

www.emedip.gr



7^ο

Πανελλήνιο
Συνέδριο
Εταιρίας Μελέτης
Παθήσεων

Διαβητικού ποδιού

Με διεθνή
συμμετοχή

αφιερωμένο στον
Δημήτρη Βογιατζόγλου

30 Ιανουαρίου - 2 Φεβρουαρίου

Ξενοδοχείο Crowne Plaza

Αθήνα

2020



Περιεχόμενα

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Χαιρετισμός	03
Επιτροπές	04
Επιστημονικό Πρόγραμμα	05
Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών	19
Προφορικές Ανακοινώσεις	23
Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων	64

ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Δορυφορικά Συμπόσια - Δορυφορικές Διαλέξεις	69
Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων Δορυφορικών Συμποσίων - Δορυφορικών Διαλέξεων	70
Χρήσιμες πληροφορίες	72
Ευχαριστίες	74

Χαιρετισμός

Αγαπητοί Συνάδελφοι και Φίλοι,

Με ιδιαίτερη χαρά σας καλωσορίζω στο 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με διεθνή συμμετοχή το οποίο πραγματοποιείται στην Αθήνα από τις 30 Ιανουαρίου έως και τις 2 Φεβρουαρίου 2020. Το Συνέδριο είναι αφιερωμένο στη μνήμη του συναδέλφου και φίλου Δημήτρη Βογιατζόγλου, με τη συμπλήρωση 10 χρόνων από την απώλειά του.

Σε κάθε συνέδριο της ΕΜΕΔΙΠ αναπτύσσονται θέματα που αποβλέπουν στην ορθολογική και βασισμένη στις νεότερες επιστημονικές ενδείξεις αντιμετώπιση των παθήσεων του συνδρόμου του Διαβητικού Ποδιού.

Η θεματολογία κι εφέτος αποβλέπει στην πολυπλευρη αντιμετώπιση του ασθενούς με προβλήματα από τα πόδια. Εξετάζονται λοιπόν οι δυνατότητες καλύτερης ρύθμισης της γλυκόζης αίματος, της υπέρτασης και των λιπιδίων με απαραίτητη και την διερεύνηση της νεφρικής λειτουργίας, καθώς και η επίδραση της ρύθμισής τους στην αποφυγή των χρόνιων επιπλοκών (μικρο- και μακροαγγειακών) και ιδιαίτερα των 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 κάθε άλλον τομέα. Στο Συνέδριο διευκρινίζεται και τονίζεται ο ρόλος τους αναλυτικά. Σημαντική είναι και η συμβολή των ποδολόγων και του νοσηλευτικού προσωπικού. Ο τομέας αυτός καλύπτεται με ανάλογη θεματολογία, π.χ. αποφόρτιση, θεραπευτικά υποδήματα κ.λπ. Συζητούνται, δε, ερευνητικές προσπάθειες και προτάσεις από τον Ελληνικό και διεθνή χώρο σε ειδικές συνεδρίες.

Ελπίζουμε και αυτό το συνέδριο, μετά και από την επιτυχία που είχαν τα προηγούμενα συνέδρια της ΕΜΕΔΙΠ, να ανταποκριθεί στις προσδοκίες σας. Για τον σκοπό αυτόν έχουμε προσκαλέσει καταξιωμένους Έλληνες και ξένους ομιλητές με μεγάλη κλινική και ερευνητική εμπειρία.

Επιπλέον, η ΕΜΕΔΙΠ έχει προσθέσει στο επιστημονικό της πρόγραμμα κλινικά φροντιστήρια, όπου οι συνέδριοι θα έχουν τη δυνατότητα να συμμετέχουν ενεργά στην ανίχνευση ατόμων που θεωρούνται υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση των προβλημάτων του Διαβητικού Ποδιού (έληκη - γάγγραινα). Επιπλέον δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αντιμετώπιση, σύμφωνα με τις πρόσφατες οδηγίες, του ασθενούς με Διαβητικό Πόδι από την διεπιστημονική ομάδα Διαβητικού Ποδιού καθώς και στην αποκατάσταση των τυχόν βλαβών.

Η επιτυχία του Συνεδρίου, στις δύσκολες μέρες που ζούμε, βασίζεται και στη δική σας ενεργή συμμετοχή για να συνεχίσουμε τον δύσκολο αγώνα για τη μείωση των ακρωτηριασμών. Προς την κατεύθυνση αυτή, ελπίζουμε να αποτελέσει ένα ορόσημο επιστημονικής δημιουργίας και οι γνώσεις που θα αποκτηθούν να οπλίσουν όλη την Ιατρική κοινότητα με επιστημονικά ερεθίσματα απαραίτητα για την προώθηση και αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών στους πάσχοντες από Διαβήτη συνανθρώπους μας στον τομέα του Διαβητικού Ποδιού.

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

Δρ. Χρήστος Μανές

Οργανωτική Επιτροπή



Την Οργανωτική Επιτροπή αποτελούν τα μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πρόεδρος	Χρήστος Μανές
Αντιπρόεδρος	Νικόλαος Παπάνας
Γενικός Γραμματέας	Νικόλαος Τεντολούρης
Ταμίας	Στέφανος Παπαντωνίου
Μέλη	Κυριακή Καλλιγιάννη Χαρά Λούπα Γεωργία Μάρκου

Επιστημονική Επιτροπή

Μεγακλής Αρβανίτης	Χαρά Λούπα	Άγγελος Παππάς
Ευγενία Βλάχου	Ευάγγελος Λυμπερόπουλος	Πέτρος Πετρόπουλος
Σταμάτα Γεώργα	Κωνσταντίνος Μακρυλάκης	Αθανάσιος Πρωτογέρου
Ευάγγελος Δημακάκος	Χρήστος Μανές	Αθανάσιος Ράπτης
Γεώργιος Δημητριάδης	Γεώργιος Μαρακομιχελάκης	Δημήτριος Σκούτας
Ευανθία Διακουμοπούλου	Κωνσταντίνος Μαρκάκης	Ανδρέας Στυλιανού
Ιωάννα Ελευθεριάδου	Γεωργία Μάρκου	Νικόλαος Τεντολούρης
Κυριακή Καλλιγιάννη	Ανδρέας Μεθιδιώνης	Γλυκερία Τζατζάγου
Σπυρίδων Καραμαγκιώλης	Αδαμάντιος Μπουρδάκης	Άγγελος Τόσκας
Ουρανία Καστανά	Σταύρος Μπούσμπουλας	Ηρακλής Τσανικίδης
Νικόλαος Κατσιλάμπρος	Μαγδαληνή Μηριστιάνου	Παναγιώτης Τσαπόγας
Λεωνίδας Λαναράς	Ιωάννης Ντούπης	Γεώργιος Τσιάντας
Αντωνιος Λέπουρας	Νικόλαος Παπάνας	Μιχαήλ Ψάλλας
Σταύρος Λιάτης	Στέφανος Παπαντωνίου	



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 30 Ιανουαρίου 2020

15.30 - 16.15 Προσέλευση - Εγγραφές

16.15 - 18.15 Προφορικές Ανακοινώσεις (ΠΑ01 - ΠΑ15)

