



Υπό την αιγίδα  
του Υπουργείου Υγείας



# 5<sup>0</sup>



## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

### 5-7

Φεβρουαρίου 2016  
Athenaeum Intercontinental  
**Αθήνα**



Οργάνωση - Γραμματεία:



**Τελικό Πρόγραμμα  
& Βιβλίο Περιλήψεων**

## Η ΝΕΑ ΒΑΣΙΚΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ  
ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ  
ΑΠΟ 1 ΕΤΟΥΣ\*

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ:

- με επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου<sup>12</sup>
- με μικρότερο κίνδυνο νυχτερινής υπογλυκαιμίας έναντι της ινσουλίνης glargine<sup>13</sup>
- με ευελιξία στο χρόνο χορήγησης, όταν χρειάζεται

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ ΤΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ

▼ To zdanie jest takie: „Każdy człowiek, który chce być zdrowy, powinien ćwiczyć codziennie”. To zdanie jest prawdziwe, ponieważ ćwiczenia fizyczne pomagają w utrzymaniu zdrowia i poprawie samopoczucia. To zdanie jest fałszywe, ponieważ nie każdy człowiek może ćwiczyć codziennie z powodu różnych przyczyn, takich jak choroby, brak czasu lub złe warunki pogodowe. To zdanie jest prawdziwe, ponieważ ćwiczenia fizyczne są zalecane przez lekarzy dla większości ludzi. To zdanie jest fałszywe, ponieważ nie każdy człowiek chce być zdrowy.

[illegible][illegible]

Το πρώτο βήμα είναι να δοθούν οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενούς. Ταυτόχρονα, ο γιατρός πρέπει να εξετάσει το ιστορικό του ασθενούς, να τον ενημερώσει για την κατάσταση της υγείας του και να τον συμβουλεύσει σχετικά με τις επιλογές που έχει. Τα επόμενα βήματα είναι να πραγματοποιηθεί η εξέταση, να ληφθούν οι απαραίτητα δείγματα και να πραγματοποιηθεί η ανάλυση. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης θα δοθούν στον ασθενή και θα συζητηθούν με τον γιατρό. Τα επόμενα βήματα είναι να ληφθούν οι απαραίτητα μέτρα για την αντιμετώπιση της νόσου και να παρακολουθείται η κατάσταση της υγείας του ασθενούς.

As a good example, we can consider the following:

Национален център за управление на катастрофи и бедствия, ул. "Пиротска армия" 10, София 1000, Република България. Електронна поща: [info@natsb.bg](mailto:info@natsb.bg), [info@natsb.org](mailto:info@natsb.org), [info@natsb.eu](mailto:info@natsb.eu), [info@natsb.int](mailto:info@natsb.int), [info@natsb.net](mailto:info@natsb.net), [info@natsb.ru](mailto:info@natsb.ru), [info@natsb.us](mailto:info@natsb.us), [info@natsb.uk](mailto:info@natsb.uk), [info@natsb.cn](mailto:info@natsb.cn), [info@natsb.in](mailto:info@natsb.in), [info@natsb.br](mailto:info@natsb.br), [info@natsb.ar](mailto:info@natsb.ar), [info@natsb.mx](mailto:info@natsb.mx), [info@natsb.co](mailto:info@natsb.co), [info@natsb.io](mailto:info@natsb.io), [info@natsb.me](mailto:info@natsb.me), [info@natsb.mobi](mailto:info@natsb.mobi), [info@natsb.tel](mailto:info@natsb.tel), [info@natsb.tv](mailto:info@natsb.tv), [info@natsb.mn](mailto:info@natsb.mn), [info@natsb.mt](mailto:info@natsb.mt), [info@natsb.mk](mailto:info@natsb.mk), [info@natsb.rs](mailto:info@natsb.rs), [info@natsb.ba](mailto:info@natsb.ba), [info@natsb.hr](mailto:info@natsb.hr), [info@natsb.si](mailto:info@natsb.si), [info@natsb.sk](mailto:info@natsb.sk), [info@natsb.cz](mailto:info@natsb.cz), [info@natsb.pl](mailto:info@natsb.pl), [info@natsb.se](mailto:info@natsb.se), [info@natsb.no](mailto:info@natsb.no), [info@natsb.fi](mailto:info@natsb.fi), [info@natsb.dk](mailto:info@natsb.dk), [info@natsb.is](mailto:info@natsb.is), [info@natsb.lu](mailto:info@natsb.lu), [info@natsb.be](mailto:info@natsb.be), [info@natsb.ch](mailto:info@natsb.ch), [info@natsb.at](mailto:info@natsb.at), [info@natsb.de](mailto:info@natsb.de), [info@natsb.fr](mailto:info@natsb.fr), [info@natsb.es](mailto:info@natsb.es), [info@natsb.pt](mailto:info@natsb.pt), [info@natsb.it](mailto:info@natsb.it), [info@natsb.gr](mailto:info@natsb.gr), [info@natsb.cy](mailto:info@natsb.cy), [info@natsb.tr">info@natsb.tr](mailto:info@natsb.tr), [info@natsb.ge](mailto:info@natsb.ge), [info@natsb.am">info@natsb.am](mailto:info@natsb.am), [info@natsb.az">info@natsb.az](mailto:info@natsb.az), [info@natsb.kz">info@natsb.kz](mailto:info@natsb.kz), [info@natsb.uz">info@natsb.uz](mailto:info@natsb.uz), [info@natsb.tj">info@natsb.tj](mailto:info@natsb.tj), [info@natsb.kg">info@natsb.kg](mailto:info@natsb.kg), [info@natsb.by">info@natsb.by](mailto:info@natsb.by), [info@natsb.md">info@natsb.md](mailto:info@natsb.md), [info@natsb.ua">info@natsb.ua](mailto:info@natsb.ua), [info@natsb.ru">info@natsb.ru](mailto:info@natsb.ru), [info@natsb.kk">info@natsb.kk](mailto:info@natsb.kk), [info@natsb.kh">info@natsb.kh](mailto:info@natsb.kh), [info@natsb.mm">info@natsb.mm](mailto:info@natsb.mm), [info@natsb.th">info@natsb.th](mailto:info@natsb.th), [info@natsb.la">info@natsb.la](mailto:info@natsb.la), [info@natsb.vn">info@natsb.vn](mailto:info@natsb.vn), [info@natsb.ph">info@natsb.ph](mailto:info@natsb.ph), [info@natsb.id">info@natsb.id](mailto:info@natsb.id), [info@natsb.my">info@natsb.my](mailto:info@natsb.my), [info@natsb.sg">info@natsb.sg](mailto:info@natsb.sg), [info@natsb.tw">info@natsb.tw](mailto:info@natsb.tw), [info@natsb.hk">info@natsb.hk](mailto:info@natsb.hk), [info@natsb.mn">info@natsb.mn](mailto:info@natsb.mn), [info@natsb.mt">info@natsb.mt](mailto:info@natsb.mt), [info@natsb.mk">info@natsb.mk](mailto:info@natsb.mk), [info@natsb.rs">info@natsb.rs](mailto:info@natsb.rs), [info@natsb.ba">info@natsb.ba](mailto:info@natsb.ba), [info@natsb.hr">info@natsb.hr](mailto:info@natsb.hr), [info@natsb.si">info@natsb.si](mailto:info@natsb.si), [info@natsb.sk">info@natsb.sk](mailto:info@natsb.sk), [info@natsb.cz">info@natsb.cz](mailto:info@natsb.cz), [info@natsb.pl">info@natsb.pl](mailto:info@natsb.pl), [info@natsb.se">info@natsb.se](mailto:info@natsb.se), [info@natsb.no">info@natsb.no](mailto:info@natsb.no), [info@natsb.fi">info@natsb.fi](mailto:info@natsb.fi), [info@natsb.dk">info@natsb.dk](mailto:info@natsb.dk), [info@natsb.is">info@natsb.is](mailto:info@natsb.is), [info@natsb.lu">info@natsb.lu](mailto:info@natsb.lu), [info@natsb.be">info@natsb.be](mailto:info@natsb.be), [info@natsb.ch">info@natsb.ch](mailto:info@natsb.ch), [info@natsb.at">info@natsb.at](mailto:info@natsb.at), [info@natsb.de">info@natsb.de](mailto:info@natsb.de), [info@natsb.fr">info@natsb.fr](mailto:info@natsb.fr), [info@natsb.es">info@natsb.es](mailto:info@natsb.es), [info@natsb.pt">info@natsb.pt](mailto:info@natsb.pt), [info@natsb.it">info@natsb.it](mailto:info@natsb.it), [info@natsb.gr">info@natsb.gr](mailto:info@natsb.gr), [info@natsb.cy">info@natsb.cy](mailto:info@natsb.cy), [info@natsb.tr">info@natsb.tr](mailto:info@natsb.tr), [info@natsb.ge">info@natsb.ge](mailto:info@natsb.ge), [info@natsb.am">info@natsb.am](mailto:info@natsb.am), [info@natsb.az">info@natsb.az](mailto:info@natsb.az), [info@natsb.kz">info@natsb.kz](mailto:info@natsb.kz), [info@natsb.uz">info@natsb.uz](mailto:info@natsb.uz), [info@natsb.tj">info@natsb.tj](mailto:info@natsb.tj), [info@natsb.kg">info@natsb.kg](mailto:info@natsb.kg), [info@natsb.by">info@natsb.by](mailto:info@natsb.by), [info@natsb.md">info@natsb.md](mailto:info@natsb.md), [info@natsb.ua">info@natsb.ua](mailto:info@natsb.ua), [info@natsb.ru">info@natsb.ru](mailto:info@natsb.ru), [info@natsb.kk">info@natsb.kk](mailto:info@natsb.kk), [info@natsb.kh">info@natsb.kh](mailto:info@natsb.kh), [info@natsb.mm">info@natsb.mm](mailto:info@natsb.mm), [info@natsb.th">info@natsb.th](mailto:info@natsb.th), [info@natsb.la">info@natsb.la](mailto:info@natsb.la), [info@natsb.vn">info@natsb.vn](mailto:info@natsb.vn), [info@natsb.ph">info@natsb.ph](mailto:info@natsb.ph), [info@natsb.id">info@natsb.id](mailto:info@natsb.id), [info@natsb.my">info@natsb.my](mailto:info@natsb.my), [info@natsb.sg">info@natsb.sg](mailto:info@natsb.sg), [info@natsb.tw">info@natsb.tw](mailto:info@natsb.tw), [info@natsb.hk">info@natsb.hk](mailto:info@natsb.hk), [info@natsb.mn">info@natsb.mn](mailto:info@natsb.mn), [info@natsb.mt">info@natsb.mt](mailto:info@natsb.mt), [info@natsb.mk">info@natsb.mk](mailto:info@natsb.mk), [info@natsb.rs">info@natsb.rs](mailto:info@natsb.rs), [info@natsb.ba">info@natsb.ba](mailto:info@natsb.ba), [info@natsb.hr">info@natsb.hr](mailto:info@natsb.hr), [info@natsb.si">info@natsb.si](mailto:info@natsb.si), [info@natsb.sk">info@natsb.sk](mailto:info@natsb.sk), [info@natsb.cz">info@natsb.cz](mailto:info@natsb.cz), [info@natsb.pl">info@natsb.pl](mailto:info@natsb.pl), [info@natsb.se">info@natsb.se](mailto:info@natsb.se), [info@natsb.no">info@natsb.no](mailto:info@natsb.no), [info@natsb.fi">info@natsb.fi](mailto:info@natsb.fi), [info@natsb.dk">info@natsb.dk](mailto:info@natsb.dk), [info@natsb.is">info@natsb.is](mailto:info@natsb.is), [info@natsb.lu">info@natsb.lu](mailto:info@natsb.lu), [info@natsb.be">info@natsb.be](mailto:info@natsb.be), [info@natsb.ch">info@natsb.ch](mailto:info@natsb.ch), [info@natsb.at">info@natsb.at](mailto:info@natsb.at), [info@natsb.de">info@natsb.de](mailto:info@natsb.de), [info@natsb.fr">info@natsb.fr](mailto:info@natsb.fr), [info@natsb.es">info@natsb.es](mailto:info@natsb.es), [info@natsb.pt">info@natsb.pt](mailto:info@natsb.pt), [info@natsb.it">info@natsb.it](mailto:info@natsb.it), [info@natsb.gr">info@natsb.gr](mailto:info@natsb.gr), [info@natsb.cy">info@natsb.cy](mailto:info@natsb.cy), [info@natsb.tr">info@natsb.tr](mailto:info@natsb.tr), [info@natsb.ge">info@natsb.ge](mailto:info@natsb.ge), [info@natsb.am">info@natsb.am](mailto:info@natsb.am), <

## 3431-5000-0

1. Rochard JW et al, *Diabetic Medicine* 2013; DOI:10.1111/dme.12303
2. Roca RW et al, *Diabetic Medicine* 2013; DOI:10.1111/dme.12343
3. Trevisan F, *Thypanchy Xapoxipropolis, Bloodvite*



**Novo Nordisk Ελλάς ΕΠ.Ε.**  
Δ/ν. Θεσσαλονίκης 80 & Α/ν. Τραπεζίας 62  
551 43 Δ/ν. Τραπεζίας  
Τηλ: 210 603 650  
<http://www.novonordisk.gr>  
<http://www.novonordisk.com>

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



**TRESIBA**  
insulin degludec (rDNA origin) injection



# Χαιρετισμός

Η **Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού** (Ε.ΜΕ.ΔΙ.Π.) βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να σας ανακοινώσει ότι θα πραγματοποιήσει το **5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριό** της με Διεθνή Συμμετοχή στην Αθήνα, **5 - 7 Φεβρουαρίου 2016**.

Στο Συνέδριο θα αναπτυχθούν θέματα που αποβλέπουν στην ορθολογική και αποτελεσματική αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού, αλλά και στην πολύπλευρη αντιμετώπιση του ασθενούς με ανάλογα προβλήματα. Εξετάζονται καταρχήν οι δυνατότητες καλύτερης ρύθμισης της γλυκόζης αίματος και της υπέρτασης και των λιπιδίων με απαραίτητη και τη διερεύνηση νεφρικής λειτουργίας. Είναι αποδεδειγμένο, αν και όχι τόσο προβεβλημένο, ότι η ρύθμιση γλυκόζης και των άλλων παραπάνω παραμέτρων συντελεί στην αποφυγή ακρωτηριασμών.

Η πρόληψη και θεραπευτική αντιμετώπιση των παθήσεων του Διαβητικού Ποδιού όμως αποτελεί θέμα ομάδος, όπου συμμετέχουν πολλές εξειδικεύσεις Λειτουργιών Υγείας (ειδικότητες Παθολογίας, χειρουργικές, απεικονιστικές κ.λπ.), ίσως οι περισσότερες από άλλον τομέα. Στο 5<sup>ο</sup> Συνέδριο θα διεκρινισθεί ο ρόλος τους αναλυτικά. Η θεματολογία θα αφορά επιπλέον την αποκατάσταση των ακρωτηριασθέντων ασθενών και τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των ακρωτηριασμών.

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

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

Απευθύνουμε πρόσκληση σε όλους για να συμμετέχετε ενεργά στο 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριό μας ώστε να τεθούν οι βάσεις για τη συνεργασία όλων μας σε όλα τα επίπεδα παροχής υπηρεσιών Υγείας με τελικό σκοπό τη μείωση της μάστιγας των ακρωτηριασμών σε διαβητικούς ασθενείς.

Ο Πρόεδρος

**Δρ. Χ. Μανές**

Ο Γραμματέας

**Δρ. Ν. Τεντολούρης**



## Διοικητικό Συμβούλιο



Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων  
Διαβητικού Ποδιού

### Πρόεδρος

Χρήστος Μανές

### Αντιπρόεδρος

Θωμάς Κατσαρός

### Γενικός Γραμματέας

Νικόλαος Τεντολούρης

### Ταμίας

Στέφανος Παπαντωνίου

### Μέλη

Κυριακή Καλλιγιάννη

Νικόλαος Παπάνας

Χαρά Λούπα

## Οργανωτική Επιτροπή

### Πρόεδρος

Μανές Χρήστος

### Μέλη

Βασδέκης Σπυρίδων  
Γιαννούκας Αθανάσιος  
Δημητριάδης Γεώργιος  
Διακουμοπούλου Ευανθία  
Καλλιγιάννη Κυριακή  
Κατσαρός Θωμάς  
Κόκκινος Αλέξανδρος  
Λοϊζου Δώρος  
Λούπα Χαρίκλεια

Παπάνας Νικόλαος  
Παπαντωνίου Στέφανος  
Σκούτας Δημήτριος  
Στυλιανού Ανδρέας  
Τεντολούρης Νικόλαος  
Τσανικίδης Ηρακλής  
Τσαπόγας Παναγιώτης  
Τσιάντας Γεώργιος  
Ψάλλας Μιχαήλ





# Περιεχόμενα

**Γενικές Πληροφορίες** **σελ. 06**

## **Επιστημονικό Πρόγραμμα**

Παρασκευή 5 Φεβρουαρίου 2016 **σελ. 08**

Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2016 **σελ. 13**

Κυριακή 7 Φεβρουαρίου 2016 **σελ. 17**

**Ευρετήριο Προέδρων** **σελ. 20**  
**- Συντονιστών - Ομιλητών**

**Προφορικές Ανακοινώσεις** **σελ. 24**

**Ευρετήριο Συγγραφέων**  
**Προφορικών Ανακοινώσεων** **σελ. 62**

**Ευχαριστίες** **σελ. 64**



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

### 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Γενικές Πληροφορίες

### Χρόνος - Τόπος Συνεδρίου

Το 5<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με διεθνή συμμετοχή πραγματοποιείται στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο Athenaeum Intercontinental, στις 5 - 7 Φεβρουαρίου 2016.

#### Αίθουσα Συνεδρίου

ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

### Γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η Ελληνική.

### Έκθεση Συνεδρίου

Κατά τη διάρκεια του Συνεδρίου θα υπάρχει έκθεση για Φαρμακευτικές Εταιρίες & Εταιρίες Ιατρικών μηχανημάτων.

#### Αίθουσα Έκθεσης

ΑΦΡΟΔΙΤΗ I & II, στο ισόγειο του ξενοδοχείου Athenaeum Intercontinental.

### Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)

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

### Μοριοδότηση

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Συνεδρίου μοριοδοτείται με δεκαεπτά (17) Μόρια Συνεχιζόμενης 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).

### Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη γραμματεία του Συνεδρίου, την Κυριακή 7 Φεβρουαρίου 2016, μετά τη λήξη του Συνεδρίου.

### Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης

Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Σύνοδος Ιατρός ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά συμπόσια και διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται. Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες των Συνέδρων.

Με γνώμονα τα παραπάνω, η αποστολή των πιστοποιητικών θα γίνει ταχυδρομικώς 15 ημέρες μετά τη λήξη του Συνεδρίου, με την προϋπόθεση συμπλήρωσης του εντύπου αξιολόγησης, το οποίο θα προμηθεύονται οι Σύνοδοι κατά την εγγραφή τους.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Γενικές Πληροφορίες

### Προφορικές Ανακοινώσεις

- Όλες οι εργασίες θα παρουσιαστούν ως Προφορικές Ανακοινώσεις και παρουσιάζονται στο πρόγραμμα ως ΠΑ
- Όλες οι Προφορικές Ανακοινώσεις (ΠΑ) θα παρουσιαστούν στην αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III
- Οι Προφορικές Ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν:  
**ΠΑ01 - ΠΑ12 Παρασκευή 5 Φεβρουαρίου 2016 και ώρα 08.30 - 10.00**  
**ΠΑ13 - ΠΑ23 Σάββατο 6 Φεβρουαρίου 2016 και ώρα 08.30 - 10.00**  
**ΠΑ24 - ΠΑ37 Κυριακή 7 Φεβρουαρίου 2016 και ώρα 08.30 - 10.15**
- Κάθε εργασία θα πρέπει να συνοδεύεται υποχρεωτικά από μία εγγραφή μέλους της συγγραφικής ομάδας

### Εγγραφή - Δικαίωμα Συμμετοχής

|                                                                         |          |
|-------------------------------------------------------------------------|----------|
| Ειδικευμένοι                                                            | 120.00 € |
| Ειδικευόμενοι                                                           | 60.00 €  |
| Επαγγελματίες Υγείας (Νοσηλεύτες / Ποδολόγοι / Φυσικοθεραπευτές κ.λ.π.) | 30.00 €  |
| Φοιτητές                                                                | ΔΩΡΕΑΝ   |

### Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Συνεδρίου
- Επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο
- Συνεδριακό υλικό & Πιστοποιητικό Συμμετοχής με μόρια, εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης
- Νόμιμο Φ.Π.Α.

### Διοργάνωση



#### Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πόντου 104, 115 27, Αθήνα  
Τηλ.: 210 7470 089, Fax: 210 7470 044  
E-mail: [emedip@otenet.gr](mailto:emedip@otenet.gr)  
Web site: [www.emedip.gr](http://www.emedip.gr)

### Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44, Γέρακας, Αττική  
Τηλ.: 210 6048 260, Fax: 210 6047 457  
E-mail: [lparrissi@free-spirit.gr](mailto:lparrissi@free-spirit.gr)  
Web site: [www.free-spirit.gr](http://www.free-spirit.gr)



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Παρασκευή, 5 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

08.00 - 08.30

Προσέλευση - Εγγραφές

08.30 - 10.00

Προφορικές Ανακοινώσεις ΠΑ01 - ΠΑ12

Προεδρείο: *Μ. Αρβανίτης, Π. Γρηγοροπούλου*

**ΠΑ 01**

#### **ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ - Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ**

*Λιουδάκη Στέλλα, Ταβλάς Εμμανουήλ, Κοντοπόδης Νικόλαος, Παπαδόπουλος Γεώργιος, Παντίδης Δημήτριος, Δασκαλάκης Νικόλαος, Καφετζάκης Αλέξανδρος, Ιωάννου Χρήστος*  
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτη

**ΠΑ 02**

#### **ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΟΣ ΣΕ 80ΧΡΟΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ**

*Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Λύτρα Ελένη, Μαυρογιάννης Λεωνίδας, Κοζαδίνος Αντώνιος, Κουτρούμπας Αθανάσιος.*

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού - Ανασσα Γενική Κλινική, Βόλος

**ΠΑ 03**

#### **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ PEDIS 4: ΕΝΑ ΕΡΓΟ ΣΕ 4 ΠΡΑΞΕΙΣ**

*Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,4</sup>, Παπανικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Παππά Ευθυμία<sup>4</sup>, Σαρρής Ευάγγελος<sup>4</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>, Χατζηγιαννακός Δημήτριος<sup>5</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>*

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

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

<sup>4</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα

<sup>5</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΠΑ 04**

#### **ΟΣΤΕΟΠΟΝΤΙΝΗ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

*Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Δημητρακοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>, Σιάμη Ευαγγελία<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>3</sup>, Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>*

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

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

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΠΑ 05**

#### **ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΕΤΟΥΙΝΗΣ-Α ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

*Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Δημητρακοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>, Ελπίδα Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>3</sup>, Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>*

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

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

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**ΠΑ 06**

#### **ΑΝΩΔΥΝΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΝΕΚΡΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΠΩΔΥΝΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΛΚΗ ΚΝΗΜΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΔΡΟΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ**

*Σ. Μοσχονά, Κ. Γεώργα, Ι. Καραλής, Ε. Παντικίδη, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης*

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





# 5<sup>0</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Παρασκευή, 5 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

**ΠΑ 07**

#### **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΚΗ ΠΤΕΡΝΑΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ**

Τσαχουρίδου Όλγα<sup>2</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>3</sup>, Καραγιαννίδου Δέσποινα<sup>1</sup>, Ψαρρά Αθηνά<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

<sup>2</sup> Δ' Παθολογική, Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

**ΠΑ 08**

#### **ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ**

Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Μάρκου Γεωργία, Μακρυλάκης Κωνσταντίνος, Τεντολούρης Νικόλαος

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

**ΠΑ 09**

#### **ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΠΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

Λόντου Σταυρούλα<sup>1</sup>, Πολυζώης Μάριος<sup>1</sup>, Δουλαπτής Μικές<sup>2</sup>, Σταμόπουλος Παρασκευάς<sup>2</sup>, Πατέλης Νικόλαος<sup>3</sup>, Τσαπλής Γεώργιος<sup>3</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία

<sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική

<sup>3</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΠΑ 10**

#### **ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Παπανικολάου Βίκυ<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Θεοφανίδης Δημήτριος<sup>4</sup>, Καρατζίδου Κυπαρισσία<sup>5</sup>, Γκιντίκας Στέργιος<sup>6</sup>, Μανές Χρήστος<sup>7</sup>

<sup>1,3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<sup>4</sup> Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

<sup>5</sup> Διαβητολογικό ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>6</sup> 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>7</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ 11**

#### **ΝΕΑΡΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΙΑΝ ΕΚΣΕΞΗΜΑΣΜΕΝΟ ΟΙΔΗΜΑ ΣΦΥΡΩΝ ΑΜΦΩ**

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>2</sup>, Δώνου Ανδριάνα<sup>1</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δερμόν Αντώνιος<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΠΑ 12**

#### **ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΔΡΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 01/03/2012 - 01/03/2014**

Πολυζώης Μάριος<sup>1</sup>, Μαρακάκη Χρυσάνθη<sup>2</sup>, Λόντου Σταυρούλα<sup>3</sup>, Μυλωνά Μαρία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Παρασκευή, 5 Φεβρουαρίου

Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

10.00 - 11.15

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Επούλωση ελκών στο σακχαρώδη διαβήτη

Συντονιστές: **Ο. Καστανά, Ν. Τεντολούρης**

- Φυσιολογία επούλωσης ελκών: **Μ. Ράλλης**
- Ιδιαιτερότητες των διαβητικών ελκών: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Αντιμετώπιση δύσκολων ελκών με μεταμόσχευση ινοβλαστών: **Γ. Τόπακας**
- Η θέση της πλαστικής χειρουργικής: **Α. Καρατζιάς**

11.15 - 11.45

#### Διάλειμμα

11.45 - 12.45

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Λοιμώξεις μαλακών μορίων: Διάγνωση, συντηρητική και χειρουργική θεραπεία

Συντονιστές: **Θ. Κατσαρός, Λ. Λαναράς**

- Διάγνωση: **Χ. Λούπα**
- Αντιμικροβιακή θεραπεία: **Α. Τόσκας**
- Χειρουργική θεραπεία: **Σ. Παπανικολάου**

12.45 - 13.30

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Αρθροπάθεια Charcot: Παθογένεια, διάγνωση, θεραπεία

Συντονιστές: **Σ. Προβελέγγιος, Α. Κόκκινος**

- Παθογένεια: **Ν. Παπάνας**
- Διάγνωση - συντηρητική θεραπεία: **Π. Τσαπόγας**
- Χειρουργική θεραπεία: **Δ. Μεταξιώτης**

13.30 - 14.00

#### Διάλεξη

Υποτροπιάζον έλκος: Συντηρητική ή χειρουργική θεραπεία;

Πρόεδροι: **Α. Στυλιανού, Σ. Παπαντωνίου**

- Συντηρητική θεραπεία: **Γ. Μαρακομιχελάκης**
- Χειρουργική θεραπεία: **Γ. Κаланτζής**

14.00 - 15.30

#### Γενική Συνέλευση - Μεσημβρινή Διακοπή

15.30 - 16.30

#### Κλινικό Φροντιστήριο

Ανίχνευση της περιφερικής αγγειοπάθειας

Συντονιστές: **Ι. Αγγελάκας, Μ. Ψάλλας**

- Η θέση της κλινικής εξέτασης και του κνημοβραχιόνιου δείκτη: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Η θέση της υπερηχογραφικής μελέτης (Doppler, Triplex): **Π. Πετρόπουλος**
- Συντηρητική θεραπεία της διαλείπουσας χωλότητας: **Ν. Παπάνας**



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Παρασκευή, 5 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

16.30 - 17.00

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Ο ρόλος της διεπιστημονικής προσέγγισης του διαβητικού ποδιού στη διάσωση του σκέλους

Συντονιστές: **Σ. Βασδέκης, Θ. Κώτσος**

- Η εξέλιξη των τεχνικών της επαναγγείωσης στο διαβητικό πόδι με κρίσιμη ισχαιμία: **Σ. Γεωργόπουλος**
- Άμεση δράση - fast-track - για το ισχαιμικό διαβητικό πόδι: **Κ. Φίλης**
- Η διάσωση του σκέλους είναι ο σκοπός κάθε θεραπευτικής παρέμβασης στο διαβητικό πόδι: **Α. Χρονόπουλος**

17.00 - 17.30

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Ενδείξεις χειρουργικής θεραπείας της περιφερικής αρτηριοπάθειας στο διαβητικό ασθενή

Συντονιστές: **Χ. Μαλτέζος, Μ. Δασκαλόπουλος**

- Ο ρόλος του αγγειοσωματίου στην επαναγγείωση των κάτω άκρων: Μύθος ή πραγματικότητα; **Α. Λάζαρης**
- Κάτωθεν του γόνατος παρακαμπτήριες επεμβάσεις: Η χρυσή σταθερά στη χειρουργική θεραπεία του διαβητικού ασθενή; **Α Γιαννούκας**

17.30 - 17.45

#### Διάλειμμα

17.45 - 18.15

#### Διάλεξη

Treatment for the Diabetic foot Syndrome according to risk classes

Πρόεδρος: **Κ. Καλλιγιάννη**

Εισηγητής: **M. Moeller**

18.15 - 18.45

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Νεότερα δεδομένα στην επούλωση των χρόνιων ελκών.

Η θέση του αναγεννητικού παράγοντα Caciqliq20RGTA

στην αντιμετώπιση των ελκών των κάτω άκρων

Πρόεδρος: **Α. Λάζαρης**

Ομιλητής: **Ν. Παπάνας**

18.45 - 19.45

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Η επεμβατική προσέγγιση του διαβητικού ασθενούς με κρίσιμη ισχαιμία:

Διαφορές μεταξύ διαβητικών και μη διαβητικών ατόμων

Συντονιστές: **Α. Γιαννούκας, Π. Πετρόπουλος**

- Αποτελεσματικότητα της περιφερικής αγγειοπλαστικής με μπαλόνι: **Χ. Κλωνάρης**
- Περιφερική αγγειοπλαστική με τοποθέτηση ενδονάρθηκα (stent): **Ι. Κακίσης**
- DEBs: Ένα σύγχρονο εργαλείο στην προσπάθεια επαναστραγγιστικής των διαβητικών αρτηριών: **Σ. Καλλιόφας**
- Είναι η ενδαγγειακή θεραπεία προτιμότερη από την κλασσική χειρουργική στο διαβητικό ασθενή με κρίσιμη ισχαιμία; **Κ. Καλλιγιάννη**





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Παρασκευή, 5 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

19.45 - 20.15

**Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας WINMEDICA**

Σιλοσταζόλη: Πλειοτροπικές δράσεις και ενδείξεις πέραν της διαλείπουσας χωλότητας

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Γ. Μαρακομιχελάκης**

20.15 - 20.45

**Διάλεξη**

Always contact a Vascular Surgeon before amputating a diabetic patient

Πρόεδρος: **Α. Γιαννούκας**

Εισηγητής: **D. Raithel**

20.45 - 21.00

**Επίσημη Έναρξη - Χαιρετισμοί**

21.00 - 21.30

**Διάλεξη**

Η θέση του ιατρού στην κοινωνία - Προτρεπτικοί λόγοι προς νέους ιατρούς

Πρόεδρος: **Ν. Κατσιλάμπρος**

Εισηγητής: **Π. Ζηρογιάννης**

5<sup>0</sup>

Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

2016

5-7 Φεβρουαρίου



Σάββατο, 6 Φεβρουαρίου

Επιστημονικό Πρόγραμμα

Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

08.30 - 10.00

Προφορικές Ανακοινώσεις ΠΑ13 - ΠΑ23

Πρόεδροι: Α. Καμαράτος, Μ. Ψάλλας

ΠΑ 13

**ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ**Γεώργια Σταματία<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>, Μελλίδης Χρήστος<sup>2</sup>, Ρογκότης Θεόδωρος<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Λο-Πρέστι Ντομένικα<sup>1</sup>, Αθανασίου Βασίλειος<sup>1</sup>, Κατσαμπούκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Αρσος Γεώργιος<sup>1</sup><sup>1</sup> 3<sup>ο</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

ΠΑ 14

**ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΕΛΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ**Ε. Παντικίδη, Χ. Γελαδάρη, Κ. Γεώργια, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης  
Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

ΠΑ 15

**ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (VAC)**

Χ. Γελαδάρη, Μ. Ιακωβάκη, Ε. Παντικίδη, Κ. Γεώργια, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης

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

ΠΑ 16

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ**Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Τσανικίδης Ηρακλής<sup>3</sup>, Δέδογλου Ευαγγελία<sup>4</sup>, Κέλλα Ελεονώρα<sup>5</sup>, Μανές Χρήστος<sup>6</sup><sup>1,2</sup> Νοσηλεύτης - Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν.Θ.<sup>3</sup> Παθολόγος - Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου Κατερίνης<sup>4</sup> Ποδολόγος, Κατερίνη<sup>5</sup> Ειδικός Παθολόγος, Κατερίνη<sup>6</sup> Παθολόγος Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Π.Ν.Θ.

ΠΑ 17

**ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Α-ΛΙΠΟΪΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΓΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Παπάνας Νικόλαος, Παφίλη Καλλιόπη, Χατζηκοσμά Γεωργία, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος

Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ 18

**ΤΑ ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**Δημητρίου Μαρία<sup>1,2</sup>, Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Καλπίνη Δέσποινα<sup>2</sup>, Πανοπούλου Μαρία<sup>2</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>3</sup>, Μαλτέζος Ευστράτιος<sup>1,3</sup><sup>1</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής,

Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης,

Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

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

5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

2016

5-7 Φεβρουαρίου



Σάββατο, 6 Φεβρουαρίου

Επιστημονικό Πρόγραμμα

## Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

ΠΑ 19

**ΠΟΙΑ Η ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ;**Χατζηκοσμά Γεωργία, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος

Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ 20

**ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ «ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ» ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ**

Μηριστιάνου Μ., Αστρέχα Δ., Μαρουδά Ζ., Δάμπασης Δ., Μαλλιαρού Ε., Μύτης Γ., Λαναράς Λ.

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Γ. Ν. Λαμίας

ΠΑ 21

**ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ**

Μηριστιάνου Μ., Πάνου Χ., Μουλιανιτάκη Η., Τσονωνά Β., Παναγιώτου Μ., Λαναράς Λ.

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Γ. Ν. Λαμίας

ΠΑ 22

**ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ, Η ΒΟΥΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΘΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Δημητρίου Μαρία<sup>1,2</sup>, Δρόσος Γεώργιος<sup>3</sup>, Πανοπούλου Μαρία<sup>2</sup>, Παναγόπουλος Περικλής<sup>4</sup>, Καζάκος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Πρασόπουλος Παναγιώτης<sup>5</sup>, Μαλτέζος Ευστράτιος<sup>1,4</sup><sup>1</sup> Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη<sup>2</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη<sup>3</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη<sup>4</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη<sup>5</sup> Εργαστήριο Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ 23

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**Παπαχριστοφόρου Ελευθερία<sup>1</sup>, Χωρεψιμά Σταματία<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Χρήστος<sup>1</sup>, Κατσάνου Παναγιώτα<sup>1</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>2</sup>, Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup><sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερεύννης «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

10.00 - 11.00

**Στρογγυλό Τραπέζι**

Οστεομυελίτιδα: Διάγνωση - συντηρητική και χειρουργική θεραπεία

Συντονιστές: Η. Μυγδάλης, Γ. ΤσιάνταςΗ συμβολή στη διάγνωση του ακτινολογικού ελέγχου: Σ. ΛαφογιάννηΟ ρόλος του σπινθηρογράφηματος: Διάγνωση: Σ. ΓεώργαΑντιμικροβιακή αγωγή: Μ. ΨυχογιούΧειρουργική θεραπεία: Δ. Μεταξιώτης

11.00 - 11.30

Διάλειμμα

11.30 - 12.00

**Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας MEDICAL PHARMAQUALITY**

Το α-λιποϊκό οξύ στη διαβητική νευροπάθεια

Πρόεδρος: Χ. ΜανέςΕισηγητής: Ν. Τεντολούρης





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Σάββατο, 6 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

12.00 - 12.30

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας NOVO NORDISK

Η εξέλιξη στις ενέσιμες θεραπείες για τη συνολική αντιμετώπιση της παθοφυσιολογίας του σακχαρώδους διαβήτη

Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Δ. Σκούτας**

12.30 - 13.00

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.

Ινσουλίνη lispro 200 units/ml: Η εξέλιξη στην εντατικοποίηση της ινσουλινοθεραπείας με σχήμα basal bolus

Πρόεδρος: **Ε. Διακουμπούλου**

Ομιλητής: **Α. Κόκκινος**

13.00 - 14.00

#### Δορυφορικό Συμπόσιο εταιρίας ELPEN Α.Ε.

Αλογλιπτίνη. Ο νεότερος DPP4 αναστολέας. Συζήτηση κλινικών περιστατικών

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**



Η θέση και οι ιδιαιτερότητες της αλογλιπτίνης στην αντιμετώπιση των ασθενών με ΣΔΤ2: **Ν. Τεντολούρης**



Ποιά η θέση της αλογλιπτίνης με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης EXAMINE για την καρδιαγγειακή ασφάλεια: **Π. Χαλβατσιώτης**

14.00 - 15.30

#### Μεσημβρινή διακοπή

14.00 - 15.30

#### Δορυφορικό Συμπόσιο εταιρίας NOVARTIS

#### Αίθουσα ARCADE I

Προκλήσεις & θεραπευτικές επιλογές στη διαχείριση του ασθενή με ΣΔΤ2 στην καθημερινή κλινική πρακτική

Συντονιστής: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Σ. Μπούσμπουλας**

15.30 - 16.30

#### Κλινικό Φροντιστήριο

Διάγνωση νευροπάθειας

Πρόεδροι: **Π. Τσαπόγας, Η. Τσανικίδης**



Ιστορικό: **Μ. Ψάλλας**



Κλινική εξέταση: **Ι. Ντούπης**



Ποσοτικές δοκιμασίες: **Γ. Παναγούλιας**

16.30 - 17.15

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιριών MSD & BIANEE

Ισχυροποιώντας τις αποδείξεις για τα οφέλη της σιταγλιπτίνης μέσα από νεότερα στοιχεία. Αποτελέσματα μελέτης TECOS

Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Ομιλητής: **Σ. Παπαντωνίου**

17.15 - 17.45

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας SANOFI

Ινσουλίνη glargine 300 U/ml: εξελίσσοντας τη θεραπεία με βασική ινσουλίνη

Πρόεδρος: **Λ. Λαναράς**

Ομιλήτρια: **Β. Λαμπαδιάρη**

17.45 - 18.15

#### Διάλειμμα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Σάββατο, 6 Φεβρουαρίου

Επιστημονικό Πρόγραμμα

### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

18.15 - 19.15

#### Δορυφορικό Συμπόσιο εταιρίας ASTRA ZENECA

Νεότερες εξελίξεις στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 2

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

- Αντιμετωπίζοντας το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2: Κλινικά δεδομένα για τη χρήση της δαπαγλιφλοζίνης στην καθημερινή κλινική πράξη: **Ν. Παπάνας**
- GLP1 αγωνιστές μακράς δράσης: Εντατικοποίηση της θεραπείας με την προσθήκη ενός GLP1 πριν την έναρξη της ινσουλίνης: **Α. Κόκκινος**

19.15 - 20.00

#### Διάλεξη

Βλάβες στα κάτω άκρα μη διαβητικής αιτιολογίας

Πρόεδροι: **Α. Χατζητόλιος, Δ. Λοΐζου**

- Συστηματικά νοσήματα: **Γ. Βαϊόπουλος**
- Δερματολογικά νοσήματα: **Ε. Ζουριδάκη**

20.00 - 21.00

#### Δορυφορικό Συμπόσιο εταιρίας BOEHRINGER INGELHEIM

Θεραπευτικές προκλήσεις στο ΣΔτ2: Τρέχουσες και νεότερες προοπτικές στην αντιμετώπιση του ΣΔτ2 στην καθημερινή κλινική πρακτική

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

- Αντιδιαβητική αγωγή με αναστολείς DPP4. Ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και ιδιότητες της Λιναγλιπτίνης: **Σ. Ηρακλειανού**
- Εμπαγλιφλοζίνη, ο νέος αναστολέας SGLT2. Φαρμακολογικά και κλινικά χαρακτηριστικά της Εμπαγλιφλοζίνης. Αποτελέσματα της μελέτης EMPAREG OUTCOME: **Ν. Τεντολούρης**

21.00 - 21.30

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Ιατρεία Διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα - Αποτελέσματα

Πρόεδροι: **Γ. Δημητριάδης, Σ. Βασδέκης**

- Πρωτοβάθμια φροντίδα: **Σ. Τσοτουλίδης**
- Δευτεροβάθμια φροντίδα: **Μ. Μπριστιάνου**
- Τριτοβάθμια φροντίδα: **Ν. Τσώκος**



# 5<sup>0</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Κυριακή, 7 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

08.30 - 10.15

**Προφορικές Ανακοινώσεις ΠΑ24 - ΠΑ37**

Πρόεδροι: Δ. Σκούτας, Ι. Τσαβδαρίδης

**ΠΑ 24**

**Η ΜΑΚΡΑ ΙΣΤΟΡΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT**

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Δερμόν Αντώνιος<sup>2</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Χριστάκη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Ντούπης Ιωάννης<sup>4</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Δρούτσας Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>3</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα

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

<sup>4</sup> Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνας

**ΠΑ 25**

**ΑΡΥΘΜΙΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ PEDIS 4 ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΑΤΥΧΙΕΣ**

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,4</sup>, Παπανικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>3</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>, Οικονόμου Δημήτριος<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

<sup>4</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΠΑ 26**

**ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕ SPECT/CT ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ**

Γεώργια Σταματία<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Κουρκούμπας Βασίλειος<sup>2</sup>, Αθανασίου Βασίλειος<sup>1</sup>, Κατσαμπούκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 3<sup>ο</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ 27**

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΙΜΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ**

Γκιντίκας Στέργιος, Τούλας Εμμανουήλ, Τσαβδαρίδης Ιωάννης, Σαπάκος Ιωάννης, Μελλίδης Χρήστος, Λίγδας Αθανάσιος, Κατσαντώνη Παναγιώτα, Μανές Χρήστος

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ 28**

**ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ**

Γκιντίκας Στέργιος, Τούλας Εμμανουήλ, Τσαβδαρίδης Ιωάννης, Σαπάκος Ιωάννης, Μελλίδης Χρήστος, Λίγδας Αθανάσιος, Κούτσιου Καλλιόπη, Μανές Χρήστος

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ 29**

**ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ**

Πιριτζίδου Ειρήνη<sup>1</sup>, Τσακλής Παναγιώτης<sup>1</sup>, Τσαβδαρίδης Ιωάννης<sup>2</sup>,

Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Καζάκος Κυριάκος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Α.Τ.Ε.Ι.Θ.), Τμήμα Νοσηλευτικής

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου».

**ΠΑ 30**

**ΚΟΙΝΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΕΛΚΗ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ**

Ζουρίδη Α.<sup>1</sup>, Καρακώστα Π.<sup>1</sup>, Βακωνάκη Μ.<sup>1</sup>, Γουργουρέλα Ε.<sup>2</sup>, Παππάς Α.<sup>2</sup>, Κασσιμάτη Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Βενιζέλιο - Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, «Βενιζέλιο - Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Κυριακή, 7 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

**ΠΑ 31**

#### **ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΔΝΔ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)**

Τσακουρίδου Όλγα<sup>2</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Μποτσακάρια Άννα<sup>1</sup>, Τζοβανάκη Μαρία<sup>1</sup>, Καραβασιλειάδου Σαββατώ<sup>2</sup>, Πετρίδης Γιώργος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

<sup>2</sup> Α' Παθολογική, Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

**ΠΑ 32**

#### **ΥΨΗΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ. ΤΕΤΡΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ**

Κ. Γεώργα, Μ. Ιακωβάκη, Ι. Καραλής, Ι. Μπαλή, Χ. Γελαδάρη, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης

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

**ΠΑ 33**

#### **ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΠΟΔΙΩΝ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ**

Νικολαΐδης Αθ., Δούκας Λ. Γκιντίκας Σ., Τούλας Ε., Σαπάκος Ι., Ψάλλας Μ., Μποζίνη Μ., Μανές Χρ.

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**ΠΑ 34**

#### **ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΟΙΔΗΜΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ**

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**ΠΑ 35**

#### **ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΓΧΥΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΝΟΒΛΑΣΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ: ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ 4 ½ ΕΤΗ**

Τόπακας Γεώργιος<sup>1</sup>, Καρχιλάκη Ειρήνη<sup>1</sup>, Δοντάς Ιωάννης<sup>2</sup>, Παχαντούρης Παναγιώτης<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Σωτηρίου Πηνελόπη<sup>4</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>3</sup>, Ινιωτάκη Αλίκη<sup>1</sup>, Θεοδοσίου Παρασκευάς<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**ΠΑ 36**

#### **ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΡΕΑΖΟΥΝ**

Βενιού Αναστασία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>2</sup>, Κοντοδημόπουλος Νικόλαος<sup>1</sup>, Νιάκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Μάρκου Γεωργία<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών,

Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας

<sup>2</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία,

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**ΠΑ 37**

#### **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ**

Αγάθος Ευάγγελος, Πέτρου Αλεξάνδρα, Νέμτζας Ιωάννης, Χατζής Θεόδωρος, Παπανικολάου Χριστίνα, Ψαρρού Άννα, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία,

Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

10.15 - 10.30

Διάλειμμα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



### Κυριακή, 7 Φεβρουαρίου

### Επιστημονικό Πρόγραμμα

#### Αίθουσα ΑΦΡΟΔΙΤΗ III

10.30 - 11.30

#### Κλινικό Φροντιστήριο

Αποφόρτιση, θεραπευτικά υποδήματα

Συντονιστές: **Χ. Λούπα, Σ. Λιάτης**

- Πρακτική επίδειξη εφαρμογής γύψου ολικής επαφής (total contact casting): **M. Bates**
- Αποφόρτιση με νάρθηκες: **N. Ποτουρίδη**
- Άλλες μέθοδοι αποφόρτισης: **E. Βογιατζόγλου**
- Θεραπευτικά υποδήματα: **Λ. Θειάσπρας**

11.30 - 12.00

#### Δορυφορική Διάλεξη εταιρίας ΓΕΝΙΚΗ ΧΗΜΙΚΩΝ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ

Ολοκληρωμένη αντιμετώπιση ελκών κάτω άκρων με διαδοχική χρήση υδροκαθαριστικού επιθέματος και επιθέματος ολιγοσακχαρίτη нанοτεχνολογίας

Πρόεδρος: **Χ. Μανές**

Ομιλητής: **Γ. Μαρακομιχελάκης**

12.00 - 13.00

#### Στρογγυλό Τραπέζι

Επιθέματα, τοπική φροντίδα και επούλωση

Πρόεδροι: **Σ. Παπαντωνίου, Δ. Σκούτας**

- Καθαρισμός: **Κ. Μάζης**
- Επιθέματα: **Λ. Δούκας**
- Σουκραλφάτη, επιθέματα πολυεξανίδης: **Γ. Μάρκου**
- Θεϊκή ηπαράνη, υποκατάστατα δέρματος: **Μ. Βαλασμή**

13.00 - 14.00

#### Συνάντηση με τον ειδικό

Η αντιμετώπιση του νοσηλευόμενου ασθενή με έλκος

Συντονιστές: **Θ. Κατσαρός, Γ. Καλαντζής**

- Αντιμετώπιση της λοίμωξης: **Χ. Λούπα**
- Αγγειοχειρουργική εκτίμηση: **Α. Παπαγεωργίου**
- Πότε είναι αναγκαία η παραπομπή στην υπερβαρική οξυγονοθεραπεία: **Μ. Κώτσιου**
- Γλυκαιμική ρύθμιση: **Γ. Τσιάντας**
- Οδηγίες νοσηλείας και εξόδου από το νοσηλεύτη: **Α. Νικολαΐδης**

14.00 - 14.30

#### Λήξη Συνεδρίου - Συμπεράσματα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Ευρύτεριο Προέδρων - Ομιλητών

### BATES MAUREEN

Dip Pod M., MSc, Podiatry Manager,  
Diabetic Foot Clinic, King's College Hospital

