοια, οι 2 (1.7%) είχαν σκληρόδερμα, ο 1 (0.8%) είχε ΙΦΝΕ, οι 16 (13.1%) είχαν στάδιο II- IV χρόνια νεφρική νόσο, οι 5 (4.1%) υποβάλλονταν σε αιμοκάθαρση και 6 (4.9%) είχαν πραγματοποιήσει μεταμόσχευση νεφρού λόγω διαβητικής νεφροπάθειας.

Από τις καλλιιεργείες πύου και ιστών το 54.8% ήταν θετικές. Από αυτές, τα πιο συχνά παθογόνα που απομονώθηκαν ήταν Gram αρνητικά αερόβια βακτήρια (58.8%). Το *E.coli* (20.5%), ήταν το κυρίαρχο και ακολούθησαν η *Ps.aeruginosa* (14.7%). Όσο αφορά τα Gram θετικά αερόβια βακτήρια (38.2%), ο ανθεκτικός στη μεθικιλλίνη *Staphylococcus aureus* (MRSA) ήταν ο κυρίαρχος παθογόνος παράγοντας (13.2%), ακολούθουμένος από τον ευαίσθητο στη μεθικιλλίνη *Staphylococcus aureus* (MSSA) σε 5.8%. Οι μύκητες (3.0%) ήταν το λιγότερο συχνό παθογόνο.

Πολλή ανθεκτικότητα στα αντιμικροβιακά φάρμακα στελέχη (MDR) απομονώθηκαν στο 32.3% όλων των καλλιιεργειών.

Συμπεράσματα: Η συχνότερη συννοσηρότητα στους ασθενείς ήταν η υπέρταση. Τα *Enterobacteriaceae* και τα non - fermenters βακτήρια ήταν τα πιο κοινά απομονωμένα μικρόβια ακολουθούμενα από το MRSA. Τα στελέχη MDR αποτελεί ένα αυξανόμενο πρόβλημα στην κλινική μας και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής.

ΠΑ10 **ΈΛΕΓΧΟΣ ΓΙΑ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΧΩΡΙΑ ΤΗΣ ΗΠΕΙΡΟΥ ΜΕ ΤΗΝ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ «ΔΙΨΑΚΟΣ»**

Γιώτη Αντιγόνη¹, Πότσης Θωμάς², Πραμαντιώτη Λάουρα-Μάρθα³, Παυλάκη Νίκη⁴, Μαλάμου Χρυσούλα⁵, Αλεξίου Δήμητρα⁶, Βασιλείου Ιωάννα⁷, Σαράφη Άννα⁸, Πότση Φωτεινή⁹

¹ Διοικητική Υπάλληλος Πληροφορικής, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

² Ιδιώτης Ιατρός, Καρδιολόγος

³ Μηχανολόγος Μηχανικός, Ιδιώτης

⁴ Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁵ Νοσηλεύτρια, Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων

⁶ Νοσηλεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁷ Φυσικοθεραπεύτρια, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁸ Χειρίστρια Ακτινολογικού Εργαστηρίου, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

⁹ Διαιτολόγος, Γ.Ν.Ι. «Γ. Χατζηκώστα»

Εισαγωγή: Η εθελοντική ομάδα ονομάστηκε «Δίψακος» γιατί μέχρι την εποχή του αρεταίου ο διαβήτης ονομαζόταν δίψα ή δίψακος, από το όνομα ενός φιδιού που όταν σε τσιμπούσε προκαλούσε ακατάσχετη δίψα και πίστευαν πως αυτό το φίδι ήταν η αιτία της νόσου. Η ομάδα οργανώθηκε από την κ. Γιώτη Αντιγόνη και αποτελείται από δέκα μέλη.

Σκοπός: Η ενημέρωση και η πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη σε ανθρώπους της κοινότητας που ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές από το κέντρο των Ιωαννίνων. Αρωγή στην προσπάθεια αυτή είναι η Μητρόπολη Ιωαννίνων, η Περιφέρεια Ηπείρου και το Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων.

Υλικό και Μέθοδος: Επισκεφτήκαμε 16 χωριά. Έγιναν μετρήσεις σε 563 άτομα εκ των οποίων 363 ήταν γυναίκες και 197 ήταν άνδρες, με μέσος όρος ηλικίας 69 έτη (16-91 ετών).

Σε πρωινή μέτρηση σακχάρου το 75% των ασθενών ήταν νηστικοί, οι 182 (23%) είχαν διάγνωση σακ. διαβήτη και 381 (67%) δεν είχαν ιστορικό σακχ. διαβήτη.

Από τους 182 ασθενείς με ιστορικό σακ. διαβήτη 24(13%) είχαν τιμή <100, 48 (26%) είχαν τιμή 100-126, 68(37%) είχαν τιμή 126-200 και 42(253% είχαν τιμή >200

Από τους 381 ασθενείς χωρίς ιστορικό 82(22%) είχαν σάκχαρο <100, 163(42%) είχαν 100-126, 115(30%) είχαν 126-200 και 21 (6%) είχαν >200.

Συμπεράσματα: Ο πληθυσμός ελέγχου του σακχαρώδη διαβήτη είναι εφικτό με ελάχιστο εξοπλισμό. Τα αποτελέσματα τα οποία βγήκαν ήταν πολύ σημαντικά γιατί υπήρχαν άνθρωποι με υψηλές τιμές σακχάρου, χωρίς να το γνωρίζουν. Δόθηκαν οδηγίες και συμβουλές επί τόπου από τον ιατρό της ομάδας.

ΠΑ11 ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΙ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΥΠΟ ΕΞΩΝΕΦΡΙΚΗ ΚΑΘΑΡΣΗ

Μπαλάνικας Ευάγγελος¹, Βασιλόπουλος Γεώργιος², Φασόνη Γεωργία², Καθεμικεράκης Ιωάννης²

¹ Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Πολεμικό Ναυτικό, Αθήνα

² Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αθήνα

Εισαγωγή: Οι ασθενείς που λαμβάνουν Θεραπεία Υποκατάστασης της Νεφρικής Λειτουργίας (ΘΥΝΛ) παρουσιάζουν επιπολασμό μη επουλώσιμων ελκών 21 -31,8% και αντίστοιχα 10 -13,3% ακρωτηριασμού του κάτω άκρου. Η συνύπαρξη σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ), ο οποίος αποτελεί βασική αιτία ανάπτυξης Χρόνιας Νεφρικής Νόσου (ΧΝΝ), Περιφερικής Αρτηριακής Νόσου (ΠΑΝ) και Περιφερικής Νευροπάθειας (ΠΝ) επιβαρύνει περαιτέρω τη κατάσταση.

Σκοπός: Διερεύνηση των επιβαρυντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ανάπτυξη έλκους, καθώς και τον ακρωτηριασμό σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ΘΥΝΛ.

Υλικό: Επιλέχθηκαν 23 μελέτες κοόρτης: 4 μελέτες σχετικά με ΣΔ και ΘΥΝΛ, 9 μελέτες σχετικά με μη επουλώσιμα έλκη και ΘΥΝΛ, 4 μελέτες διερεύνησαν επιβαρυντικούς παράγοντες ακρωτηριασμού και 6 μελέτες σχετικά με ΘΥΝΛ και κρίσιμη ισχαιμία κάτω άκρων.

Μέθοδος: Αναζήτηση στη βάση δεδομένων Pubmed, με λέξεις κλειδιά: dialysis OR haemodialysis AND foot ulceration AND risk factor AND amputation. Η αναζήτηση περιορίστηκε ως προς τη γλώσσα, το χρόνο δημοσίευσης, τη διαθεσιμότητα πλήρους κειμένου και τη συμπερίληψη πειραματικών δεδομένων από πειραματόζωα.

Αποτελέσματα: Αιμάτωση κάτω άκρου, επίπεδα αλβουμίνης, ΠΝ, ΠΑΝ, ακατάλληλα υποδήματα, παθολογία κάτω άκρων, ιστορικό ακρωτηριασμού, ιστορικό έλκους, αγγειοεγκεφαλική νόσος, διάρκεια αιμοκάθαρσης, ηλικία, ισχαιμική καρδιοπάθεια, αυξημένη CRP, αυξημένος φώσφορος, λήψη αναστολέων αντλίας πρωτονίων, λήψη φωσφοδεσμευτικών, λήψη αντιπηκτικών (ανταγωνιστές βιταμίνης Κ) αναδείχθηκαν ως επιβαρυντικοί παράγοντες ανάπτυξης έλκους. Αρρυθμιστη αρτηριακή πίεση, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, ιστορικό χρόνιου έλκους, ύπαρξη ενεργού έλκους, παραμόρφωση κάτω άκρου, ΠΝ, ΠΑΝ, ΣΔ, υπερλιπιδαιμία και αυστραλιανή ιθαγένης προέλευση αναδείχθηκαν ως επιβαρυντικοί παράγοντες ακρωτηριασμού του κάτω άκρου.

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς υπό ΘΥΝΛ φέρουν πολλαπλούς επιβαρυντικούς παράγοντες. Η οργάνωση προγραμμάτων πρόληψης ίσως αποτελεί την ενδεδειγμένη λύση αντιμετώπισης του φαινομένου.

ΠΑ12 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Μαμάκου Βασιλική¹, Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα², Δηλές Δημήτριος¹, Τριανταφύλλου Μαρία², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Οι συννοσηρότητες είναι συχνές σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και ιδίως σε ασθενείς με διαβητικά έλκη ποδιών (DFU). Στον ελληνικό χώρο, δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα για τις συνήθεις συνυπάρχουσες παθήσεις που παρουσιάζει η κατηγορία αυτών των ασθενών και το ρόλο τους στην έκβαση του διαβητικού ποδιού.

Σκοπός: Η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, των συννοσηροτήτων και η έκβαση των ασθενών με DFU που παρακολουθούνται τακτικά στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά τους ιατρικούς φακέλους 240 ασθενών με διαβητικό πόδι που αντιμετωπίστηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού από τον Ιανουάριο 2017 έως και τον Δεκέμβριο 2018.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 64.8 ± 9.2 έτη. 216 (90%) είχαν ΣΔΤ2 και 24 (10%) είχαν ΣΔΤ1. Η μέση διάρκεια του διαβήτη ήταν 12.5 ± 8.3 έτη και η μέση τιμή HbA1c $7.94 \pm 1.28\%$. Η υπέρταση ανευρέθηκε στο 77.5% των ασθενών, δυσλιπιδαιμία στο 65.0%, στεφανιαία νόσος στο 41.0%, ισχαιμικό αγγειακό επεισόδιο στο 8.37%, περιφερική αρτηριακή νόσος στο 16.74%, ανεύρυσμα της κοιλιακής αορτής στο 9.62%, νεφροπάθεια στο 56.9% (30.5% στάδιο 1, 15.5% στάδιο 2, 6.7% στάδιο 3, 2.9% στάδιο 4 και 1.3% στάδιο 5). Επιπλέον, αμφιβληστροειδοπάθεια ανευρέθηκε στο 19.25% των ασθενών και γαστροπάρεση στο 0.42%. Συνολικά, το 50.8% των ασθενών ήταν καπνιστές (νυν ή πρώην). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης, το 44, 6% των ασθενών με DFU θεραπεύτηκε πλήρως, το 26.7% το έλκος παρέμεινε ενεργό, ενώ το 18. 8% και το 10. 0% των ασθενών υποβλήθηκαν σε ελάσσονα και μείζονα ακρωτηριασμό αντίστοιχα. Η νεφροπάθεια, η υπέρταση, η δυσλιπιδαιμία και το κάπνισμα συσχετίστηκαν με καθυστέρηση στην επούλωση και υψηλότερα ποσοστά ακρωτηριασμού.

Συμπεράσματα: Οι συννοσηρότητες είναι πολύ συχνές σε ασθενείς με DFU. Η νεφροπάθεια, η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία σχετίζονται με υψηλότερα ποσοστά μη επούλωσης και ακρωτηριασμού. Σχεδόν 1 στους 2 ασθενείς μας τα έλκη τους επούλωθηκαν πλήρως.

ΠΑ13 ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΕ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ - ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα¹, Δηλές Δημήτριος², Τριανταφύλλου Μαρία¹, Μαρμάκου Βασιλική², Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δελιοθάννης Ιωάννης⁴, Δαΐκος Γεώργιος¹, Σαμάρκος Μιχαήλ¹, Τεντολούρης Νικόλαος²

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Λίγα είναι γνωστά για τη μικροβιολογία των επιπολυσμένων διαβητικών ελκών στην Ελλάδα. Επιπλέον, υπάρχουν περιορισμένα δεδομένα σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ των παθογόνων μικροοργανισμών και της έκβασης σε ασθενείς με διαβητικό πόδι.

Σκοπός: Η ανεύρεση των δημογραφικών χαρακτηριστικών, των μικροοργανισμών και η έκβαση των ασθενών με διαβητικό πόδι που παρακολουθούνται σε Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Αποτελεί αναδρομική μελέτη που κατέγραψε κλινικά χαρακτηριστικά, μικροβιολογικά δεδομένα (n=451 δείγματα από καλλιέργειες πύου και ιστών) και έκβαση 240 ασθενών με διαβητικά έλκη και αντιμετωπίστηκαν στο Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού από τον Ιανουάριο 2017 έως τον Δεκέμβριο 2018.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 64.8 ± 9.2 έτη. 216 (90%) είχαν ΣΔΤ2 και 24 (10%) είχαν ΣΔΤ1. Οι 77 (32.1%) ήταν γυναίκες και οι 163 (67.9%) ήταν άνδρες. Η μέση διάρκεια του διαβήτη ήταν 12.5 ± 8.3 έτη και η μέση τιμή HbA1c ήταν $7.94 \pm 1.28\%$.

Από τις 451 καλλιέργειες πύου και ιστών, οι 77.10% ήταν θετικές από αυτές το 48.3% ήταν μονομικροβιακές και το 51.7% ήταν πολυμικροβιακές. Τα Gram αρνητικά αερόβια βακτήρια ήταν οι πιο συχνόι απομονωθέντες μικροοργανισμοί (51.97%). Τα είδη enterobacteriaceae ήταν κυρίαρχα, ακολουθούμενο από τα non- fermenters όπως είναι η ps. aeruginosa (17.4%) και το Acinetobacter spp. (3.1%). Μεταξύ του Gram-θετικών αερόβιων βακτηρίων (40.84%), ο ανθεκτικός στη μεθικιλλίνη Staphylococcus aureus (MRSA) ήταν το πιο συχνό 55.11%, ακολουθούμενο από τον ευαίσθητο στη μεθικιλλίνη Staphylococcus aureus (MSSA) 21.59%. Στο 7.19% απομονώθηκαν μύκητες. Πλήρης επουλήωση του έλκους είχε το 44.6% των ασθενών, 26.7% το έλκος παρέμεινε ενεργό, 18.8% και 10.0% των ασθενών υποβλήθηκαν σε ελάσσονα και σε μείζονα ακρωτηριασμό αντίστοιχα. Συνοδικά, το 17.5% των ασθενών υποβλήθηκαν σε διαδικασίες επαναγγείωσης. Η μακρά διάρκεια του διαβήτη και η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών όπως KPC και ESB� συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού ($p < 0.001$).