Πρόεδροι: Α. Διδασκάλου, Ε. Παπαχριστοφόρου

ΠΑ01 ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ
Ν. Παπάνας, Μ. Δημητρίου, Κ. Παφίλη, Σ. Παπαχρήστου, Σ. Κύρογλου, Δ. Φεσσίδου, Χ. Κεφαλά, Β. Κυργιαννάκη, Δ. Παπάζογλου, Ε. Μαλιτζέζος

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

ΠΑ02 Η ΚΑΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHAIRCOT ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΟΚΛΗΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ

Χ. Λούπα¹, Ε. Βογιατζόγλου¹, Ε. Μείμετη¹, Α. Κόκας², Α. Κώνστα¹, Α.-Β. Κούκη¹, Π. Παπαλεξάνδρου¹

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

ΠΑ03 Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΚΕΦΑΛΑΙΩΔΟΥΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ

Α. Κώνστα¹, Ε. Βογιατζόγλου¹, Γ. Αγγελόπουλος^{2,3}, Σ. Παπανικολάου⁴, Γ. Τόπας⁵, Χ. Λούπα¹

¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμινγκ, Αθήνα

² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

³ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Saint Joseph, Παρίσι

⁴ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμινγκ, Αθήνα

⁵ Τμήμα Κυτταροθεραπειών και Κυτταροκαθηλεργειών, Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

ΠΑ04 ΧΡΗΣΗ ΣΤΥΛΕΟΥ ΝΙΤΡΙΚΟΥ ΑΡΓΥΡΟΥ ΣΕ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΜΕ ΥΠΕΡΚΟΚΚΙΩΔΗ ΙΣΤΟ

Μ. Ζήση, Α. Θειάσπρας

Ποδιατρικό - Ποδολογικό Κέντρο «Thiaspras Podiatry», Αργυρούπολη, Αττική

ΠΑ05 ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΙΚΟ»

Σ.-Π. Λόντου¹, Δ. Δηλές², Μ. Τριανταφύλλου¹, Π. Σταμόπουλος³, Α. Πανταζάτου⁴,

Ι. Δεληπολάνης⁴, Γ. Δαΐκος¹, Μ. Σαμάρκος¹, Ν. Τεντολούρης⁵

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Ειδικός Παθολόγος, Μεταπτυχιακός φοιτητής του Π.Μ.Σ. «Σακχαρώδης Διαβήτης και Παχυσαρκία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Γενικός Χειρουργός, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁵ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

³ Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λοΐκο, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

⁵ Καθηγνήτης Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

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



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 30 Ιανουαρίου 2020

ΠΑ12 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΠΟΔΙΟΥ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Γ. Ζαφειρόπουλος, Σ. Παπαχρήστου, Χ. Κεφαλά, Σ. Κύρογλου, Ν. Παπάνας
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ13 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΕΛΗ ΚΟΛΑΓΟΝΟΥ VERGENIX: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ν. Παπάνας, Σ. Παπαχρήστου, Χ. Κεφαλά, Σ. Κύρογλου
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο, Β' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

ΠΑ14 Η ΟΝΥΧΕΚΤΟΜΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Ε. Βογιατζόγλου, Π. Παπαλεξανδρου, Α. Κώνστα, Α. Θεοφάνους, Ε. Ζούρκου, Α.-Μ. Παντελούκα, Χ. Λούπα
Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

ΠΑ15 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗΣ ΝΤΑΛΜΠΑΒΑΝΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 1 ΚΑΙ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

Ε. Μαλλιηραού, Κ. Ρέππας, Β. Ανδριανέσης, Ι. Ελευθεριάδου, Μ. Κοπελιά, Σ. Λιάτσας, Α. Κόκκινος, Α. Τόσκας, Φ. Ντζιώρα, Ν. Τεντολούρης
Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

18.15 - 18.45 Διάλεξη

Επιδημιολογία και κόστος του διαβητικού ποδιού στην Ελλάδα και στις άλλες χώρες

Πρόεδρος: Χ. Λούπα

Εισηγητής: Χ. Μανές

18.45 - 19.30 Στρογγυλό Τραπέζι

Αντιδιαβητική αγωγή και διαβητικό πόδι

Πρόεδροι: Σ. Παπαντωνίου, Ε. Διακουμπούλου

Επίδραση των αντιδιαβητικών φαρμάκων:

- στην αρτηριοπάθεια: Σ. Καραμαγκιώλης
- στις μικροαγγειοπαθητικές επιπλοκές: Ν. Τεντολούρης



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Πέμπτη 30 Ιανουαρίου 2020

19.30 - 20.30 Στρογγυλό Τραπέζι

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

Συντονιστές: **Κ. Μακρυλάκης, Σ. Παπαντωνίου**

- Η σημασία της γλυκαιμικής ρύθμισης: **Δ. Τσιλιγγίρης**
- Η σημασία της ρύθμισης των λιπιδίων: **Σ. Λιάτης**
- Η σημασία της ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης: **Α. Πρωτογέρου**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 31 Ιανουαρίου 2020

08.30 - 09.30 Προφορικές Ανακοινώσεις (ΠΑ16 - ΠΑ23)

Πρόεδροι: Ι. Ντούπης, Α. Μπουρδάκης

- ΠΑ16 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ CORIO SPRAY® ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**
Ο. Κώστα, Ι. Ελευθεριάδου, Α. Τεντολούρης, Δ. Τσιλιγγίρης, Α. Μπαρμπαγιάννη, Ι. Αναστασίου, Ε. Τζεραβίνη, Γ. Μάρκου, Ν. Τεντολούρης
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό
- ΠΑ17 ΙΝ VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥΣ ΙΝΟΒΛΑΣΤΕΣ**
Β. Κοκάλη - Δημητροπούλου¹, Ι. Αναστασίου¹, Ι. Ελευθεριάδου¹, Α. Κατσαούνη², Α. Τεντολούρης¹, Ο. Κώστα¹, Ι. Μουρούζης², Κ. Πάντος², Ν. Τεντολούρης¹
¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών και Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό
² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
- ΠΑ18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΓΚΕΝΤΡΩΣΕΩΝ ΤΗΣ ΟΣΤΕΟΠΟΝΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Δ. Τσιλιγγίρης¹, Ι. Ελευθεριάδου¹, Α. Τεντολούρης¹, Ι. Αναστασίου¹, Ο. Κώστα¹, Α. Μπαρμπαγιάννη¹, Β. Ανδριανέσης¹, Ι. Μουρούζης², Ν. Τεντολούρης¹
¹ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»
² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών
- ΠΑ19 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΟΣΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΘΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Α. Τεντολούρης, Ι. Ελευθεριάδου, Δ. Τσιλιγγίρης, Ο. Κώστα, Ι. Αναστασίου, Γ. Καραμανάκος, Κ. Ρέππας, Α. Μπαρμπαγιάννη, Γ. Μάρκου, Ν. Τεντολούρης
Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Αθήνα
- ΠΑ20 ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ: ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΗ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ (CHARCOT) ΩΣ ΠΡΩΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΣΕ ΝΕΟ ΑΣΘΕΝΗ**
Ν. Πετρίδης, Κ. Ιωακείμ, Αθ. Νικολαΐδης, Δ. Σκούτας, Ι. Κρασόφσκαγια, Γ. Τζατζάγου
Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπαγεωργίου»
- ΠΑ21 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ**
Ν. Πετρίδης¹, Κ. Ιωακείμ¹, Α. Νικολαΐδης¹, Δ. Σκούτας¹, Φ. Σαϊέχ², Α. Καρακόζογλου¹, Γ. Τζατζάγου¹
¹ Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
² Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- ΠΑ22 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ**
Γ. Αγγελόπουλος^{1,2}, Α. Δαλακίδης¹, Ι. Καντονάκης³, Δ. Καραγεώργου⁴, Ε. Βογιατζόγλου⁴, Σ. Καλοντζή⁴, Α. Κώνστα⁴, Χ. Λούπα⁴
¹ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα
² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Saint Joseph, Παρίσι
³ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα
⁴ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού Δημήτρης Βογιατζόγλου, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