### MOELLER MICHAEL

Professor of Muenster University,  
Department of Orthopedic Shoes Technic,  
Member of the Interdisciplinary Working Group  
on the Diabetic Foot, Germany

### RAITHEL DIETER

Dr., Professor of Vascular Surgery,  
Nuremberg Hospital, Germany

### ΑΓΓΕΛΑΚΑΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Γενικός Διευθυντής Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»,  
Υποστράτηγος - Αγγειοχειρουργός, Αθήνα

### ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ ΜΕΓΑΚΛΗΣ

Παθολόγος, Αθήνα

### ΒΑΙΟΠΟΥΛΟΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Παθολόγος - Ρευματολόγος,  
Καθηγητής (Ομότιμος) Ιατρικής Σχολής  
Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα

### ΒΑΛΣΑΜΗ ΜΑΡΙΑ

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

### ΒΑΣΔΕΚΗΣ ΣΠΥΡΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,  
Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό  
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

### ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ

Ποδίατρος - Ποδολόγος, Επιστημονικός  
Συνεργάτης Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού  
«Δημήτριος Βογιατζόγλου», Γενικό Νοσοκομείο  
Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

### ΓΕΩΡΓΑ ΣΤΑΜΑΤΙΑ

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

### ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ ΣΩΤΗΡΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής  
Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο  
Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

### ΓΙΑΝΝΟΥΚΑΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,  
Ιατρικό Τμήμα Πανεπιστημίου Θεσσαλίας,  
Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής Κλινικής,  
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Λάρισας,  
Λάρισα

### ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ ΠΗΝΕΛΟΠΗ

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

### ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ ΜΑΡΙΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Διευθυντής,  
Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

### ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας, Διευθυντής Β'  
Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής -  
Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου  
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό  
Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

### ΔΙΑΚΟΥΜΟΠΟΥΛΟΥ ΕΥΑΝΘΙΑ

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

### ΔΟΥΚΑΣ ΛΟΥΚΑΣ

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

### ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ ΙΩΑΝΝΑ

Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού  
Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»,  
Αθήνα

### ΖΗΡΟΓΙΑΝΝΗΣ ΠΑΝΟΣ

Νεφρολόγος, τ. Διευθυντής Νεφρολογικής  
Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών  
«Γ. Γεννηματάς», Πρόεδρος Εταιρείας Διάδοσης  
Ιπποκρατείου Πνεύματος, Αθήνα

### ΖΟΥΡΙΔΑΚΗ ΕΥΤΥΧΙΑ

Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Βερολίνου,  
Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Κρατική Δερματολογική Κλινική,  
Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων  
«Ανδρέας Συγγρός», Αθήνα

**ΗΡΑΚΛΕΙΑΝΟΥ ΣΤΥΛΙΑΝΗ**

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθύντρια Γ΄ Παθολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο», Πειραιάς

**ΘΕΙΑΣΠΡΑΣ ΛΟΥΚΑΣ**

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

**ΚΑΚΙΣΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**ΚΑΛΑΝΤΖΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

Χειρουργός, Επιμελητής Α΄ Χειρουργικής Κλινικής, Ιατρικό Κέντρο Αθηνών, Αθήνα

**ΚΑΛΛΙΑΦΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ**

MD, Αγγειοχειρουργός - Ενδαγγειοχειρουργός, Diplomate of the American Board of Surgery, Διευθυντής Α΄ Αγγειοχειρουργικής Κλινικής Νοσοκομείου «Υγεία», Αθήνα

**ΚΑΛΛΙΓΙΑΝΝΗ ΚΥΡΙΑΚΗ**

MD, PhD, Αγγειοχειρουργός, Θεραπευτήριο «Υγεία», Αθήνα

**ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ**

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

**ΚΑΡΑΤΖΙΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ**

MD MSc, Πλαστικός Χειρουργός, Λευκωσία, Κύπρος

**ΚΑΣΤΑΝΑ ΟΥΡΑΝΙΑ**

Πλαστικός Χειρουργός, Επιμελήτρια Α΄ Τμήματος Πλαστικής & Επανορθωτικής Χειρουργικής, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

**ΚΑΤΣΑΡΟΣ ΘΩΜΑΣ**

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Αθήνα

**ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ**

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

**ΚΛΩΝΑΡΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

**ΚΟΚΚΙΝΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ**

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

**ΚΩΤΣΗΣ ΘΩΜΑΣ**

Αναπληρωτής Καθηγητής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Υπεύθυνος Αγγειοχειρουργικής Μονάδος Β΄ Χειρουργικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Αρεταίειο», Πρόεδρος Ελληνικής Αγγειολογικής Εταιρείας, Αθήνα

**ΚΩΤΣΙΟΥ ΜΑΡΙΑ**

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

**ΛΑΖΑΡΗΣ ΑΝΔΡΕΑΣ**

Επίκουρος Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**ΛΑΜΠΑΔΙΑΡΗ ΒΑΪΑ**

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

**ΛΑΝΑΡΑΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ**

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

**ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ ΣΟΦΙΑ**

Συντονίστρια Διευθύντρια Ακτινοδιαγνωστικού Τμήματος, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «Σισμανόγλειο - Αμαλία Φλέμινγκ», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

**ΛΙΑΤΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ**

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





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

### ΛΟΪΖΟΥ ΔΗΡΟΣ

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

### ΛΟΥΠΑ ΧΑΡΙΚΛΕΙΑ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,  
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού  
«Δημήτριος Βογιατζόγλου», Γενικό Νοσοκομείο  
Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

### ΜΑΖΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Ειδικός Ποδολόγος, Χαλκίδα

### ΜΑΛΤΕΖΟΣ ΧΡΥΣΟΣΤΟΜΟΣ

Συντονιστής Διευθυντής Αγγειοχειρουργικής  
Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Αττικής «ΚΑΤ»,  
Αθήνα

### ΜΑΝΕΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη, Διευθυντής Παθολογικού Τμήματος  
& Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό  
Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»,  
Θεσσαλονίκη

### ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

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

### ΜΑΡΚΟΥ ΓΕΩΡΓΙΑ

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

### ΜΕΤΑΞΙΩΤΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Ορθοπαιδικός, Επιμελητής Α΄, Β΄ Ορθοπαιδική  
Κλινική, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο  
Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### ΜΠΟΥΣΜΠΟΥΛΑΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

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

### ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ ΜΑΓΔΑΛΗΝΗ

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος,  
Διευθύντρια Παθολογικής Κλινικής  
Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας,  
Υπεύθυνη Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού  
Γενικού Νοσοκομείου Λαμίας, Λαμία

### ΜΥΓΔΑΛΗΣ ΗΛΙΑΣ

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

### ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ

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

### ΝΤΟΥΠΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

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

### ΠΑΝΑΓΟΥΛΙΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

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

### ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ ΑΝΤΩΝΙΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Διευθυντής  
Αγγειοχειρουργικής Κλινικής,  
Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών, Αθήνα

### ΠΑΠΑΝΑΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

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

### ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ ΣΠΗΛΙΟΣ

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

### ΠΑΠΑΝΤΩΝΙΟΥ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη  
Διαβήτη και στην Ηπατολογία, Υπεύθυνος  
του Διαβητολογικού και Ηπατολογικού Ιατρείου,  
Γενικό Νοσοκομείο Καβάλας, Καβάλα

### ΠΕΤΡΟΠΟΥΛΟΣ ΠΕΤΡΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Νοσοκομείο «Μητέρα»,  
Αθήνα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Ευρετήριο Προέδρων - Ομιλητών

### ΠΟΤΟΥΡΙΔΗ ΝΙΝΑ

Ποδολόγος - Ποδίατρος, BSc (Hons) Podiatry MPS, Πανεπιστημίου Brighton Αγγλίας, Μέλος της Ένωσης Ποδιάτρων Μ. Βρετανίας

### ΠΡΟΒΕΛΕΓΓΙΟΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

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

### ΡΑΛΛΗΣ ΜΙΧΑΗΛ

Επίκουρος Καθηγητής Φαρμακευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

### ΣΚΟΥΤΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Δ.Π.Θ., Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου, Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

### ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ ΑΝΔΡΕΑΣ

MD, PhD, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Γενικό Νοσοκομείο Λάρνακας, Κύπρος

### ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

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

### ΤΟΠΑΚΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

Βιολόγος, Ανοσολογικό Τμήμα και Εθνικό Κέντρο Ισοσυμβατότητας, Γενικό Νοσοκομείο «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

### ΤΟΣΚΑΣ ΑΓΓΕΛΟΣ

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

### ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Ιατρός Πυροσβεστικού Σώματος

### ΤΣΑΝΙΚΙΔΗΣ ΗΡΑΚΛΗΣ

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

### ΤΣΑΠΟΓΑΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη Διαβήτη, Διευθυντής Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, Κέρκυρα

### ΤΣΙΑΝΤΑΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ

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

### ΤΣΟΥΤΟΥΛΙΔΗΣ ΣΤΕΦΑΝΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Επιμελητής Α΄, Κέντρο Υγείας Κασσανδρείας Χαλκιδικής, Χαλκιδική

### ΤΣΩΚΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Επιμελητής Α΄, Γενικό Νοσοκομείο Χαλκίδας, Χαλκίδα

### ΦΙΛΗΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Α΄ Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Ιπποκράτειο», Αθήνα

### ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ

Επίκουρος Καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική - Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν», Αθήνα

### ΧΑΤΖΗΤΟΛΙΟΣ ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ

Καθηγητής Παθολογίας Α.Π.Θ., Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Α.Π.Θ., Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Α΄ Αντιπρόεδρος Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος, Αντιπρόεδρος Επαγγελματικής Ένωσης Παθολόγων Ελλάδος, Θεσσαλονίκη

### ΧΡΟΝΟΠΟΥΛΟΣ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ

Αγγειοχειρουργός, Αθήνα

### ΨΑΛΛΑΣ ΜΙΧΑΗΛ

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής Π.Α., Επιμελητής Α΄ Παθολογικής Κλινικής, 424 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Εκπαιδύσεως, Θεσσαλονίκη

### ΨΥΧΟΓΙΟΥ ΜΗΝΑ

Επίκουρη Καθηγήτρια Παθολογίας Λοιμώξεων, Α΄ Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 01

#### ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ - Η ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΒΕΛΤΙΩΝΕΙ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ

Λιουδάκη Στέλλα, Ταβλός Εμμανουήλ, Κοντοπόδης Νικόλαος, Παπαδόπουλος Γεώργιος, Παντίδης Δημήτριος, Δασκαλάκης Νικόλαος, Καφετζάκης Αλέξανδρος, Ιωάννου Χρήστος

*Αγγειοχειρουργική Κλινική, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου, Ηράκλειο Κρήτη*

**Εισαγωγή:** Το διαβητικό πόδι είναι μια σοβαρότατη επιπλοκή του σακχαρώδη διαβήτη που συχνά υποτιμάται και καθυστερεί η παραπομπή για Αγγειοχειρουργική εκτίμηση με αποτέλεσμα πολλοί ασθενείς να οδηγούνται σε ακρωτηριασμό. Σκοπός αυτής της εργασίας είναι να αναδείξει το μέγεθος του προβλήματος και το ρόλο του Αγγειοχειρουργού στην αντιμετώπισή του.

**Μέθοδος:** Ελέγχθηκαν οι ασθενείς που νοσηλεύθηκαν με διαβητικό πόδι στην Αγγειοχειρουργική Κλινική του ΠΑ.Γ.Ν.Η. από τον Ιανουάριο 2015 έως τον Δεκέμβριο 2015.

**Αποτελέσματα:** Από τον Ιανουάριο 2015 έως τον Δεκέμβριο 2015, νοσηλεύθηκαν 66 ασθενείς. Ο μέσος όρος ηλικίας ήταν 68,6 έτη και ο μέσος Σφυροβραχιόνιος Δείκτης (ΣΒΔ) 0,46. Το 61% αυτών χρειάστηκαν επαναϊμάτωση, με ποσοστό επιτυχίας 90%, με βελτίωση της αιμάτωσης του μέλους και μέσο ΣΒΔ 0,74.

Πραγματοποιήθηκαν 23 μείζονες ακρωτηριασμοί, 11 μηριαίοι και 12 κνημιαίοι, σε 21 ασθενείς, και 21 ελάσσονες, 13 δακτυλικοί και 8 διαμετατάρσιοι, σε 21 ασθενείς. Στο 22% των μείζονων ακρωτηριασμών, παρόλο που υποβλήθηκαν σε επιτυχή επαναϊμάτωση, δεν αποφευχθεί ο ακρωτηριασμός λόγω μη ελεγχόμενης φλεγμονής ή μεγάλης απώλειας ιστού.

**Συμπεράσματα:** Η έγκαιρη διάγνωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας, καθώς και αρχόμενων αλλοιώσεων στα κάτω άκρα ενός διαβητικού, και η άμεση παραπομπή σε Αγγειοχειρουργό θα μπορούσε να οδηγήσει σε μείωση των ακρωτηριασμών ή μετατροπή τους από μείζονες σε ελάσσονες.



## ΠΑ 02

**ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΟΣ ΣΕ 80ΧΡΟΝΗ ΜΕ ΑΠΟΦΡΑΞΗ ΔΑΚΤΥΛΙΚΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ**

**Μαραβέγιας Κωνσταντίνος, Λύτρα Ελένη, Μαυρογιάννης Λεωνίδας, Κοζαδίνος Αντώνιος, Κουτρούμπας Αθανάσιος.**

*Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού - Άνσσσα Γενική Κλινική, Βόλος*

Πρόκειται για 80χρονη με σακχαρώδη διαβήτη από 20ετίας, η οποία παρουσιάστηκε στο ιατρείο μας με εικόνα άλγους διαρκώς επιδεινούμενου, οιδήματος και ερυθρότητας του πρώτου και δεύτερου δακτύλου αριστερού ποδός. Η συγκεκριμένη εικόνα συνοδευόταν από δεκατική πυρετική κίνηση. Παρά την εικόνα ικανοποιητικής άρδευσης του μέλους (όπως αυτή περιγραφόταν σε Tripleplex αρτηριών κάτω άκρων) η κλινική παρατήρηση καταδείκνυε εικόνα κριτικής ισχαιμίας των δακτύλων την οποία και αναδείξαμε μετά από αξονική αγγειογραφία κάτω άκρου. Με την πάροδο του χρόνου η ασθενής παρουσίασε επιδείνωση της κλινικής της εικόνας με δημιουργία εξέλκωσης και παρουσία νεκρωτικής εσχάρας στην ονυχοφόρο φάλαγγα. Η εξέλκωση παρουσίαζε ταχεία επιδείνωση και πυόρροια, γεγονός που μας οδήγησε σε νοσηλεία της ασθενούς, λήψη καλλιεργειών από τις οποίες προέκυψαν πολυανθεκτικά μικροβιακά στελέχη. Διενεργήθηκε MRI άκρου ποδός η οποία ανέδειξε οστεομυελίτιδα της ονυχοφόρου φάλαγγος. Λόγω της ισχαιμίας επελέγη όχι μόνο ο μη ακρωτηριασμός αλλά και οποιασδήποτε μορφής χειρουργικός καθαρισμός. Ακολούθηθηκε τοπική αντισηψία και χορήγηση ενδοφλέβιας προωθημένης αντιβιοτικής αγωγής για 5 εβδομάδες. Τροποποίηση του σχήματος για άλλες 6 εβδομάδες, πτώση των δεικτών φλεγμονής και αποστράγγιση του τραύματος. Τελευταία παρουσιάζει επιθηλιοποίηση και τάση αποτίναξης της νεκρωτικής εσχάρας ενώ ο πόνος έχει μειωθεί στις συνήθεις για την ασθενή νευραλγίες για τις οποίες λαμβάνει αγωγή και παλαιότερα.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 03

#### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ PEDIS 4: ΕΝΑ ΕΡΓΟ ΣΕ 4 ΠΡΑΞΕΙΣ

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,4</sup>, Παπανικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>3</sup>,  
Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Παππά Ευθυμία<sup>4</sup>, Σαρρής Ευάγγελος<sup>4</sup>,  
Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>, Χατζηγιαννακός Δημήτριος<sup>5</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

<sup>4</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα

<sup>5</sup> Νεφρολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Σκοπός:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με 3 ανεξάρτητα επεισόδια σοβαρών λοιμώξεων ποδός και 1 χειρός.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Πράξη 1, 7/2011. Γεώργιος Γ., 55 ετών με ΣΔ2 από 5ετίας υπό δισκία, με κακή ρύθμιση, παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια, χωρίς αρτηριοπάθεια και με πλημμελή φροντίδα ποδών, εισήχθη στην γενική εφημερία με νεκρωτική λοίμωξη PEDIS 4 Αρ ποδός (Θ=38,5°C, Λ=11.630/μL, ΤΚΕ=104mm, CRP=154mg/L) από MRSA από την προηγούμενη ημέρα. Αποκαλύφθηκε πύλη εισόδου στο πέλμα (άκανθα?). Κυάνωση 2<sup>ου</sup> δακτύλου. Α/Α: αέρας στα μαλακά μόρια 2<sup>ου</sup> δακτύλου. Αντιβιοτική αγωγή+ΗΧΜΒ (θεραπευτική δόση). Ακολούθησε βελτίωση φλεγμονής, αλλά ξηρά γάγγραινα δακτύλου. Ακρωτηριασμός τμήματος 2<sup>ου</sup> δακτύλου. Νέα Α/Α: οστεομυελίτις κολοβώματος. Μετά 1 ½ μήνα, υποτροπή πυρετού παρά τα στοχευμένα αντιβιοτικά. Αφαίρεση λοιπού δακτύλου. Καλή πορεία. Διακοπή αντιβιοτικών (στο 3μηνο).

Πράξη 2, 10/2013. Προ 150ημέρου κάκωση Αρ ποδός στη θάλασσα. Οίδημα, θερμότητα, άλγος, έλκος, κυάνωση 1<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου πελματιαίως. Εισαγωγή λόγω νεκρωτικής απονευρωσίτιδας από Streptococcus agalactiae, PEDIS 4 (πυρετός 38°C, ΤΚΕ=132mm, Ht=28,1%, CRP=204mg/L). Αντιβιοτική αγωγή+ΗΧΜΒ+σχάσεις. Α/Α: φουσαλίδες αέρα στο κολόβωμα. MRI: Οστεομυελίτις κεφαλής 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου, εκτεταμένη φλεγμονή υποδορίου κυτταρολιπώδους ιστού και μυών. Μετά από μακρά πορεία και 6 ½ μήνες αντιβιοτικά, πολύ καλή κατάσταση ποδιού. Παρέμεινε μικρού βαθμού οίδημα και θερμότητα.

Πράξη 3, 1/2015. Φλέγμων Αρ άνω άκρου από το ύψος του αγκώνος από Streptococcus agalactiae, τουλάχιστον από εβδομάδος. Δεν αναφέρεται πύλη εισόδου. «Πίεσε» ο ίδιος τις δερματικές βλάβες. Εισαγωγή στην χειρουργική. Αντιβιοτικά + επανειλημμένες διανοίξεις με εκροή άφθονου πύου. Νεφρική ανεπάρκεια (Cr=3,0mg/dL). Σε 3 μήνες πλήρης επούλωση βραχίονος.

Πράξη 4: 11/2015. Προ εβδομάδος έβαλε τα πόδια του σε καυτό νερό, εν γνώσει του, γιατί ήθελε να τα ξεστάνει (!), και όχι λόγω υπαισθησίας. Έγκαυμα 9 (!) δακτύλων και Αρ μεταταρσίου. Εισαγωγή στη νεφρολογική λόγω γενικευμένων οιδημάτων και Cr=5,2mg/dL. Αντισηψία+αντιβιοτικά. Τελικώς εντάχθηκε σε αιμοκάθαρση. Σχετικά καλή πορεία εγκαυμάτων αρχικά. Αλλά, πάλι λόγω πλημμελούς φροντίδας, λοίμωξη εγκαυματικής περιοχής. Επί του παρόντος λαμβάνει αντιβιοτικά.

**Συμπέρασμα:** Οι διαβητικοί ασθενείς με πόδι σε κίνδυνο πολλές φορές επαναλαμβάνουν τα ίδια λάθη.



## ΠΑ 04

**ΟΣΤΕΟΠΟΝΤΙΝΗ, ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΣΚΛΗΡΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**

Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Δημητρακοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>, Σιάμη Ευαγγελία<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>3</sup>, Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η οστεοποντίνη είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που αποτελεί εξωκυττάρια δομική πρωτεΐνη των οστών. Εκφράζεται από τους οστεοβλάστες αλλά και από άλλα κύτταρα, όπως τους ινοβλάστες, τα μακροφάγα, τα T-λεμφοκύτταρα, τα λεία μυϊκά κύτταρα και τα επιθηλιακά κύτταρα. Πρόσφατες μελέτες έδειξαν ότι η οστεοποντίνη διαδραματίζει σημαντικό ρόλο σε χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις, σε καρδιαγγειακές νόσους, στην παχυσαρκία και στο σακχαρώδη διαβήτη.

Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε τη συσχέτιση των επιπέδων οστεοποντίνης με την περιφερική αγγειοπάθεια (ΠΑ) και την αρτηριακή σκληρία σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2).

**Μέθοδος:** Συνολικά εξετάσθηκαν 71 ασθενείς με ΣΔ2. Η διάγνωση της ΠΑ βασίστηκε σε duplex αιματοταχυμετρία, ενώ μετρήθηκε και ο κνημοβραχιόνιος δείκτης (ABI). Η ταχύτητα αγωγής του σφυγμικού κύματος μετρήθηκε μεταξύ καρωτίδας και μηριαίας αρτηρίας (cfPWV). Τα επίπεδα οστεοποντίνης μετρήθηκαν με μέθοδο Lumiplex.

**Αποτελέσματα:** Ασθενείς με ΠΑ είχαν υψηλότερες τιμές οστεοποντίνης σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ΠΑ (53.9±33.8 έναντι 31.7±28.8 ng/ml, p<0.001). Τα επίπεδα οστεοποντίνης σχετίζονταν σημαντικά και αρνητικά με τον ABI (r=-0.393, p<0.001), ενώ ασθενείς με ABI≥1.3 (7 κάτω άκρα) είχαν σημαντικά υψηλότερες τιμές οστεοποντίνης σε σύγκριση με τους ασθενείς με ABI<1.3 (93.8±28.6 έναντι 40.0±31.3 ng/ml, p<0.001). Τα επίπεδα οστεοποντίνης σχετίζονταν σημαντικά με την cfPWV (r=0.209, p=0.016).

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα οστεοποντίνης είναι υψηλότερα σε ασθενείς με ΠΑ και ειδικά σε ασθενείς με σκλήρυνση του μέσω χιτώνα των αρτηριών, ενώ σχετίζονται και με την αρτηριακή σκληρία.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 05

#### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΕΤΟΥΙΝΗΣ-Α ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ελευθεριάδου Ιωάννα<sup>1</sup>, Γρηγοροπούλου Πηνελόπη<sup>1</sup>, Δημητράκοπούλου Ναταλία<sup>1</sup>,  
Ελπίδα Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Μουρούζης Ιορδάνης<sup>2</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>3</sup>,  
Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

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

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

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

**Εισαγωγή:** Η φετουϊνή-Α είναι μια γλυκοπρωτεΐνη που πιθανόν αναστέλλει την ασβέστωση των αρτηριών. Τα δεδομένα στη βιβλιογραφία σχετικά με τη συσχέτιση μεταξύ της περιφερικής αγγειοπάθειας (ΠΑ) και της φετουϊνης-Α σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) είναι αντικρουόμενα. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να εξετάσουμε τη συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων φετουϊνης-Α, της ΠΑ και της ασβέστωσης των αρτηριών των κάτω άκρων σε ασθενείς με ΣΔ2.