Συμπεράσματα: Στο κέντρο μας, τα αρνητικά βακτήρια gram ήταν τα πιο συχνά παθογόνα που απομονώθηκαν από διαβητικά έλκη ποδιών, ειδικά τα είδη Enterobacteriaceae. Το MRSA ήταν το πιο κοινό gram-θετικό αερόβιο παθογόνο που απομονώθηκε. Η διάρκεια του διαβήτη και τα ανθεκτικά στελέχη συσχετίστηκαν με αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού. Περίπου στο 50% των ασθενών τα έλκη του επουλώθηκαν πλήρως.

ΠΑ14 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΜΕΛΙΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΤΟΥ

Λούτα Ασπασία¹, Λούτας Θεόδωρος², Μάθιου Φίλιππος³, Πολυδώρου Ανδρέας⁴, Μασσαράς Δημήτρης⁵, Ηλιακόπουλος Κωνσταντίνος⁶, Πρασιανάκη Μαριάννα⁷

¹ Νοσηλεύτρια, MSc, PhD (c), ΜΕΘ, Β' Χειρουργική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

² Νοσηλεύτης MSc, PhD (c), Χειρουργείο, Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης

³ Νοσηλεύτης, MSc, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών «Δρομοκάτειο»

⁴ Καθηγητής Χειρουργικής M.D., PhD, Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁵ Ειδικευόμενος Χειρουργικής M.D., PhD (c), Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁶ Ειδικευόμενος Χειρουργικής M.D., Β' Χειρουργική Κλινική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

⁷ Νοσηλεύτρια, ΜΕΘ, Γενικό Νοσοκομείο Ασκληπείο Βούλας

Εισαγωγή: Το μέλι χρησιμοποιείται για την επούλωση πληγών για εκατοντάδες χρόνια από τους αρχαίους πολιτισμούς, αλλά μόλις πρόσφατα απέκτησε επιστημονικό ενδιαφέρον λόγω των σχετικών βιολογικών του ιδιοτήτων. Στην τελευταία δεκαετία, πράγματι, αρκετές δοκιμές και μελέτες ανέφεραν ότι, σε σύγκριση με τη συμβατική θεραπεία (π.χ. αντισηπτικά, μεμβράνη πολυουρεθάνης, γάζα παραφίνης, γάζα εμποτισμένη με σοφραμυκίνη), οι επίδεσμοι μελιού φαίνεται να είναι καλύτεροι στον χρόνο επούλωσης διαφόρων τύπων πληγών, συμπεριλαμβανομένων των διαβητικών ελκών των ποδιών.

Σκοπός: Η μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση της αποτελεσματικότητας του μελιού και των παραγόντων του που σχετίζονται με τη διαδικασία επούλωσης στο διαβητικό πόδι.

Υλικό και Μεθοδολογία: Το μεθοδολογικό υπόβαθρο της παρούσας εργασίας βασίζεται στη συστηματική ανασκόπηση με τη χρήση των ηλεκτρονικών βάσεων δεδομένων PubMed και Cochrane Library. Κριτήρια εισαγωγής ήταν μόνο οι πρωτογενείς μελέτες των οποίων το δείγμα ήταν ασθενείς με διαβητικά έλκη, ανεξαρτήτου ηλικίας, δημοσιευμένες στην Αγγλική γλώσσα, της τελευταίας πενταετίας (2016-2022).

Αποτελέσματα: Από την ανασκόπηση προέκυψαν 10 άρθρα τα οποία ικανοποιούσαν τα κριτήρια ένταξης. Αν και πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι το μέλι και η αποτελεσματικότητα των επιδέσμων με βάση το μέλι μπορεί να βελτιώσει την επούλωση των πληγών στη θεραπεία διαβητικών ελκών, από τις έρευνες της παρούσας ανασκόπησης προκύπτει ότι δεν τεκμηριώνεται πλήρως καθώς η αποτελεσματικότητά του για μεγάλες πληγές παραμένει ασαφής.

Συμπεράσματα: Το μέλι είναι μια ευέλικτη παρέμβαση για πληγές λόγω των αντιμικροβιακών του ιδιοτήτων και της δυνατότητάς του να επηρεάσει την επούλωση. Παρόλα αυτά, οι αμφιλεγόμενες ενδείξεις ότι το μέλι αποστειρώνει τις πληγές και συμβάλλει στην επούλωση των πληγών κατά τη θεραπεία διαβητικών ελκών απαιτεί περαιτέρω κλινικές μελέτες.

Λέξεις κλειδιά: wound healing, honey, manuka, diabetic foot

ΠΑ15

Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΓΕΛΗΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΑΠΟ ΟΜΦΑΛΟΠΛΑΚΟΥΝΤΙΑΚΟ ΥΛΙΚΟ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

Κουντούρη Αικατερίνη¹, Ψαχούλια Φωτεινή², Μπαλαμπάνης Κωνσταντίνος¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα³, Μιχαλόπουλος Ευστάθιος⁴, Σταυροπούλου-Γκιόκα Αικατερίνη⁴, Λάζαρης Ανδρέας², Γερουλάκος Γεώργιος², Τεντολούρης Νικόλαος³, Λαμπαδιάρη Βαϊά¹

¹ Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

² Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Ίδρυμα Ιατροβιολογικών Ερευνών Ακαδημίας Αθηνών

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι ασθενείς με ΣΔ έχουν 25 φορές αυξημένο κίνδυνο για ακρωτηριασμό σε σχέση με μη διαβητικούς, ενώ τα διαβητικά έλκη αποτελούν την κύρια αιτία ακρωτηριασμών του κάτω άκρου. Η αυτόλογη χρήση παραγόντων αιμοπεταλίων φαίνεται ότι έχει ευεργετική επίδραση στην επούλωση του διαβητικού έλκους.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αξιολόγηση της εφαρμογής βιολογικού προϊόντος πλούσιου σε αυξητικούς παράγοντες από ομφαλοπλακουντιακό υλικό σε ασθενείς με διαβητικό έλκος.

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 50 ασθενείς με διαβητικό έλκος οι οποίοι τυχαιοποιήθηκαν να λάβουν είτε θεραπεία με γέλη αιμοπεταλίων και αυξητικών παραγόντων (N=25) κάθε 3-4 ημέρες για 4 εβδομάδες ή συμβατική θεραπεία με αποστειρωμένα επιθέματα (N=25). Όλοι οι ασθενείς παρακολούθηθηκαν για συνολικό διάστημα 6 μηνών, προκειμένου να αξιολογηθεί ο ρυθμός επούλωσης αλλά και ο χρόνος για την πλήρη επούλωση του έλκους. Το μέγεθος του έλκους αξιολογήθηκε με τη χρήση της εφαρμογής imitomeasure στις 2 και 4 εβδομάδες καθώς και τους 2, 4 και 6 μήνες.

Αποτελέσματα: Το μέγεθος του έλκους κατά την ένταξη των ασθενών στη μελέτη δεν διέφερε μεταξύ των δύο ομάδων ($p > 0.05$). Στους έξι μήνες, οι ασθενείς και στις δύο ομάδες παρουσίασαν σημαντική μείωση του μεγέθους του έλκους ($3.75 \pm 4.87 \text{ cm}^2$ vs $0.76 \pm 1.7 \text{ cm}^2$, $p = 0.001$, 2.43 ± 3.5 vs $0.76 \pm 0.26 \text{ cm}^2$, $p = 0.002$ αντίστοιχα). Στην ομάδα παρέμβασης παρατηρήθηκε στατιστικώς σημαντική μείωση του μεγέθους του έλκους από την δεύτερη εβδομάδα εφαρμογής ($3.75 \pm 4.87 \text{ cm}^2$ vs $1.14 \pm 1.76 \text{ cm}^2$, $p = 0.001$), ενώ στην ομάδα ελέγχου βελτίωση του μεγέθους του έλκους παρατηρήθηκε στους 4 μήνες παρακολούθησης (2.43 ± 3.5 vs $0.78 \pm 0.84 \text{ cm}^2$, $p = 0.002$).

Συμπεράσματα: Η εφαρμογή της γέλης αιμοπεταλίων από ομφαλοπλακουντιακό υλικό διεγείρει και επιταχύνει την επούλωση του διαβητικού έλκους.

ΠΑ16 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΟΥ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΝΟΣΟ

Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου Ιωάννα, Μικούδη Καλλιόπη, Μπέλλου Ιωάννα, Μόσιαλος Βάιος, Τζατζάγου Γλυκερία

Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (ΣΔ1) αποτελεί χρόνια νόσος με σοβαρές αγγειακές επιπλοκές, μακροαγγειακές και μικροαγγειακές. Το έλκος κάτω άκρου συχνά αποτελεί την πρώτη εκδήλωση περιφερικής αρτηριακής νόσου (ΠΑΝ) οποία συχνά συνοδεύεται από στενώσεις των αρτηριών του πάσχοντος άκρου. Η χειρουργική αποκατάσταση της αιμάτωσης του πάσχοντος άκρου αποτελεί ζωτικής σημασίας θεραπεία για την θεραπεία του έλκους και τη διάσωση του άκρου.

Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού με αρτηριακές στενώσεις κάτω άκρου και διαβητικό έλκος σύστοιχα, σε έδαφος αρρυθμισμού ΣΔ1, που παρουσίασε ταχύτερη επούλωση του έλκους μετά από χειρουργική αποκατάσταση της βλάβης.

Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα: Γυναίκα 42 ετών με ιστορικό αρρυθμισμού ΣΔ1 από εικοσαετίας, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, καρδιακή ανεπάρκεια και στεφανιαία νόσο, εμφανίζει επώδυνο διαβητικό έλκος από 8μήνου για το οποίο αναφέρεται χορήγηση πολλαπλών αντιβιοτικών σχημάτων χωρίς πρόοδο της επούλωσης. Από MRA δεξιού κάτω άκρου διαπιστώθηκε στένωση σαφηνομυριαίας αρτηρίας, κνημοπερονιαίου στελέχους και κνημιαίων αρτηριών. Μετά από αγγειοχειρουργική εκτίμηση, τοποθετήθηκε stent στην σαφηνομυριαία αρτηρία και διενεργήθηκε διάνοιξη κνημοπερονιαίου στελέχους και οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας. Στη συνέχεια, γινόταν τοπική περιποίηση του έλκους με επουλωτικά και αντισηπτικά σκευάσματα. Ο συνδυασμός των παραπάνω μεθόδων αντιμετώπισης, οδήγησε στην τάχιση επούλωση του έλκους και στη διάσωση του άκρου.

Συμπεράσματα: Σε διαβητικό έλκος κάτω άκρου, απαιτείται πρωτίστως ο έλεγχος του αρτηριακού δικτύου προς διάγνωση διαταραχών αιμάτωσης. Σε περίπτωση παθολογικών ευρημάτων, απαιτείται η άμεση αγγειοχειρουργική εκτίμηση και αντιμετώπιση. Η αποκατάσταση της αιμάτωσης του άκρου σε συνδυασμό με την τοπική περιποίηση συμβάλλει σημαντικά στην επούλωση του έλκους και τη διάσωση του άκρου.

ΠΑ17

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΟΣ ΣΥΝΕΠΕΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΔΙΑΜΕΤΑΤΑΡΣΙΟΥ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΟ ΚΑΘΑΡΙΣΜΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Καρυοφύλλη-Ταμίσογλου Ιωάννα, Μικούδη Καλλιόπη, Ιωακείμ Κωνσταντίνος, Καρακόζογλου Αναστάσιος, Τζατζάγου Γλυκερία

Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Το διαβητικό έλκος κάτω άκρου αποτελεί τη συχνότερη εκδήλωση της περιφερικής νευροπάθειας και αγγειοπάθειας, επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη. Συχνά οδηγεί σε γάγγραινα και ακρωτηριασμό. Το 25% των διαβητικών ασθενών εμφανίζουν έλκος και 2% αυτών έχει ήδη υποστεί ακρωτηριασμό. Κύριος προβληματισμός στον ακρωτηριασμό αποτελεί η επουλήωση του κολοβώματος και η αντιμετώπιση εν δυνάμει επιπλοκών όπως, λοιμώξεις και έλκος κολοβώματος.

Σκοπός: Η περιγραφή περιστατικού με έλκος κολοβώματος, σε έδαφος ακρωτηριασμού κάτω άκρου και σταδιακή αποκατάσταση του ελλείμματος, με τοπικό καθαρισμό, περιποίηση και αντιβίωση, χωρίς τη διενέργεια δερματικής μεταμόσχευσης.

Υλικό - Μέθοδος - Αποτελέσματα: Άντρας 54 ετών, με ιστορικό ΣΔ2, διαβητικής νευροπάθειας και αμφιβληστροειδοπάθειας, διαβητικού ποδιού με ακρωτηριασμό, ΧΝΝ, ΣΝ (CABGX3). Εμφανίζει ιστικό έλκος συνεπεία διαβητικού έλκους, σε έδαφος διαμεταταρσίου ακρωτηριασμού αριστερού άκρου ποδός. Παραπέμφθηκε προ δεκατετραμήνου στα Ε.Ι. της πλαστικής χειρουργικής του νοσοκομείου μας από το Γ.Ν.Θ. ΑΧΕΠΑ, όπου νοσηλεύτηκε λόγω φλεγμονής κολοβώματος του ακρωτηριασμένου κάτω άκρου, για αντιμετώπιση του ελλείμματος. Αρχικός στόχος των πλαστικών χειρουργών ήταν η εξυγίανση της περιοχής προ προγραμματισμού δερματικής μεταμόσχευσης. Με τον χειρουργικό καθαρισμό, την τοπική περιποίηση και την κατάλληλη αντιβιοτική αγωγή, παρατηρήθηκε βελτίωση του έλκους και προ εξαμήνου, ο ασθενής παραπέμφθηκε στην ομάδα διαβητικού ποδιού, του Διαβητολογικού Κέντρου. Έκτοτε παρακολουθείται από κοινού. Η συστηματική παρακολούθηση από την ομάδα, οι συχνοί ήπιοι καθαρισμοί και η τοπική εφαρμογή επουλωτικών και αντισηπτικών σκευασμάτων, οδήγησαν σε σημαντική επουλήωση του τραύματος και αποφυγή δερματικής μεταμόσχευσης.