ΠΑ23 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΝΟΒΛΑΣΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ

Γ. Τόπακας¹, Ε. Καρχιλάκη¹, Π. Θεοδοσίου², Α. Κατσέλη², Ε. Βογιατζόγλου³,
Χ. Αναστασάκης³, Σ. Καλαντζή³, Χ. Λούπα³

¹ Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

² Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

³ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού Δημήτρης Βογιατζόγλου, νοσοκομειακή μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

09.30 - 11.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Επούλωση ελκών - Νεότερες θεραπείες

Πρόεδροι: **Ο. Καστανά, Κ. Καλλιγιάννη**

- Παθοφυσιολογία της επούλωσης των ελκών. Ιδιαιτερότητες στο διαβήτη: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Ο ρόλος του υπερβαρικού οξυγόνου: **Κ. Γκάρας**
- Μεταμόσχευση αυτόλογων ινοβλαστών: **Γ. Τόπακας**
- Η θέση της π्लाστικής χειρουργικής: **Ο. Καστανά**
- Νεότερες θεραπείες: **Ν. Τεντολούρης**

11.00 - 11.15 Διάλειμμα

11.15 - 11.45 Διάλεξη

Συντηρητική αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριακής νόσου

Πρόεδρος: **Κ. Μαρκάκης**

Ομιλητής: **Γ. Μαρακομιχελάκης**

Σχολιαστής: **Ε. Τούλης**

11.45 - 13.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Αρθροπάθεια Charcot

Πρόεδροι: **Χ. Μανές, Α. Παππάς**

- Παθογένεια - Διάγνωση: **Ν. Παπάνας**
- Συντηρητική θεραπεία: **Π. Τσαπόγας**
- Χειρουργική θεραπεία: **Μ. Δράκου**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Παρασκευή 31 Ιανουαρίου 2020

13.00 - 14.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Λοιμώξεις στο διαβητικό πόδι

Σε συνεργασία με την Ελληνική Εταιρεία Λοιμώξεων

Πρόεδροι: **Μ. Λελέκης, Χ. Λούπα**

- Διαχρονική ταξινόμηση και μικροβιολογία των λοιμώξεων διαβητικού ποδιού: **Χ. Λούπα**
- Λοιμώξεις διαβητικού ποδιού από πολυανθεκτικά μικρόβια: **Ε. Γιαννιτσιώτη**

Σχολιαστές: **Γ. Τζατζάγου, Σ. Παπανικολάου, Μ. Δημητρίου**

14.00 - 14.30 Διάλεξη

Διαβητική νευροπάθεια. Τι νεότερο

Πρόεδρος: **Ν. Παπάνας**

- Νευροπάθεια μη διαβητικής αιτιολογίας: **Δ. Σκούτας**
- Νεότερα στην παθογένεια και τη θεραπεία: **Α. Τεντολούρης**

14.30 - 15.30 Γενική Συνέλευση

15.30 - 16.00 Μεσημβρινή Διακοπή

16.00 - 17.30 Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

Διάγνωση της αγγειοπάθειας

Συντονιστές: **Κ. Καλλιγιάννη, Ν. Τσώκος**

- Ιστορικό - Κλινική εξέταση και αυτοεξέταση: **Ε. Δημακάκος**
- Κνημοβραχιόνιος δείκτης, δακτυλικές πιέσεις: **Ι. Ελευθεριάδου**
- Duplex - Triplex: **Π. Πετρόπουλος**
- Διαχείριση του διαβητικού αγγειοπαθούς ασθενούς. Από τον οικογενειακό γιατρό έως τον αγγειοχειρουργό: **Γ. Μαρακομιχελάκης**

17.30 - 18.30

Στρογγυλό Τραπέζι

Αποφόρτιση - Θεραπευτικά υποδήματα

Πρόεδροι: Ε. Βλάχου, Ε. Βογιατζόγλου

- Η συμβολή του νοσηλευτή: Γ. Μάρκου
- Αποφόρτιση: Κ. Μάζης
- Θεραπευτικά υποδήματα: Μ. Βαλσαμή

Σχολιάστριες: Ε. Γιάννου, Ε. Ματοπούλου

18.30 - 19.00

Δορυφορική Διάλεξη

19.00 - 19.15

Διάλειμμα

19.15 - 19.45

Δορυφορική Διάλεξη

19.45 - 20.15

Διάλεξη

Νεότερες κατευθυντήριες οδηγίες δυσλιπιδαιμίας

Πρόεδρος: Α. Ράπτης

Εισηγητής: Ε. Λυμπερόπουλος

20.15 - 20.30

Επίσημη Έναρξη - Χαιρετισμοί

20.30 - 21.00

Εναρκτήρια Διάλεξη

«Ιωάννης Καποδίστριας: Από την Ευρωπαϊκή διπλωματία στη σύσταση του Νέου Ελληνικού Κράτους»

Πρόεδρος: Ν. Κατσιλάμπρος

Εισηγήτρια: Μ. Μαρούλη - Ζηλεμένου

21.00

Cocktail Υποδοχής



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 1 Φεβρουαρίου 2020

08.30 - 09.30 Προφορικές Ανακοινώσεις (ΠΑ24 - ΠΑ31)