**Μέθοδος:** Συνολικά εξετάσθηκαν 71 ασθενείς με ΣΔ2. Η διάγνωση της ΠΑ βασίστηκε στην duplex αιματοταχυμετρία, ενώ υπολογίσθηκε και ο κνημοβραχιόνιος δείκτης (ABI). Έγιναν ακτινογραφίες άκρου πόδα και στα δύο κάτω άκρα. Η ύπαρξη ασβέστωσης βαθμολογήθηκε με κλίμακα (0-5, συνολικό σκορ 20). Τα επίπεδα φετουϊνης-Α μετρήθηκαν με μέθοδο ELISA.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με ΠΑ είχαν χαμηλότερα επίπεδα φετουϊνης-Α σε σύγκριση με τους ασθενείς χωρίς ΠΑ ( $510.0 \pm 108.5$  έναντι  $562.3 \pm 121.2$   $\mu\text{g/ml}$ ,  $p=0.008$ ). Τα επίπεδα φετουϊνης-Α σχετίζονταν σημαντικά με τον ABI ( $r=0.236$ ,  $p=0.006$ ). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία και το φύλο, η ΠΑ βρέθηκε να σχετίζεται με τη διάρκεια του διαβήτη, το κάπνισμα, την αρτηριακή υπέρταση, την δυσλιπιδαιμία και τα χαμηλά επίπεδα φετουϊνης-Α. Ασθενείς με υψηλότερο σκορ ασβέστωσης ( $>6$ ) είχαν οριακά χαμηλότερες τιμές φετουϊνης-Α σε σύγκριση με τους ασθενείς με χαμηλότερο σκορ ασβέστωσης ( $p=0.061$ ).

**Συμπέρασμα:** Τα επίπεδα φετουϊνης-Α είναι χαμηλότερα σε ασθενείς με ΠΑ και ασβέστωση των αρτηριών των κάτω άκρων, ενώ σχετίζονται με την ΠΑ ανεξάρτητα από τους κλασικούς καρδιαγγειακούς παράγοντες κινδύνου.



## ΠΑ 06

**ΑΝΩΔΥΝΗ ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΝΕΚΡΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΠΩΔΥΝΑ ΧΡΟΝΙΑ ΕΛΚΗ ΚΝΗΜΩΝ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΥΔΡΟΚΑΘΑΡΙΣΤΙΚΟΥ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ****Σ. Μοσχονά, Κ. Γεώργα, Ι. Καραλής, Ε. Παντικίδη, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης***Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ΄ Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»*

**Εισαγωγή:** Η αφαίρεση των νεκρωμάτων αποτελεί την πρώτη και βασικότερη ενέργεια στην αντιμετώπιση των χρόνιων ελκών των κάτω άκρων. Συνήθως επιτυγχάνεται χειρουργικά με τη βοήθεια τοπικής αναισθησίας. Εναλλακτικά, στις περιπτώσεις που δεν είναι δυνατή η χειρουργική απομάκρυνση δοκιμάζεται η μηχανική, ενζυματική, αυτολυτική ή βιολογική αφαίρεση. Πρόσφατα αναπτύχθηκε ένα υδροκαθαριστικό ημικολλητικό επίθεμα πολυακρυλικών ινών καλυμμένο με λιπιδοκολλοειδική επίστρωση, ειδικό στην αφαίρεση εξιδρωματικών νεκρωμάτων από μολυσμένα επώδυνα έλκη.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Περιγράφονται περιπτώσεις ασθενών με χρόνια έλκη κνημών και αδυναμία ολοκλήρωσης της χειρουργικής αφαίρεσης είτε λόγω άλγους είτε λόγω ισχυρά προσκολλημένων μικρονεκρώσεων ή χαλαρού παθολογικού ινώδους ιστού. Εφαρμόστηκε το ως άνω επίθεμα σε 3-5 εφαρμογές διάρκειας 4 ημερών η καθεμία. Μετά την πρώτη εφαρμογή έγινε έλεγχος αποτελεσματικότητας (βελτίωση, στασιμότητα ή επιδείνωση) του τραύματος και ανάλογα συνεχίστηκε ή διεκόπη η θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Το επίθεμα έγινε απόλυτα ανεκτό από όλους τους ασθενείς. Μετά την πρώτη αλλαγή η θεραπεία διεκόπη σε έναν μόνο ασθενή λόγω επιδείνωσης της κλινικής εικόνας (ισχαιμικές βλάβες). Σε όλους τους υπόλοιπους μετά την ολοκλήρωση της αγωγής η αφαίρεση των νεκρωμάτων θεωρήθηκε επιτυχής και εφαρμόστηκαν τεχνικές ανάπλασης.

**Συμπέρασμα:** Το υδροκαθαριστικό επίθεμα πολυακρυλικών ινών με λιπιδοκολλοειδική κάλυψη θεωρείται ασφαλής και αποτελεσματική προσέγγιση στην αφαίρεση των επώδυνων νεκρωμάτων σε εξιδρωματικά έλκη.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 07

#### ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΚΙΝΗΤΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΕΛΚΗ ΠΤΕΡΝΑΣ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΑ

Τσαχουρίδου Όλγα<sup>2</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>3</sup>,  
Καραγιαννίδου Δέσποινα<sup>1</sup>, Ψαρρά Αθηνά<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

<sup>2</sup> Α΄ Παθολογική, Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται ασθενής με μειωμένη προσβασιμότητα σε μονάδες υγείας και έλκη πτερνών σε έδαφος αυξημένων πιέσεων λόγω κινητικών προβλημάτων.

**Περιγραφή περιστατικού:** Σ.Ε., γυναίκα 78 ετών, με Σ.Δ. από 16ετίας, υπό ινσουλίνη και δισκία, με μέτρια νευροπάθεια προσήλθε στο ιατρείο προ εξαμήνου με νεκρωτικά έλκη πτέρνας αμφοτερόπλευρα. Τον τελευταίο χρόνο έχει δυσκολία στη βάδιση λόγω αρθροπάθειας. Τα έλκη ήταν δύσσομα και για έξι μήνες χρησιμοποιούσε επιθέματα, χωρίς να προηγηθεί χειρουργικός καθαρισμός. Η ρύθμιση του Διαβήτη ήταν άριστη (HbA1c:5,9) και δεν υπήρχαν συμπτώματα και ευρήματα συστηματικής λοίμωξης. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε ιατρείο διαβητικού ποδιού τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Έγινε καθαρισμός, πάρθηκε καλλιέργεια από τον πυθμένα του έλκους η οποία ανέδειξε *protea mirabilis*, οι ακτινογραφίες ήταν φυσιολογικές. Στην ασθενή χορηγήθηκε σιπροφλοξασίνη, τριμεθοπρίμη - σουλφαμεθοξαζόλη και συστήθηκε η εφαρμογή τοπικού επουλωτικού παράγοντα και αποφόρτιση. Η πορεία της ασθενούς ήταν ικανοποιητική, παρά τη μερική συμμόρφωση και σήμερα τα έλκη παρουσιάζουν σχεδόν πλήρη επούλωση.

**Συμπεράσματα:** Ο χειρουργικός καθαρισμός έχει πρωταρχικό ρόλο στην αντιμετώπιση του διαβητικού έλκους. Οι κάτοικοι απομακρυσμένων περιοχών μειονεκτούν στην έγκαιρη και κατάλληλη ιατρονοσηλευτική φροντίδα.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 08

#### ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΥΝΝΟΣΥΡΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ

Γρηγοροπούλου Πηνελόπη, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Μάρκου Γεωργία, Μακρυλάκης Κωνσταντίνος, Τεντολούρης Νικόλαος

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

Τα έλκη των κάτω άκρων είναι μία από τις σημαντικότερες επιπλοκές των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη, με συχνότητα της τάξης του 4-10%. Προηγούμενες μελέτες έδειξαν αυξημένη θνητότητα σε διαβητικούς ασθενείς με έλκη, χωρίς να είναι πλήρως γνωστοί οι λόγοι αυτής της συσχέτισης.

**Σκοπός:** Σκοπός της αναδρομικής μελέτης ήταν η μελέτη της συχνότητας της συννοσηρότητας σε ασθενείς με διαβητικά έλκη.

**Υλικά και μέθοδοι:** Συνολικά μελετήθηκαν 742 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 (234 με διαβητικά έλκη και 508 χωρίς εξελκώσεις) που παρακολουθούνται στο ιατρείο διαβητικού ποδιού. Τα έλκη ταξινομήθηκαν ως αμιγώς νευροτροφικά και νευροϊσχαιμικά και καταγράφηκαν οι πρόσφατες εργαστηριακές εξετάσεις καθώς και άλλες μικρο- και μακροαγγειακές επιπλοκές.

**Αποτελέσματα:** Η διάρκεια του διαβήτη ήταν μεγαλύτερη ( $P < 0.001$ ), ενώ ο δείκτης μάζας σώματος ( $P = 0.03$ ) και η κάθαρση κρεατινίνης ( $P = 0.003$ ) ήταν μικρότερα σε ασθενείς με έλκη. Επιπλέον, η συχνότητα της στεφανιαίας νόσου ( $P = 0.005$ ), της περιφερικής αρτηριοπάθειας των κάτω άκρων ( $P < 0.001$ ), της αμφιβληστροειδοπάθειας ( $P < 0.001$ ) και της νεφροπάθειας ( $P = 0.04$ ) ήταν σημαντικά υψηλότερη στους ασθενείς με εξελκώσεις. Η διάρκεια του διαβήτη, η συχνότητα των μικρο- και των μακροαγγειακών επιπλοκών καθώς και της υπέρτασης, της δυσλιπιδαιμίας και η του καπνίσματος ήταν σημαντικά μεγαλύτερα στους ασθενείς που είχαν νευροϊσχαιμικά σε σύγκριση με όσους είχαν νευροτροφικά έλκη.

**Συμπεράσματα:** Η αυξημένη θνητότητα των ασθενών με διαβητικά έλκη είναι πιθανόν να οφείλεται στην αυξημένη συννοσηρότητα, ιδίως όσον αφορά τη στεφανιαία νόσο και τη νεφροπάθεια, που απαντάται σε αυτά τα άτομα.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 09

#### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΚΑΙ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΣΕ ΕΝΑ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Λόντου Σταυρούλα<sup>1</sup>, Πολυζώης Μάριος<sup>1</sup>, Δουλαπτής Μικές<sup>2</sup>, Σταμόπουλος Παρασκευάς<sup>2</sup>, Πατέλης Νικόλαος<sup>3</sup>, Τσαπλές Γεώργιος<sup>3</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία

<sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική

<sup>3</sup> Α' Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Μελετήσαμε αναδρομικά τα χαρακτηριστικά, τις παρεμβάσεις και την έκβαση ασθενών που νοσηλεύτηκαν στις Χειρουργικές και στις Παθολογικές Κλινικές του Νοσοκομείου μας για ένα χρονικό διάστημα 2,5 ετών (από 1 Ιανουαρίου 2013 μέχρι και 31 Ιουνίου 2015).

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Στις 2 Χειρουργικές και στις 3 Παθολογικές Κλινικές του Νοσοκομείου μας νοσηλεύτηκαν με προβλήματα διαβητικού ποδιού 245 ασθενείς. Η μέση ηλικία ήταν  $68,3 \pm 13,1$  έτη, η μέση τιμή της HbA1c ήταν  $8,6 \pm 2,2\%$ , οι περισσότεροι ήταν άνδρες ( $n=190$ , 77,6%) και το 90,6% είχε διαβήτη τύπου 2. Τα αίτια νοσηλείας ήταν έλκος που είχε επιπλακεί από λοίμωξη ( $n=112$ ; 45,7%), γάγγραινα ( $n=108$ ; 44,1%), οστεομυελίτιδα ( $n=22$ ; 9%) και αρθροπάθεια Charcot με έλκος και λοίμωξη ( $n=3$ ; 1,2%). Συνολικά 136 ασθενείς βελτιώθηκαν (55,5%), 95 υποβλήθηκαν σε ακρωτηριασμό (38,8%) [ $n=58$ ; 23,7% σε ελάσσονα και  $n=35$ ; 14,3% σε μείζονα ακρωτηριασμό] και 14 ασθενείς (6,7%) απεβίωσαν. Επεμβάσεις επαναιμάτωσης των κάτω άκρων έγιναν σε 43 ασθενείς (17,6%). Η μέση διάρκεια νοσηλείας ήταν  $16,7 \pm 13,8$  ημέρες (εύρος 1-89 ημέρες).

**Συμπεράσματα:** Οι σοβαρές λοιμώξεις και η γάγγραινα αποτελούν τα κύρια αίτια νοσηλείας και ακρωτηριασμού σε άτομα με διαβήτη. Η μέση διάρκεια νοσηλείας είναι μεγάλη, ενώ επεμβάσεις επαναιμάτωσης γίνονται σε λίγους ασθενείς.



## ΠΑ 10

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΤΟΠΙΝ ΤΡΙΜΗΝΗΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΣΕ ΕΙΔΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ**

**Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Παπανικολάου Βίκυ<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>3</sup>, Θεοφανίδης Δημήτριος<sup>4</sup>, Καρατζίδου Κυπαρισσία<sup>5</sup>, Γκιντίκας Στέργιος<sup>6</sup>, Μανές Χρήστος<sup>7</sup>**

<sup>1,3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>2</sup> Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

<sup>4</sup> Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης

<sup>5</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο Α' Παθολογικής Κλινικής, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

<sup>6</sup> 424 Στρατιωτικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης

<sup>7</sup> Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή:** Το Διαβητικό Πόδι θεωρείται από τις σοβαρότερες επιπλοκές των ατόμων που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη. Τα έλκη που μπορεί να εμφανιστούν στα κάτω άκρα των ασθενών αν δεν αντιμετωπιστούν κατάλληλα, καθυστερούν την επούλωση και μπορεί να οδηγήσουν σε μερικό ή ολικό ακρωτηριασμό των κάτω άκρων και σε φτωχή ποιότητα ζωής των ατόμων που πάσχουν από την συγκεκριμένη επιπλοκή.

**Σκοπός:** Να εκτιμηθεί αν βελτιώνεται η κλινική εικόνα των ασθενών μετά από 3μηνη εντατικοποιημένη παρέμβαση, σε ειδικό εξειδικευμένο ιατρείο Διαβητικού Ποδιού και να διερευνηθεί, αν και κατά πόσο, βελτιώθηκε η ποιότητα ζωής των ασθενών στο τέλος της παρέμβασης, συγκριτικά με την έναρξη της.

**Υλικό - Μέθοδος:** Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε είναι οιονεί ημι-πειραματική. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για σχέδιο μελέτης Προ-Μετά. Για την εκτίμηση της ποιότητας της ζωής χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο στα Ελληνικά ερωτηματολόγιο SF-36. Η εκτίμηση της κλινικής εικόνας έγινε με αξιολόγηση της επούλωσης του έλκους, μέτρηση BMI, HbA1C, κ.α παραμέτρων. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 80 διαβητικοί ασθενείς του Διαβητολογικού Κέντρου Π.Ν. Θεσσαλονίκης, που εμφάνισαν διαβητικό έλκος.

**Αποτελέσματα:** Στο τέλος της έρευνας το 42,5 % των περιστατικών παρουσίασε πλήρη επούλωση των ελκών, ενώ παρουσιάστηκε και στατιστικά σημαντική βελτίωση σχεδόν σε όλες τις υποκατηγορίες της ποιότητας ζωής. Οι περισσότερες υποκλίμακες του SF-36 ήταν άνω του 50% με εξαίρεση την υποκλίμακα του περιορισμού ρόλων εξαιτίας της σωματικής υγείας που η μέση τιμή της ήταν 44,1.

**Συμπεράσματα:** Η συμμετοχή σε δομημένο εξειδικευμένο πρόγραμμα αντιμετώπισης Διαβητικού Ποδιού 3μηνος διάρκειας βελτιώνει αισθητά την ποιότητα ζωής των ασθενών αυτών, ενώ ταυτόχρονα φαίνεται να εξασφαλίζει την κλινική ασφάλεια τους.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 11

#### ΝΕΑΡΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΙΑΝ ΕΚΣΕΣΗΜΑΣΜΕΝΟ ΟΙΔΗΜΑ ΣΦΥΡΩΝ ΑΜΦΩ

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>2</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>,  
Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δερμόν Αντώνιος<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Ακτινολογικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Εισαγωγή:** Περιγράφεται περίπτωση 28χρονης ασθενούς με εκσεσημασμένο οίδημα σφυρών άμφω.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Η νεαρή Λ.Χ., αρμενικής καταγωγής, με αρύθμιστο ΣΔ1 (HbA1c=14,9%), παραπέμπεται από τον θεράποντα διαβητολόγο λόγω λίαν εκσεσημασμένου οιδήματος σφυρών άμφω από 9μήνου. Νοσηλεύθηκε προ 5μήνου σε νοσοκομείο της Αττικής για διερεύνηση, χωρίς αποτέλεσμα. Αντικειμενικά: μαλακό, θερμό, ζυμώδες, ανώδυνο, πολύ εκσεσημασμένο οίδημα σφυρών άμφω, που δεν υποχωρεί με ανάρροπη θέση. Biothesiometer Ar32, Δ35, Monofil 3/3, Neuropad παθολογικό άμφω, θερμοκρασία ποδοκνημικής Ar36,9, Δ36,9°C. Αναφέρεται ορθοστατικό επάγγελμα, που έχει εγκαταλείψει. Triplex αρτηριών φυσιολογικό, φλεβών χωρίς ανεπάρκεια, νεφρική/ηπατική βιολογία φυσιολογική. U/S καρδιάς, άνω/κάτω κοιλίας χωρίς ευρήματα. Αρχόμενη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. CRP=10,5mg/L (<3), λευκώματα=6,5, αλβουμίνες=3,6g/dL. Λεύκωμα ούρων 24ώρου=126mg (αρνητικό). Κολλαγονικός, θυρεοειδικός έλεγχος, HBV, HCV, HAV αρνητικά. Σε επανάληψη Triplex αρτηριών παρατηρήθηκαν πιέσεις σε κάποια σημεία αρτηριών άμφω, αυξημένες ροές και αποστιτανώσεις. Σε Α/Α που ζητήθηκε: εικόνα Charcot άμφω, βαρύτερη Δ (διάβρωση άνω επιφανείας πτέρνης και της έξω πλαγίας αστραγάλου, με παρουσία ελευθέρων οστικών τεμαχίων). Τα ευρήματα του Triplex ήταν αποτέλεσμα των ελεύθερων οστικών απολυμάτων. Ορθοπαιδική εκτίμηση συνηγόρησε για εκσεσημασμένη Charcot. Η ασθενής είπε ότι αρχικά το οίδημα παρουσιάστηκε Αρ, και επειδή έριχνε το βάρος στο Δ πόδι παρουσιάστηκε και Δ. Προτάθηκε Aircast Δ αρχικά, αλλά η ασθενής επέλεξε να χρησιμοποιήσει Aircast άμφω. Σε επανέλεγχο μετά 1 μήνα, το οίδημα έχει υποχωρήσει θεαματικά. Α/Α άμφω: χωρίς μεταβολή. Συνεστάθη συνέχιση Aircast (3μνο τουλάχιστον)

**Συμπεράσματα:** Η οστεοαρθροπάθεια Charcot μπορεί να είναι αμφοτερόπλευρη και να εντοπισθεί κυρίως στα σφυρά. Πρέπει να μη λησμονείται στην διαφοροδιαγνωστική οιδηματώδους, ανώδυνου, θερμού ποδός.



## ΠΑ 12

**ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΚΑΙ ΑΔΡΟΣ ΥΠΟΛΟΓΙΣΜΟΣ ΚΟΣΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΚΑΝ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΣΕ ΜΙΑ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΤΗΝ ΠΕΡΙΟΔΟ 01/03/2012 - 01/03/2014**

**Πολυζώης Μάριος<sup>1</sup>, Μαρακάκη Χρυσάνθη<sup>2</sup>, Λόντου Σταυρούλα<sup>3</sup>, Μυλωνά Μαρία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>**

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

<sup>2</sup> Ενδοκρινολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. ΓΕΝΝΗΜΑΤΑΣ», Αθήνα

<sup>3</sup> Α' Παθολογική Κλινική ΕΚΠΑ, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

**Αντικείμενο:** Ο προσδιορισμός της κλινικής έκβασης των νοσηλείων διαβητικών ασθενών που εισάγονται για θεραπεία διάσωσης κάτω άκρου, η συσχέτιση της έκβασης με επιβαρυντικούς παράγοντες και η αδρή αποτίμηση κόστους νοσηλείας μετά την καθιέρωση των ΚΕΝ.

**Μέθοδοι:** Πρόκειται μια αναδρομική μελέτη στην οποία έγινε καταγραφή 63 νοσηλευομένων ασθενών με διαβητικό πόδι σε μια Παθολογική Κλινική την περίοδο 01/03/2012 - 01/03/2014. Έγινε στατιστική μελέτη αναζήτησης μονοπαράγοντικών συσχετίσεων με την έκβαση του ακρωτηριασμού. Τέλος έγινε υπολογισμός του κόστους κάθε νοσηλείας με χρήση της εφαρμογής των ΚΕΝ-ICD10 του Υπουργείου Υγείας.

**Αποτελέσματα:** Από τους 63 ασθενείς που έλαβαν μέρος στην μελέτη οι 42 εξήλθαν της κλινικής χωρίς να ακρωτηριαστούν ανεξαρτήτως αριθμού νοσηλείων, σε 11 διενεργήθηκε ο έλασσων ακρωτηριασμός (κάτωθεν της ΠΔΚ), σε 5 μείζων ακρωτηριασμός και 5 πέθαναν κατά την διάρκεια των νοσηλείων τους. Στατιστικά σημαντική συσχέτιση της τελικής έκβασης (ακρωτηριασμός) βρέθηκε με την HbA1C, την παρουσία κρίσιμης ισχαιμίας και το κάπνισμα. Το μέσο άμεσο κόστος των νοσηλείων υπολογίσθηκε 2885,54 € και το μέσο κόστος ανά ημέρα νοσηλείας να αγγίζει τα 209,89 €.

**Συμπεράσματα:** Τα ποσοστά ακρωτηριασμού άκρων είναι αντίστοιχα πολυκεντρικών ευρωπαϊκών μελετών παρά τις δυσμενείς επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην Ελλάδα. Το υψηλό κόστος απαιτεί πιο λεπτομερή καταγραφή άμεσου/έμμεσου κόστους από τους αρμόδιους φορείς.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 13

#### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ ΚΑΙ ΠΙΘΑΝΟΙ ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΕΚΒΑΣΗΣ

Γεώργια Σταματία<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>, Μελλίδης Χρήστος<sup>2</sup>, Ρογκότης Θεόδωρος<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Λο-Πρέστι Ντομένικα<sup>1</sup>, Αθανασίου Βασίλειος<sup>1</sup>, Κατσαμπούκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Αρσος Γεώργιος<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 3<sup>ο</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Εισαγωγή - Σκοπός:** Τα τελευταία χρόνια αυξάνεται η εμπειρία σχετικά με την επιτυχή θεραπεία οστεομυελίτιδας (ΟΜ) διαβητικού ποδιού με παρατεταμένη αντιβιοτική θεραπεία, συχνά σε συνδυασμό με χειρουργικό καθαρισμό, χωρίς να είναι απαραίτητες μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση της συμβολής του σπινθηρογραφήματος με <sup>99m</sup>Tc-HMPAO επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια (ΣΛ) στην εκτίμηση του αποτελέσματος της συντηρητικής θεραπείας της ΟΜ και ο προσδιορισμός πιθανών παραγόντων που σχετίζονται με κακή έκβαση.

**Ασθενείς και Μέθοδοι:** Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 47 ασθενείς υπό αντιβιοτική αγωγή για ΟΜ διαβητικού ποδιού (μέση διάρκεια θεραπείας  $6,9 \pm 4,2$  μήνες). Οι παράμετροι: βάθος του έλκους (Wagner), παρουσία περιφερικής νευροπάθειας (NDS) και περιφερικής αγγειακής νόσου, HbA1c και eGFR καταγράφηκαν και αναλύθηκαν για πιθανή συσχέτισή τους με την έκβαση της ΟΜ. Μετρήθηκαν επίσης οι ΤΚΕ, CRP και αριθμός WBC κατά τον χρόνο του επανελέγχου. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε ΣΛ για την αξιολόγηση της απάντησης στη συντηρητική θεραπεία. Στο ΣΛ η παρουσία εστιακής οστικής συγκέντρωσης λευκών αιμοσφαιρίων θεωρήθηκε συμβατή με ενεργό ΟΜ, ενώ η απουσία συγκέντρωσής τους με θεραπευθείσα ΟΜ. Η τελική αξιολόγηση βασίστηκε στην κλινική παρακολούθηση ή τη βιοψία οστού.