Συμπεράσματα: Τακτική παρακολούθηση και αντιμετώπιση ασθενών με διαβητικό πόδι και επιπλοκές αυτού, από εξειδικευμένο προσωπικό στα διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία, δύναται να συμβάλει σημαντικά στην αποκατάσταση των βλαβών και στη διάσωση του άκρου, αποφεύγοντας πιθανή χειρουργική αποκατάσταση.

ΠΑ18 ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Μηριστιάνου Μαγδαληνή, Κατσαδούρος Ηλίας, Σπανός Κωνσταντίνος, Πουγκακιώτης Γιώργος, Καραμάνου Γεωργία, Κατσαούνου Μαρία, Κουτσούκη Γεωργία, Αρκουλή Βασιλική, Κολλοφωτιά Λεβούδα, Λαναράς Λεωνίδας

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Λαμίας

Σκοπός: Η καταγραφή των ευρημάτων από την κλινική εξέταση των ασθενών που προσήλθαν στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του Γ.Ν. Λαμίας, από 1/2022-12/2022.

Υλικό και Μέθοδος: Συμμετείχαν 144 ασθενείς, 81 άνδρες (56,2%) και 63 γυναίκες (43,7%) ηλικίας 32-86 ετών, διάρκειας διαβήτη 10-28 έτη. Από αυτούς 125 (86,8%) είχαν Σ.Δ. 2.

Αποτελέσματα: 29 (20,1%) προσήλθαν για προληπτική εξέταση, 31 (21,5%) είχαν περιφερική αρτηριοπάθεια, 9 (6,25%) διαλείπουσα χωλότητα, 42 (29,1%) διαβητική νευροπάθεια με απώλεια αισθητικότητας και 14 (9,7%) επώδυνη νευροπάθεια. Έλκος παρουσίαζε το 26,3% των εξετασθέντων. 31 (21,5%) είχαν ιστορικό έλκους, ενώ 7 (4,86%) είχαν ιστορικό ακρωτηριασμού στο παρελθόν.

Παραμορφώσεις του ποδιού όπως: γαμψοδακτυλία, σφυροδακτυλία, προβολή των κεφαλών των μεταταρσίων, μετακίνηση του υποδόριου λίπους από τις κεφαλές των μεταταρσίων προς τη βάση των δακτύλων, είχαν 51 ασθενείς (35,4%), παρουσία κάλων 21 ασθενείς (14,5%) και 11 (7,6%) ονυχομυκητιάσεις. 45 ασθενείς (31,2%), χρησιμοποιούσαν ακατάλληλα υποδήματα.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη μας, οι βασικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη διαβητικού ποδιού, η διαβητική νευροπάθεια και η περιφερική αρτηριοπάθεια καθώς και η χρήση ακατάλληλου υποδήματος, συναντάτε σε μεγάλο ποσοστό. Η εξέταση των κάτω άκρων, η παρακολούθηση και η εκπαίδευση των ίδιων και των οικείων τους, αποτελεί σημαντικό πυλώνα πρόληψης εκδήλωσης διαβητικού ποδιού.

ΠΑ19

Η ΣΥΝΕΣΤΙΑΚΗ ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΑ ΚΕΡΑΤΟΕΙΔΟΥΣ (CORNEAL CONFOCAL MICROSCOPY) ΩΣ ΠΡΩΙΜΟΣ ΒΙΟΔΕΙΚΤΗΣ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Ζώρη Μαρία¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Σιμάτη Σταματία¹, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Κώστα Ουρανία¹, Αισώπου Ευαγγελία¹, Βουδούρη Αδελφάντεια², Τεντολούρης Νικόλαος¹

¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Οφθαλμολογικό Κέντρο «Athens Eye Care», Αθήνα

Εισαγωγή, Σκοπός: Η συνεστιακή μικροσκοπία κερατοειδούς (corneal confocal microscopy, CCM) αξιολογεί τις μικρές ίνες των νευρών του κερατοειδούς. Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συσχέτισης της καταστροφής των μικρών ινών των νευρών του κερατοειδούς, εκτιμώμενη με CCM, με την περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ) και τη νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ΑΝ) σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔτ1).

Υλικό, Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 96 άτομα με ΣΔτ1 και 35 χωρίς σακχαρώδη διαβήτη ως ομάδα ελέγχου. Όλοι ελέγχθηκαν με CCM στο δεξιό οφθαλμό, επιλέχθηκαν 6 εικόνες του υποεπιθηλιακού στρώματος και ποσοτικοποιήθηκαν η πυκνότητα των νευρικών ινών (nerve fiber density-NFD), η πυκνότητα των νευρικών κλάδων (nerve branch density-NBD) και το μήκος των νευρικών ινών (nerve fiber length-NFL). Η διάγνωση της ΠΝ έγινε με το δείκτη συμπτωμάτων και ευρημάτων νευροπάθειας και της ΑΝ με τις καρδιαγγειακές δοκιμασίες κατά Ewing.

Αποτελέσματα: Τα άτομα με ΣΔτ1 (ηλικίας $38,6 \pm 13,6$ έτη) συγκρινόμενα με την ομάδα ελέγχου (ηλικίας $31,8 \pm 9,6$ έτη) παρουσίασαν σημαντική μείωση στις παραμέτρους της CCM: NFD $5,2 (2,1, 10,4)$ έναντι $12,5 (6,3, 17,7)$, NBD $3,1 (0, 7,3)$ έναντι $12,5 (5,2, 16,7)$, NFL $7,6 (4,8, 9,6)$ έναντι $11,0 (8,7, 13,6)$ (όλα $p < 0,001$). Από τα άτομα με ΣΔτ1, 11 (11,5%) διαγνώστηκαν με ΠΝ και 31 (32,3%) με ΑΝ. Τα άτομα με ΣΔτ1 και ΠΝ συγκρινόμενα με αυτά χωρίς ΠΝ παρουσίασαν μείωση στις παραμέτρους της CCM: NFD $2,1 (0, 3,9)$ έναντι $5,2 (2,1, 10,9)$, NBD $0,5 (0, 2,6)$ έναντι $4,2 (1,0, 8,9)$, NFL $4,0 (0, 2,6)$ έναντι $7,9 (5,3, 10,2)$ (όλα $p < 0,05$). Τα άτομα με ΣΔτ1 και ΑΝ συγκρινόμενα με αυτά χωρίς ΑΝ παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές στις παραμέτρους της CCM χωρίς όμως οι διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές: NFD $4,2 (2,1, 7,0)$ έναντι $6,2 (2,1, 11,5)$ ($p = 0,120$), NBD $2,1 (0, 5,2)$ έναντι $4,2 (1,0, 10,4)$ ($p = 0,146$), NFL $6,0 (4,3, 8,6)$ έναντι $8,0 (5,2, 10,6)$ ($p = 0,053$). Στο σύνολο των ατόμων με ΣΔτ1 φάνηκε ότι υπήρχαν στατιστικά σημαντικές αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ των παραμέτρων της CCM και του δείκτη ευρημάτων νευροπάθειας ($r = -0,301$ για NFD, $r = -0,257$ για NBD και $r = -0,346$ για NFL, όλα $p < 0,05$) και του σκορ της ΑΝ ($r = -0,261$ για NFD, $r = -0,264$ για NBD και $r = -0,321$ για NFL, όλα $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Η CCM θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως πρώιμος βιοδείκτης ανίχνευσης της νευροπάθειας σε άτομα με ΣΔτ1.

ΠΑ20

Ο ΜΕΣΟΣ ΟΓΚΟΣ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΝΕΡΓΟ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΜΕ ΕΚΕΙΝΟΥΣ ΠΟΥ ΠΑΡΟΥΣΙΑΖΟΥΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ

Παπαχρήστου Στέλλα¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Κεφαλά Χρυσούλα¹, Κύρογλου Σουητάνα¹, Γκιόκα Θεοδώρα², Παπάζογλου Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος¹

¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

² Αιματολογικό Εργαστήριο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός της μελέτης: Να εξεταστεί ο μέσος όγκος αιμοπεταλίων (mean platelet volume, MPV) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ) και ενεργό νευροπαθητικό έλκος ποδιού σε σύγκριση με εκείνους που παρουσιάζουν διαβητική περιφερική νευροπάθεια (ΔΠΝ) χωρίς έλκος ποδιού.

Υλικό και Μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν 30 ασθενείς (18 άνδρες, 12 γυναίκες) με ενεργό νευροπαθητικό έλκος ποδιού (ομάδα Α) και 30 ασθενείς (16 άνδρες, 14 γυναίκες) με ΔΠΝ χωρίς έλκος ποδιού (ομάδα Β). Η ΔΠΝ διαγνώστηκε με βάση το δείκτη νευρολογικής ανικανότητας (Neuropathy Disability Score, NDS). Η διάγνωση του νευροπαθητικού έλκους βασίστηκε στην κλινική εικόνα. Ο MPV μετρήθηκε με αυτόματους αναλυτές.

Αποτελέσματα: Η ηλικία δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ των ομάδων Α (61.6 ± 7.2 έτη) και Β (61.5 ± 6.8 έτη) ($p=NS$). Η διάρκεια του Τ2ΣΔ ήταν μόνο αριθμητικά υψηλότερη στην ομάδα Α (11.9 ± 5.4 έτη) έναντι της ομάδας Β (11 ± 5 έτη) ($p=NS$). Ο NDS ήταν υψηλότερος στην ομάδα Α (8 ± 1.1) έναντι της ομάδας Β (5.6 ± 1.4) ($p < 0.0001$). Ο MPV δεν διέφερε σημαντικά μεταξύ ομάδας Α (11.3 ± 1.1 fL) και ομάδας Β (11 ± 1.1 fL) ($p=NS$).

Συμπεράσματα: Στον Τ2ΣΔ ο MPV δεν φαίνεται να είναι υψηλότερος σε ασθενείς με ενεργό έλκος διαβητικού ποδιού σε σύγκριση με εκείνους που παρουσιάζουν ΔΠΝ χωρίς έλκος ποδιού, και μάλιστα παρά την βαρύτερη ΔΠΝ στους πρώτους.

ΠΑ21

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ, ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΑΓΓΕΙΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ

Κακαβιά Κυριακή¹, Λόντου Σταυρούλα-Παναγιώτα², Χασεμάκη Νατάσα¹, Σκοτισμάρα Αντωνία¹, Μαμάκου Βασιλική³, Σταμόπουλος Παρασκευάς⁴, Τεντολούρης Νικόλαος³, Γεωργόπουλος Σωτήριος¹, Κλωνάρης Χρήστος¹, Μπακογιάννης Χρήστος¹

¹ Α΄ Χειρουργική Κλινική - Αγγειοχειρουργικό τμήμα, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

² Α΄ Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

³ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁴ Β΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Οι νοσηλείες σε αγγειοχειρουργικό τμήμα είναι συχνές σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και ειδικά σε ασθενείς με διαβητικό πόδι λόγω της περιφερικής αρτηριακής νόσου και των λοιμώξεων.

Σκοπός: Η καταγραφή των κλινικών χαρακτηριστικών, της διαχείρισης και της έκβασης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε αγγειοχειρουργικό τμήμα σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο.

Υλικό και Μέθοδοι: Μελετήσαμε αναδρομικά τους ιατρικούς φακέλους 122 ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο αγγειοχειρουργικό τμήμα του νοσοκομείου μας για δύο έτη (Ιανουάριος 2018 έως Δεκέμβριος 2019) λόγω σοβαρών λοιμώξεων του διαβητικού ποδιού ή γάγγραινας.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 69.2 ± 12.0 έτη. 107 (87.7%) είχαν ΣΔΤ2 και 15 (12.3%) είχαν ΣΔΤ1. Οι 26 (21.3%) ήταν γυναίκες και οι 96 (78.7%) ήταν άνδρες. Συνολικά, σε 43 ασθενείς (35.2%) διενεργήθηκε χειρουργικός καθαρισμός ή έλαβαν συντηρητικές θεραπείες όπως Vacuum-Assisted Closure (VAC), 48 υποβλήθηκαν σε ελάσσονα ακρωτηριασμό (39.3%), 20 υποβλήθηκαν σε μείζονα ακρωτηριασμό (16.4%), 6 (4.9%) υποβλήθηκαν σε αμφοτερόπλευρο ακρωτηριασμό και 5 (4.1%) κατέληξαν. Επεμβάσεις επαναιμάτωσης των κάτω άκρων διενεργήθηκαν σε 67 ασθενείς (54.9%). Περισσότερο από δύο φορές νοσηλεύτηκαν στο τμήμα 44 ασθενείς (36.1%).

Συμπεράσματα: Οι σοβαρές λοιμώξεις των διαβητικών ποδιών και η γάγγραινα είναι οι κύριοι λόγοι νοσηλείας και ακρωτηριασμού σε ασθενείς με διαβητικό πόδι. Τα τελευταία 5 έτη διενεργήθηκαν όλο και περισσότερες επεμβάσεις επαναιμάτωσης των κάτω άκρων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

ΠΑ22 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΣΥΣΚΕΥΗΣ ΘΕΡΜΟΥ-ΨΥΧΡΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΗΣ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗΣ ΑΙΣΘΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Κώστα Ουρανία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Σαμακίδου Γεωργία, Κουλουρή Αναστασία, Τεντολούρης Αναστάσιος, Κουτρομπέλη Άννα, Ψαχούλια Φωτεινή, Κοντογιαννάτου Αγαθή, Λόντου Σταυρούλα, Μπασούλης Δημήτριος, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Διαβητολογικό Κέντρο, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή, Σκοπός: Η περιφερική συμμετρική νευροπάθεια είναι από τους κύριους προδιαθεσικούς παράγοντες για την εμφάνιση διαβητικού έλκους. Σκοπός της μελέτης ήταν η αξιολόγηση μιας νέας συσκευής θερμού-ψυχρού για την ανίχνευση της απώλειας της προστατευτικής αισθητικότητας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που παρακολουθούνται στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού και είναι στη μεγάλη πλειοψηφία άτομα με έλκος ή με υψηλό κίνδυνο για εμφάνιση έλκους.