Πρόεδροι: Μ. Αρβανίτης, Ν. Τσώκος

- ΠΑ24 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΜΥΚΗΤΕΣ ΣΕ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ**
Ι. Δονιή¹, Α. Παπαζαφειροπούλου², Β. Μάμαλη¹, Η. Γεωργόπουλος², Β. Παπαδούλη¹, Α. Καμαράτος², Ο. Ζαρκωτού¹, Σ. Αντωνόπουλος², Α. Μεληδώνης², Κ. Θέμελη-Διγαλάκη¹
¹ Τμήμα Μικροβιολογίας, Γ.Ν.Π., «Τζάνειο», Πειραιάς
² Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π., «Τζάνειο», Πειραιάς
- ΠΑ25 Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ, Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT (ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ)**
Λ. Δούκας¹, Χρ. Τρακατέλλη², Δ. Σκούτας¹, Α. Ρούντου³, Στ. Γεώργα⁴, Χ. Μανές¹, Γ. Τζατζόγυ¹
¹ Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
² Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
³ Τ.Ο.Μ.Υ. Τούμπος
⁴ Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»
- ΠΑ26 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ-ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ. ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;**
Ν. Παπαθεοδώρου¹, Γ. Μεμέτ Εφέντι¹, Α. Τσαπάρα¹, Χ. Αργυρίου², Ε. Γεωργακαράκος², Γ. Γεωργιάδης²
¹ Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα
² Κλινική Αγγειοχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα
- ΠΑ27 ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΤΜΗΜΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ. Ο ΑΚΡΟΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΙ Η ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ;**
Δ. Σκούτας¹, Φ. Σαϊέ², Σ. Μεταλλίδης³, Σ. Γεώργα⁴, Α. Νικολαΐδης¹, Ε. Ματοπούλου¹, Λ. Δούκας¹, Α. Τεσφάγιε⁵, Χ. Μανές¹, Γ. Τζατζόγυ¹
¹ Διαβητολογικό Κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
² 3^ο Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
³ 1^ο Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
⁴ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης
⁵ 1^ο Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης
- ΠΑ28 ΜΕΤΑΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Γ. Αναστασίου¹, Ε. Ντονούση², Α. Ντούνη², Γ. Λιάπης³, Ε. Λυμπερόπουλος¹
¹ Τομές Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
² Τομές Παθολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα
³ 1^ο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα
- ΠΑ29 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2**
Α. Λέπουρας¹, Ε. Γιάννου^{1,2}, Χ. Φυτίλη¹, Δ. Αναστασόπουλος¹, Γ.-Κ. Λαδός², Π. Μαράκη¹
¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan General Χολαργού
² Footcenter - Ποδολογικό Κέντρο Αργυρούπολη
- ΠΑ30 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ**
Ε. Γιάννου, Α. Καμαράτος, Α. Παπαζαφειροπούλου, Γ.-Κ. Λαδός, Χ. Κώνστας, Χ. Τσαγκάρης, Ν. Σεβδαλής, Ε. Συρίγου, Α. Μεληδώνης
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Τζάνειο Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά

ΠΑ31 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ΑΡΝΗΤΙΚΗΣ ΠΙΕΣΗΣ VAS ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΕΞΙΔΡΩΜΑΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ
Ν. Σεβδαλής, Α. Καμαρότος, Χ. Κώνστας, Ε. Γιάννου, Ε. Συρίγου, Χ. Μαζιώτη, Χ. Τσαγκάρης, Γ.-Κ. Λαδός, Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Μεληδώνης
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν Πειραιά «Τζάνειο»

09.30 - 11.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Οστεομυελίτιδα: Απεικονιστικά ευρήματα, συντηρητική και χειρουργική θεραπεία

Πρόεδροι: Γ. Τζατζάγου, Α. Τόσκας, Γ. Τσιάντας

- Απλή ακτινογραφία και υπερηχογράφημα: **Σ. Βέρρας**
- Υπολογιστική - Μαγνητική τομογραφία: **Α. Θεοδωρακόπουλος**
- Συντηρητική θεραπεία: **Μ. Ψυχογιού**
- Χειρουργική θεραπεία: **Γ. Θηβαίος**

Σχολιαστές: **Χ. Λούπα, Ν. Παπάνας**

11.00 - 11.30 **Διάλειμμα**

11.30 - 13.00 **Στρογγυλό Τραπέζι**

Ο ρόλος της αγγειοχειρουργικής παρέμβασης στη διάσωση του άκρου

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

- Κρίσιμη ισχαιμία στον ασθενή με διαβήτη: Διαφορές από τα άτομα χωρίς διαβήτη - ενδείξεις παρέμβασης: **Π. Πετρόπουλος**
- Επαναγγείωση στον διαβητικό ασθενή με κρίσιμη ισχαιμία: Σε σχέση με το έλκος ή ολοκληρωμένη χειρουργική θεραπεία; **Α. Λάζαρης**
- Είναι η ενδοαγγειακή θεραπεία η πρώτη επιλογή στον διαβητικό ασθενή με κρίσιμη ισχαιμία; **Χ. Μπακογιάννης**
- Κάτωθεν του βουβωνικού συνδέσμου παρακαμπτήριες επεμβάσεις: Αποτελούν τη θεραπεία εκλογής στην χειρουργική θεραπεία του διαβητικού ασθενούς σε κρίσιμη ισχαιμία; **Ν. Χασεμάκη**
- Σακχαρώδης διαβήτης και ανεύρυσμα: Μια παράξενη συμβίωση; **Χ. Λιάπης**

Σχολιαστές: **Κ. Καλλιγιάννη, Μ. Ψάλλας**

13.00 - 14.00 **Δορυφορικό Συμπόσιο**



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Σάββατο 1 Φεβρουαρίου 2020

14.00 - 14.30 Διάλεξη προσκεκλημένου ομιλητή

Diabetic foot guidelines: Are we winning the war on complications?

Πρόεδρος: **Ν. Τεντολούρης**

Εισηγητής: **E. Jude**

14.30 - 16.00 Μεσημβρινή Διακοπή

16.00 - 17.00 Εφαρμοσμένο Κλινικό Φροντιστήριο

Διάγνωση και αντιμετώπιση της νευροπάθειας

Συντονιστές: **Δ. Σκούτας, Α. Λαναράς**

- Ιστορικό-κλινική εξέταση: **Γ. Παναγούλης**
- Ειδικές δοκιμασίες - Διαφορική διάγνωση: **Μ. Μηρισιάνου**
- Οδηγίες - Πρόληψη: **Δ. Σκούτας**
- Αντιμετώπιση επιώδυνης διαβητικής νευροπάθειας: **Α. Τεντολούρης**

17.00 - 17.30 Διάλεξη

Αρθροπάθεια Charcot και οστεομυελίτιδα

Πρόεδρος: **Χ. Λούπα**

Εισηγήτρια: **Σ. Γεώργα**

Σχολιαστής: **Μ. Ψάλλας**

17.30 - 18.00 Διάλεξη

PCSK9 και ακρωτηριασμοί

Πρόεδρος: **Α. Λέπουρας**

Εισηγητής: **Ε. Λυμπερόπουλος**

Σχολιαστής: **Γ. Τσιάντας**

18.00 - 18.30 Διάλειμμα

Σάββατο 1 Φεβρουαρίου 2020

18.30-19.00 Διάλεξη

Κατευθυντήριες οδηγίες στο σακχαρώδη διαβήτη - 2020

Πρόεδρος: Γ. Δημητριάδης

Εισηγητής: Α. Μελιδώνης

19.00 - 19.30 Δορυφορική Διάλεξη

19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη

20.00 - 21.00 Στρογγυλό Τραπέζι

Οργάνωση ιατρικών διαβητικού ποδιού

Πρόεδροι: Χ. Μανές, Σ. Μπούσμπουλας

- Πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα: Η. Τσανικίδης
- Τριτοβάθμια φροντίδα: Ν. Παπάνας
- Η εμπειρία από την Κύπρο: Α. Στυλιανού
- Η εμπειρία από τη Μ. Βρετανία: Ι. Ελευθεριάδου



Επιστημονικό Πρόγραμμα

Κυριακή 2 Φεβρουαρίου 2020

09.00 - 10.00 Προφορικές Ανακοινώσεις (ΠΑ32 - ΠΑ39)

Πρόεδροι: Χ. Λούπα, Η. Τσανικίδης

ΠΑ32 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΤΕΡΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΧΝΗ (ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ)