**Αποτελέσματα:** Από τις 47 περιπτώσεις που μελετήθηκαν, διαγνώστηκαν τελικά 31 περιπτώσεις θεραπευθείσας ΟΜ (66%) και 16 ενεργού ΟΜ (34%). Τα αποτελέσματα του ΣΛ ήταν: 31 αληθώς αρνητικά, 14 αληθώς θετικά, 2 ψευδώς αρνητικά και κανένα ψευδώς θετικό. Η ευαισθησία, ειδικότητα και ακρίβεια του ΣΛ στη διάγνωση ενεργού ΟΜ ήταν 87,5%, 100% και 95,7%, αντίστοιχα. Ασθενείς με ενεργό ΟΜ είχαν υψηλότερη ΤΚΕ και CRP σε σύγκριση με εκείνους με θεραπευθείσα ΟΜ ( $p < 0.05$ ), ενώ ο αριθμός των WBC ήταν εντός των φυσιολογικών ορίων και στις δύο ομάδες. Οι παράμετροι HbA1c, eGFR, βάθος του έλκους και NDS δεν παρουσίαζαν στατιστικές διαφορές μεταξύ των δύο ομάδων. Αντίθετα, ο επιπολασμός της περιφερικής αγγειακής νόσου ήταν υψηλότερος σε ασθενείς με ενεργό ΟΜ σε σύγκριση με εκείνους που είχαν θεραπευτεί (81,3% έναντι 38,7%).

**Συμπεράσματα:** Η συντηρητική θεραπεία μπορεί να είναι αποτελεσματική στην πλειονότητα των ασθενών με ΟΜ διαβητικού ποδιού (66% στην παρούσα μελέτη). Το σπινθηρογράφημα με <sup>99m</sup>Tc-HMPAO επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια είναι μια αξιόπιστη μέθοδος απεικόνισης για την επιβεβαίωση της θεραπείας της ΟΜ. Διατήρηση αυξημένων τιμών ΤΚΕ και CRP σχετίζεται με ενεργό ΟΜ. Η παρουσία περιφερικής αγγειακής νόσου συνδέεται με αποτυχία της συντηρητικής θεραπείας και κακή έκβαση.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 14

#### ΑΙΤΙΑ ΥΠΟΤΡΟΦΗΣ ΕΛΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΣΥΝΕΧΟΥΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Ε. Παντικίδη, Χ. Γελαδάρη, Κ. Γεώργα, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης

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

**Εισαγωγή:** Η ετήσια επίπτωση υποτροπής των διαβητικών ελκών είναι υψηλή. Οι συχνότερες αιτίες υποτροπής είναι η περιφερική αρτηριοπάθεια, οι βλάβες στην πελματιαία επιφάνεια, η οστεοαρθροπάθεια Charcot, τα ατυχήματα, η λανθάνουσα οστεομυελίτιδα και οι κακές συνθήκες υγιεινής. Η κακή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες για μακροχρόνια λήψη αντιβίωσης και εφαρμογής μέτρων δευτερογενούς πρόληψης αποτελούν δυνητικά αναστρέψιμους παράγοντες.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Έγινε καταγραφή των ασθενών με υποτροπή τα τελευταία 4 έτη. Υπολογίστηκε το χρονικό διάστημα από την τελευταία επίσκεψη, η θέση της βλάβης, η ύπαρξη ή όχι ισχαιμίας, νευροπάθειας και οστικής βλάβης, η συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες, οι συνθήκες υγιεινής και η γενικότερη κοινωνικο-οικονομική κατάσταση.

**Αποτελέσματα:** Οι περισσότερες υποτροπές αφορούσαν ισχαιμικά άκρα και βλάβες στις πελματιαίες επιφάνειες. Χρονικά, πιο σύντομα εμφάνισαν νέες βλάβες τα άκρα με οστεοαρθροπάθεια Charcot ή υπολειμματική οστεομυελίτιδα. Οι ασθενείς με χαμηλό κοινωνικο-οικονομικό προφίλ και κακή συμμόρφωση στις ιατρικές οδηγίες εμφάνισαν βλάβες και στη ραχιαία επιφάνεια. Η πρόωρη διακοπή της αντιβίωσης και η μη εφαρμογή υποδημάτων αποφόρτισης ήταν οι κυριότερες δυνητικά αναστρέψιμες αιτίες.

**Συμπέρασμα:** Η περιφερική αρτηριοπάθεια και η χρήση ακατάλληλων υποδημάτων αποτελούν τους κύριους παράγοντες δημιουργίας νέων βλαβών. Η εντατική και συνεχής ιατρική παρέμβαση μπορεί να βοηθήσει στη μείωση των υποτροπών των διαβητικών ελκών.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 15

#### ΜΕΘΟΔΟΙ ΜΕΙΩΣΗΣ ΤΟΥ ΧΡΟΝΟΥ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΣΥΣΚΕΥΩΝ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ (VAC)

Χ. Γελαδάρη, Μ. Ιακωβάκη, Ε. Παντικίδη, Κ. Γεώργα, Ι. Μπαλή, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού, Δ' Παθολογικό Τμήμα ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

**Εισαγωγή:** Ο μέσος χρόνος νοσηλείας ασθενών με λοιμώξεις διαβητικού ποδιού PEDIS 3+ κυμαίνεται ευρέως. Σε περιπτώσεις όπου έχει διενεργηθεί εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός υπολογίζεται πως η μέση νοσηλεία είναι από 45 έως 60 ημέρες. Το μεγαλύτερο χρονικό διάστημα απαιτείται για τη φάση της ανάπλησης.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Καταγράφηκαν οι χρόνοι νοσηλείας 35 διαβητικών ασθενών με εκτεταμένες λοιμώξεις νευροπαθτικών άκρων και υποβλήθηκαν σε διαδοχικούς χειρουργικούς καθαρισμούς. Μελετήθηκαν τα χρονικά διαστήματα που απαιτήθηκαν μετά την ολοκλήρωση της αφαίρεσης των νεκρωμάτων και μέχρι την ανάπτυξη επαρκούς κοκκιωματώδους ιστού, με ή χωρίς την εφαρμογή συσκευών αρνητικής πίεσης.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος χρόνος νοσηλείας των ασθενών ήταν 37 (όρια 13-65) ημέρες. Η μέση διάρκεια της φάσης επούλωσης υπολογίστηκε σε 28 (όρια 2-52) ημέρες. Κύριοι παράγοντες μειωμένου χρόνου νοσηλείας ήταν η απουσία ισχαιμίας, εκτεταμένης νέκρωσης και οστεομυελίτιδας. Στα νευροπαθτικά άκρα που εφαρμόστηκαν συσκευές vac επετεύχθη σημαντική μείωση της διάρκειας νοσηλείας.

**Συμπέρασμα:** Ο χρόνος νοσηλείας ασθενών με διαβητικό πόδι παραμένει υψηλός. Μείωση του απαιτούμενου χρόνου για τη φάση της ανάπλησης με τη βοήθεια συσκευών αρνητικής πίεσης σε νευροπαθτικά άκρα μπορεί να βοηθήσει στη μείωση του συνολικού χρόνου νοσηλείας.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 16

#### ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΤΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΑΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΝΟΜΟΥ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

Δούκας Λουκάς<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Τσανικίδης Ηρακλής<sup>3</sup>, Δέδογλου Ευαγγελία<sup>4</sup>, Κέλλα Ελεονώρα<sup>5</sup>, Μανές Χρήστος<sup>6</sup>

<sup>1,2</sup> Νοσηλεύτης - Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Π.Ν.Θ.

<sup>3</sup> Παθολόγος - Διαβητολόγος, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου Κατερίνης

<sup>4</sup> Ποδολόγος, Κατερίνη

<sup>5</sup> Ειδικός Παθολόγος, Κατερίνη

<sup>6</sup> Παθολόγος Διαβητολόγος, Διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου Γ.Π.Ν.Θ.

**Εισαγωγή:** Η Διαβητική περιφερική νευροπάθεια (Δ.Π.Ν.) καθώς και η περιφερική αγγειοπάθεια (Π.Α.) θεωρούνται οι κύριες αιτίες εμφάνισης του Διαβητικού Ποδιού. Εκλυτικός παράγων είναι οι τραυματισμοί.

**Σκοπός:** Η ανίχνευση ατόμων σε κίνδυνο (νευροπάθεια, αγγειοπάθεια ) για εμφάνιση βλαβών τύπου διαβητικού ποδιού και η διαπίστωση πιθανών αιτιών τραυματισμού π.χ. ακατάλληλα υποδήματα

**Υλικό - Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 35 ασθενείς με Διαβήτη. με μέση ηλικία 62,8 έτη και μέση διάρκεια Διαβήτη 18,8 έτη (1-40 έτη). Για τη διαπίστωση της Δ.Π.Ν. χρησιμοποιήθηκε το Βιοθεσιόμετρο (άνω του 25 volt) ενώ η διαπίστωση της Π.Α. έγινε με την ψηλάφηση της ραχιαίας και οπίσθιας κνημιαίας αρτηρίας καθώς και με εκτίμηση της θερμοκρασίας του κάτω άκρου με θερμόμετρα Laser.

**Αποτελέσματα:** Από τους 35 ασθενείς, 20 άτομα (57,1%) εμφάνισαν Π.Δ.Ν. ενώ 8 άτομα (22,9%) εμφάνισαν Π.Α. 23 ασθενείς (65,7%) ανέφεραν ότι εξέτασαν τα πόδια τους πρώτη φορά. Ακατάλληλα παπούτσια φορούσαν 19 άτομα από τα οποία τα 14 ήταν γυναίκες (73,6%) και 5 ανδρες (26,3%).

**Συμπεράσματα:** Η Π.Δ.Ν. φαίνεται πως υφίσταται στην πλειοψηφία των διαβητικών ασθενών, ενώ σε σημαντικό ποσοστό συνυπάρχει με Π.Α. Αν και η πλειοψηφία των ασθενών είχε αρκετά χρόνια την πάθηση δεν ήξερε τι να προσέχει προληπτικά ώστε να αποφύγει μελλοντικά σοβαρά προβλήματα στα πόδια τους. Φαίνεται πως χρειάζονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με την πρόληψη όπως χρήση κατάλληλων υποδημάτων και καθημερινή φροντίδα ποδιών.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 17

#### ΠΡΩΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ Α-ΛΙΠΟΪΚΟΥ ΟΞΕΟΣ ΓΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Παπάνας Νικόλαος, Παφίλη Καλλιόπη, Χατζηκοσμά Γεωργία, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος**

*Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη*

**Σκοπός:** Η καταγραφή των πρώτων αποτελεσμάτων από τη χρήση άλφα-λιποϊκού οξέος (ΑΛΑ) για τη βελτίωση των νευροπαθολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ).

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι των ασθενών με Τ2ΣΔ του Εξωτερικού Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού στους οποίους είχε χορηγηθεί ΑΛΑ για την ανακούφιση νευροπαθολογικών συμπτωμάτων.

**Αποτελέσματα:** Επρόκειτο για 43 ασθενείς (23 άνδρες, 20 γυναίκες) μέσης ηλικίας 63.6 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 12.8 ετών. Σε 17 ασθενείς (ομάδα Α), το ΑΛΑ χορηγήθηκε ως προσθήκη στην αγωγή με πρεγκαμπαλίνη ή δουλοξετίνη και σε 26 ασθενείς (ομάδα Β) το ΑΛΑ χορηγήθηκε ως μονοθεραπεία. Έπειτα από 6 μήνες θεραπείας,  $\geq 30\%$  βελτίωση των συμπτωμάτων σημειώθηκε σε 14 ασθενείς της ομάδας Α και 22 ασθενείς της ομάδας Β. Μείωση  $\geq 2$  στο δείκτη νευροπαθολογικών συμπτωμάτων (Neuropathy Symptom Score) σημειώθηκε συνολικά σε 39 ασθενείς. Ανεπιθύμητες ενέργειες δεν παρατηρήθηκαν.

**Συμπεράσματα:** Τα πιλοτικά αυτά αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά για τη χρήση του ΑΛΑ για τη βελτίωση των νευροπαθολογικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με Τ2ΣΔ στη χώρα μας.



## ΠΑ 18

## ΤΑ ΣΠΑΝΙΟΤΕΡΑ ΑΠΟΜΟΝΩΘΕΝΤΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΣΕ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

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

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

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

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

**Σκοπός:** Η αναζήτηση των σπανιότερων παθογόνων σε λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μελετήθηκαν αναδρομικά οι φάκελοι 107 ασθενών του Εξωτερικού Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού με κλινική διάγνωση λοίμωξης έλκους, στους οποίους οι παθογόνοι μικροοργανισμοί είχαν αναζητηθεί με ποσοτική ιστοική καλλιέργεια.

**Αποτελέσματα:** Τα σπανιότερα απομονωθέντα παθογόνα ήταν: *Morganella morganii* (3 ασθενείς), *Abiotrophia defectiva* (1 ασθενής), *Providencia rettgeri* (1 ασθενής), *Citrobacter koseri* (1 ασθενής), *Citrobacter freundii* (1 ασθενής), *Serratia fonticola* (1 ασθενής), *Stenotrophomonas maltophilia* (1 ασθενής), *Pantoea agglomerans* (1 ασθενής), και *Aeromonas sobria* (1 ασθενής). Από τους ανωτέρω 11 ασθενείς (5 άνδρες, 6 γυναίκες), στους 6 το σπάνιο παθογόνο απομονώθηκε μαζί με συνηθέστερα παθογόνα. Προηγηθείσα λήψη αντιβιοτικών καταγράφηκε σε όλους. Σε 2 ασθενείς η διάρκεια του έλκους ήταν 2 μήνες, ενώ στους υπόλοιπους 9 ήταν > 4 μήνες. Τη μεγαλύτερη διάρκεια έλκους παρουσίασαν 2 ασθενείς: 84 μήνες (*Morganella morganii*) και 24 μήνες (*Stenotrophomonas maltophilia*). Νοσηλεία δεν είχε προηγηθεί σε κανέναν ασθενή. Συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία καταγράφηκαν σε 8 ασθενείς. Περιφερική αρτηριοπάθεια υπήρχε σε 3 ασθενείς.

**Συμπεράσματα:** Η προηγούμενη λήψη αντιβιοτικών, οι συχνές επισκέψεις σε νοσοκομεία και η μακρά διάρκεια του έλκους αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για τα ασυνήθη παθογόνα σε λοιμώξεις έλκους του διαβητικού ποδιού.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 19

#### ΠΟΙΑ Η ΣΥΧΝΟΤΕΡΗ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ;

**Χατζηκοσμά Γεωργία, Παφίλη Καλλιόπη, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλτέζος Ευστράτιος, Παπάνας Νικόλαος**

*Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β' Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη*

**Σκοπός:** Να αναζητηθεί ποια είναι η συχνότερη παθολογική δοκιμασία νευροπάθειας σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (Τ2ΣΔ) και νευροπαθητικό έλκος.

**Υλικό και Μέθοδος:** Συμπεριελήφθησαν 52 ασθενείς (28 άνδρες, 24 γυναίκες) μέσης ηλικίας 60.4 ετών και μέσης διάρκειας Τ2ΣΔ 12.3 ετών με νευροπαθητικό έλκος. Η διάγνωση του τελευταίου βασίστηκε στην κλινική εικόνα και στο δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας (neuropathy disability score, NDS) ως  $NDS \geq 3$ . Εφαρμόστηκαν οι εξής 5 δοκιμασίες: έλεγχος της εφίδρωσης με το επίθεμα Neuropad, Ipswich Touch Test (IpTT), αυτοματοποιημένη νευροφυσιολογική μελέτη του γαστροκνημιαίου νεύρου με τη συσκευή NC-stat® DPNCheck™, μονοϊνίδιο 10 g Semmes Weinstein (SWMF) και μέτρηση του ουδού των ηλεκτρικών δονήσεων (vibration perception threshold, VPT). Οι ανωτέρω δοκιμασίες αξιολογήθηκαν ως φυσιολογικές ή παθολογικές.

**Αποτελέσματα:** Παθολογικές δοκιμασίες διαπιστώθηκαν με τις εξής συχνότητες: επίθεμα Neuropad σε 50 ασθενείς (96.1%), IpTT σε 40 ασθενείς (76.9%), SWMF σε 48 ασθενείς (92.3%), NC-stat® DPNCheck™ σε 42 ασθενείς (80.8%) και VPT σε 46 ασθενείς (88.5%).

**Συμπεράσματα:** Και οι 5 δοκιμασίες απέβησαν παθολογικές σε ποσοστά >76%. Η συχνότερη παθολογική δοκιμασία ήταν το επίθεμα Neuropad. Ακολουθούσαν το SWMF και στη συνέχεια ο VPT.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 20

#### ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΤΟΥ «ΠΟΔΙΟΥ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ» ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μηριστιάνου Μ., Αστρέχα Δ., Μαρουδά Ζ., Δάμπασης Δ., Μαλλιάρου Ε., Μύτης Γ., Λαναράς Λ.

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Γ. Ν. Λαμίας

**Σκοπός:** Η ανίχνευση διαβητικών ασθενών με κάτω άκρα σε κίνδυνο ανάπτυξης έλκους.

**Υλικό - Μέθοδος:** Μελετήσαμε 245 διαβητικούς - 149 άνδρες (60,8%) και 96 γυναίκες (39,2%) μέσης ηλικίας  $59,4 \pm 10,5$  έτη και μέση διάρκεια διαβήτη  $14,5 \pm 8,2$  έτη, που προσήλθαν για εξέταση, μετά από ενημέρωση από τα τοπικά Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης. Έγινε έλεγχος παλλαισθησίας με τη χρήση βιοθεσιόμετρου, δοκιμασία αίσθησης πίεσης με τη χρήση μονοινιδίου Semmes-Weinstein 10g, αίσθηση θερμού - ψυχρού, ψηλάφηση σφύξεων οπίσθιας κνημιαίας και ραχιαίας αρτηρίας άκρου ποδός, υπολογισμός Σφηροβραχιονίου Δείκτη (ABI). Χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα NSS για την καταγραφή συμπτωμάτων νευροπάθειας.

**Αποτελέσματα:** 15 ασθενείς (6,12%) ήταν ΣΔ 1, 68,1% είχαν αρτηριακή υπέρταση, 25,4% στεφανιαία νόσο, 59,4% δυσλιπιδαιμία, ενώ 86,4% εξετάσθηκε για πρώτη φορά στα κάτω άκρα. Βρέθηκε το 36,8% να έχει κάτω άκρα σε κίνδυνο. 28,4% είχε συμπτώματα νευροπάθειας ενώ με την κλινική εξέταση και τον ABI το 8,4% των ασθενών παρουσίαζε περιφερική αγγειοπάθεια.

**Συμπεράσματα:** Μεγάλο ποσοστό διαβητικών ασθενών δεν εξετάζονται στα κάτω άκρα, ενώ η ανάγκη τακτικού ελέγχου των διαβητικών ασθενών στα κάτω άκρα είναι επιτακτική.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 21

#### ΤΟ ΚΑΠΝΙΣΜΑ ΚΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΤΟΥ ΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Μηριστιάνου Μ., Πάνου Χ., Μουλιανιτάκη Η., Τσονωνά Β., Παναγιώτου Μ., Λαναράς Λ.

Παθολογική Κλινική - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Γ. Ν. Λαμίας

**Εισαγωγή:** Το κάπνισμα είναι σημαντικός μεταβαλλόμενος παράγοντας κινδύνου για τη δημιουργία και την εξέλιξη της περιφερικής αγγειακής νόσου.

**Σκοπός:** Ερευνούμε τη συσχέτιση του καπνίσματος με την ΠΑΝ και το διαβητικό πόδι

**Μέθοδος:** Μελετήσαμε 160 διαβητικούς ασθενείς - 102 άνδρες (63,7%) και 58 γυναίκες (36,2%)- με ιστορικό καπνίσματος και διαβητικού ποδιού. Εξετάστηκαν για περιφερική αγγειακή νόσο και καταγράφηκε: η διάρκεια του καπνίσματος, η ηλικία, το BMI, η διάρκεια της νόσου και ο μεταβολικός έλεγχος.

**Αποτελέσματα:** 99 (61,7%) ασθενείς ήταν ενεργείς καπνιστές και 61(38,1%) το είχαν διακόψει. Η διάρκεια του διαβήτη ήταν  $14,3 \pm 7,91$  έτη, η HBA1c  $8,14 \pm 1,67$ , η διάρκεια του καπνίσματος  $36,2 \pm 12$  έτη. Υπήρχε στατιστική σημαντική θετική συσχέτιση του καπνίσματος με τη διαλείπουσα χωλότητα. Το 78% των ισχαιμικών ελκών και η ισχαιμία έχει θετική συσχέτιση με το κάπνισμα. Θετική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της αιτιολογίας της βλάβης και της ύπαρξης καπνίσματος σε σύγκριση με τους μη καπνιστές  $p=0,002$

**Συμπεράσματα:** Φαίνεται ο σημαντικός ρόλο που παίζει το κάπνισμα στην περιφερική αγγειακή νόσο και την αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού.



## ΠΑ 22

**ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ, Η ΒΟΥΗ ΚΑΙ ΤΟ ΠΑΘΟΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ**

**Παπάνας Νικόλαος<sup>1</sup>, Δημητρίου Μαρία<sup>1,2</sup>, Δρόσος Γεώργιος<sup>3</sup>, Πανοπούλου Μαρία<sup>2</sup>,  
Παναγόπουλος Περικλής<sup>4</sup>, Καζάκος Κωνσταντίνος<sup>3</sup>, Πρασόπουλος Παναγιώτης<sup>5</sup>,  
Μαλτζός Ευστράτιος<sup>1,4</sup>**

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

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

<sup>3</sup> Ορθοπαιδική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

<sup>4</sup> Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

<sup>5</sup> Εργαστήριο Ακτινολογίας και Ιατρικής Απεικόνισης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Έβρου, Αλεξανδρούπολη

Άνδρας 46 ετών προσήλθε με μακροχρόνιο κλινικά επιμολυσμένο νευροπαθητικό έλκος στην περιοχή των κεφαλών του 2<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου του αριστερού ποδός. Λόγω εκτεταμένης οστεομυελίτιδας και αποστήματος μαλακών μορίων κατά την απλή ακτινογραφία και τη μαγνητική τομογραφία (MRI), εξαιρέθηκαν τα περιφερικά τμήματα των κεφαλών του 2<sup>ου</sup> - 3<sup>ου</sup> μεταταρσίου καθώς και τμήμα της εγγύς φάλαγγας του δεύτερου δακτύλου. Ακολούθησε αποφόρτιση με αφρώδη επιθέματα και υπόδημα half-shoe με επούλωση σε 3 μήνες. Ο ασθενής έμεινε ελεύθερος βλαβών επί 12 μήνες, χρησιμοποιώντας εξατομικευμένα υποδήματα. Έπειτα από σωματική καταπόνηση ανέπτυξε φυσαλίδα στην πελματιαία επιφάνεια της ονυχοφόρου φάλαγγας του σύστοιχου μεγάλου δακτύλου, η οποία εράγη και στη συνέχεια επιμολύνθηκε. Παρά τη στενή παρακολούθηση, την πολύμηνη θεραπεία με αντιβίωση και την κατάλληλη αποφόρτιση, δημιουργήθηκε αλαντοειδής δάκτυλος και η MRI τεκμηρίωσε την οστεομυελίτιδα αυτού. Έγινε ακρωτηριασμός του μεγάλου δακτύλου με ομαλή μετεγχειρητική πορεία, χρήση επιθεμάτων και υποδήματος half-shoe, με επούλωση σε 3 μήνες. Ο ασθενής έμεινε ελεύθερος βλαβών επί άλλους 3 μήνες, αναπτύσσοντας όμως μετέπειτα νευροπαθητικό έλκος στην πελματιαία επιφάνεια του αντίστοιχου ποδιού (περιοχή κεφαλής πέμπτου μεταταρσίου), το οποίο και αντιμετωπίζεται με χειρουργικό καθαρισμό και μέτρα αποφόρτισης.