Υλικό και Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 57 άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ($65,0 \pm 12,1$ έτη, διάρκεια διαβήτη $22,3 \pm 11,6$ έτη, 70% άνδρες, 82,5% με διαβήτη τύπου 2 και 17,5% με τύπου 1). Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε έλεγχο με μονοϊνίδιο, έλεγχο της αίσθησης θερμού-ψυχρού με την κλασική ράβδο, έλεγχο της αίσθησης δονήσεων με διαπασών 128Hz, έλεγχο της αίσθησης του πόνου και εκτίμηση των Αχίλλειων αντανακλαστικών. Η διάγνωση της απώλειας της προστατευτικής αισθητικότητας στηρίχτηκε στο παθολογικό αποτέλεσμα έστω ενός από τα προαναφερόμενα τεστ. Η νέα συσκευή θερμού-ψυχρού φέρει 2 ράβδους, η μια έχει σταθερή θερμοκρασία περίπου 39°C , και η άλλη θερμοκρασία περίπου 9°C .

Αποτελέσματα: Από τα 57 άτομα που συμμετείχαν στη μελέτη 51 (89,5%) είχαν απώλεια της προστατευτικής αισθητικότητας. Η ανάλυση ROC έδειξε ότι νέα συσκευή θερμού-ψυχρού μπορεί να ανιχνεύσει την απώλεια της προστατευτικής αισθητικότητας ($p < 0.001$) με χαμηλή μεν ευαισθησία (49,5%) αλλά εξαιρετική ειδικότητα (100%) και χαμηλή αρνητική προγνωστική αξία (0,5). Η κλασική ράβδος θερμού-ψυχρού είχε υψηλότερη ευαισθησία (76,2%) αλλά χαμηλότερη ειδικότητα (83,3%) για την ανίχνευση της απώλειας της προστατευτικής αισθητικότητας.

Συμπεράσματα: Η νέα συσκευή θερμού-ψυχρού θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος ανίχνευσης της απώλειας της προστατευτικής αισθητικότητας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

ΠΑ23

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΑΝΑΜΕΣΑ ΣΤΑ ΤΕΛΙΚΑ ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΠΡΟΧΩΡΗΜΕΝΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΗ ΘΕΡΜΟΚΡΑΣΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαχρήστου Στέλλα¹, Παφίλη Καλλιόπη¹, Τρυσιάνης Γρηγόριος², Κεφαλά Χρυσούλα¹, Κύρογλου Σουλιτάνα¹, Βαδικόλιας Κωνσταντίνος³, Παπάζογλου Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος¹

¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

² Εργαστήριο Ιατρικής Στατιστικής, Τμήμα Ιατρικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη

³ Νευρολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός της μελέτης: Να εξεταστεί η πιθανή συσχέτιση ανάμεσα στα τελικά προϊόντα προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (advanced glycation end products, AGEs) του δέρματος και τη θερμοκρασία του δέρματος του άκρου ποδός σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

Υλικό και μέθοδος: Συμπεριελήφθησαν 132 άτομα (88 άνδρες, 44 γυναίκες) με μέση ηλικία 64.57 ± 8.21 έτη και διάρκεια διάρκεια Τ2ΣΔ 14.50 έτη. Η μέτρηση των AGEs στο δέρμα έγινε με τη συσκευή AGE reader mu connect (Diagnoptics, NL) στο αντιβράχιο του επικρατητικού άνω άκρου ως απλή και ως τριπλή μέτρηση. Η θερμοκρασία του δέρματος (°C) μετρήθηκε με ειδικό θερμόμετρο (KM 814, Kane-May, UK) στη ραχιαία επιφάνεια του άκρου ποδός αμφοτερόπλευρα.

Αποτελέσματα: Η απλή μέτρηση των AGEs παρουσίαζε θετική συσχέτιση με την τριπλή μέτρηση ($r=0.991$, $p<0.001$). Η θερμοκρασία του δέρματος του δεξιού άκρου ποδός (29.78 ± 1.96 °C) δεν διέφερε από εκείνη του αριστερού άκρου ποδός (29.88 ± 1.97 °C) ($p=0.67$). Μεταξύ των δύο ποδών υπήρχε συσχέτιση της θερμοκρασίας ($r=0.85$, $p<0.001$). Τα AGEs στην απλή μέτρηση δεν παρουσίαζαν συσχέτιση με τη θερμοκρασία του δεξιού ($r=0.07$, $p=NS$) ή του αριστερού άκρου ποδός ($r=0.07$, $p=NS$). Η ίδια απουσία διαπιστώθηκε και για την τριπλή μέτρηση των AGEs.

Συμπεράσματα: Στον Τ2ΣΔ τα δερματικά AGEs δεν φαίνεται να παρουσιάζουν συσχέτιση με τη θερμοκρασία του δέρματος στη ραχιαία επιφάνεια του άκρου ποδός.

ΠΑ24 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ B12 ΚΑΙ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΙΚΡΩΝ ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΩΝ ΙΝΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2

Γεωργιάδου Αναστασία-Μαρία¹, Μπεγκόλη Ρόμπερτ¹, Μποτσακάρια Άννα¹, Ίσσα Μαγιάντα², Κιδικούδη Ιωάννα¹, Τσोटουλίδης Σ.^{1,2}

¹ Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής,

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκιδικής

Εισαγωγή: Ο ΣΔ και η ανεπάρκεια B12 αποτελούν αίτια περιφερικής νευροπάθειας και συχνά συνυπάρχουν, ειδικά σε διαβητικούς υπό μετφορμίνη, η οποία είναι γνωστό ότι προκαλεί δυσαπορρόφηση B12.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η αξιολόγηση των επιπέδων της B12 σε διαβητικούς τ.2 και η συσχέτιση αυτών με την παρουσία νευροπάθειας μικρών και μεγάλων ινών.

Υλικό και Μέθοδος: Αναζητήθηκαν ασθενείς του διαβητολογικού ιατρείου του ΓΝ Χαλκιδικής και του ΚΥ Κασσανδρείας. Έγινε καταγραφή φύλου, ηλικίας, BMI, διάρκειας διαβήτη, HbA1c%, B12, GFR, διάρκειας λήψης και δόσης μετφορμίνης. Εκτιμήθηκαν ο δείκτης συμπτωμάτων νευροπάθειας και ο δείκτης νευρολογικής δυσλειτουργίας. Ως ανεπάρκεια B12 ορίστηκε τιμή <180pg/mL και ως έλλειψη <450. Δημιουργήθηκαν τρεις ομάδες (Α: τιμές B12 >450, Β: 180-450, Γ: <180).

Αποτελέσματα: Μελετήθηκαν 248 ασθενείς (23,6% άνδρες) με διάμεση ηλικία 66 (33-85) έτη και διάμεση διάρκεια νόσου 10(1-40) έτη. Συμπτώματα νευροπάθειας ανέφεραν 51 (20,4%), νευροπάθεια διαπιστώθηκε σε 189 (75,6%) ασθενείς και μέτρια/βαριά νευροπάθεια σε 56 (22,4%). Η διάμεση τιμή B12 ήταν 295 (51-930)pg/mL. Στην ομάδα Α εντάχθηκαν 36, στη Β 179 και στη Γ 33 ασθενείς. Η διάρκεια διαβήτη και η δόση της μετφορμίνης σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με την ανεπάρκεια B12 ενώ η ηλικία με την έλλειψη B12. Δεν παρατηρήθηκε διαφορά μεταξύ των τριών ομάδων στη συνολική νευροπάθεια και στη νευροπάθεια μικρών και μεγάλων ινών.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα της βιταμίνης B12 σχετίζονται με τη διάρκεια του διαβήτη και τη δόση της μετφορμίνης. Τακτική μέτρησή τους απαιτείται κατά την παρακολούθηση διαβητικών. Δεν παρατηρήθηκε συσχέτιση των επιπέδων της με τη νευροπάθεια των μικρών και μεγάλων ινών, υπεύθυνος για την οποία είναι κυρίως ο διαβήτης.

ΠΑ25 ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΜΕ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΤΗΣ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D

Σκούτας Δημήτριος¹, Παπάνας Νικόλαος², Καρράς Σπύρος³, Δούκας Λουκάς¹, Νικολαΐδης Αθανάσιος¹, Ματοπούλου Έλενα¹, Γεώργια Σταματία⁴, Μανές Χρήστος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹

¹ Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

² Β' Παθολογική Πανεπιστημιακή Κλινική ΔΠΘ - Διαβητολογικό Κέντρο - Ιατρείο Διαβητικού ποδιού

³ Ενδοκρινολογικό - Διαβητολογικό Ιατρείο Θεσσαλονίκης

⁴ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ

Π.Γ.Ν.Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης

Σκοπός: Η σχέση της βιταμίνης D με τον ΣΔ είναι στο επίκεντρο τόσο για τον κίνδυνο ή όχι εμφάνισης του σε ανεπάρκεια της όπως και αν η συμπληρωματική χορήγηση της σχετίζεται με την βελτίωση ή όχι του μεταβολικού ελέγχου. Η σχέση της βιταμίνης D με την διαβητική περιφερική νευροπάθεια (ΔΠΝ) είναι το ζητούμενο στην μελέτη μας.

Ασθενείς - Μέθοδοι: 530 ασθενείς (165 άνδρες-365 γυναίκες) με ΣΔ2 με ή χωρίς ΔΠΝ συμμετέχουν στην μελέτη μας με μέτρηση της γλυκόζης νηστείας του λιπιδαιμικού προφίλ και της HbA1C. Η επάρκεια ή όχι της ολικής βιταμίνης D καθορίσθηκε μετρώντας τα επίπεδα της 25-OH D. Παράλληλα καταγράφηκαν τυχόν μικρο και μακροαγγειακές επιπλοκές. Σε όλους τους ασθενείς έγινε έλεγχος συμπτωμάτων με το NSS και έλεγχος νευροπάθειας με το NDS

Αποτελέσματα: 220 ασθενείς έχουν ΔΠΝ με την διάρκεια διαβήτη και τον μεταβολικό έλεγχο να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την εμφάνισή της έναντι των άλλων παραμέτρων εν αντιθέσει με τους ασθενείς χωρίς ΔΠΝ. Τα επίπεδα της ολικής βιταμίνης D (34.4 ng/ml) σαφώς χαμηλότερα στους έχοντες ΔΠΝ έναντι των ασθενών χωρίς ΔΠΝ (56.4 ng/ml) $P=0.001$. Το 82.5% των ασθενών με ΔΠΝ έχουν χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D έναντι 61.4% αυτών χωρίς ΔΠΝ. Η βιταμίνη D φαίνεται να έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ολική χοληστερόλη, την LDL χοληστερόλη και το κλάσμα A/C. Στην ανάλυση παλινδρόμησης βρήπουμε την ΔΠΝ να σχετίζεται με τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D (odds ratio =3.47; $p=0.043$) έναντι των άλλων παραγόντων όπως η διάρκεια του ΣΔ, η HbA1C, το κλάσμα A/C.

Συμπεράσματα: Παρατηρούμε στην μελέτη μας ότι τα χαμηλά επίπεδα βιταμίνης D είναι ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ΔΠΝ. Η βιταμίνη D θα μπορούσε να παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση και στην πρόοδο της ΔΠΝ. Μένει να αποδειχθεί αν η συμπληρωματική πρόσληψη βιταμίνης D έχει θέση στην πρόληψη ή την καθυστέρηση της εμφάνισης ΔΠΝ.

ΠΑ26 ΧΡΟΝΙΑ ΝΕΦΡΙΚΗ ΝΟΣΟΣ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Σκούτας Δημήτριος¹, Ηλιάδου Βασιλική², Κατσάνος Ιωάννης¹, Περμεκερλής Αθανάσιος¹, Ντασιπούλου Χρυσάνθη¹, Σαπαρδάνης Ιορδάνης¹, Τζιώτζιου Κωνσταντίνη¹, Χαριτωνίδου Γιασεμή¹, Αναγνωστοπούλου Γαρυφαλιά¹, Θωμαΐδου Βαλεντίνη¹, Αυγερίου Ηλίας², Μούζα Ειρήνη¹

¹ Αναγέννηση Κέντρο Αποθεραπείας Αποκατάστασης Θεσσαλονίκης

² Νεφρολογική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Σε ασθενείς με νεφρική νόσο τελικού σταδίου, η συχνότητα του διαβητικού ποδιού διπλασιάζεται, ενώ η συχνότητα των ακρωτηριασμών αυξάνεται κατά 6,5-10 φορές, σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Από την άλλη πλευρά σε πολλές μελέτες η χρόνια νεφρική νόσος κατέχει κυρίαρχη θέση θνησιμότητας στα άτομα με διαβητικό πόδι.

Σκοπός: Αν οι ασθενείς σε αιμοδιύλιση παρουσιάζουν μεγαλύτερο ή όχι επιπολασμό παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση διαβητικού ποδιού συγκρινόμενοι με διαβητικούς ασθενείς χωρίς νεφρική νόσο τελικού σταδίου.

Μέθοδοι: 110 ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη ελέγχθηκαν σε διάστημα 4 ετών στις ανωτέρω νοσηλευτικές μονάδες για ύπαρξη παραγόντων κινδύνου για εμφάνιση διαβητικού ποδιού όπως η νευροπάθεια, η περιφερική αγγειακή νόσος, το κάπνισμα και συνυπάρχουσες επιπλοκές σε 2 ομάδες παρακολούθησης με ή χωρίς νεφρική νόσο τελικού σταδίου.

Αποτελέσματα: 55 ασθενείς σε κάθε ομάδα ελέγχου. Χωρίς στατιστικές διαφορές στην ηλικία με μέση ηλικία $66,7 \pm 11,7$ έτη vs $67 \pm 12,2$ έτη. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται στο ιστορικό εξέλιξης $p < 0,0001$ στο ενεργό έλκος $p < 0,002$ στο κάπνισμα $p < 0,01$ στην ύπαρξη περιφερικής νευροπάθειας $p < 0,001$ στην παρουσία ισχαιμίας $p < 0,0001$ ανατομικής δυσμορφίας $p < 0,01$ και υπερκερατώσεων όπως και της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας $p < 0,0001$. Στατιστική διαφορά παρατηρείται και στο φύλο με τους άνδρες να κυριαρχούν στην ομάδα της αιμοκάθαρσης 70% έναντι της ομάδας ελέγχου 45% $p < 0,01$.