ΑΘ. Νικολαΐδης¹, Α. Ρούντου², Β. Κεραμισάνου¹, Δ. Σκούτας¹, ΓΠ. Τζατζάγου¹

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

² ΤΟ.Μ.Υ. Τούμπος

ΠΑ33 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ REDIS 4: ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ, ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΥΠΟΕΚΤΙΜΟΥΝΤΑΙ - Η ΤΡΑΓΩΔΙΑ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Μ. Γκέκα¹, Σ. Παπανικολάου², Β. Σπηλιποπούλου¹, Ε. Βογιατζόγλου¹, Α. Δώνου¹, Σ. Λαφογιάννη³, Χ. Λούπα¹

¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»

² Χειρουργικό Τμήμα

³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

ΠΑ34 ΤΟ SPEC-CT ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT

Ε. Γουγουρέλα¹, Μ. Σταθάκη², Ο. Μπουρογιαννή², Ε. Κυρλάκη¹, Α. Ανυφαντάκης¹, Α. Κολοκούρα¹, Σ. Κοκουράκη², Α. Παππάς¹

¹ Διαβητολογικό Κέντρο «Βενιζέλιο-Πανάνειο» ΓΝ Ηρακλείου

² Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Πανεπιστημιακού ΓΝ Ηρακλείου

ΠΑ35 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΟΔΙ CHARCOT ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΜΕ ΤC99M-ΗΜΗΡΑΟ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ.

Σ. Γεώργα¹, Χ. Μανές², Τ. Διδάγγελος³, Δ. Σκούτας², Γ. Άρσος¹

¹ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ, Γ.Ν.Παπαγεωργίου

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Παπαγεωργίου

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν.ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

ΠΑ36 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 4 ΕΤΩΝ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Σ. Τσोटουλίδης^{1,2}, Π. Χρηστίδης², Χ. Παπαχριστοδούλου², Α. Μποτσακάρια¹, Δ. Καραγιαννίδου¹, Σ. Φαρδογιάννη², Ε. Χατζή¹, Χ. Μανές³

¹ Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Χαλκίδας

³ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

ΠΑ37 ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΣΔ) ΤΥΠΟΥ 2

Σ. Τσोटουλίδης^{1,2}, Π. Χρηστίδης¹, Χ. Παπαχριστοδούλου¹, Σ. Φαρδογιάννη¹, Α. Μπλιούμη², Χ. Μανές³

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Χαλκίδας

² Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

³ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

ΠΑ38 ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ: ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΑΣ

Μ. Μπρισιάνου, Κ. Σπανός, Μ. Κατσαούνου, Σ. Ευσταθίου, Π. Παπαδόπουλος, Α. Παναγιώτου, Α. Λοναράς

Γ. Ν. Λαμίας- Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού



Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Jude Edward B.

MD, FRCP, Professor, Tameside Hospital NHS Foundation Trust, Ashton under Lyne and Manchester University, Manchester, UK

Ανδρεάδης Βασιλείος

Ειδικός Παθολόγος με εξειδίκευση στον Σακχαρώδη Διαβήτη, Θεσσαλονίκη

Αρβανίτης Μεγακλής

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

Βαλσαμή Μαρία

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

Βέρρας Σπυρίδων

Ακτινολόγος, εργαζόμενος στο Ιδιωτικό Διαγνωστικό Εργαστήριο «Β' Ακτινοδιάγνωση», Αίγιο

Βλάχου Ευγενία

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

Βογιατζόγλου Ελευθέριος

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

Γερούδακος Γεώργιος

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

Γεώργα Σταματία

Πυρηνικός Ιατρός, Δρ. Α.Π.Θ., Επιμελήτρια Α', Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Γιαννιτσιώτη Ευθυμία

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Δ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Γιάννου Ευγενία

Ειδικός Ποδολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά, Επιστημονικός Συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού Metropolitan General, Αθήνα

Γκάρας Κωνσταντίνος

Πλωτάρχης (ΛΣ) (ΥΙ), Επιμελητής Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών, Γενικός Ιατρός με εξειδίκευση στην Καταδυτική - Υπερβαρική Ιατρική, Αθήνα

Δημακάκος Ευάγγελος

Παθολόγος - Αγγειολόγος, Υπεύθυνος Αγγειολογικού Ιατρείου Γ' Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α., Γ.Ν.Ν.Θ.Α. «Η Σωτηρία», Μέλος Δ.Σ. UEMS Angiology / Vascular Medicine, Πρόεδρος Ελληνικής Λεμφολογικής Εταιρείας

Δημητριάδης Γεώργιος

Ομότιμος Καθηγητής Παθολογίας - Μεταβολικών Παθήσεων Ε.Κ.Π.Α., Πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

Δημητρίου Μαρία

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

Διακουμπούλου Ευανθία

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

Διδασκάλλου Αθανάσιος

Ειδικός Παθολόγος MD, PhD, Επιμελητής Α', Γ.Ν. Πτολεμαΐδας «Μποδοσάκειο»

Δούκας Λουκάς

Νοσηλεύτης TEI, Msc, Εξειδικευμένος στη Φροντίδα Διαβητικών Ελκών, Τμήμα Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη

Δρόκου Ανδρονίκη

Διευθύντρια Ε.Σ.Υ., Επιστημονική Προϊσταμένη Ορθοπαιδικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Ελευθεριάδου Ιωάννα

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

Ζιώρη Μαρία

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

Θεοδωρακόπουλος Αντώνιος

Ακτινολόγος, Ακτινοδιαγνωστικό Εργαστήριο, Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Θεσσαλονίκη



Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Θηβαίος Γεώργιος

Επιμελητής Α΄ Ε.Σ.Υ., Ορθοπαιδική Κλινική,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Καλοντζή Σοφία

Παθολόγος, Επιμελήτρια Β΄, Ιατρείο Διαβητικού
Ποδιού «Δημήτριος Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή
Μονάδα «Αρμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

Καλλιγιάννη Κυριακή

MD, PhD, Αγγειοχειρουργός, Private Lecturer
(Privatdozentin) in Vascular Surgery,
Δ.Θ.Κ.Α. «Υγεία», Αθήνα

Καραμαγκιώλης Σπυρίδων

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
τ. Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου
Διαβητικού Ποδιού, Γ.Ν. Λάρισας

Καστανά Ουρανία

Πλαστικός Χειρουργός, Διευθυντής, Τμήμα
Θεραπείας και Πρόληψης του Μελανώματος
«Ευρωκλινικής» Αθηνών, τ. Διευθυντής Τμήματος
Πλαστικής και Επανορθωτικής Χειρουργικής,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Κατσιλάμπρος Νικόλαος

Καθηγητής (Ομότιμος) Παθολογίας, PhD, FACP,
SCOPE Founding Fellow, EFIM Hon. Fellow,
Ερευνητικό Εργαστήριο «Ν.Σ. Χρηστέας» και
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Κόκας Αλέξανδρος

Ακτινοδιαγνώστης, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Νοσοκομειακή
Μονάδα «Αρμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

Κούκη Αικατερίνη - Βασιλική

Ειδικευόμενη Παθολογίας, Β΄ Παθολογική Κλινική,
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού
«Δημήτριος Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή
Μονάδα «Αρμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

Λάζαρης Ανδρέας

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Αγγειοχειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Λαυράς Λεωνίδας

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής Διευθυντής
Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού
Ιατρείου, Γ.Ν. Λαμίας, Λαμία