Η περίπτωση αυτή μαρτυρεί την πολύπαθη πορεία που ενίοτε παρουσιάζει το διαβητικό πόδι καθώς και την ανάγκη συνεργασίας πολλών ειδικοτήτων.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 23

#### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗΣ ΤΗΣ ΜΑΣΤΙΧΑΣ ΧΙΟΥ ΣΤΗ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΚΑΙ ΣΤΑ ΛΙΠΙΔΙΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Παπαχριστοφόρου Ελευθερία<sup>1</sup>, Χωρεψιμά Σταματία<sup>1</sup>, Παπαδημητρίου Χρήστος<sup>1</sup>,  
Κατσάνου Παναγιώτα<sup>1</sup>, Κόκκινος Αλέξανδρος<sup>1</sup>, Περρέα Δέσποινα<sup>2</sup>, Κατσιλάμπρος Νικόλαος<sup>1</sup>,  
Τεντολούρης Νικόλαος<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Ερευνής «Ν.Σ. Χρηστέας», Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

**Δεδομένα - Σκοπός:** Η μαστίχα Χίου παράγεται από τον κορμό του δέντρου *Pistacia lentiscus*, της οικογένειας *Anacardiaceae*. Η ρητίνη του φυτού (μαστίχα) έχει χρησιμοποιηθεί στην παραδοσιακή θεραπευτική, ενώ πρόσφατα αναφέρθηκε πως είναι ιδιαίτερα δραστική *in vitro* εναντίον του *Helicobacter pylori*. Εκκυλίσματα της μαστίχας αναστέλλουν την οξειδωτική τροποποίηση της λιποπρωτεΐνης χαμηλής πυκνότητας (LDL) *in vitro*. Μια πρόσφατη μελέτη ανέδειξε το ολεανολικό οξύ ως ασθενή αγωνιστή των ενεργοποιημένων υποδοχέων πολλαπλασιασμού των υπεροξεισωματίων-γ (Peroxisome Proliferator Activated Receptor-γ -PPARγ) που συσχετίζονται με την οξείδωση των λιπαρών οξέων και τη διεργασία της φλεγμονής. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετηθεί η επίδραση της κατανάλωσης μαστίχας Χίου στη γλυκαιμική ρύθμιση, στο λιπιδαιμικό προφίλ και σε δείκτες φλεγμονής (CRP) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Στην παρούσα δισταυρούμενη μελέτη εξετάστηκαν 24 άτομα (9 γυναίκες και 15 άνδρες) ηλικίας  $64,1 \pm 8,6$  ετών, με μέση διάρκεια διαβήτη  $11,7 \pm 5,7$  έτη και HbA1c  $7,3 \pm 0,8\%$ . Στους συμμετέχοντες χορηγήθηκαν με τυχαία σειρά caps placebo ή caps μαστίχας Χίου περιεκτικότητας 350 mg τρεις φορές την ημέρα για 2 μήνες, με ένα μεσοδιάστημα μεταξύ των δύο φάσεων της μελέτης διάρκειας 2 εβδομάδων. Μετρήθηκαν το σωματικό βάρος, η περιμέτρος της μέσης, η αρτηριακή πίεση, η τιμή της HbA1c, του σακχάρου, των λιπιδίων και της CRP στην αρχή και στο τέλος της παρέμβασης. Το είδος της αντιδιαβητικής, της αντιυπερτασικής και της υπολιπιδαιμικής αγωγής παρέμεινε το ίδιο σε όλη τη διάρκεια της μελέτης.

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση μαστίχας σχετίστηκε με τάση για βελτίωση της HbA1c ( $\Delta=0,14\%$ , 95% όρια αξιοπιστίας [CI] 0,01-0,31%),  $p=0,08$  και με μείωση της περιμέτρου της μέσης ( $\Delta=1,14$  cm, 95% CI 0,23-2,05 cm),  $p=0,01$ . Δε βρέθηκε σημαντική επίδραση της χορήγησης μαστίχας Χίου στο σωματικό βάρος, στην αρτηριακή πίεση, στο σάκχαρο νηστείας, στην ολική χοληστερόλη, στα τριγλυκερίδια, στην LDL και HDL χοληστερόλη ούτε στη CRP. Η χορήγηση placebo δεν είχε καμιά σημαντική επίδραση στις μελετηθείσες παραμέτρους.

**Συμπέρασμα:** Τα πρόδρομα αυτά αποτελέσματα δείχνουν ότι η βραχυχρόνια χορήγηση μαστίχας Χίου σχετίζεται με μικρή βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης και με μείωση της περιμέτρου της μέσης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ανεξάρτητα από την αντιδιαβητική αγωγή.



## ΠΑ 24

## Η ΜΑΚΡΑ ΙΣΤΟΡΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Δερμόν Αντώνιος<sup>2</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Χριστάκη Σταυρούλα<sup>1</sup>, Ντούπης Ιωάννης<sup>4</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάννα<sup>1</sup>, Δρούτσας Κωνσταντίνος<sup>2</sup>, Κόκας Αλέξανδρος<sup>3</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Ορθοπαιδικό Τμήμα

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

<sup>4</sup> Ναυτικό Νοσοκομείο Σαλαμίνας

**Σκοπός:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με αρθροπάθεια Charcot με εξάρσεις και υφέσεις, που αντιμετωπίστηκε τελικά και με διορθωτική ορθοπαιδική επέμβαση.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Τον 11/2011 ο Ιωάννης Σ., 63 ετών, με ΣΔ2 από 1993 υπό ινσουλίνη, με HbA1c=7,8%, προσήλθε στο ιατρείο με διαγνωσμένη αρθροπάθεια Charcot (προ διαγνώσεως είχε λάβει αντιβιοτικά για τουλάχιστον 1 μήνα), χωρίς αρτηριοπάθεια, με ατροφία μυών άκρας χειρός (prayer sign/Duruytren, ηλεκτροφυσιολογική μελέτη: περιφερική πολυνευροπάθεια), με οίδημα δεξιού ποδός, θερμότητα και φυσιολογικούς δείκτες φλεγμονής. Συνεστήθη επανεφαρμογή μπότας αποφόρτισης για τουλάχιστον 3 μήνες. Ο ασθενής ήταν απείθαρχος, με αποτέλεσμα επιδείνωση οιδήματος και ακτινολογικών ευρημάτων. Τελικώς μπήκε σε ψυχρή φάση σε 9 μήνες. Μετά 1 μήνα, πάλι διαφορά θερμοκρασίας (ΔΘ). Αναπροσαρμογή της μπότας. Ο ασθενής πάλι φόρτιζε το πόδι. Εφαρμόστηκε γύψος ολικής επαφής (αλλαγή ανά εβδομάδα) για 9 εβδομάδες διαλειπόντως, γιατί παρουσίασε εξέλκωση 5<sup>ου</sup> μεταταρσίου. Ο ασθενής έκανε δουλειές στην τράπεζα!!! Εμφανίστηκαν φυσαλίδες μεταταρσίων/πτέρνης. Τελικώς τον 3/2013 δεν υπήρχε πλέον ΔΘ. Α/Α: έκδηλες αλλοιώσεις στα οστά τارسού—εξάρθρωση μεταταρσοφαλαγγικής άρθρωσης 2<sup>ου</sup> δακτύλου. Μετά 6 μήνες, υπερκεράτωση στην περιοχή πτώσης 2<sup>ου</sup> μεταταρσίου παρά τα ένθετα πέλματα. Debridement - καθαρό έλκος. Κάποια στιγμή επιμόλυνση έλκους και χρήση αντιβιοτικών (κούρασε το πόδι του στην εφορία...) Το έλκος διαιωνίστηκε και υπήρξε άλγος στην περιοχή κεφαλής μεταταρσίου. Debridement, ανακατασκευή ένθετων πελμάτων, επιθέματα θεικής ηπαράνης και Aircast είχαν πτωχό αποτέλεσμα. Τον 7/2014 συνεστήθη ορθοπαιδική επέμβαση (εκτομή κεφαλής μεταταρσίου), η οποία έγινε μετά 4 μήνες γιατί ο ασθενής δίσταζε, με επιτυχία. Μετά 1 μήνα δεν υπήρχε πλέον έλκος!!! Τον 1/2015 βγήκε για εφημερίδα και γλύστρησε στο χιόνι. Παρουσίασε οίδημα σφυρού (κάταγμα περόνης, ρωγμώδες). Ξαναχρησιμοποίησε Aircast. Άριστη κατάσταση (Charcot σε ψυχρή φάση) 13 μήνες μετά το χειρουργείο.

**Συμπεράσματα:** Η αρθροπάθεια Charcot απαιτεί ακινητοποίηση ποδός για μεγάλο χρονικό διάστημα, γεγονός που κουράζει τον ασθενή, οδηγεί σε κακή συμμόρφωση και απαιτεί διαρκή παρακολούθηση και ενθάρρυνση. Κάποιες φορές έχει θέση συμπληρωματική διορθωτική ορθοπαιδική επέμβαση.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 25

#### ΑΡΥΘΜΙΣΤΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ PEDIS 4 ΚΑΙ ΕΠΑΝΕΙΛΗΜΜΕΝΕΣ ΑΤΥΧΙΕΣ

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1,4</sup>, Παπανικολάου Σπήλιος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>3</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνη<sup>1</sup>, Χριστόπουλος Κωνσταντίνος<sup>4</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>3</sup>, Οικονόμου Δημήτριος<sup>4</sup>

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

<sup>2</sup> Χειρουργικό Τμήμα

<sup>3</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα

<sup>4</sup> Β' Παθολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Σκοπός:** Περιγράφεται περίπτωση αρύθμιστης διαβητικής ασθενούς με έλκος και συρίγγιο δακτύλου και λοίμωξη PEDIS 4 χωρίς οστεομυελίτιδα, με καλή έκβαση.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Νεκταρία Δ., 58 ετών από το Αγκίστρι, με ΣΔ2 από το 2000 υπό δισκία (HbA1c=12,1%). Παρουσίασε άλγος 1<sup>ου</sup> δακτύλου Δ προ 10ημέρου, χωρίς να αντιληφθεί κάκωση. Μετά 3ήμερον, αφού έγινε καθαρισμός στο Κ.Υ., ήρθε στην Αθήνα. Είχε γίνει όμως πολύ σφιχτή περίδεση. Την επομένη προσήλθε στα ΤΕΠ χειρουργικού όπου με μία ματιά χορήγησαν σιπροφλοξασίνη+κλινδαμυκίνη και παρέπεμψαν σε ιατρείο διαβητικού ποδιού. Η φαρμακοποιός αντί για Dalacin (κλινδαμυκίνη) χορήγησε Dalfon στη δόση 2x4!! Η γυναίκα κατάφερε τελικά να προσέλθει στο ιατρείο μετά 1 εβδομάδα, με τεράστια αιμορραγική φουσαλίδα στο Δ πόδι ραχιαίως και φλεγμονή 1<sup>ου</sup> δακτύλου με έλκος και διαβροχή. Θ: Αρ=34,5, Δ=36,8°C. Εισαγωγή στο νοσοκομείο με σιπροφλοξασίνη + κλινδαμυκίνη + ΗΧΜΒ + πεντοξυφυλλίνη, παροχέτευση φουσαλίδας, λήψη καλλιεργείων. Α/Α: χωρίς οστική αλλοίωση, φουσαλίδες αέρος. Λ=20800/μL, ΤΚΕ=85mm, CRP=172mg/L(<3) (PEDIS 4). Ακολούθησε χειρουργικός καθαρισμός. Υπήρχε συρίγγιο έξω/έσω επιφανείας 1<sup>ου</sup> δακτύλου και ερυθροκύανο χρώμα, που ευτυχώς υποχώρησε τις επόμενες ημέρες. Μετά 5<sup>η</sup>μέρον προστέθηκε μετρονιδαζόλη. Triplex αρτηριών Δ: ικανοποιητική ροή. Κ/Α: MSSA + Pseudomonas + Klebsiella + Enterococcus. Προστέθηκε αμπικιλίνη/κλαβουλανικό και ρινικά μουπιροσίνη. Μετά 10ήμερον διαρροϊκές κενώσεις. Έλαβε εμπειρικά βανκομυκίνη per os. Μετά νοσηλεία 2 εβδομάδων (θεαματική βελτίωση δεικτών φλεγμονής), εξιτήριο με μοξιφλοξασίνη + αμπικιλίνη/κλαβουλανικό + πεντοξυφυλλίνη + ασπιρίνη + επιθέματα αλγινικά με άργυρο. Η εξέλιξη υπήρξε ομαλή. Είχε κλείσει το συρίγγιο. Σειριακές Α/Ες ουδέποτε ανέδειξαν οστική συμμετοχή. Όμως, το πόδι παρέμεινε θερμό, με κυανέρυθρη χροιά (υπερκινητική κυκλοφορία? Φλεβική στάση?). Triplex φλεβών: μικρή ανεπάρκεια. Συνεστήθη αποφόρτιση, που η ασθενής ελάχιστα εφάρμοσε. Τα αντιβιοτικά (συνολικά 3 μήνες) διεκόπησαν μετά τον τελευταίο αρνητικό ακτινολογικό και εργαστηριακό έλεγχο. Άριστη πορεία. Το δάκτυλο εξακολουθεί να παραμένει πιό θερμό.

**Συμπέρασμα:** Έλλειψη επίγνωσης της σοβαρότητας του διαβητικού ποδιού ή λάθη που συμβαίνουν πάνω σε φόρτο εργασίας μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο κάποιον ήδη επιβαρυνμένο διαβητικό ασθενή.



## ΠΑ 26

**ΣΥΝΤΗΡΗΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΚΟΛΟΒΩΜΑΤΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΗ. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΜΕ SPECT/CT ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ**

Γεώργια Σταματία<sup>1</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Κουρκούμπαρ Βασίλειος<sup>2</sup>, Αθανασίου Βασίλειος<sup>1</sup>, Κατσαμπούκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 3<sup>ο</sup> Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ.

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Η παρουσίαση επιτυχούς συντηρητικής αντιμετώπισης οστεομυελίτιδας κολοβώματος διαβητικού ποδιού, η διάγνωση και η παρακολούθηση της οποίας έγινε με SPECT/CT σπινθηρογράφημα με επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Γυναίκα 71 ετών με ΣΔ τύπου 2 από 30ετίας και ακρωτηριασμό 1<sup>ου</sup> & 2<sup>ου</sup> δακτύλου δεξιού ποδιού προ εξαμήνου, προσήλθε στο ιατρείο διαβητικού ποδιού λόγω μη επουλούμενου έλκους κολοβώματος. Η ασθενής παρουσίαζε κλινικά σημεία φλεγμονής στην περιοχή του κολοβώματος, μέτρια αύξηση της ΤΚΕ, μη διαγνωστική απλή ακτινογραφία άκρου ποδός και θετικό probe-to-bone test. Έγινε σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων το οποίο παρουσίαζε αυξημένη αιμάτωση και οστεοβλαστική δραστηριότητα στη θέση του κολοβώματος 1<sup>ου</sup> & 2<sup>ου</sup> δακτύλου του δεξιού ποδιού, ευρήματα που δημιουργούσαν υπόνοια οστεομυελίτιδας. Λόγω του πρόσφατου ακρωτηριασμού ακολούθησε ειδικότερη για φλεγμονή εξέταση, SPECT/CT σπινθηρογράφημα με επισημασμένα με <sup>99m</sup>Tc-HMPAO λευκά αιμοσφαίρια που έδειξε οστεομυελίτιδα εντοπισμένη στο κολόβωμα του 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου του δεξιού ποδιού, σε συνδυασμό με φλεγμονή των παρακείμενων μαλακών μοριών. Ακολούθησε χειρουργικός καθαρισμός και λήψη τριπλής αντιβιοτικής αγωγής per os επί εξάμηνο σε συνδυασμό με την τοπική φροντίδα του έλκους (αφρώδη επιθέματα, αποφόρτιση) και τακτικούς ελέγχους στο ιατρείο διαβητικού ποδιού. Έξι μήνες αργότερα η ασθενής παρουσίαζε πλήρη σύγκλειση του έλκους με απουσία σημείων φλεγμονής. Το επαναληπτικό σπινθηρογράφημα με επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια ήταν αρνητικό για ενεργό οστεομυελίτιδα, επιβεβαιώνοντας και απεικονιστικά την θεραπεία της οστεομυελίτιδας. Έξι μήνες μετά τη σύγκλειση του έλκους η ασθενής δεν παρουσιάζει σημεία υποτροπής.

**Συμπέρασμα:** Η συντηρητική θεραπεία οστεομυελίτιδας κολοβώματος διαβητικού ποδιού είναι εφικτή με συνδυασμό αντιβιοτικής θεραπείας και χειρουργικού καθαρισμού. Το SPECT/CT σπινθηρογράφημα με επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια είναι χρήσιμη εξέταση για την ακριβή εντόπιση και έκταση της οστεομυελίτιδας και την παρακολούθηση της θεραπείας της.





# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 27

#### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΙΜΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ

**Γκιντίκας Στέργιος, Τούλας Εμμανουήλ, Τσαβδαρίδης Ιωάννης, Σαπάκος Ιωάννης, Μελλίδης Χρήστος, Λίγδας Αθανάσιος, Κατσαντώνη Παναγιώτα, Μανές Χρήστος**

*Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη*

**Σκοπός:** Να καθοριστεί εάν υπάρχει σχέση των υψηλών τιμών λιπιδίων στους διαβητικούς ασθενείς με την εμφάνιση διαβητικής νευροπάθειας.

**Υλικά - Μέθοδος:** Εξετάστηκαν, με την μέθοδο της κλινικής εξέτασης για νευροπάθεια, και παράλληλα μετρήθηκαν τα επίπεδα λιπιδίων σε 202 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (4 με Σ.Δ. τύπου 1 και 198 με Σ.Δ. τύπου 2 ) από τους οποίους 110 άνδρες και 92 γυναίκες .Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 38 έως 92 ετών (μ.ο 69,5 +/-25,5).Το BMI των ασθενών κυμαινόταν από 23 έως 48 (μ.ο 35,5 +/- 12,5).

**Αποτελέσματα:** **α)** Από τους ασθενείς που εξετάστηκαν 61 παρουσίασαν κλινική νευροπάθεια (30,1 %). Από αυτούς 35 ήταν άνδρες και 26 γυναίκες. **β)** Από τους 66 ασθενείς με αυξημένες τιμές λιπιδίων 32 είχαν αυξημένη χοληστερίνη, 18 αυξημένα τριγλυκερίδια και 16 αυξημένη χοληστερίνη και αυξημένα τριγλυκερίδια). **γ)** Από τους 66 ασθενείς με αυξημένα επίπεδα λιπιδίων οι 30 εμφάνισαν νευροπάθεια (45,4%) ενώ από τους 136 ασθενείς με φυσιολογικά επίπεδα λιπιδίων 31 εμφάνισαν νευροπάθεια (22,7%) **δ)** από τους ασθενείς με αυξημένα λιπίδια τα ποσοστά νευροπάθειας ήταν: 34,3% (11 στους 32) στους ασθενείς μόνο με αυξημένη χοληστερίνη, 50% (9 στους 18) στους ασθενείς με μόνο αυξημένα τριγλυκερίδια και 62,5 % (10 στους 16) στους ασθενείς με αυξημένα τριγλυκερίδια και χοληστερίνη.

**Συμπέρασμα:** Άτομα με αυξημένα λιπίδια και Σακχαρώδη Διαβήτη παρουσιάζουν σε αυξημένη συχνότητα διαβητική νευροπάθεια σε σύγκριση με ασθενείς που έχουν αντίστοιχα φυσιολογικές τιμές. Ιδιαίτερα οι ασθενείς με μικτή δυσλιπιδαιμία αλλά και οι ασθενείς με αυξημένα τριγλυκερίδια φαίνεται να εμφανίζουν νευροπάθεια πολύ πιο συχνά ενώ σε μικρότερο βαθμό αλλά πιο συχνά από τους ασθενείς με φυσιολογικά λιπίδια εμφανίζουν νευροπάθεια οι ασθενείς με αυξημένη χοληστερίνη. Περαιτέρω μελέτες πρέπει να γίνουν για να καθορίσουν την σχέση λιπιδίων και εμφάνισης διαβητικής νευροπάθειας στους διαβητικούς ασθενείς.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 28

#### ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΚΑΠΝΙΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Γκιντίκας Στέργιος, Τούλας Εμμανουήλ, Τσαβδαρίδης Ιωάννης, Σαπάκος Ιωάννης,  
Μελλίδης Χρήστος, Λίγδας Αθανάσιος, Κούτσιου Καλλιόπη, Μανές Χρήστος

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Να καθοριστεί εάν υπάρχει σχέση του καπνίσματος στους διαβητικούς ασθενείς με την εμφάνιση διαβητικής νευροπάθειας.

**Υλικά - Μέθοδος:** Εξετάστηκαν, με τη μέθοδο της κλινικής εξέτασης για νευροπάθεια, 202 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (4 με Σ.Δ. τύπου 1 και 198 με Σ.Δ. τύπου 2 ) από τους οποίους 110 άνδρες και 92 γυναίκες . Η ηλικία των ασθενών κυμαινόταν από 38 έως 92 ετών (μ.ο 69,5 +/- 25,5). Το BMI των ασθενών κυμαινόταν από 23 έως 48 (μ.ο 35,5 +/- 12,5). Οι ασθενείς χωρίστηκαν σε μη καπνιστές (ομάδα Α) οι οποίοι ήταν 155 (70 άνδρες και 85 γυναίκες ) και καπνιστές (ομάδα Β) οι οποίοι ήταν 47 άτομα (7 γυναίκες και 40 άνδρες )

**Αποτελέσματα:** α) Από τους 155 ασθενείς της ομάδας Α που εξετάστηκαν 43 παρουσίασαν κλινική νευροπάθεια (27,7%). Από αυτούς 19 ήταν άνδρες και 24 γυναίκες. β) Από τους 47 ασθενείς που ήταν καπνιστές 18 είχαν νευροπάθεια (38,2%) 16 άνδρες και 2 γυναίκες. γ) Η διαφορά μεταξύ των 2 ομάδων στην εμφάνιση νευροπάθειας είναι στατιστικά σημαντική (p 0,05)

**Συμπέρασμα:** Άτομα που είναι καπνιστές και έχουν Σακχαρώδη Διαβήτη παρουσιάζουν σε αυξημένη συχνότητα διαβητική νευροπάθεια σε σύγκριση με ασθενείς που δεν καπνίζουν. Περισσότερες μελέτες πρέπει να γίνουν προκειμένου να καθορίσουν την σχέση του καπνίσματος με την εμφάνιση νευροπάθειας στους διαβητικούς ασθενείς.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 29

#### ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΜΙΚΡΟΒΙΑΚΩΝ ΣΤΕΛΕΧΩΝ ΣΕ ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΜΕ ΛΟΙΜΩΞΗ

Πιριτζίδου Ειρήνη<sup>1</sup>, Τσακλής Παναγιώτης<sup>1</sup>, Τσαβδαρίδης Ιωάννης<sup>2</sup>, Νικολαΐδης Αθανάσιος<sup>2</sup>, Δούκας Λουκάς<sup>2</sup>, Καζάκος Κυριάκος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Αλεξάνδρειο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης (Α.Τ.Ε.Ι.Θ.), Τμήμα Νοσηλευτικής

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου».

**Εισαγωγή:** Η λοίμωξη του διαβητικού έλκους αποτελεί σημαντική επιπλοκή του διαβητικού ποδιού και συνδέεται με δυσμενή αποτελέσματα στην επούλωση και στην αποφυγή ακρωτηριασμού.

**Σκοπός:** Η καταγραφή των συχνοτήτων εμφάνισης των μικροβιακών στελεχών και του MRSA στα φλεγμαίνοντα έλκη ατόμων με διαβητικό πόδι και η καταγραφή της ευαισθησίας και ανθεκτικότητας αυτού στα αντιβιοτικά.

**Υλικό - Μέθοδος:** Ελήφθησαν δείγματα (n=100 καλλιέργειες) από έλκη ατόμων με διαβητικό πόδι κατά την πρώτη επίσκεψή τους στο ιατρείο διαβητικού ποδιού του Γ.Π.Ν. «Παπαγεωργίου». Τα έλκη είχαν κλινική εικόνα φλεγμονής και ταξινομήθηκαν με βαθμό σύμφωνα με την κλίμακα Meggit-Wagner  $\geq 2$ .