Συμπεράσματα: Ο επιπολασμός των παραγόντων κινδύνου για εξέλιξη σε διαβητικούς ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου αυξημένος. Η έγκαιρη ανίχνευση παραγόντων κινδύνου, η σωστή διαχείριση αυτών σε συνδυασμό με τον καλό μεταβολικό έλεγχο θα οδηγήσει σε μείωση του κινδύνου εμφάνισης διαβητικού ποδιού ιδίως σε ασθενείς με εγκατεστημένη χρόνια νεφρική νόσο.

ΠΑ27 ΧΡΗΣΗ ΠΟΛΥΕΞΑΝΙΔΗΣ ΣΤΗΝ ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Λούτας Θεόδωρος¹, Λούτα Ασπασία², Μποκή Δανάν³, Ταϊρής Νικόλαος⁴, Θεοδοσοπούλου Ελένη⁵

¹ Νοσηλεύτης, Phd (c), Χειρουργείο, Ναυτικό Νοσοκομείο Κρήτης

² Νοσηλεύτρια Phd (c), ΜΕΘ, Β' Χειρουργική, Αρεταίειο Νοσοκομείο, ΕΚΠΑ

³ Χημικός Μηχανικός Phd (c), Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο

⁴ Χημικός, Ph.D. in Biochemistry, Temple University, School of Medicine, Philadelphia, PA, USA.

Histocompatibility Gergia Esoteric Molecular Lab, Augusta University

⁵ Καθηγήτρια Χειρουργικής Νοσηλευτικής και Συμπληρωματικές Θεραπείες, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

Εισαγωγή: Τα χρόνια τραύματα έχουν πολύ αυξημένο κόστος διαχείρισης. Στις ΗΠΑ το κόστος αυτό διαμορφώνεται στα 28 δις \$ ενώ στο Η.Β. στα 5,3 δις £. Για το λόγο αυτό η αντιμικροβιακή διαχείριση τραύματος είναι υψίστης σημασίας. Από τη στιγμή που τα αντιβιοτικά διεισδύουν ελάχιστα σε βιοφίλμ, η χρήση αντισηπτικών στο τραύμα αποτελεί την καλύτερη επιλογή μας.

Σκοπός: Με τη παρούσα εργασία πραγματοποιείται προσπάθεια να αναλυθεί η δράση του αντισηπτικού πολυμερούς πολυεξανίδης, στην περιποίηση τραυμάτων διαβητικού ποδιού. Ταυτόχρονα θα συγκριθούν τα αποτελέσματα της δράσης της, με αυτής άλλων αντισηπτικών.

Υλικό: Έγινε ανασκόπηση στις βιβλιογραφικές βάσεις δεδομένων Medline, Google Scholar, Science Direct και Cinahl. Χρησιμοποιήθηκαν οι αγγλικοί όροι «wound treatment», «polyhexamethylene biguanide», «biofilm», «diabetic foot», «comparison of antiseptic efficacy».

Μέθοδοι: Χρησιμοποιήθηκαν άρθρα ανασκόπησης, μετα-αναλύσεις και κλινικές μελέτες δημοσιευμένες, από το 2010 έως το 2022. Τα δεδομένα αναλύθηκαν σε πίνακες μέσω του προγράμματος SPSS v20. Η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων συσχετίζεται με ταυτόχρονη σύγκριση απεικόνισης τραυμάτων.

Αποτελέσματα: Σημαντική μείωση της συγκέντρωσης MRSA στο τραύμα σε παρατήρηση 48 και 72 ωρών ($p < 0.05$). Αύξηση ταχύτητας επούλωσης και μείωσης μικροβιακού φορτίου ($p = 0.004$). Η πολυεξανίδη δεν προάγει τη μικροβιακή αντοχή και παρουσιάζει τη μεγαλύτερη σε διάρκεια δράση 3-10 ώρες. Σε συνδυασμό με τη βεταΐνη ενισχύονται οι αντιμικροβιακές της ιδιότητες. Στο 98% των ασθενών παρατηρείται μείωση έντασης πόνου.

Συμπεράσματα: Η πολυεξανίδη δείχνει ιδανική για χρήση σε τραύματα διαβητικού ποδιού. Βοηθάει στην αυτόλυση και απομάκρυνση των μικροβίων, καθώς επίσης και στη διαχείριση του βιοφίλμ.

ΠΑ28 ΑΞΙΑ ΤΟΥ SPECT/CT ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΛΚΗ

Γεώργια Σταματία¹, Μανές Χρήστος², Διδάγγελος Τριαντάφυλλος³, Σκούτας Δημήτριος², Άρσος Γεώργιος¹

¹ Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. Παπαγεωργίου

³ Διαβητολογικό Κέντρο, 1^η Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή: Η διάγνωση οστεομυελίτιδας διαβητικού ποδιού (ΟΜΔΠ) είναι συχνά δύσκολη σε ασθενείς με έλκη των ποδών, πιθανώς επιμοιωσμένα. Αν και η MRI είναι εξέταση εκλογής για την διάγνωση ΟΜΔΠ στο πρόσθιο πόδι, ωστόσο αντενδείκνυται σε μερικές ομάδες ασθενών, ενώ η απόδοσή της είναι περιορισμένη επί αρθροπάθειας Charcot. Το σπινθηρογράφημα με επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια (ΣΛ) είναι ειδική ραδιονουκλιδική μέθοδος για την απεικόνιση ενεργού ροίμωξης, ιδίως με τη χρήση της υβριδικής SPECT/CT τεχνολογίας.

Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση του SPECT/CT σπινθηρογραφήματος με Tc-99m-HMPAO-επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια (SPECT/CT-ΣΛ) στη διάγνωση ΟΜΔΠ σε ασθενείς με έλκη.

Υλικό και Μέθοδοι: Εξήντα πέντε διαβητικοί ασθενείς με έλκη σε 74 θέσεις των άκρων ποδών (55/74 στο πρόσθιο και 19/74 στο μέσο/οπίσθιο τριτημόριο του ποδιού) και κλινική υπόνοια ΟΜΔΠ διερευνήθηκαν με κλασικό, επίπεδο ΣΛ και SPECT/CT-ΣΛ. Η εστιακή οστική πρόσληψη επισημασμένων λευκών αιμοσφαιρίων θεωρήθηκε θετική για ΟΜ. Η τελική διάγνωση βασίστηκε στην κλινικο-ακτινολογική παρακολούθηση ή την ιστοπαθολογική διάγνωση.

Αποτελέσματα: Διαγνώστηκαν τελικώς, ΟΜΔΠ σε 28/74 θέσεις, φλεγμονή μαλακών μοριών (ΦΜΜ) σε 36/74, οξεία αρθροπάθεια Charcot σε 3/74 και απουσία ενεργού ροίμωξης σε 7/74 θέσεις. Στο κλασικό επίπεδο ΣΛ παρατηρήθηκε αυξημένη συγκέντρωση ραδιοεπισημασμένων λευκοκυττάρων συμβατή με ενεργό ροίμωξη, οστική ή μαλακών μοριών, σε 64/74 θέσεις, ήπια συγκέντρωσή τους σε 3/74 θέσεις και απουσία συγκέντρωσής τους σε 7/74 θέσεις. Η προσθήκη SPECT/CT συνέβαλε στην ακριβή εντόπιση και προσδιορισμό της έκτασης της ροίμωξης σε 53/74 θέσεις, αλληλάζοντας μάλιστα την διάγνωση του κλασικού ΣΛ σε 15 από αυτές. Η ευαισθησία, ειδικότητα, ακρίβεια, θετική και αρνητική προγνωστική αξία του κλασικού ΣΛ για τη διάγνωση ΟΜΔΠ ήταν 85,2%, 76,6%, 79,7%, 67,6% και 90,0% αντίστοιχα. Όλες οι τιμές βελτιώθηκαν σημαντικά με την προσθήκη SPECT/CT σε 100%, 95,7%, 97,3%, 93,1% και 100%, αντίστοιχα.

Συμπεράσματα: Η προσθήκη SPECT/CT αυξάνει τη διαγνωστική απόδοση του κλασικού ΣΛ για τη διάγνωση ΟΜΔΠ σε ασθενείς με έλκη, επιτρέποντας την ακριβή εντόπιση και έκταση της ροίμωξης και τη διάκριση μεταξύ ΟΜΔΠ και ΦΜΜ. Το SPECT/CT-ΣΛ, με διαγνωστική ακρίβεια 97,3%, αποτελεί αξιόπιστη εξέταση για την διάγνωση ΟΜΔΠ σε ασθενείς με έλκη και την τεχνική εκλογής σε αυτό το κλινικό πλαίσιο.

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων



Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

Α

ΑΙΣΩΠΟΥ Ε. _____	ΠΑ19
ΑΛΕΞΙΟΥ Δ. _____	ΠΑ10
ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ Γ. _____	ΠΑ26
ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ι. _____	ΠΑ03
ΑΡΚΟΥΛΗ Β. _____	ΠΑ18
ΑΡΣΟΣ Γ. _____	ΠΑ28
ΑΥΓΕΡΙΟΥ Η. _____	ΠΑ26

Β

ΒΑΔΙΚΟΛΙΑΣ Κ. _____	ΠΑ23
ΒΑΣΙΛΕΙΟΥ Ι. _____	ΠΑ10
ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. _____	ΠΑ11
ΒΟΥΔΟΥΡΗ Α. _____	ΠΑ19

Γ

ΓΕΡΟΥΛΑΚΟΣ Γ. _____	ΠΑ15
ΓΕΩΡΓΑ Σ. _____	ΠΑ25, ΠΑ28
ΓΕΩΡΓΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Π. _____	ΠΑ04
ΓΕΩΡΓΙΑΔΟΥ Α.- Μ. _____	ΠΑ24
ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Σ. _____	ΠΑ09, ΠΑ21
ΓΙΩΤΗ Α. _____	ΠΑ10
ΓΚΙΟΚΑ Θ. _____	ΠΑ20
ΓΚΟΤΣΗ Χ. _____	ΠΑ08

Δ

ΔΑΪΚΟΣ Γ. _____	ΠΑ13
ΔΕΛΗΟΛΑΝΗΣ Ι. _____	ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ13
ΔΗΛΕΣ Δ. _____	ΠΑ12, ΠΑ13
ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. _____	ΠΑ08
ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Τ. _____	ΠΑ28
ΔΟΥΚΑΣ Λ. _____	ΠΑ25

Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ι. _____	ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ15, ΠΑ19, ΠΑ22
-----------------------	---

Ζ

ΖΙΩΡΗ Μ. _____	ΠΑ19
----------------	------

Η

ΗΛΙΑΔΟΥ Β. _____	ΠΑ26
ΗΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΣ Κ. _____	ΠΑ14

Θ

ΘΕΟΔΟΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε. _____	ΠΑ27
ΘΩΜΑΪΔΟΥ Β. _____	ΠΑ26

Ι

ΙΣΣΑ Μ. _____	ΠΑ24
ΙΩΑΚΕΙΜ Κ. _____	ΠΑ17

Κ

ΚΑΚΑΒΙΑ Κ. _____	ΠΑ09, ΠΑ21
ΚΑΛΕΜΙΚΕΡΑΚΗΣ Ι. _____	ΠΑ11
ΚΑΡΑΚΟΖΟΓΛΟΥ Α. _____	ΠΑ17
ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ. _____	ΠΑ04
ΚΑΡΑΜΑΝΟΥ Γ. _____	ΠΑ18
ΚΑΡΛΕ Π. _____	ΠΑ08
ΚΑΡΡΑΣ Σ. _____	ΠΑ25
ΚΑΡΥΟΦΥΛΛΗ - ΤΑΜΙΣΟΓΛΟΥ Ι. _____	ΠΑ16, ΠΑ17
ΚΑΤΣΑΔΟΥΡΟΣ Η. _____	ΠΑ18
ΚΑΤΣΑΝΟΣ Ι. _____	ΠΑ26
ΚΑΤΣΑΟΥΝΗ Α. _____	ΠΑ03
ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ Μ. _____	ΠΑ18
ΚΕΦΑΛΑ Χ. _____	ΠΑ20, ΠΑ23
ΚΙΔΙΚΟΥΔΗ Ι. _____	ΠΑ24
ΚΙΜΟΥΛΗ Μ. _____	ΠΑ08
ΚΛΩΝΑΡΗΣ Χ. _____	ΠΑ09, ΠΑ21
ΚΟΚΑΛΑ Β. _____	ΠΑ03
ΚΟΛΟΦΩΤΙΑ Λ. _____	ΠΑ18
ΚΟΝΤΟΓΙΑΝΝΑΤΟΥ Α. _____	ΠΑ22
ΚΟΝΤΡΑΦΟΥΡΗ Π. _____	ΠΑ02, ΠΑ04

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΚΟΥΛΟΥΡΗ Α. _____ ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ05,
_____ ΠΑ22
ΚΟΥΝΤΟΥΡΗ Α. _____ ΠΑ15
ΚΟΥΣΚΟΥΜΠΕΚΟΥ Φ. _____ ΠΑ08
ΚΟΥΤΡΑΚΗ Μ. _____ ΠΑ08
ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΕΛΗ Α. _____ ΠΑ22
ΚΟΥΤΣΟΥΚΗ Γ. _____ ΠΑ18
ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ. _____ ΠΑ20, ΠΑ23
ΚΩΣΤΑ Ο. _____ ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ05,
_____ ΠΑ19, ΠΑ22

Λ

ΛΑΖΑΡΗΣ Α. _____ ΠΑ15
ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ Β. _____ ΠΑ15
ΛΑΜΠΡΙΝΟΣ Δ. _____ ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ05
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. _____ ΠΑ18
ΛΟΝΤΟΥ Σ.-Π. _____ ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ09,
_____ ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ21, ΠΑ22
ΛΟΥΤΑ Α. _____ ΠΑ14, ΠΑ27
ΛΟΥΤΑΣ Θ. _____ ΠΑ14, ΠΑ27

Μ

ΜΑΘΙΟΥ Φ. _____ ΠΑ14
ΜΑΛΑΜΟΥ Χ. _____ ΠΑ10
ΜΑΜΑΚΟΥ Β. _____ ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ09,
_____ ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ21
ΜΑΝΕΣ Χ. _____ ΠΑ25, ΠΑ28
ΜΑΡΙΝΟΣ Γ. _____ ΠΑ04
ΜΑΡΚΟΥ Γ. _____ ΠΑ05
ΜΑΣΣΑΡΑΣ Δ. _____ ΠΑ14
ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. _____ ΠΑ25
ΜΕΙΜΑΡΗΣ Γ. _____ ΠΑ08
ΜΗΤΡΟΠΑΝΟΥ Α. _____ ΠΑ02
ΜΙΚΟΥΔΗ Κ. _____ ΠΑ16, ΠΑ17
ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Ε. _____ ΠΑ15
ΜΟΣΙΑΛΟΣ Β. _____ ΠΑ16
ΜΟΥΖΑ Ε. _____ ΠΑ26

ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ Ι. _____ ΠΑ03
ΜΠΑΚΟΓΙΑΝΝΗΣ Χ. _____ ΠΑ09, ΠΑ21
ΜΠΑΛΑΜΠΑΝΗΣ Κ. _____ ΠΑ15
ΜΠΑΛΑΝΙΚΑΣ Ε. _____ ΠΑ11
ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. _____ ΠΑ19
ΜΠΑΣΟΥΛΗΣ Δ. _____ ΠΑ22
ΜΠΕΓΚΟΛΛΙ Ρ. _____ ΠΑ24
ΜΠΕΛΛΟΥ Ι. _____ ΠΑ16
ΜΠΟΚΗ Δ. _____ ΠΑ27
ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ Α. _____ ΠΑ24
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ. _____ ΠΑ18

Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α. _____ ΠΑ25
ΝΤΑΣΙΟΠΟΥΛΟΥ Χ. _____ ΠΑ26
ΝΤΖΙΩΡΑ Φ. _____ ΠΑ05

Π

ΠΑΝΤΑΖΑΤΟΥ Α. _____ ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ13
ΠΑΝΤΟΣ Κ. _____ ΠΑ03
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ. _____ ΠΑ20, ΠΑ23
ΠΑΠΑΪΩΑΝΝΟΥ Α. _____ ΠΑ04
ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. _____ ΠΑ20, ΠΑ23, ΠΑ25
ΠΑΠΑΠΟΣΤΟΛΟΥ Ε.-Ρ. _____ ΠΑ01
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Σ. _____ ΠΑ20, ΠΑ23
ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ Ε. _____ ΠΑ02, ΠΑ05
ΠΑΥΛΑΚΗ Ν. _____ ΠΑ10
ΠΑΦΙΛΗ Κ. _____ ΠΑ20, ΠΑ23
ΠΕΡΜΕΚΕΡΛΗΣ Α. _____ ΠΑ26
ΠΟΛΥΔΩΡΟΥ Α. _____ ΠΑ14
ΠΟΤΣΗ Φ. _____ ΠΑ10
ΠΟΤΣΗΣ Θ. _____ ΠΑ10
ΠΟΥΓΚΑΚΙΩΤΗΣ Γ. _____ ΠΑ18
ΠΡΑΜΑΝΤΙΩΤΗ Λ.-Μ. _____ ΠΑ10
ΠΡΑΣΙΑΝΑΚΗ Μ. _____ ΠΑ14

Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

Σ

ΣΑΜΑΚΙΔΟΥ Γ. ΠΑ02, ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ22
 ΣΑΜΑΡΚΟΣ Μ. _____ ΠΑ13
 ΣΑΠΑΡΔΑΝΗΣ Ι. _____ ΠΑ26
 ΣΑΡΑΦΗ Α. _____ ΠΑ10
 ΣΙΑΜΗ Ε. _____ ΠΑ03
 ΣΙΑΦΑΡΙΚΑΣ Χ. _____ ΠΑ02, ΠΑ04
 ΣΙΜΑΤΗ Σ. _____ ΠΑ19
 ΣΚΟΤΣΙΜΑΡΑ Α. _____ ΠΑ09, ΠΑ21
 ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. _____ ΠΑ25, ΠΑ26, ΠΑ28
 ΣΠΑΝΟΣ Κ. _____ ΠΑ18
 ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π. _ ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ09,
 _____ ΠΑ12, ΠΑ13, ΠΑ21
 ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ- ΓΚΙΟΚΑ Α. _____ ΠΑ15

Τ

ΤΑΪΡΗΣ Ν. _____ ΠΑ27
 ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Α. _____ ΠΑ02, ΠΑ03,
 _____ ΠΑ04, ΠΑ05, ΠΑ19, ΠΑ22
 ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. _ ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ04,
 _____ ΠΑ05, ΠΑ06, ΠΑ07, ΠΑ09, ΠΑ12,
 _____ ΠΑ13, ΠΑ15, ΠΑ19, ΠΑ21, ΠΑ22
 ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ. _____ ΠΑ16, ΠΑ17, ΠΑ25
 ΤΖΙΩΤΖΙΟΥ Κ. _____ ΠΑ26
 ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Μ. _____ ΠΑ12, ΠΑ13
 ΤΡΥΨΙΑΝΗΣ Γ. _____ ΠΑ23
 ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗΣ Δ. _____ ΠΑ03, ΠΑ05
 ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ. _____ ΠΑ24

Φ

ΦΑΣΟΝ Γ. _____ ΠΑ11

Χ

ΧΑΡΙΤΩΝΙΔΟΥ Γ. _____ ΠΑ26
 ΧΑΣΕΜΑΚΗ Ν. _____ ΠΑ09, ΠΑ21

Ψ

ΨΑΧΟΥΛΙΑ Φ. _____ ΠΑ15, ΠΑ22

Γενικές Πληροφορίες



Vipidia®

αλογλιπτίνη

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

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

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

ΟΝΟΜΑΣΙΑ - ΜΟΡΦΗ - ΠΕΡΙΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	ΛΙΑΝΙΚΗ ΤΙΜΗ
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	15,47 €
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	19,16 €
VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB BTx28 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,56 €
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB BTx56 (PCTFE/PVC/ αθουμίνιο blister)	36,59 €
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB BTx28 (NYL/alu/PVC blister)	37,98 €

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



Δικαιούχος Σήματος και
Κάτοχος Άδειας Κυκλοφορίας:



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

Προώθηση:



ELPEN A.E. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-9, Fax: 210 6039300
www.elpen.gr

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

Retaform[®]

metformin HCL extended release tablets

Μετφορμίνη 500, 750 και 1000 mg.
Δισκία παρατεταμένης αποδέσμευσης



RET-INS-01052020

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευθείτε την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος

W WinMedica
Serving Health for Life

Οιδίοδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής οδού 33-35, Χαλάνδρι Τ.Κ. 15238, Αθήνα,
Τηλ.: 210 7488821, Τηλ. Παραγγελιών: 210 7488 839, E-mail: info@winmedica.gr

www.winmedica.gr

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

Δορυφορικά Συμπόσια & Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022

14.30 - 15.15 Δορυφορικό Συμπόσιο



Προεδρείο: **Α. Μεηιδώνης**

- Η ασθενοκεντρική προσέγγιση των ασθενών με ΣΔτ2 ως οδηγός της βέλτιστης γλυκαιμικής ρύθμισης: **Α. Μεηιδώνης**
- 15 χρόνια Κλινικής εμπειρίας και Επιστημονικών δεδομένων με την Σιταγλιπτίνη σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2. Συζήτηση κλινικών περιστατικών: **Ι. Ντούπης**

18.30 - 19.00 Δορυφορική Διάλεξη



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

Προεδρείο: **Δ. Σκούτας**

Ομιλήτρια: **Π. Γρηγοροπούλου**

19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη



Θεραπευτικές προσεγγίσεις στο Διαβήτη τύπου 2. Αρκεί μόνο η ευγλυκαιμία και η απώλεια βάρους; Ιστορίες επιτυχημένων θεραπευτικών αποφάσεων μετά τη μετφορμίνη

Προεδρείο: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**

Δορυφορικά Συμπόσια & Δορυφορικές Διαλέξεις

Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022

10.45 - 11.15 Δορυφορική Διάλεξη



Μελέτη Doric: Η αποτελεσματικότητα και ασφάλεια της χορήγησης της σιλοσταζόλης σε διαβητικούς ασθενείς
Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**

12.30 - 13.00 Δορυφορική Διάλεξη



Νεότερα στη Θεραπεία των Διαβητικών Ελκών - Η θέση των RGTAs
Προεδρείο: **Ν. Παπάνας**

Ομιλητής: **Ν. Τεντολούρης**

13.00 - 13.30 Δορυφορική Διάλεξη



Εξατομικεύοντας τη θεραπεία του ΣΔτ2 με SGLT2i βάση θεραπευτικών ενδείξεων
Προεδρείο: **Α. Ράπτης**

Ομιλήτρια: **Μ. Σταματελάτου**

19.00 - 19.30 Δορυφορική Διάλεξη



Σεμαγλουτίδη, ο νέος εβδομαδιαίος αγωνιστής του GLP-1 στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα
Προεδρείο: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Θ. Κουφάκης**

20.00 - 20.30 Δορυφορική Διάλεξη



Εξατομικεύοντας την ινσουλινοθεραπεία για την επίτευξη του γλυκαιμικού ελέγχου
Προεδρείο: **Σ. Παπαντωνίου**

- Η αξία του δείκτη "Time in Range ή Χρόνος εντός στόχου" στην κλινική πράξη: **Σ. Παπαντωνίου**
- Η εμπειρία από την χρήση της ινσουλίνης glargine 300U/ml στη βελτιστοποίηση της ινσουλινοθεραπείας στα άτομα με ΣΔ: **Γ. Τσιάντας**

Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών Δορυφορικών Συμποσίων - Δορυφορικών Διαλέξεων

Γ

Γρηγοροπούλου Πηνελόπη

Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιμελήτρια Α', Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν.Α. «Η Ελπίς»

Κ

Κουφάκης Θεοχάρης

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Ακαδημαϊκός Υπότροφος, Διαβητολογικό Κέντρο - Α' Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Θεσσαλονίκη

Μ

Μανές Χρήστος

Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Επιστημονικός Υπεύθυνος Τμήματος Διαβήτη και Διαβητικού Ποδιού, Βιοκλινική Θεσσαλονίκης, Εκπρόσωπος της Ελλάδας στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό Πόδι, Πρόεδρος Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.), τ. Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Μελιδώνης Ανδρέας

MD, MSc, PhD, Συντονιστής Διευθυντής Διαβητολογικού-Καρδιομεταβολικού Κέντρου Metropolitan Hospital, Πρόεδρος Ε.ΚΟ.ΜΕ.Ν., Αθήνα

Ν

Ντούνης Ιωάννης

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος & Διαβητολογικού Ιατρείου, Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνας, Σαλαμίνα

Π

Παπάνας Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας-Σακχαρώδους Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού, Αλεξανδρούπολη

Παπαντωνίου Στέφανος

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

Ρ

Ράπτης Αθανάσιος

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

Σ

Σκούτας Δημήτρης

Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΔΠΘ, Υπεύθυνος Παθολογικού Τομέα Κ.Α.Α. «Αναγέννηση», Επιστημονικός Διευθυντής Γενικής Κλινικής «Λυσίμαχος Σαραφινός», Πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βόρειας Ελλάδας, Θεσσαλονίκη

Σταματελάτου Μαρία

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνη Διαβητολογικού Ιατρείου, Γ.Ν. Λασιθίου, Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ-ΚΥ Σητείας, Κρήτη

Τ

Τεντολούρης Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου & Ερευνητικού Διαβητολογικού Εργαστηρίου, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Πρόεδρος Ελληνικής Εταιρείας Εσωτερικής Παθολογίας (Ε.Ε.Ε.Π.), Αθήνα

Τσιάντας Γεώργιος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδεύσεως, Αθήνα

Χρήσιμες Πληροφορίες

Ημερομηνία Συνεδρίου

Το 8^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού θα πραγματοποιηθεί **υβριδικά**, στις **3 - 6 Φεβρουαρίου 2022**, στην **Αθήνα**.

Σύμφωνα με την Κοινή Υπουργική Απόφαση (ΦΕΚ Τεύχος Β' 290/29.01.2022) προβλέπονται τα ακόλουθα:

- Τα επιστημονικά συνέδρια διεξάγονται με υβριδικό τρόπο, δηλαδή υπάρχει παράλληλα:
 - **φυσική παρουσία** περιορισμένου και προκαθορισμένου αριθμού συνέδρων (**μόνο πλήρως εμβολιασμένοι ή νοσήσαντες το τελευταίο τρίμηνο**)
 - **ταυτόχρονη διαδικτυακή** αναμετάδοση (live streaming) για τους **λοιπούς εγγεγραμμένους συνέδρους**.
- Για την είσοδο στο συνεδριακό χώρο απαιτείται η επίδειξη **έγκυρου πιστοποιητικού εμβολιασμού ή πιστοποιητικού νόσησης του τελευταίου τριμήνου**.
- Οι διοργανωτές τηρούν κατάλογο με τα στοιχεία επικοινωνίας των εγγεγραμμένων στο Συνέδριο ώστε να χρησιμοποιηθούν σε περίπτωση ιχνηλάτησης επαφών επί επιβεβαιωμένου κρούσματος.
- Δεν επιτρέπεται η παρουσία ορθίων εντός των αιθουσών.
- Η χρήση μάσκας προσώπου είναι υποχρεωτική για όλους τους παρευρισκόμενους (υπάλληλοι, τεχνικοί, ασφάλεια), τους συνέδρους και τους ομιλητές.
- Απαγορεύεται η είσοδος στην αίθουσα σε όσους δεν είναι εγγεγραμμένοι σύνεδροι ή προσωπικό υποστήριξης του Συνεδρίου.

Τόπος Διεξαγωγής

Ξενοδοχείο Crowne Plaza Hotel
Αίθουσα Ballroom
Μιχαηλακοπούλου 50, Αθήνα 115 28
Τηλ.: 210 7278000
Fax: 210 7278600
www.cpathens.com

Γλώσσα Συνεδρίου

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

Έκθεση Συνεδρίου

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα λειτουργεί έκθεση Φαρμακευτικών Εταιριών & Εταιριών Ιατρικών μηχανημάτων.

Χρήσιμες Πληροφορίες

Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)

Οι ηλεκτρονικές κονκάρδες (badges) αποστέλλονται ηλεκτρονικά από τη Γραμματεία του Συνεδρίου κατά την προσέλευση στον συνεδριακό χώρο και είναι απαραίτητες για την είσοδο τόσο στη συνεδριακή αίθουσα 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 τη συνεδριακή αίθουσα. 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.

Μοριοδότηση

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου έχει μοριοδοτηθεί με **είκοσι έξι (26)** μόρια συνεχιζόμενης ιατρικής εκπαίδευσης από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (ΠΙΣ), ο οποίος είναι ο επίσημος φορέας για τη μοριοδότηση, μετά την υπογραφή σχετικής σύμβασης με την U.E.M.S. (Ευρωπαϊκή Ένωση Ειδικευμένων Ιατρών). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύεδρος (ιατρός), ο οποίος έχει παρακολουθήσει τουλάχιστον το 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 αναγνώστων γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις ηλεκτρονικές κονκάρδες των Συνέδρων που συμμετέχουν με φυσική παρουσία και μέσω της πλατφόρμας αναμετάδοσης για τους συνέδρους που παρακολουθούν μέσω διαδικτύου.