Λελέκης Μωυσής

Παθολόγος - Λοιμωξιολόγος, Αθήνα

Λέπουρας Αντώνης

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής
Παθολογικής - Διαβητολογικής Κλινικής &
Διαβητολογικού Κέντρου «Metropolitan General»,
Αθήνα

Λιάπης Χρήστος

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

Λιάτσης Σταύρος

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

Λούπα Χαρίκλεια

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη - Λοιμωξιολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «Δημήτριος
Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα
«Αρμαλία Φλέμιγκ», Αθήνα

Λυμπερόπουλος Ευάγγελος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Μάζης Κωνσταντίνος

Ειδικός Ποδολόγος, Χαλκίδα - Αθήνα

Μακρυλόκης Κωνσταντίνος

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική
& Διαβητολογικό Κέντρο, Ιατρείο Υγέρτασης,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μανές Χρήστος

Ειδικός Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο
Σακχαρώδη Διαβήτη, Εκπρόσωπος της Ελλάδας
στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό
Πόδι, Πρόεδρος Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων
Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.Δ.Π.), τ. Διευθυντής
Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού
Κέντρου, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»,
Υπεύθυνος Τμήματος Διαβητικού Ποδιού
«ΒΙΟΚΛΙΝΙΚΗ», Θεσσαλονίκη

Μαρακομιχελάκης Γεώργιος

Παθολόγος - Αγγειολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα

Μαρκάκης Κωνσταντίνος

MD, PhD, Επιμελητής Α΄, Β΄ Προπαιδευτική
Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας
και Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. «Αττικόν», Αθήνα

Μάρκου Γεωργία

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



Ευρετήριο Προέδρων - Συντονιστών - Ομιλητών

Μαρούλη - Ζηλεμένου Μαίρη

Καθηγήτρια Συγκριτικής Πολιτευμάτων,
Πρόεδρος Κέντρου Ευρωπαϊκών Μελετών
και Σπουδών «Ιωάννης Καποδίστριας»,
Πρόεδρος Εθνικού Συμβουλίου Ελλάδας Ομιλών
και Κέντρων για την UNESCO

Ματθααιολαμπάκη Φωτεινή

Εσωτερικός Παθολόγος, Ιατρείο Διαβητικού
Ποδιού «Δημήτριος Βογιατζόγλου»,
Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ» Αθήνα

Ματοπούλου Έλενα

Ποδολόγος - Ειδικός Ορθονυχιστής,
Μετεκπαίδευση στο Νοσητικό Πόδι
του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου στην Πίζα,
Μετεκπαίδευση στο Νευροπαθητικό Πόδι
(πόδι Charcot) στο Mathias - Spital, Rheine,
Πιστοποιημένη Καθηγήτρια Ποδολογίας Δ.Ι.Ε.Κ.,
Θεσσαλονίκη

Μελιδώνης Ανδρέας

Δρ., Παθολόγος - Διαβητολόγος, Συντονιστής
Διευθυντής Διαβητολογικού - Καρδιομεταβολικού
Κέντρου, «Metropolitan Hospital», Αθήνα

Μπακογιάννης Χρήστος

Αναπληρωτής Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής,
Α' Χειρουργική Κλινική Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.,
Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Μπουρδάκης Αδαμάντιος

Δρ., Ειδικός Παθολόγος με Εκπαίδευση στο
Διαβήτη, στις Παθήσεις Λιπιδίων και Παχυσαρκίας,
Διευθυντής Ε.Σ.Υ. Β' Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου
Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γ.Ν. Τρικάλων, Τρίκαλα

Μπούσμπουλης Σταύρος

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

Μπριστιάνου Μαγδαληνή

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

Νικολαΐδης Αθανάσιος

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων - Νοσηλεύτης,
Εξειδικευμένος στη Φροντίδα Διαβητικού Ποδιού,
Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»,
Θεσσαλονίκη

Ντούνης Ιωάννης

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

Παναγούλιας Γεώργιος

Παθολόγος με Εξειδίκευση στο Σακχαρώδη
Διαβήτη, Αρχίατρος - Επιμελητής Α' Παθολογικής
Κλινικής, Εξωτερικό Διαβητολογικό Ιατρείο,
401 Γ.Σ.Ν.Α., Αθήνα

Παπάνας Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους Διαβήτη,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου - Ιατρείου
Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική Κλινική Δ.Π.Θ.,
Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη,
Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκής Ομάδας Μελέτης
Διαβητικού Ποδιού

Παπανικολάου Σπήλιος

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

Παπαντωνίου Στέφανος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής
Α' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος
Διαβητολογικού, Ηπατολογικού και Ιατρείου
Διαβητικού Ποδιού Γ.Ν. Καβάλας, Καβάλα

Παπαχριστοφόρου Ελευθερία

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

Παππάς Άγγελος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθυντής Ε.Σ.Υ.,
Διαβητολογικό, Ηπατολογικό και Ιατρείο
Γ.Ν. Ηρακλείου, Ηράκλειο

Πετρόπουλος Πέτρος

Αγγειοχειρουργός, Νοσοκομείο «Μπτέρα», Αθήνα

Πρωτογέρου Αθανάσιος

Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Παθολογικής
Φυσιολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Αθήνα

Ράπτης Αθανάσιος

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

Σιάμη Ευαγγελία

Επιστημονική Συνεργάτις Α' Προπαιδευτικής
Παθολογικής Κλινικής Ιατρικής Σχολής Ε.Κ.Π.Α.
& Διαβητολογικού Κέντρου, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό», Αθήνα

Σκάντζικας Παύλος

Ειδικευόμενος Παθολογίας, Γ' Παθολογικό Τμήμα
και Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γ.Ν. Πειραιά

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



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ01

ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ: ΓΝΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΠΕΝΤΑΕΤΙΑ

Παπάνας Νικόλαος, Δημητρίου Μαρία, Παφίλη Καλλιόπη, Παπαχρήστου Στέλλα, Κύρογλου Σουλιτάνα, Φεσσίδου Δέσποινα, Κεφαλά Χρυσούλα, Κυργιαννάκη Βασιλική, Παπάζογλου Δημήτριος, Μαλιτζός Ευστράτιος

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

Σκοπός της μελέτης: Να εκτιμηθούν οι γνώσεις των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σχετικά με το διαβητικό πόδι κατά την τελευταία πενταετία.

Υλικό και μέθοδος: Σχετικές πληροφορίες από ιατρικούς φακέλους των ασθενών του ιατρείου διαβητικού ποδιού (2015-2019). Τα ποσοστά εκφράστηκαν επί του αριθμού των εξεταζομένων ετησίως.

Αποτελέσματα: Η προσέλευση των ασθενών για αμιγώς προληπτική εξέταση ήταν σταθερά σπάνια (< 5% ετησίως). Γνώσεις σχετικές με την τοπική υγιεινή και φροντίδα των ποδιών είχε μικρό ποσοστό των ασθενών (< 10% ετησίως). Ωστόσο, ασαφείς γνώσεις σχετικά με τον κίνδυνο του διαβητικού ποδιού παρουσίαζε ένα μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (περίπου 42% ετησίως). Ευτυχώς η άμεση προσέλευση από φόβο με αφορμή μια νέα αθώα βλάβη ήταν συχνότερη σε σχέση με προηγούμενη εμπειρία μας (περίπου 15% ετησίως). Ωστόσο, στην πλειονότητα αυτών των νέων περιπτώσεων (περίπου 90% ετησίως) επρόκειτο για παραπομπές από τους θεράποντες ιατρούς των ασθενών.