#### Αποτελέσματα:

1. Η πλειοψηφία των λοιμώξεων ήταν μονομικροβιακές (60%),
2. Τα συχνότερα μικρόβια που αναπτύχθηκαν ήταν τα gram θετικά (68%), ενώ αερόβια μικρόβια απομονώθηκαν στο 89%,
3. Το συχνότερο μικρόβιο που απομονώθηκε στις καλλιέργειες ήταν ο *Staphylococcus aureus* με ποσοστό 30% και ακολουθούν τα *Staphylococcus epidermidis* 13%, ο *Enterococcus faecalis* με 12%, *Enterobacter cloacae* 9%, *Escherichia coli* 8%, *Acinetobacter baumannii* 7%, *Pseudomonas aeruginosa* 6%, *Serratia marcescens* 6%, *Proteus mirabilis* 6%,
4. Ο MRSA ανευρέθηκε σε ποσοστό 7%,
5. Ο *Staphylococcus aureus* παρουσίασε 73,3% ανθεκτικότητα στην πενικιλίνη, και ευαισθησία 100% στη λινεζολίδη, 80% στη ριφαμπικίνη και 76,7% στην οξακιλίνη.

**Συμπεράσματα:** Στα φλεγμαίνοντα διαβητικά έλκη επικρατούν τα gram θετικά μικρόβια με συχνότερο τον *Staphylococcus aureus*. Η λήψη κατάλληλου δείγματος για καλλιέργεια από διαβητικό έλκος με κλινική εικόνα φλεγμονής, πριν την έναρξη της αντιμικροβιακής αγωγής, συστήνεται τουλάχιστον για τις βαρύτερες λοιμώξεις. Η γνώση της ευαισθησίας και ανθεκτικότητας των μικροβίων στα αντιβιοτικά συμβάλλει στον καθορισμό της εμπειρικής αντιβιοτικής αγωγής.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 30

#### ΚΟΙΝΑ ΠΑΘΟΓΟΝΑ ΠΟΥ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΑΠΟ ΕΛΚΗ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΙΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΠΟ GRAM ΑΡΝΗΤΙΚΑ ΜΙΚΡΟΒΙΑ

Ζουρίδη Α.<sup>1</sup>, Καρακώστα Π.<sup>1</sup>, Βακωνάκη Μ.<sup>1</sup>, Γουργουρέλα Ε.<sup>2</sup>, Παππάς Α.<sup>2</sup>, Κασσιμάτη Α.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Μικροβιολογικό Εργαστήριο, «Βενιζέλειο - Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

<sup>2</sup> Διαβητολογικό Ιατρείο, «Βενιζέλειο - Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου

**Εισαγωγή:** Τα έλκη κάτω άκρων αποτελούν συχνή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη τα οποία ευθύνονται για τη νοσηλεία αυτών των ασθενών ενώ παράλληλα αυξάνουν τον κίνδυνο ακρωτηριασμού του κάτω άκρου και τη θνητότητα των διαβητικών ασθενών.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη μελετά τους παθογόνους μικροοργανισμούς οι οποίοι απομονώνονται από έλκη διαβητικών ποδιών και τους πιθανούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις λοιμώξεις από Gram αρνητικά βακτήρια.

**Υλικό και Μέθοδοι:** Σε αυτή την αναδρομική μελέτη, τα δείγματα περιελάμβαναν επιχρίσματα ή ξέσματα ιστών από υλικό βιοψίας τόσο από εξωτερικούς όσο και από νοσηλευόμενους διαβητικούς ασθενείς στο «Βενιζέλειο - Πανάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου κατά την πενταετία 2009-2014 (n=105). Έγινε εμβολιασμός σε κοινά θρεπτικά υλικά και επώαση σε αερόβιες και αναερόβιες συνθήκες. Η ταυτοποίηση των μικροβίων πραγματοποιήθηκε με το αυτοματοποιημένο σύστημα MicroScan (Dade Behring). Παράλληλα, έγινε καταγραφή δεδομένων τα οποία αφορούν κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, το ιστορικό νοσηλείας, την απομόνωση των μικροοργανισμών και τη χορηγούμενη θεραπεία.

**Αποτελέσματα:** Καταγράφηκαν 105 περιστατικά λοιμώξης διαβητικού ποδιού. Μέση ηλικία (SD) των ασθενών ήταν τα 63,8 (±11,0) έτη. Το 16% των λοιμώξεων αντιμετωπίστηκε με χειρουργικό καθαρισμό ενώ το 11,7% προχώρησε σε ακρωτηριασμό. Τα πιο συχνά παθογόνα μικρόβια που απομονώθηκαν ήταν ο *Enterococcus faecalis* (12,4%), ο *Staphylococcus aureus* (9,5%) και ο *Proteus mirabilis* (7,6%). Από τα 105 δείγματα, στα 45 απομονώθηκε ένα Gram αρνητικό στέλεχος, αριθμός που αντιστοιχεί στο 43,7% του συνόλου των δειγμάτων. Συγκριτικά με τις καλλιέργειες με Gram θετικά μικρόβια, οι καλλιέργειες με Gram αρνητικούς μικροοργανισμούς αντιστοιχούν σε ασθενείς με BMI >30 kg/m<sup>2</sup> (p-value=0.028). Δε βρέθηκαν σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στους απομονωθέντες μικροοργανισμούς και την ηλικία έναρξης του σακχαρώδους διαβήτη, τη HbA1c, το κάπνισμα ή προηγούμενη νοσηλεία.

**Συμπεράσματα:** Σε αντίθεση με την κοινή αντίληψη ότι οι Gram αρνητικοί μικροοργανισμοί δεν είναι συχνό αίτιο στις λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού, στη δική μας μελέτη απομονώθηκαν περίπου στο ήμισυ του συνόλου των δειγμάτων. Οι θεράποντες ιατροί είναι σημαντικό να λαμβάνουν υλικό για καλλιέργεια πριν από την έναρξη της εμπειρικής αγωγής, ειδικά στους παχύσαρκους ασθενείς ούτως ώστε να επιτυγχάνεται υψηλότερο ποσοστό ίασης αλλά και να μειωθεί ο κίνδυνος για αντίσταση των μικροβίων στα αντιβιοτικά.





## ΠΑ 31

**ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΝΕΦΡΙΚΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΜΕΤΑΒΟΛΗΣ ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΝΕΥΡΙΚΗΣ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ (ΔΝΔ) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 (ΣΔΤ2)**

Τσαχουρίδου Όλγα<sup>2</sup>, Τσοτουλίδης Στέφανος<sup>1</sup>, Γρίβου Καλλιόπη<sup>1</sup>, Μποτσακάρια Άννα<sup>1</sup>, Τζοβανάκη Μαρία<sup>1</sup>, Καραβασιλείαδου Σαββατώ<sup>2</sup>, Πετρίδης Γιώργος<sup>1</sup>, Μανές Χρήστος<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

<sup>2</sup> Α' Παθολογική, Γ.Ν. «ΑΧΕΠΑ»

<sup>3</sup> Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου»

**Σκοπός:** 1. Η διαχρονική μελέτη της νεφρικής λειτουργίας και του ΔΝΔ και 2. Η διερεύνηση της έκπτωσης της νεφρικής λειτουργίας σε σχέση με τη μεταβολή του ΔΝΔ.

**Ασθενείς - Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 120 ασθενείς (52 άνδρες) στην 1<sup>η</sup> επίσκεψη και 96 εβδομάδες μετά. Καταγράφηκαν ηλικία, βάρος, ύψος, κρεατινίνη πλάσματος, υπολογίστηκε η κάθαρση κρεατινίνης (CKD-EPI) και εξετάστηκαν τα τεχνόντια αντανakλαστικά και οι αισθητικές δοκιμασίες.

**Αποτελέσματα:** Ο μέσος όρος του GFR(0) ήταν 88.6ml/min(SD:16,64), ενώ το GFR(1) μειώθηκε σε 79.32ml/min(SD:20,17)[ $p=0,09$ ]. Ο ΔΝΔ επιδεινώθηκε στις 96 εβδομάδες( $<0,0005$ ). Οι τιμές του GFR(1) είχαν αρνητική συσχέτιση με το ΔΝΔ(0)(ΔΕ: $r=-0,220, p<0,03$ , AP: $r=-0,288, p<0,01$ ) και (1)(ΔΕ: $r=-0,106, p<0,06$ , AP: $r=-0,188, p<0,03$ ). Οι απόλυτες ( $p=0,137$ ) και ποσοστιαίες μεταβολές ( $p=0,1$ ) των δύο παραμέτρων δε σχετίζονταν σημαντικά. Ασθενείς με μέτριο βαθμό νευροπάθειας αρχικά, επιδείνωσαν τη νεφρική λειτουργία συγκριτικά με αυτούς χωρίς( $p=0,014$ ) ή με ελαφρά νευροπάθεια( $p=0,072$ ).

**Συμπεράσματα:** Η διαβητική νευροπάθεια σχετίζεται με την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Η επιδείνωση του ΔΝΔ προβλέπει μείωση της σπειραματικής διήθησης. Η εντόπιση ασθενών με ενδιάμεσης βαρύτητας νευροπάθεια βοηθά στην πρόβλεψη και άλλων επιπλοκών της νόσου.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 32

#### ΥΨΗΛΑ ΠΟΣΟΣΤΑ ΔΙΑΣΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΟΔΙΩΝ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΗ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΥ ΑΠΟ ΜΗ ΕΙΔΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ. ΤΕΤΡΑΕΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑ

Κ. Γεώργια, Μ. Ιακωβάκη, Ι. Καραλής, Ι. Μπαλή, Χ. Γελαδάρη, Γ. Μαρακομιχελάκης, Ε. Ανδρεάδης

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

**Εισαγωγή:** Μη βιώσιμο ορίζεται το σκέλος που παρουσιάζει εκτεταμένη ιστική νέκρωση ή/και ηροκαλεί σπηπτικά φαινόμενα. Συνυπάρχουσα βαριά μη αντιμετωπίσιμη ισχαιμία καθιστά συνήθως προφανή την ένδειξη ακρωτηριασμού. Η παρουσία, αντίθετα, αμιγώς νευροπαθθτικών/νευροϊσθαιμικών άκρων με ήπια ή ανατασσύμενη ισχαιμία μπορεί να οδηγήσει σε εσφαλμένη εντύπωση μη αντιμετωπίσιμης βλάβης.

**Υλικό - Μέθοδοι:** Κατά τη διάρκεια της τελευταίας τετραετίας προσήλθαν στο ιατρείο μας 19 ασθενείς (18 άνδρες, 1 γυναίκα), μέσης ηλικίας 63 ετών, με ένδειξη μείζονος ακρωτηριασμού. Από τον αγγειολογικό έλεγχο διαπιστώθηκε πως 3 (15.8%) παρουσίαζαν αμιγή νευροπάθεια, 9 (47.4%) έπασχαν από μικτή νευροπάθεια-ισχαιμία και 7 (36.8%) από αμιγή ισχαιμία.

**Αποτελέσματα:** Άμεση ένδειξη ακρωτηριασμού εδόθη σε 2 (10.5%) ασθενείς. Σε μέσο χρονικό διάστημα ενός μηνός διενεργήθηκαν άλλοι 4 (21.1%) μείζονες ακρωτηριασμοί. Όλα τα ακρωτηριασθέντα μέλη παρουσίαζαν βαριά μη αντιμετωπίσιμη ισχαιμία. Μετά από μακρόχρονη νοσηλεία (μέση διάρκεια 52, όρια 37-65 ημέρες) διασώθηκαν συνολικά 13 σκέλη (68.4%). Τελικά, μετά από μέσο χρονικό διάστημα 8 μηνών, επουλώθηκαν πλήρως τα 10 (76.9%) και τα 3 (23.1%) εμφανίζουν χρόνια εξέλκωση χωρίς κίνδυνο βιωσιμότητας του σκέλους.

**Συμπέρασμα:** Η ένδειξη «μη βιώσιμο πόδι» πρέπει να δίδεται με προσοχή από εξειδικευμένο ιατρό. Τα νευροπαθθτικά άκρα με εκτεταμένες νεκρώσεις παρουσιάζουν υψηλή πιθανότητα διάσωσης.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 33

#### ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΒΛΑΒΗΣ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΙΤΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΞΕΤΑΣΗ ΡΟΥΤΙΝΑΣ ΠΟΔΙΩΝ ΣΕ ΠΡΩΤΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Νικολαΐδης Αθ., Δούκας Λ. Γκιντίκας Σ., Τούλας Ε., Σαπάκος Ι., Ψάλλας Μ., Μποζίνη Μ., Μανές Χρ.

Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

**Σκοπός:** Παρουσίαση περιστατικού που εμφανίστηκε στο διαβητολογικό κέντρο για ρύθμιση της γλυκαιμίας.

**Περιγραφή περίπτωσης:** Γυναίκα 80 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου2 από το 1999 (διάρκεια ΣΔ 16 έτη) επισκέφθηκε το Διαβητολογικό Κέντρο του νοσοκομείου λόγω κακής ρύθμισης του σακχάρου αίματος HbA1c =8,5%.

Στην επισκόπηση και κλινική εκτίμηση των κάτω άκρων διαπιστώθηκαν **1)** Ένα ογκίδιο στο 4<sup>ο</sup> δάκτυλο του δεξιού άκρου ποδός **2)** Διαβητική νευροπάθεια ήπιας βαρύτητας **3)** Απουσία περιφερικής αρτηριακής νόσου (Σφυροβραχιόνιος δείκτης και κλινική εκτίμηση)

**Αντιμετώπιση:** Ζητήθηκε η συμβολή των χειρουργών - συνεργατών του διαβητολογικού κέντρου και αποφασίστηκε η εκτομή του ογκιδίου. Τέθηκε αντιβιοτική αγωγή για 7 (επτά) ημέρες μετά την εκτομή.

Το πόρισμα της ιστοπαθολογικής εξέτασης έδειξε ότι επρόκειτο για Σάρκωμα Kaposi.

Περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση. Εγιναν 6 (έξι) συνεδρείες ακτινοθεραπείας (μετά από οδηγίες - εντολή ογκολόγου)

**Συμπέρασμα:** Στο διαβητολογικό ιατρείο συνιστάται ιδιαίτερη προσοχή κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη ασθενών όσον αφορά την απαραίτητη κλινική εξέταση των κάτω άκρων.

Μπορεί να εμφανισθούν βλάβες μη διαβητικής αιτιολογίας, που απαιτούν διαφορετική αντιμετώπιση από τις συνήθεις του διαβητικού Ποδιού.



## ΠΑ 34

**ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΔΑΚΤΥΛΟΥ ΚΑΙ ΟΙΔΗΜΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ**

Λούπα Χαρίκλεια<sup>1</sup>, Κουτσαντωνίου Ελευθέριος<sup>2</sup>, Λεβαντής Γεώργιος<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>1</sup>, Δώνου Ανδριάνα<sup>1</sup>, Λαφογιάννη Σοφία<sup>2</sup>

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

<sup>2</sup> Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

**Σκοπός:** Περιγράφεται περίπτωση ασθενούς με νευροπαθητικό έλκος δακτύλου, στον οποίο υποκρύπτονταν πολλαπλές οστικές αλλοιώσεις άκρου ποδός.

**Περιγραφή περιπτώσεως:** Νικόλαος Α., 77 ετών με ΣΔ2 από 25ετίας υπό ινσουλίνη+δισκία, με HbA1c=7,6%, περιφερική νευροπάθεια (Monofilament 1/3 άμφω), προσέρχεται στο ιατρείο διαβητικού ποδιού με έλκος ραχιαίας επιφανείας 2<sup>ου</sup> δακτύλου Αρ χωρίς λοίμωξη. Αναφέρει από μηνός υπερκεράτωση από κακό υπόδημα, την οποία αποκόλλησε προ εβδομάδος. Υπάρχει μυκητίαση ονύχων και οίδημα Αρ κάτω άκρου από 20ημέρου. Triplex φλεβών: βαλβιδική ανεπάρκεια. Θ: Αρ=37,2, Δ=36,3°C. Γίνεται debridement έλκους. Λόγω του οιδήματος ζητείται Α/Α άκρου ποδός+ποδοκνημικής: Λύση συνέχειας 4<sup>ου</sup>+5<sup>ου</sup> μεταταρσίου Αρ, υπεξάρθρημα μεταταρσοφαλαγγικής 2<sup>ου</sup> δακτύλου, χωρίς συμμετοχή μαλακών μορίων. Ο ασθενής δεν ενθυμείται κάκωση. Ορθοπεδική εκτίμηση: συνεστήθη ελαστική περιδέση. Σε επανέλεγχο μετά 1 μήνα, δεν έχει χρησιμοποιήσει ελαστική περιδέση, μόνον ποδόλουτρα (30')!! Α/Α: διαυγάσεις 1<sup>ου</sup> μεταταρσίου (κάταγμα?), λοιπή εικόνα ίδια. Triplex αρτηριών: εφο. Το οίδημα και η θερμότητα παραμένει. Λ=6450/μL, Ht=30,7 (λαμβάνει ΕΡΟ), ΤΚΕ=102mm, CRP=10,4mg/L(<3). Δ.Δ.: Charcot ή απλά κατάγματα? Συνιστάται Aircast, όχι αντιβιοτικά. Σε επανέλεγχο μετά 40 ημέρες, ο ασθενής προσέρχεται χωρίς Aircast (δεν βρήκε!), με ελάχιστη βελτίωση. Η θερμότητα υπάρχει, ενώ το οίδημα και οι δείκτες φλεγμονής μικρή μονον βελτίωση παρουσιάζουν. Α/Α: ίδια εικόνα, στην οποία έχει προστεθεί υπεξάρθρημα 1<sup>ης</sup> ταρσομεταταρσίου αρθρώσεως. Προφανώς πρόκειται για επανειλημμένες κακώσεις λόγω νευροπάθειας και αρχόμενη Charcot. Ο ασθενής ενημερώθηκε για την αναγκαιότητα Aircast.

**Συμπέρασμα:** Σε νευροπαθητικό πόδι με οίδημα και θερμότητα, έστω και αν υπάρχει έλκος χωρίς λοίμωξη και δεν αναφέρεται κάκωση, χρειάζεται έλεγχος με απλή Α/Α, για να αποκαλύψει τυχόν αλλοιώσεις οστικών δομών μη λοιμώδους αιτιολογίας.





## ΠΑ 35

**ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΓΧΥΣΗ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΝΟΒΛΑΣΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ: ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑ 4 ½ ΕΤΗ**

Τόπακας Γεώργιος<sup>1</sup>, Καρχιλάκη Ειρήνη<sup>1</sup>, Δοντάς Ιωάννης<sup>2</sup>, Παχαντούρης Παναγιώτης<sup>2</sup>, Βογιατζόγλου Ελευθέριος<sup>3</sup>, Σωτηρίου Πηνελόπη<sup>4</sup>, Δώνου Ανδριάννα<sup>3</sup>, Ινιωτάκη Αλίκη<sup>1</sup>, Θεοδοσίου Παρασκευάς<sup>2</sup>, Λούπα Χαρίκλεια<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>2</sup> Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

<sup>3</sup> Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Γ.Ν.Μ. «Α. Φλέμιγκ», Αθήνα

<sup>4</sup> Τμήμα Βιολογίας, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

**Ασθενείς:** 2 γυναίκες με ΣΔ2, διαρκείας >10 έτη, με HbA1c<7%, περιφερική νευροπάθεια, απουσία αρτηριοπάθειας, ιστορικό επουλωθέντων ελκών. Νευροπαθητικά έλκη ποδός χωρίς λοίμωξη, που συμβατικές προσπάθειες επούλωσης είχαν αποτύχει. Πλήρης επούλωση (άνευ ουλών) με τη βοήθεια αυτόλογων ινοβλαστών, που διατηρείται επί 4 ½ έτη.

**Μέθοδος:** Καλλιεργήθηκαν ινοβλάστες από τεμάχιο δέρματος των ασθενών, χωρίς χρήση παραγόντων με αυξητική δράση. Μετά 20-30 ημέρες (αναλόγως μεγέθους ληφθέντος τεμαχίου), εναιώρημα της καλλιέργειας εγχύθηκε με λεπτή βελόνα υποδορίως στην περιφέρεια του έλκους. Κόστος: 400 € για την 1<sup>η</sup> και 200 € για κάθε επιπλέον έγχυση.

**Περιγραφή περιπτώσεων:** Α) Ι.Β., 65 ετών. Έλκος πελματιαίας επιφανείας 1<sup>ου</sup> δακτύλου αριστερού ποδός από 10μήνου, διαμέτρου 1 cm. 2 εγχύσεις, με μεσοδιάστημα 1 μηνός. Πλήρης επούλωση 9 εβδομάδες από την 2<sup>η</sup> έγχυση. 4 ½ έτη μετά, το έλκος δεν έχει επανεμφανισθεί. Παρουσιάζονται κατά διαστήματα υπερκερατώσεις στο συγκεκριμένο σημείο (γίνεται debridement). Β) Μ.Π., 67 ετών. Έλκος πτέρνης από ακατάλληλο υπόδημα από 9μήνου, διαμέτρου 4 cm. Λοίμωξη PEDIS 2 (έλαβε αντιβιοτικά για 12 εβδομάδες). 3 εγχύσεις, 10 εβδομάδες από την 1<sup>η</sup> έγχυση (διάμετρος 1.5 cm) έγινε 2<sup>η</sup> έγχυση (κύτταρα που είχαν καταψυχθεί, χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα. 3<sup>η</sup> έγχυση (από νέο ιστοτεμάχιο). Πλήρης επούλωση στις 27 εβδομάδες. 4 ½ έτη μετά, η περιοχή δεν παρουσιάζει έλκος, αλλά υπερκεράτωση. Παθολογοανατομική / κυτταρολογική εξέταση έδειξαν μόνον κερατινοκύτταρα και μάζες κερατίνης.

**Συμπεράσματα:** Οι αυτόλογοι ινοβλάστες στη θεραπεία ελκών σε διαβητικό πόδι είναι μία πολλά υποσχόμενη μέθοδος, με κόστος πολύ μικρότερο από τις μέχρι τώρα χρησιμοποιούμενες συμπληρωματικές θεραπείες. Η επούλωση διατηρείται μακροχρόνιως. Η μή χρήση στις καλλιέργειες παραγόντων με αυξητική δράση απομακρύνει τις πιθανότητες κακοήθους εκτροπής κυττάρων, και σε αυτό συνηγορεί και βιοψία του δημιουργηθέντος ιστού.



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

## 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Προφορικές Ανακοινώσεις

### ΠΑ 36

#### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΤΗΝ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ

**Βενιού Αναστασία<sup>1</sup>, Τεντολούρης Αναστάσιος<sup>2</sup>, Κοντοδημόπουλος Νικόλαος<sup>1</sup>, Νιάκας Δημήτριος<sup>1</sup>, Μάρκου Γεωργία<sup>2</sup>, Τεντολούρης Νικόλαος<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας

<sup>2</sup> Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

**Σκοπός:** Η μελέτη της ποιότητας ζωής των ασθενών με διαβητικό πόδι και οι παράγοντες που την επηρεάζουν.

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Στην μελέτη συμμετείχαν συνολικά 220 ασθενείς. Οι 110 ήταν ασθενείς με διαβήτη και παρουσίαζαν πρόσφατο έλκος στα κάτω άκρα. Οι υπόλοιποι 110 ήταν ασθενείς με διαβήτη χωρίς όμως έλκος. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια DTSQ, SF-36 και DFS-SF. Το DFS-SF αποτυπώνει την σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ασθενών με διαβητικά έλκη ποδός. Περιλαμβάνει έξι κλίμακες και στο σύνολο 29 ερωτήσεις.

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με έλκος είχαν μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη, χειρότερη γλυκαιμική ρύθμιση, συχνότερα υπογλυκαιμίες και συχνότερα άλλες επιπλοκές του διαβήτη. Οι ασθενείς με διαβητικό πόδι είχαν σημαντικά χαμηλότερο επίπεδο ποιότητας ζωής όπως εκτιμάται με το SF-36, σε σχέση με τους ασθενείς χωρίς διαβητικά έλκη. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση με το DFS-SF ως εξαρτημένη μεταβλητή, βρέθηκε ότι η παρουσία και η βαρύτητα του έλκους, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και η διάρκεια του διαβήτη σχετίζονται με χειρότερη ποιότητα ζωής.