Βεβαιώσεις Συμμετοχής - Πιστοποιητικά Παρακολούθησης

Όλοι οι συμμετέχοντες θα έχουν τη δυνατότητα να παραλάβουν τις βεβαιώσεις συμμετοχής και τα πιστοποιητικά παρακολούθησης μέσω της ιστοσελίδας του συνεδρίου. Μετά τη λήξη του συνεδρίου θα αποσταλούν σχετικές οδηγίες.

Ιστοσελίδα Συνεδρίου - Live Streaming

Η ιστοσελίδα του Συνεδρίου είναι η ακόλουθη, <https://www.events-free-spirit.gr/80-panellinio-emedip-2022> και ο ηλεκτρονικός σύνδεσμος (link) για τη διαδικτυακή παρακολούθηση είναι ο ακόλουθος, <https://www.events-free-spirit.gr/80-panel-linio-emedip-2022/live-streaming>

Χρήσιμες Πληροφορίες

Προφορικές Ανακοινώσεις

Όλες οι εργασίες παρουσιάζονται ως Προφορικές Ανακοινώσεις και εμφανίζονται στο πρόγραμμα ως **ΠΑ**

Οι Προφορικές Ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν:

ΠΑ01 - ΠΑ09	Πέμπτη 3 Φεβρουαρίου 2022	16.00 - 17.30
ΠΑ10 - ΠΑ19	Παρασκευή 4 Φεβρουαρίου 2022	08.00 - 09.30
ΠΑ20 - ΠΑ28	Σάββατο 5 Φεβρουαρίου 2022	08.00 - 09.30

Εγγραφές για Φυσική Παρουσία στο Συνέδριο

Κατηγορία

Ειδικευμένοι	100,00 €
Ειδικευόμενοι	50,00 €
Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλεύτες, Ποδίατροι κλπ)	40,00 €
Προπτυχιακοί Φοιτητές*	Δωρεάν
Μεταπτυχιακοί Φοιτητές Ιατρικής & Νοσηλευτικής*	Δωρεάν

Όλες οι εγγραφές θα πραγματοποιούνται ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας του συνεδρίου:
<https://www.events-free-spirit.gr/80-panellinio-emedip-2022/forma-symmetoxis>

* Οι συμμετέχοντες, με μηδενικό κόστος εγγραφής, είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Βεβαίωση Παρακολούθησης
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια για του Ιατρούς
εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

Χρήσιμες Πληροφορίες

Εγγραφές για Διαδικτυακή Παρακολούθηση

Κατηγορία

Ειδικευμένοι	50,00 €
Ειδικευόμενοι	50,00 €
Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλεύτες, Ποδίατροι κλπ)	40,00€
Προπτυχιακοί Φοιτητές*	Δωρεάν
Μεταπτυχιακοί Φοιτητές Ιατρικής & Νοσηλευτικής*	Δωρεάν

Όλες οι εγγραφές θα πραγματοποιούνται ηλεκτρονικά μέσω της ιστοσελίδας του συνεδρίου:
<https://www.events-free-spirit.gr/8o-panellinio-emedip-2022/forma-symmetoxis>

* Οι συμμετέχοντες, με μηδενικό κόστος εγγραφής, είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Βεβαίωση Παρακολούθησης
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια για του Ιατρούς εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης

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 παραδώσουν την παρουσίασή τους στη γραμματεία παραλαβής παρουσιάσεων τουλάχιστον μία ώρα πριν από την προγραμματισμένη ώρα παρουσίασης της ομιλίας τους. Παρακαλούνται όλοι οι Συμμετέχοντες Πρόεδροι - Ομιλητές του Συνεδρίου να τηρήσουν αυστηρά τους χρόνους του προγράμματος προκειμένου να διασφαλιστεί η ομαλή και εύρυθμη λειτουργία του.

Ασφάλεια

Η Οργανωτική Επιτροπή και η Εταιρία 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.

Διοργάνωση



Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πόντου 104, 11527 Αθήνα

Τηλ.: 210 7470089, Fax: 210 7470044

E-mail: emedip@otenet.gr, Web site: www.emedip.gr

Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 15344 Γέρακας

Τηλ.: 210 60 48 260, Fax: 210 60 47 457

E-mail: alebesi@free-spirit.gr, Web site: www.free-spirit.gr

Diabetel®

ΦΡΟΝΤΙΔΑ • ΠΕΡΙΠΟΙΗΣΗ • ΠΡΟΛΗΨΗ



Ολοκληρωμένη **προστασία**
& **φροντίδα** του **διαβητικού ποδιού**

Με βάση τα **ω-3** & **ω-6** ακόρεστα λιπαρά οξέα,
την **L-Αργινίνη**, το **α-Λιποϊκό οξύ** & την **Ουρία**

www.intermed.com.gr

ULTRA-LEVURE®

Saccharomyces boulardii **CNCM I-745**

Ο ΦΥΣΙΚΟΣ ΣΥΜΜΑΧΟΣ ΤΗΣ ΑΝΤΙΒΙΩΣΗΣ

Συμπεριλαμβάνεται στην
ηλεκτρονική συνταγογράφηση και
αποζημιώνεται σε συγχροήγηση
με αντιβιοτικά



ΔΟΣΟΛΟΓΙΑ

250mg

Ενήλικες: **2** ως **4** καψάκια/φακελίσκοι
την ημέρα (500mg ως 1000mg την ημέρα)
Παιδιά: **1** ως **2** καψάκια/φακελίσκοι
την ημέρα (250mg ως 500mg την ημέρα)

50mg

Ενήλικες & Παιδιά: **3** ως **6** καψάκια την ημέρα

BIOCODEX

ΦΑΡΜΑΚΟΕΠΑΓΡΥΠΗΣΗ: 210 6202357

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

Πριν τη συνταγογράφηση συμβουλευτείτε
την Περίληψη Χαρακτηριστικών του Προϊόντος,
που βρίσκεται σε επόμενη σελίδα.



PETSIAVAS
A NAME, A HISTORY, A FUTURE

Αγ. Αναργύρων 21, Κ. Κηφισιά 14564
Τ: 210 6202 301, Φ: 210 8077 079 • www.petsiavas.gr