Συμπεράσματα: Παραμένει τεράστιο περιθώριο να βελτιωθούν οι γνώσεις και η ευαισθητοποίηση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη σχετικά με το διαβητικό πόδι.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ02

Η ΚΑΚΗ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΣΕ ΑΜΦΟΤΕΡΟΠΛΕΥΡΗ ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT ΔΥΝΑΤΟΝ ΝΑ ΟΔΗΓΗΣΕΙ ΣΕ ΟΛΟΚΛΗΡΩΤΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ 2 ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΝ**Λούπα Χαρίκλεια¹, Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Μείμνη Ευαγγελία¹, Κόκας Αλέξανδρος², Κώνστα Αικατερίνη¹, Κούκη Αικατερίνη - Βασιλική¹, Παπαλεξάνδρου Παναγιώτα¹**¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»² Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η μακροχρόνια συμμόρφωση του ασθενούς σε οστεοαρθροπάθεια Charcot (COA) είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Όμως, αυτό είναι πολύ δύσκολο και κουραστικό για τον ασθενή, καθώς επηρεάζει την ποιότητα ζωής του. Παρουσιάζονται 2 περιπτώσεις νέων ατόμων με ΣΔ1 και αμφοτερόπλευρη COA, που εξελίχθηκε σε σοβαρές και μόνιμες αλλοιώσεις λόγω κακής συμμόρφωσης.

Περίπτωση 1: Η Λουίζα Χ, 23 ετών, με ΣΔ1 (HbA1c=14,9%), πωλητρία (ορθοστασία), με περιφερική νευροπάθεια και αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος, προσήλθε με συμμετρικό οίδημα σε αμφότερα τα σφυρά και τους άκρους πόδες από 8μήνου, χωρίς πυρετό ή άλλη διόγκωση αρθρώσεων και χωρίς ιστορικό εμφανούς κόκωσης. Δείκτες φλεγμονής μόνον οριακά αυξημένοι. Λοιπός εργαστηριακός έλεγχος (συμπεριλαμβανομένης μικροαλβουμίνης ούρων) φυσιολογικός. Στην απλή ακτινογραφία κατεδείχθη αμφοτερόπλευρο οίδημα μαλακών μορίων, οστεολύσεις πτέρνης και ελεύθερα οστικά συκρίματα. Ετέθη άμεσα σε αποφόρτιση και των δύο άκρων με aircasts. Μετά 3μηνον, το οίδημα είχε υποχωρήσει και οι ακτινολογικές αλλοιώσεις παρέμεναν στάσιμες. Δυστυχώς, μετά από άλλους 2 μήνες, το οίδημα και τα ακτινολογικά ευρήματα επιδεινώθηκαν, πιθανώς λόγω μη συμμόρφωσης. Παρουσίαζε κατάθλιψη, ταχυκαρδία (προφανώς λόγω νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος), και HbA1c 11%. Της εξηγήθηκε αναλυτικά η κατάσταση και συστήθηκε η συνεχής αποφόρτιση με aircasts. Η ασθενής δεν συμμορφώθηκε, και έγινε σκέψη για μη αποσπώμενο total contact cast, αλλά η ασθενής δεν προσήλθε στο ραντεβού. Εμφανίστηκε ξανά μετά 2 έτη, με σοβαρές παραμορφώσεις και στους δυο άκρους πόδες, αλλά κυρίως δεξιά (υπεξάρθρωση), σε αντικαταθλιπτική αγωγή και με HbA1c 8%. Ανέφερε ενδοφθάλμια αιμορραγία, νεφρωσικό σύνδρομο και λοιμώξεις ποδών (πολλαπλές νοσηλείες). Παρουσίαζε επιδείνωση της οστικής καταστροφής αστραγάλου και πτέρνης. Συνεστήθη πλέον χειρουργική αντιμετώπιση σε εξειδικευμένο κέντρο. Όμως, κατά τη διάρκεια των διαδικασιών, παρουσίασε σημαντικό τραυματισμό της άρθρωσης περπατώντας χωρίς aircast...Η πορεία της πλέον είναι πολύ επισφαλής.

Περίπτωση 2: Ο Σπύρος Ι, 40 ετών, με ΣΔ1 (HbA1c=6,7%), αιμοκαθαιρόμενος, με μετρίου βαθμού περιφερική αρτηριοπάθεια και ιστορικό ακρωτηριασμού 1ου δακτύλου Αρ. Παρουσίαζε έλκη πτερνών άμφω, βαθέα, με κρύπτες, και έλκος 2^{ου}-3^{ου} μεταταρσίου Αρ με οστεομυελίτιδα εγγύς φαλλάγγων 2^{ου}-3^{ου} δακτύλου. Παρουσίαζε αλλοιώσεις τύπου COA άμφω, πιο εκσεσημασμένες Αρ. Δείκτες φλεγμονής ελάχιστα επηρεασμένοι. Παρακολουήθηκε από εμάς για 33 μήνες. Το περισσότερο διάστημα ελάμβανε προωθημένα αντιβιοτικά, λόγω λοιμώξεως μαλακών μορίων και οστεομυελίτιδας (λοιμώξη PEDIS 4 επανειλημμένως). Νοσηλεύθηκε 3 φορές (η μία νοσηλεία 2μηνν). Στο διάστημα παρακολούθησης παρουσίασε 3 παθολογικά κατάγματα. Ετέθη σε γυψονάρθηκα και μετά σε μπότα αποφόρτισης. Τοποθετήθηκε από πλαστικό κρημνός δεξιάς πτέρνης, που διατηρήθηκε για ένα περίπου έτος. Μετά 33 μήνες, και ενώ ο ασθενής ήταν σταθεροποιημένος, δεν προσήλθε για παρακολούθηση. Επανεμφανίστηκε μετά 4 έτη, με ευμέγεθες απόστημα κάτω τρίτημοριού αριστεράς κνήμης, το οποίο παροχετεύθηκε με επιτυχία. Όμως, η αριστερά ποδοκνημική άρθρωση ήταν πλήρως κατεστραμμένη, με εξάρθρωση (πόδι «στον αέρα», μη λειτουργικό). Είναι πλέον θέμα χρόνου ο ακρωτηριασμός.

Συμπεράσματα: Παρά την σπονιότητα της νόσου, οι κλινικοί ιατροί πρέπει να συμπεριλαμβάνουν την COA στη διαφορική διάγνωση οιδήματος, φλεγμονής και παραμορφώσεων σε διαβητικό πόδι. Η ανάγκη μακροχρόνιας ακινητοποίησης σε προχωρημένα στάδια της COA οδηγεί σε κόπωση και μη συμμόρφωση των ασθενών, με αποτέλεσμα μη επανορθώσιμες οστικές και αρθρικές καταστροφές.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ03

Η ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΣΤΗΝ ΑΠΟΦΟΡΤΙΣΗ ΕΙΝΑΙ ΚΕΦΑΛΑΙΩΔΟΥΣ ΣΗΜΑΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΤΩΝ ΕΛΚΩΝ ΚΑΙ ΤΗ ΔΙΑΣΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ

Κώνστα Αικατερίνη¹, Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Αγγελόπουλος Γεώργιος^{2,3}, Παπανικολάου Σπήλιος⁴, Τόπακας Γεώργιος⁵, Λούπα Χαρίκλεια¹

¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμινγκ, Αθήνα

² Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

³ Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Saint Joseph, Παρίσι

⁴ Χειρουργική Κλινική, Νοσοκομειακή Μονάδα Αμαλία Φλέμινγκ, Αθήνα

⁵ Τμήμα Κυτταροθεραπειών και Κυτταροκαλλιέργειών, Νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς, Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Η αποφυγή φόρτισης παίζει σημαντικό ρόλο στην επούλωση των ελκών διαβητικού ποδός και δεν πρέπει να παραβλέπεται. Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών που, παρά την χρήση όλων των άλλων μέσων, είχαν κακή πορεία λόγω μη συμμόρφωσης με την αποφόρτιση.