**Συμπεράσματα:** Οι ασθενείς με διαβητικό πόδι έχουν χειρότερη ποιότητα ζωής που σχετίζεται με τη διάρκεια του διαβήτη, τη βαρύτητα του έλκους και το επίπεδο της γλυκαιμικής ρύθμισης.



## ΠΑ 37

**Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ Α-ΛΙΠΟΪΚΟ ΟΞΥ ΣΤΗΝ ΕΠΩΔΥΝΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ**

**Αγάθος Ευάγγελος, Πέτρου Αλεξάνδρα, Νέμτζας Ιωάννης, Χατζής Θεόδωρος, Παπανικολάου Χριστίνα, Ψαρρού Άννα, Τεντολούρης Νικόλαος**

*Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»*

**Σκοπός:** Η μελέτη της επίδρασης της θεραπείας με α-λιποϊκό οξύ στη δόση των 600 mg μια φορά την ημέρα (Nevralip®) για 40 ημέρες στην επώδυνη διαβητική νευροπάθεια, στην ποιότητα ζωής και σε μεταβολικές παραμέτρους.

**Ασθενείς - Μέθοδοι:** Στην προοπτική αυτή μελέτη συμμετείχαν 30 ασθενείς (15 άνδρες και 15 γυναίκες, μέσης ηλικίας  $61,8 \pm 11$ , 1 έτη, 25 με διαβήτη τύπου 2 και 5 με διαβήτη τύπου 1) με επώδυνη επώδυνη διαβητική νευροπάθεια, που εκτιμήθηκαν στην αρχή και στο τέλος της μελέτης. Ο κύριος σκοπός της μελέτης ήταν να εξεταστεί η επίδραση της θεραπείας με α-λιποϊκό οξύ στα συμπτώματα της επώδυνης διαβητικής νευροπάθειας με την εκτίμηση του Neuropathy Symptom Score (NSS), του Subjective Peripheral Neuropathy Screen Questionnaire (SPNSQ) και του QN4 questionnaire. Δευτερεύοντες σκοποί ήταν η εκτίμηση της επίδρασης της θεραπείας με α-λιποϊκό οξύ σε παραμέτρους της ποιότητας ζωής (BPI, NPSI, SDS), στο σάκχαρο και στα λιπίδια του αίματος.

**Αποτελέσματα:** Η θεραπεία με α-λιποϊκό οξύ σχετίστηκε με σημαντική μείωση του NSS, του SPNSQ και του DN-4 total score. Επίσης, σημαντική μείωση βρέθηκε στο δείκτη βαρύτητας των συμπτωμάτων και στο βαθμό που τα επώδυνα συμπτώματα παρεμβαίνουν στις καθημερινές δραστηριότητες (BPI) και σε όλα τα είδη των συμπτωμάτων της επώδυνης νευροπάθειας (NPSI) καθώς και στη βαθμολογία των δεικτών που σχετίζονται με την εργασία, την κοινωνική και την οικογενειακή ζωή (SDS). Ποσοστό 60% περίπου των ασθενών δήλωσε ότι αισθάνθηκε καλύτερα με τη θεραπεία. Η χορήγηση του α-λιποϊκού οξέος μείωσε σημαντικά τα τριγλυκερίδια, ενώ δεν επηρέασε τα επίπεδα του σακχάρου νηστείας.

**Συμπεράσματα:** Η θεραπεία με α-λιποϊκό οξύ για 40 ημέρες βελτιώνει τα συμπτώματα της επώδυνης διαβητικής νευροπάθειας, την ποιότητα ζωής και τα τριγλυκερίδια.



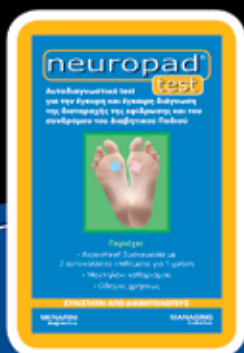
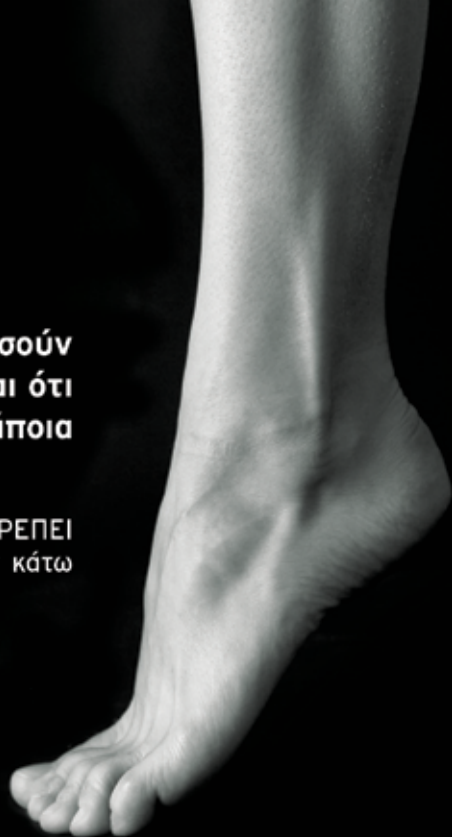
**MENARINI**  
diagnostics

μέλος του φαρμακευτικού ομίλου the MENARINI Group (έδρα Φλωρεντία, Ιταλία)

**347 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως νοσούν από σακχαρώδη διαβήτη και υπολογίζεται ότι το 1/5 θα εμφανίσει έλκος στο πόδι κάποια στιγμή στη ζωή τους.**

Κύριο μέλημα των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη ΠΡΕΠΕΙ να είναι ο καθημερινός έλεγχος και φροντίδα των κάτω άκρων.

**Πάρτε την τύχη των ποδιών σας στα χέρια σας...**



-  Φυσιολογικό
-  Μικρή δυσλειτουργία
-  Έντονη δυσλειτουργία

## NEUROPAD TEST

**Αυτοδιαγνωστικό test** για την έγκυρη και έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής της εφίδρωσης και του συνδρόμου του Διαβητικού Ποδιού



Έντονη ενυδάτωση, αύξηση της ελαστικότητας, λείανση και ανανέωση της επιδερμίδας, φυσική αποκατάσταση και απομάκρυνση σκληρύνσεων, ερεθισμών και ρωγμών

## NEUROPAD FOAM

**Αφρός φροντίδας & περιποίησης** για άτομα και υγιή πόδια χωρίς σκασίματα, σκληρύνσεις, στέλεις και επιπλοκές



**MENARINI**  
diagnostics

Λεωφ. Βουλιαγμένης 575, 16451 Αργυρούπολη  
Γραμμή Εξυπηρέτησης:  
801 11 44400 (210 9950 600 από κινητό)  
e-mail: [inform@menarinidiagnostics.gr](mailto:inform@menarinidiagnostics.gr)  
[www.menarinidiagnostics.gr](http://www.menarinidiagnostics.gr)



ελέγχουμε  
το διαβήτη



5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

2016

5-7 Φεβρουαρίου

Ευρετήριο Συγγραφέων  
Προφορικών Ανακοινώσεων

## Α

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| ΑΓΑΘΟΣ Ε.        | ΠΑ 37                      |
| ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ Β.     | ΠΑ 13, ΠΑ 26               |
| ΑΘΑΝΑΣΟΠΟΥΛΟΥ Ε. | ΠΑ 05                      |
| ΑΝΔΡΕΑΔΗΣ Ε.     | ΠΑ 06, ΠΑ 14, ΠΑ 15, ΠΑ 32 |
| ΑΡΣΟΣ Γ.         | ΠΑ 13                      |
| ΑΣΤΡΕΧΑ Δ.       | ΠΑ 20                      |

## Β

|                 |                                             |
|-----------------|---------------------------------------------|
| ΒΑΚΩΝΑΚΗ Μ.     | ΠΑ 30                                       |
| ΒΕΝΙΟΥ Α.       | ΠΑ 36                                       |
| ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε. | ΠΑ 03, ΠΑ 11, ΠΑ 24,<br>ΠΑ 25, ΠΑ 34, ΠΑ 35 |

## Γ

|                  |                            |
|------------------|----------------------------|
| ΓΕΛΑΔΑΡΗ Χ.      | ΠΑ 14, ΠΑ 15, ΠΑ 32        |
| ΓΕΩΡΓΑ Κ.        | ΠΑ 06, ΠΑ 14, ΠΑ 15, ΠΑ 32 |
| ΓΕΩΡΓΑ Σ.        | ΠΑ 13, ΠΑ 26               |
| ΓΚΙΝΤΙΚΑΣ Σ.     | ΠΑ 10, ΠΑ 27, ΠΑ 28, ΠΑ 33 |
| ΓΟΥΡΓΟΥΡΕΛΑ Ε.   | ΠΑ 30                      |
| ΓΡΗΓΟΡΟΠΟΥΛΟΥ Π. | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 08        |
| ΓΡΙΒΟΥ Κ.        | ΠΑ 07, ΠΑ 31               |

## Δ

|                    |                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|
| ΔΑΜΠΑΣΗΣ Δ.        | ΠΑ 20                                              |
| ΔΑΣΚΑΛΑΚΗΣ Ν.      | ΠΑ 01                                              |
| ΔΕΔΟΓΛΟΥ Ε.        | ΠΑ 16                                              |
| ΔΕΡΜΟΝ Α.          | ΠΑ 11, ΠΑ 24                                       |
| ΔΗΜΗΤΡΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Ν. | ΠΑ 04, ΠΑ 05                                       |
| ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ.       | ΠΑ 18, ΠΑ 22                                       |
| ΔΟΝΤΑΣ Ι.          | ΠΑ 35                                              |
| ΔΟΥΚΑΣ Λ.          | ΠΑ 07, ΠΑ 10, ΠΑ 13, ΠΑ 16,<br>ΠΑ 26, ΠΑ 29, ΠΑ 33 |
| ΔΟΥΛΑΠΤΣΗΣ Μ.      | ΠΑ 09                                              |
| ΔΡΟΣΟΣ Γ.          | ΠΑ 22                                              |
| ΔΡΟΥΤΣΑΣ Κ.        | ΠΑ 24                                              |
| ΔΩΝΟΥ Α.           | ΠΑ 03, ΠΑ 11, ΠΑ 24, ΠΑ 25,<br>ΠΑ 34, ΠΑ 35        |

## Ε

|                 |                     |
|-----------------|---------------------|
| ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ι. | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 08 |
|-----------------|---------------------|

## Ζ

|            |       |
|------------|-------|
| ΖΟΥΡΙΔΗ Α. | ΠΑ 30 |
|------------|-------|

## Θ

|               |       |
|---------------|-------|
| ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ Π.  | ΠΑ 35 |
| ΘΕΟΦΑΝΙΔΗΣ Δ. | ΠΑ 10 |

## Ι

|             |              |
|-------------|--------------|
| ΙΑΚΩΒΑΚΗ Μ. | ΠΑ 15, ΠΑ 32 |
| ΙΝΙΩΤΑΚΗ Α. | ΠΑ 35        |
| ΙΩΑΝΝΟΥ Χ.  | ΠΑ 01        |

## Κ

|                    |                     |
|--------------------|---------------------|
| ΚΑΖΑΚΟΣ Κ.         | ΠΑ 22, ΠΑ 29        |
| ΚΑΛΠΙΝΗ Δ.         | ΠΑ 18               |
| ΚΑΡΑΒΑΣΙΛΕΙΑΔΟΥ Σ. | ΠΑ 31               |
| ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Δ.   | ΠΑ 07               |
| ΚΑΡΑΚΩΣΤΑ Π.       | ΠΑ 30               |
| ΚΑΡΑΛΗΣ Ι.         | ΠΑ 06, ΠΑ 32        |
| ΚΑΡΑΤΖΙΔΟΥ Κ.      | ΠΑ 10               |
| ΚΑΡΧΙΛΑΚΗ Ε.       | ΠΑ 35               |
| ΚΑΣΙΜΑΤΗ Α.        | ΠΑ 30               |
| ΚΑΤΣΑΜΠΟΥΚΑΣ Δ.    | ΠΑ 13, ΠΑ 26        |
| ΚΑΤΣΑΝΟΥ Π.        | ΠΑ 23               |
| ΚΑΤΣΑΝΤΩΝΗ Π.      | ΠΑ 27               |
| ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ Ν.    | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 23 |
| ΚΑΦΕΤΖΑΚΗΣ Α.      | ΠΑ 01               |
| ΚΕΛΛΑ Ε.           | ΠΑ 16               |
| ΚΟΖΑΔΙΝΟΣ Α.       | ΠΑ 02               |
| ΚΟΚΑΣ Α.           | ΠΑ 11, ΠΑ 24        |
| ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α.        | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 23 |
| ΚΟΝΤΟΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Ν. | ΠΑ 36               |
| ΚΟΝΤΟΠΟΔΗΣ Ν.      | ΠΑ 01               |
| ΚΟΥΡΚΟΥΜΠΑΣ Β.     | ΠΑ 26               |
| ΚΟΥΤΡΟΥΜΠΑΣ Α.     | ΠΑ 02               |
| ΚΟΥΤΣΑΝΤΩΝΙΟΥ Ε.   | ΠΑ 03, ΠΑ 24, ΠΑ 34 |
| ΚΟΥΤΣΙΟΥ Κ.        | ΠΑ 28               |
| ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ.        | ΠΑ 17, ΠΑ 19        |

## Λ

|               |                                             |
|---------------|---------------------------------------------|
| ΛΑΝΑΡΑΣ Λ.    | ΠΑ 20, ΠΑ 21                                |
| ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ Σ. | ΠΑ 03, ΠΑ 24, ΠΑ 25, ΠΑ 34                  |
| ΛΕΒΑΝΤΗΣ Γ.   | ΠΑ 11, ΠΑ 25, ΠΑ 34                         |
| ΛΙΓΔΑΣ Α.     | ΠΑ 27, ΠΑ 28                                |
| ΛΙΟΥΔΑΚΗ Σ.   | ΠΑ 01                                       |
| ΛΟΝΤΟΥ Σ.     | ΠΑ 09, ΠΑ 12                                |
| ΛΟ-ΠΡΕΣΤΙ Ν.  | ΠΑ 13                                       |
| ΛΟΥΠΑ Χ.      | ΠΑ 03, ΠΑ 11, ΠΑ 24,<br>ΠΑ 25, ΠΑ 34, ΠΑ 35 |
| ΛΥΤΡΑ Ε.      | ΠΑ 02                                       |

## Μ

|               |       |
|---------------|-------|
| ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ. | ΠΑ 08 |
| ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Ε.  | ΠΑ 20 |

5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

2016

5-7 Φεβρουαρίου

Ευρετήριο Συγγραφών  
Προφορικών Ανακοινώσεων

|                         |                                                                         |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε. ....        | ΠΑ 17, ΠΑ 18, ΠΑ 19, ΠΑ 22                                              |
| ΜΑΝΕΣ Χ. ....           | ΠΑ 07, ΠΑ 10, ΠΑ 13, ΠΑ 16,<br>ΠΑ 26, ΠΑ 27, ΠΑ 28, ΠΑ 29, ΠΑ 31, ΠΑ 33 |
| ΜΑΡΑΒΕΓΙΑΣ Κ. ....      | ΠΑ 02                                                                   |
| ΜΑΡΑΚΑΚΗ Χ. ....        | ΠΑ 12                                                                   |
| ΜΑΡΑΚΟΜΙΧΕΛΑΚΗΣ Γ. .... | ΠΑ 06, ΠΑ 14,<br>ΠΑ 15, ΠΑ 32                                           |
| ΜΑΡΚΟΥ Γ. ....          | ΠΑ 08, ΠΑ 36                                                            |
| ΜΑΡΟΥΔΑ Ζ. ....         | ΠΑ 20                                                                   |
| ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΗΣ Λ. ....    | ΠΑ 02                                                                   |
| ΜΕΛΛΙΔΗΣ Χ. ....        | ΠΑ 13, ΠΑ 27, ΠΑ 28                                                     |
| ΜΟΣΧΟΝΑ Σ. ....         | ΠΑ 06                                                                   |
| ΜΟΥΛΙΑΝΙΤΑΚΗ Η. ....    | ΠΑ 21                                                                   |
| ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ Ι. ....       | ΠΑ 04, ΠΑ 05                                                            |
| ΜΠΑΛΗ Ι. ....           | ΠΑ 06, ΠΑ 14, ΠΑ 15, ΠΑ 32                                              |
| ΜΠΟΖΙΝΗ Μ. ....         | ΠΑ 33                                                                   |
| ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ Α. ....    | ΠΑ 31                                                                   |
| ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ. ....     | ΠΑ 20, ΠΑ 21                                                            |
| ΜΥΛΩΝΑ Μ. ....          | ΠΑ 12                                                                   |
| ΜΥΤΗΣ Γ. ....           | ΠΑ 20                                                                   |

## N

|                    |                                                    |
|--------------------|----------------------------------------------------|
| NEMTZAΣ Ι. ....    | ΠΑ 37                                              |
| ΝΙΑΚΑΣ Δ. ....     | ΠΑ 36                                              |
| ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α. .... | ΠΑ 07, ΠΑ 10, ΠΑ 13,<br>ΠΑ 16, ΠΑ 26, ΠΑ 29, ΠΑ 33 |
| ΝΤΟΥΠΗΣ Ι. ....    | ΠΑ 24                                              |

## O

|                   |       |
|-------------------|-------|
| ΟΙΚΟΝΟΜΟΥ Δ. .... | ΠΑ 25 |
|-------------------|-------|

## Π

|                         |                            |
|-------------------------|----------------------------|
| ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Μ. ....      | ΠΑ 21                      |
| ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π. ....    | ΠΑ 18, ΠΑ 22               |
| ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ. ....      | ΠΑ 18, ΠΑ 22               |
| ΠΑΝΟΥ Χ. ....           | ΠΑ 21                      |
| ΠΑΝΤΙΔΗΣ Δ. ....        | ΠΑ 01                      |
| ΠΑΝΤΙΚΙΔΗ Ε. ....       | ΠΑ 06, ΠΑ 14, ΠΑ 15        |
| ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Χ. ....   | ΠΑ 23                      |
| ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Γ. ....    | ΠΑ 01                      |
| ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ. ....      | ΠΑ 17, ΠΑ 19               |
| ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. ....         | ΠΑ 17, ΠΑ 18, ΠΑ 19, ΠΑ 22 |
| ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Β. ....    | ΠΑ 10                      |
| ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ. ....    | ΠΑ 03, ΠΑ 25               |
| ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Χ. ....    | ΠΑ 37                      |
| ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ Ε. .... | ΠΑ 23                      |
| ΠΑΠΠΑ Ε. ....           | ΠΑ 03                      |
| ΠΑΠΠΑΣ Α. ....          | ΠΑ 30                      |

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| ΠΑΤΕΛΗΣ Ν. ....     | ΠΑ 09               |
| ΠΑΦΙΛΗ Κ. ....      | ΠΑ 17, ΠΑ 19        |
| ΠΑΧΑΝΤΟΥΡΗΣ Π. .... | ΠΑ 35               |
| ΠΕΡΡΕΑ Δ. ....      | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 23 |
| ΠΕΤΡΙΔΗΣ Γ. ....    | ΠΑ 31               |
| ΠΕΤΡΟΥ Α. ....      | ΠΑ 37               |
| ΠΙΡΙΤΖΙΔΟΥ Ε. ....  | ΠΑ 29               |
| ΠΟΛΥΖΩΗΣ Μ. ....    | ΠΑ 09, ΠΑ 12        |
| ΠΡΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Π. .... | ΠΑ 22               |

## P

|                  |       |
|------------------|-------|
| ΡΟΓΚΟΤΗΣ Θ. .... | ΠΑ 13 |
|------------------|-------|

## Σ

|                     |                     |
|---------------------|---------------------|
| ΣΑΠΑΚΟΣ Ι. ....     | ΠΑ 27, ΠΑ 28, ΠΑ 33 |
| ΣΑΡΡΗΣ Ε. ....      | ΠΑ 03               |
| ΣΙΑΜΗ Ε. ....       | ΠΑ 04               |
| ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π. .... | ΠΑ 09               |
| ΣΩΤΗΡΙΟΥ Π. ....    | ΠΑ 35               |

## T

|                     |                                                           |
|---------------------|-----------------------------------------------------------|
| ΤΑΒΛΑΣ Ε. ....      | ΠΑ 01                                                     |
| ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Α. .... | ΠΑ 36                                                     |
| ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. .... | ΠΑ 04, ΠΑ 05, ΠΑ 08,<br>ΠΑ 09, ΠΑ 12, ΠΑ 23, ΠΑ 36, ΠΑ 37 |
| ΤΖΟΒΑΝΑΚΗ Μ. ....   | ΠΑ 31                                                     |
| ΤΟΠΑΚΑΣ Γ. ....     | ΠΑ 35                                                     |
| ΤΟΥΛΑΣ Ε. ....      | ΠΑ 27, ΠΑ 28, ΠΑ 33                                       |
| ΤΣΑΒΔΑΡΙΔΗΣ Ι. .... | ΠΑ 27, ΠΑ 28, ΠΑ 29                                       |
| ΤΣΑΚΛΗΣ Π. ....     | ΠΑ 29                                                     |
| ΤΣΑΝΙΚΙΔΗΣ Η. ....  | ΠΑ 16                                                     |
| ΤΣΑΠΛΕΣ Γ. ....     | ΠΑ 09                                                     |
| ΤΣΑΧΟΥΡΙΔΟΥ Ο. .... | ΠΑ 07, ΠΑ 31                                              |
| ΤΣΟΝΩΝΑ Β. ....     | ΠΑ 21                                                     |
| ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ. .... | ΠΑ 07, ΠΑ 31                                              |

## X

|                        |              |
|------------------------|--------------|
| ΧΑΤΖΗΓΙΑΝΝΑΚΟΣ Δ. .... | ΠΑ 03        |
| ΧΑΤΖΗΚΟΣΜΑ Γ. ....     | ΠΑ 17, ΠΑ 19 |
| ΧΑΤΖΗΣ Θ. ....         | ΠΑ 37        |
| ΧΡΙΣΤΑΚΗ Σ. ....       | ΠΑ 24        |
| ΧΡΙΣΤΟΠΟΥΛΟΣ Κ. ....   | ΠΑ 03, ΠΑ 25 |
| ΧΩΡΕΨΙΜΑ Σ. ....       | ΠΑ 23        |

## Ψ

|                |       |
|----------------|-------|
| ΨΑΛΛΑΣ Μ. .... | ΠΑ 33 |
| ΨΑΡΡΑ Α. ....  | ΠΑ 07 |
| ΨΑΡΡΟΥ Α. .... | ΠΑ 37 |



# 5<sup>ο</sup>

## Πανελλήνιο Συνέδριο

Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

### 2016

5-7 Φεβρουαρίου



Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή  
του 5<sup>ου</sup> Πανελληνίου Συνεδρίου της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού  
ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες:





Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

5-7 Φεβρουαρίου





# Cilos<sup>®</sup>

cilostazol



**Ποιοτική και Ποσοτική Σύνθεση:** cilostazol 50 mg και 100 mg

Για περισσότερες πληροφορίες απευθυνθείτε στο επιστημονικό τμήμα της WinMedica

**W**  
**M** **WinMedica**  
Serving Health for Life

[www.winmedica.gr](http://www.winmedica.gr)

**ΑΘΗΝΑ:** Οιδίποδος 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35, Χαλάνδρι 15238, Αθήνα. **Τηλ:** 210 7488 821,  
**Τηλ. Παραγγελιών:** 210 7488 839, **E-mail:** [info@winmedica.gr](mailto:info@winmedica.gr). **ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ:** Εθν. Αντιστάσεως 74 & Αίαντος, 55133,  
**Τηλ:** 2310 488658. [www.winmedica.gr](http://www.winmedica.gr)



# Jardiance®

(empagliflozin)

νέο  
**Vipidia**<sup>®</sup>  
αλογλιπτίνη

νέο  
**Vipdomet**<sup>®</sup>  
αλογλιπτίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη



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

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

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

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



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

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



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

**ΓΡΑΦΕΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ**  
Σεβαστείας 11, 115 28 Αθήνα,  
Τηλ.: 210 7488711, Fax: 210 7488731  
Εθν. Αντιστάσεως 114, 551 34 Θεσσαλονίκη,  
Τηλ.: 2310 450920-1, Fax: 2310 450269