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο / ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, 250.00 mg (υποφωσφοποιημένο κύτταρο *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745) Εκδόκη με γνηστή δράση: **ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο:** Λακτόζη, ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο, Λακτόζη, φρουκτόζη, σορβιτόλη (περιέχεται στο άρωμα tutti frutti). Για τον πλήρη κατάλογό των εκδόχων, βλ. παράγραφο 6.1. **3. ΦΑΡΜΑΚΟΤΕΧΝΙΚΗ ΜΟΡΦΗ:** Καψάκιο, σκλήρο / Κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο. **4. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 4.1 Θεραπευτικές ενδείξεις:** • Προφύλαξη και θεραπεία των εκ του εντέρου ανεπιθύμητων ενεργειών των αντιβιοτικών. • Ψυμοληπτική αγωγή σε οξείες διάρροιας ενηλίκων και παιδιών. • Προσθήκη στη θεραπεία με vancomycin/metronidazole για την πρόληψη της επανεμφάνισης της διάρροιας που προκαλείται από το *Clostridium difficile*. • Προφύλαξη από διάρροια που έχει σχέση με τη χορήγηση αντιβιοτικών ευρέως-φάσματος. **4.2 Δοσολογία και τρόπος χορήγησης:** Δοσολογία – Ενήλικες: 2-4 καψάκια/φακελάκια την ημέρα (500mg ως 1000 mg την ημέρα) – Παιδιατρικός πληθυσμός: Παιδιά 1 έως 2 καψάκια/φακελάκια την ημέρα (250mg ως 500mg την ημέρα). Τρόπος χορήγησης: ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο. Οι κάψουλες λαμβάνονται από τον στόματο, προκειμένου να χορηγηθούν σε παιδιά, οι κάψουλες δύναται να ανοιχθούν και το περιεχόμενο να αναμειχθεί με το γάλα (μυημένο) ή με την τροφή. ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο. Το περιεχόμενο του φακελάκιου να αδειάζεται σε μικρή ποσότητα νερού ή αναμικτικού με ζάχαρη, να ανακατεύεται και να πίνεται. Η σκόνη μπορεί επίσης να αναμειχθεί με τσάι. Το προϊόν να χρησιμοποιείται αμέσως μετά την ανασύσταση. Προφυλάξεις που πρέπει να ληφθούν πριν από τη χειρουργή ή τη χορήγηση του φαρμακευτικού προϊόντος, λόγω του κινδύνου αεροαεραφερόμενης μόλυνσης, τα καψάκια ή οι φακελάκια δεν πρέπει να ανοιγούνται στους θαλάμους των ασθενών. Το υγειονομικό προσωπικό θα πρέπει να φοράει γάντια κατά την χειρουργή των χορηγούμενων προϊόντων, και στη συνέχεια να απορρίπτει τα γάντια και να πλένει σωστά τα χέρια του (βλ. κεφάλαιο 4.4). **4.3 Αντενδείξεις:** – Γνωστή υπερευαισθησία ένα από τα συστατικά, ασθενείς με κεντρικό φλεβικό καθετήρα (Central Venous Catheter –CVC–), αλλεργία στους ζυμομύκητες, ειδικότερα τον *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ή σε ανοσοκαταστολή λόγω του κινδύνου μυκητιασικής (βλ. κεφάλαιο 4.4), **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφυλάξεις κατά τη χρήση:** Σε περίπτωση που η διάρκεια επιμένει μετά από 2 ημέρες αγωγής ή σε περίπτωση που εμφανισθεί αίμα στα κόπρανα ή πυρετός, η θεραπεία θα πρέπει να επανοδηλωθεί και θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη το ενδεχόμενο να χρειάζεται να δοθεί επανודόση, χορηγούμενη από τον στόματο ή παρεντερικά. Σε παιδιά ηλικίας μικρότερα των 2 ετών, συνιστάται ιατρική παρακολούθηση λόγω του κινδύνου αφυδάτωσης. Αφού σταματήσει η διάρροια, η αγωγή μπορεί να συνεχιστεί για μερικές ακόμη ημέρες. Η αγωγή δεν αντικαθιστά την ενυδάτωση, όταν αυτή είναι απαραίτητη. Η δόση της χορηγούμενης ενυδάτωσης (από του στόματος ή ενδοφλέβια) θα πρέπει να ρυθμίζεται ανάλογα με τη σοβαρότητα της διάρροιας και την ηλικία και την κατάσταση της υγείας του ασθενή. Το ULTRA-LEVURE 250 mg περιέχει ζάχαρη και καψάκιο. Για το λόγο αυτό, το παρόν φάρμακο δεν πρέπει να αναμειγνύεται με πολύ ζεστό (θερμοκρασίας άνω των 50°C), παγωμένο ποτό ή τροφές (π.χ. ποτά που αποθηκεύονται στο ψυγείο, παγωτά, πολύ ζεστά γεύματα) και αλκοολούχα ποτά. Έχουν αναφερθεί πολύ σπάνιες περιπτώσεις μυκητιασικής (και καλλιέργειες αίματος θετικές σε στελέχη *Saccharomyces*) και σημιασής κυρίως σε ασθενείς με κεντρικό φλεβικό καθετήρα, σε κρίσιμη κατάσταση ή σε ανοσοκαταστολή, που συχνά προκαλεί πυρετό. Στις περισσότερες περιπτώσεις, το αποτέλεσμα υπήρξε ικανοποιητικό μετά τη διακοπή της θεραπείας με *Saccharomyces boulardii*, τη χορήγηση αντιμυκητιασικής θεραπείας και την αφαίρεση του καθετήρα, όταν ήταν απαραίτητα. Οστόσο, το αποτέλεσμα υπήρξε θανατηφόρο για ορισμένους ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση (βλ. κεφάλαιο 4.3 και 4.8). Όπως και με όλα τα φάρμακα που παρασκευάζονται από ζωντανούς μικροοργανισμούς, απαιτείται ιδιαίτερη προσοχή κατά τη χειρουργή του προϊόντος υπό την παρουσία ασθενών με κεντρικό φλεβικό καθετήρα κυρίως, αλλά και με περιφερικό καθετήρα, ακόμα και χωρίς θεραπεία με *Saccharomyces boulardii*, για την αποφυγή μόλυνσης από τα χέρια ή και διάδοσης μικροοργανισμών μέσω του στήθους (βλ. κεφάλαιο 4.2). Δεν είναι δυνατό να διεξαχθούν ασφαλή δεδομένα ασφαλείας με την περιεκτικότητα των 250 mg στους ασθενείς που είναι πιο επιρρεπείς σε ανεπιθύμητες ενέργειες ή συστηματικές παθήσεις όπως ανοσοκατεσταλμένοι ασθενείς, ασθενείς με AIDS, ασθενείς Μονάδων εντατικής θεραπείας και ασθενείς που λαμβάνουν εντερική σίτιση στο ενδοσκόπιο κεντρικού περιβάλλον. **ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο και ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο:** Οι ασθενείς με σπάνια κληρονομική προδιάθεση δυσανεξίας στη γαλακτόζη, πλήρη ανεπάρκεια λακτάσης ή κακή απορρόφηση γλυκόζης-γαλακτόζης δεν πρέπει να πάρουν αυτό το φάρμακο. **ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο:** Ασθενείς με κληρονομική δυσανεξία στην φρουκτόζη (HF) δεν πρέπει να παίρνουν/ή να τους χορηγείται αυτό το φαρμακευτικό προϊόν. **Διατηρητικές Συμβουλές:** • Οι ασθενείς πρέπει να ενημερωθούν για την ανάγκη: **Επανεξέταση** πιθανά άφρονες ποσότητες αλμυρών ή γλυκών υγρών, ώστε να ανταποκριθούν την απειλή υγρών λόγω της διάρροιας (η μέση ημερήσια απαιτούμενη ποσότητα νερού σε έναν ενήλικα είναι 2 λίτρα). **Πρόσληψη τροφής** ενώ έχουν διάρροια. • με εξάρτηση ορισμένων τύπων τροφών και ιδιαίτερα ωμές σαλάτες, φρούτα, πράσινα λαχανικά, πικάντικα φαγητά και παγωμένες τροφές ή ποτά. • κατά προτίμηση ψυτά κρέατα και ρυζί. **4.5 Αλληλεπιδράσεις με άλλα φαρμακευτικά προϊόντα και άλλες μορφές αλληλεπιδράσεων:** Επειδή το ULTRA-LEVURE 250 mg ως προς τη φύση του είναι μύκητας, δεν πρέπει να συγχρησιμοποιείται με πενικερίνη ή από του στόματος αντιμυκητιασικά φάρμακα. **4.6 Κόπηση και γαλουχία:** Κόπηση: Δεν υπάρχουν αξιόπιστα στοιχεία τεταρτογενέσεως σε ζώα. Κληνικά, δεν έχουν αναφερθεί μέχρι σήμερα περιπτώσεις δυσπλασιών ή τοξικής δράσης. Οστόσο, η παρακολούθηση των κυψελών που εκτίθενται σε αυτό το φάρμακο είναι αναγκαία για να αποκλειστεί κάθε κίνδυνος. Ως εκ τούτου, αν και οι *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 δεν απορροφούνται, ως προληπτικό μέτρο, είναι προτιμότερο να σταθμίζεται το αναμενόμενο όφελος σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους για το έμβρυο πριν από τη χρήση αυτού του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. **Θηλασμός:** Οι *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 δεν απορροφάται. Ελκείμει δεδομένα, είναι προτιμότερο να σταθμίζεται το όφελος σε σχέση με τους πιθανούς κινδύνους για το θηλάζον βρέφος πριν από τη χρήση αυτού του φαρμάκου κατά τη διάρκεια της γαλουχίας. **4.7 Επιδράσεις στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμό μηχανήματος:** Το ULTRA-LEVURE® 250mg, καψάκιο και ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο, δεν έχουν καμία επίδραση στην ικανότητα οδήγησης και χειρισμό μηχανημάτων. **4.8 Ανεπιθύμητες ενέργειες:** Οι ακόλουθες παρενέργειες μπορεί να εμφανιστούν κατά τη διάρκεια θεραπείας με *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745. Η συχνότητα εμφάνισης αυτών καθορίζεται ως ακολούθως: πολύ συχνές ($\geq 1/10$), συχνές ($\geq 1/100$, $< 1/100$), συχνότερες ($\geq 1/1000$, $< 1/100$), σπάνιες ($\geq 1/10.000$, $< 1/1000$), πολύ σπάνιες ($< 1/10.000$, συμπεριλαμβανομένων μεμονωμένων περιπτώσεων), μη γνωστής συχνότητας (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα δεδομένα). Εντός κάθε κατηγορίας συχνότητας εμφάνισης, οι παρενέργειες παρατίθενται από φθίνουσα σειρά σοβαρότητας. **Διαταραχές του γαστρεντερικού:** Σπάνιες: Μετεωρισμός. Μη γνωστής συχνότητας (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα δεδομένα): Δυσκοιλιότητα. **Διαταραχές του δέρματος και του υποδόριου ιστού:** Πολύ σπάνιες: Εξάνθημα, δερματική αλλεργία, κνίδωση, κνησμός. **Διαταραχές του ανοσοποιητικού:** Πολύ σπάνιες: Αναφυλακτική αντίδραση, αγγειοοίδημα, εξάνθημα, **Λοιμώξεις και Παρασυστατικές:** Πολύ σπάνιες: Μυκητιασικές σε ασθενείς με κεντρικό φλεβικό καθετήρα και ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ή σε ανοσοκαταστολή (βλ. κεφάλαιο 4.4). Μη γνωστής συχνότητας (δεν μπορούν να εκτιμηθούν από τα διαθέσιμα δεδομένα): Σημιασής σε ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση ή ανοσοκαταστολή (βλ. κεφάλαιο 4.4). **Αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών:** Η αναφορά πιθανολογούμενων ανεπιθύμητων ενεργειών μετά από τη χορήγηση οδούς κυκλοφορίας του φαρμακευτικού προϊόντος είναι σημαντική. Επιτρέπει τη συνεχή παρακολούθηση της σχέσης οφέλους-κινδύνου του φαρμακευτικού προϊόντος. Ζητείται από τους επαγγελματίες υγείας να αναφέρουν οποιαδήποτε πιθανολογούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες στον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων. Μεσογίων 284GB-15562 Χολαργός, Αθήνα, Τηλ. + 30 21 32040380/337. Φαξ. + 30 2106549585. Ιστοσελίδα: <http://www.eof.gr>. **4.9 Υπερδοσολογία:** Δεν έχουν αναφερθεί περιστατικά υπερδοσολογίας. **5. ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ: 5.1 Φαρμακοδυναμικές ιδιότητες:** Φαρμακοθεραπευτική κατηγορία: Αντιβιοτικό βιολογικής προέλευσης, κωδικός ATC: A07F A02. Ο *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 είναι ένας μικροοργανισμός με αντιβιοτική δράση μέσα στο γαστρεντερικό σωλήνα, η οποία συνίσταται στην υποκατάσταση της εντερικής χλωρίδας. Η φαρμακοδυναμική της ζωής προβολικής ζήσης *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745, έχει τεκμηριωθεί μέσα από διάφορα πειραματικά μοντέλα in vitro και in vivo, μέσα από μελέτες που πραγματοποιήθηκαν στα ζώα και στον άνθρωπο, μέσω των οποίων καταδείχθηκε πως έχει: • αντιφλεγμονώδεις (εντεροπροστατευτική Ε. Coli), • αντιμυκητιασικές (εντεροπροστατευτική Ε. Coli, C. difficile, S. typhimurium, Yersinia Enterocolitica, C. albicans, C. krusei, C. pseudotropicalis), • ενζυμικές (δυσκοιλιότητες, αμνοπενία λόγω της λευκίνης, σπερμίν, σπερμινίδη), • μεταβολικές, • έναντι των τοξινών (τοξίνη Α του C. diff., τοξίνη της χολέρας), • και ανοσοανταδραστικές (εκκρινή ανοσοσφαιρίνη Α-IgA- και άλλες ανοσοσφαιρίνες) δράσεις οι οποίες αποβάνουν σε όφελος του οργανισμού όταν ο *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 χρησιμοποιείται στη θεραπεία της διάρροιας ποικίλης αιτιολογίας (μολυσματική-ιγενής, βακτηριακής ή μη αιτιολογίας) στον άνθρωπο. **5.2 Φαρμακοκινητικές ιδιότητες:** Ο *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 δεν απορροφάται. Μετά από χορήγηση επαναλαμβανόμενων από του στόματος δόσεων, μεταβολίζονται στον πεπτικό σωλήνα χωρίς απορρόφηση, επιτυγχάνοντας ταχέως σημαντικές συγκεντρώσεις στο έντερο, οι οποίες διατηρούνται σταθερές καθ' όλη τη διάρκεια της χορήγησης. 2 έως 3 ημέρες μετά από τη διακοπή της θεραπευτικής αγωγής, οι *Saccharomyces boulardii* CNCM I-745 δεν ανιχνεύονται πλέον στα κόπρανα. **5.3 Προκλινικά δεδομένα για την ασφάλεια:** Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία. **6. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ: 6.1 Κατάλογος εκδόχων:** **ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο:** Λακτόζη, μαγνήσιο στεατικό, Κέλυφος καψάκιο: ζελατίνη, ιπτανίου διοξειδίου (E171), **ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο:** Λακτόζη, φρουκτόζη, πυρίτιο οξείδιο καλλοειδές άνυδρο, βελτυκό γαλακτικό tutti frutti τεχνητό (περιέχει σορβιτόλη). **6.2 Αυστηρότητες:** Δεν εφαρμόζονται. **6.3 Διάρκεια ζωής:** 3 χρόνια. **6.4 Ιαίτηρες προφυλάξεις κατά τη φύλαξη του προϊόντος:** Φυλάσσεται σε θερμοκρασία μικρότερη των 25°C και μακριά από υγρασία. **6.5 Όσον και αναφορικά του περιεχόμενου και ειδικές εξοφλήσεις για τη χρήση, τη χορήγηση ή την εμφύτευση:** **ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο:** Καψάκιο συσκευασμένο σε γυάλινη φιάλη (ύσλος τύπου III), η οποία φέρει πάνω από πολυαιθυλένιο (PPI). Καύτη των 10 καψακίων. **ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο:** Κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο (χαρτί/ πολυαιθυλένιο (PPI)/φύλλο αλουμινίου). Καύτη των 10 φακελάκων. **6.6 Ιαίτηρες προφυλάξεις απόρριψης < και άλλες χειρισμοί:** Κάθε ακροαποστολή φαρμακευτικού προϊόν ή υπόλειμμα πρέπει να απορρίπτεται σύμφωνα με τις κοινές πρακτικές ισχύουσας σχετικής διατάξεως. **7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** ΠΕΤΙΣΙΑΒΑΣ Α.Ε., ΑΓ. ΑΝΑΓΡΥΠΟ 21, 14566 Κ.ΚΗΦΙΣΙΑ, ΕΛΛΑΔΑ, Τηλέφωνο: 2106202301, Φαξ: 210 8077079, Email: npsa@petisiavas.gr. **8. ΑΡΙΘΜΟΣ(ΟΙ) ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ:** ULTRA-LEVURE 250 mg, καψάκιο 54567/23-6-2021 ULTRA-LEVURE 250 mg, κόνης για πόσιμο εναιώρημα σε φακελάκιο: 59453/23-6-2021. **9. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΡΩΤΗΣ ΕΓΚΡΙΣΗΣ/ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ:** Ημερομηνία πρώτης έγκρισης: (13-1-2010) Ημερομηνία τελευταίας ανανέωσης: (23-6-2021). **10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΒΕΒΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ:** Ιούλιος 2021.

Λιανικές Τιμές σύμφωνα με ΔΤ 12/2020:

- ULTRA-LEVURE 250 MG/CAP BT x 10 CAPS: 3,26€
- ULTRA-LEVURE 250MG/SACHET BTx10 SACHETS: 3,33€
- ULTRA-LEVURE 50 MG/CAP BT x 20 CAPS: 2,54€

Φαρμακευτικό προϊόν για το οποίο απαιτείται ιατρική συνταγή



ΦΑΡΜΑΚΟΠΕΙΑ ΓΡΥΠΙΝΗΚΗΣ: 210 6202357

Βοηθήστε να γίνουν τα φάρμακα πιο ασφαλή και
Ανοφύρετε
ΟΛΕΣ τις ανεπιθύμητες ενέργειες για
ΟΛΑ τα φάρμακα
Συμμετέχοντας την «ΚΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ»

ΑΝΑΠΤΥΧΘΗΚΕ ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΟΥΣ



ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ

3 απαραίτητα κεραμίδια φυτικής
προέλευσης όμοια με αυτά του δέρματος



24 ΩΡΗ ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

Τεχνολογία MVE για
σταδιακή απελευθέρωση
των συστατικών

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΛΥΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥ ΦΡΑΓΜΟΥ



**Αφρίζον ενυδατικό λάδι καθαρισμού
με σκουαλάνιο και τριγλυκερίδια**

**ΣΥΜΒΑΛΛΕΙ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΛΗΡΩΣΗ
ΤΗΣ ΥΓΡΑΣΙΑΣ ΤΟΥ ΔΕΡΜΑΤΟΣ**

ΔΕΝ ΔΙΑΤΑΡΑΣΣΕΙ ΤΟΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΦΡΑΓΜΟ

ΕΠΑΝΟΡΘΩΝΕΙ ΤΟΝ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟ ΦΡΑΓΜΟ

ΕΝΙΣΧΥΕΙ ΤΗΝ ΕΝΥΔΑΤΩΣΗ

**ΜΕΙΩΝΕΙ ΤΗΝ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΟΤΗΤΑ
ΣΕ ΕΡΕΘΙΣΤΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή του 8^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες:



Janumet
(sitagliptin/metformin, MSD)



Για την πλήρη περιγραφή των χαρακτηριστικών του προϊόντος, παρακαλούμε να απευθύνεστε στην MSD Ελλάδος, Αγίου Δημητρίου 63, 174 56, Άλιμος. Τηλ.: 210 9897 300

Βοηθήστε να γίνει το φάρμακο
 πιο ασφαλή και αποτελεσματική ΟΔΕΙ
 τις ανατομήστες ευρέως
 για ΟΑΕ το φάρμακο διακρίνεται
 του «ΚΙΤΡΙΝΗ ΚΑΡΤΑ».



ADDRESSEE: ALFRED KRECHOWSKI
West Street & Duane St., Manhattan 38,
20110 New York, New York
TEL: 212-691-1111 FAX: 212-691-1111
E-MAIL: alfred.krechowski@nyu.edu
WWW: www.alfredkrechowski.com



BIANEE Α.Ε.
ΠΙΟΜΕΘΑΝΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΑΔΕΣΙΑ: 104/1999 (ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΙΑΚΗ)

BIANES A.E. - Εδρα: οδός Τσιτσίκου 18^η γλι. Ε.Ο. Αθηνών - Λαρίσης
146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Τηλ. Φαξ 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ.: 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mail@bianes.gr
• WEBSITE: www.bianes.gr • ΔΙΣΤΑΔΗΡΟΤ: Αναδέρσου 113,
562 24 Εοσμάς Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. ΓΕ.ΜΗ. 000274201000

[illegible]

ROZ-2021-0061 GR NOV 2021

VIATRIS



Τετραδύναμο αντιγριπικό εμβόλιο (split virion, αδρανοποιημένο)

Σας υποστηρίζει στην προστασία των ασθενών σας από τη γρίπη

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στην εταιρεία μας.



ΒΙΑΝΕΞ Α.Ε. ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΜΠΟΡΟΒΙΟΜΗΧΑΝΙΚΗ-ΤΟΥΡΙΣΤΙΚΗ-ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΚΑΙ ΝΑΥΤΙΛΙΑΚΗ ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
Εδρα: οδός Τατοίου, 18^η χλμ. Ε.Ο. Αθηνών - Λαμίας 146 71 Ν. Ερυθραία Αττικής, Ταχ. Θυρίδα 52894, 146 10 Ν. Ερυθραία
Τηλ.: 210 8009111 • Fax: 210 8071573 • E-mail: mailbox@vianex.gr • WEBSITE: www.vianex.gr
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Ακαδημίου 113, 562 24 Εύοσμος Θεσσαλονίκης • Τηλ.: 2310 861683

ΑΡ. Γ.Ε.ΜΗ. 000274201000

Καθίστε να γίνει το φάρμακο πιο ασφαλή και
αναγίγεται
ΦΑΣ 2ος καταλόγου ενέσεων για
ΟΑΑ το φάρμακο
Συμπληρώνοντας τον «RTFISH KAPSA»

SANOFI PASTEUR 

SE21040VGT/1-9/2021