Περιστατικό 1: Ο Δημήτριος Τ., 61 ετών, με ΣΔ2 από 16ετίας, με HbA1c=6,5% και αρτηριοπάθεια Fontaine IV, παραπέμπεται στο ιατρείο μας με λοιμώδη Αρ ποδός (ερυθρότητα ολοκλήρου του άκρου ποδός και νεκρωτικές εσχάρες πηλγίου τοιχώματος και πτέρνυς) από 9μήνου, που ξεκίνησε από αποκόλληση όνυχος. Ελάμβανε αντιμικροβιακή αγωγή. Μετά από καλλιέργεια έγινε τροποποίηση της αντιμικροβιακής αγωγής σε στοχευμένη. Έγινε αγγειοπλαστική με επιτυχία. Έχοντας επιβεβαιώσει την επαναιμάτωση, άρχισαν εκτεταμένοι χειρουργικοί καθαρισμοί παράλληλα με την αντιμικροβιακή αγωγή και την χρήση επιθεμάτων. Το πόδι του ασθενούς βελτιώθηκε δραματικά. Ελήφθη ιστοτεμάχιο από τον βραχίονα για καλλιέργεια ινοβλαστών. Έγιναν 2 εγχύσεις του καλλιτεργήματος στις παρυφές του έλκους με μεσοδιάστημα 20 ημερών. Το πόδι του ασθενούς έβαινε σταθερά βελτιούμενο. Όμως, μετά 6 μήνες παρουσίασε αιφνிடίως ρήξη του θυλάκου της ποδοκνημικής... Αποκαλύπτεται ότι ο ασθενής χρησιμοποιούσε το πόδι και συχνά οδηγούσε! Ο ακρωτηριασμός ήταν πλέον αναπόφευκτος.

Περιστατικό 2: Ο Αλέκος Σ., 83 ετών, αιμοκαθαιρόμενος, με ΣΔ2 από 28ετίας, ισοϋλινωθεραπευόμενο, με HbA1c=7,0%, περιφερική νευροπάθεια και αρτηριοπάθεια, ιστορικό ακρωτηριασμού 2^{ου} δακτύλου Αρ και οστεομυελίτιδας 2^{ου} δακτύλου Δ, παρουσίασε ισχαιμία και φλεγμονή 1^{ου} δακτύλου Αρ. Τέθηκε σε αντιμικροβιακή αγωγή. Έγινε αγγειοπλαστική Αρ. Μετά 2μηνον, ισχαιμικές βλάβες 1^{ου} δακτύλου Δ και Δ πτέρνυς. Η Δ πτέρνα επιδεινώθηκε. Έγινε αγγειοπλαστική Δ και αφαίρεση 1^{ου} δακτύλου Αρ (ξηρά γάγγραινα). Μετά 2μηνον κάκωση Δ πτέρνυς στο κρεβάτι. Η κατάσταση της πτέρνυς παρέμεινε στάσιμη, με σημαντικό έλλειμμα ιστού, παρά τους μηχανικούς καθαρισμούς και τα επιθέματα. Έγινε επικοινωνία με π्लाστικό χειρουργό και παραλήλως λήψη ιστοτεμαχίου από το βραχίονα για καλλιέργεια ινοβλαστών. Μετά 2 μήνες από την κάκωση, ο ασθενής αντιλήφθηκε θόρυβο «θραύσης» και παρουσίασε κάταγμα πτέρνυς. Αποκαλύπτεται ότι ανέβαινε 2 ορόφους για το σπίτι χρησιμοποιώντας το πόδι και χωρίς βακτηρία... Καθόσον η ποιότητα του οστού δεν προσφερόταν για ήλωση και το ιστοικό έλλειμμα δεν επέτρεπε την τοποθέτηση μόνιμου γύψου, έγινε τοποθέτηση νάρθηκα, τον οποίον ο ασθενής δεν ανέχθηκε... Εφαρμόζεται επί του παρόντος VAC, αλλά η κατάσταση του ποδός είναι πλέον λίαν επισφαλής.

Συμπέρασμα: Η επούλωση των ελκών σε διαβητικό πόδι απαιτεί αποφόρτιση, που πολύ συχνά οι ασθενείς, παρά τις συστάσεις, δεν ακολουθούν. Στις αναφερόμενες περιπτώσεις, με ιδιαίτερως επιβαρυνμένη κατάσταση ποδός, οι ασθενείς εξοκολοιούσαν να βαδίζουν κανονικά. Οι συνέπειες ήταν καταστρεπτικές, παρά τις τόσες προσπάθειες (που παρεπιπτόντως συνεπάγονταν μεγάλη οικονομική επιβάρυνση και για τους ίδιους, αλλά και για το Εθνικό Σύστημα Υγείας).

Ζήση Μαριάννα, Θειάσπρας Λουκάς

Ποδιατρικό - Ποδολογικό Κέντρο «Thiaspras Podiatry», Αργυρούπολη, Αττική

Εισαγωγή: Ο κοκκιώδης ιστός αποτελείται από συνδετικό ιστό, τριχοειδή αιμοφόρα αγγεία και αναπτύσσεται στην επιφάνεια του έλκους κατά την διαδικασία επούλωσης. Συνεχιζόμενη διέγερση της ινοπλάσας και αγγείο -γένεσης έχει αποτέλεσμα την δημιουργία υπερκοκκιώδους ιστού, ένα σημαντικό πρόβλημα για την ίαση της εξέλικωσης μιας και εμποδίζει την μετανάστευση, συστολή των επιθηλιακών κυττάρων.

Παρουσίαση Περιστατικού: Γυναίκα ετών 58, ΣΔ τύπου II, ιστορικό ακρωτηριασμού δεξιού 4^{ου} & 5^{ου} δακτύλου, παρουσιάζεται με σκοπό την αποφόρτιση νευροπαθητικού έλκους στην 2^η-3^η κεφαλή των μεταταρσίων. Παρακολουθείται από Αγγειολόγο, με συχνές νεαροποιήσεις, όμως επί 4 μήνες δεν παρουσιάζει βελτίωση, παρά τις διάφορες μεθόδους αποφόρτισης, μεταξύ αυτών ειδικά μπότα, ορθωτικά πέλματα.

Κατά την κλινική εκτίμηση - επισκόπηση, παρατηρήσαμε νευροπαθητικό έλκος διαμέτρου 4 εκ. κυκλωτερώς, με υπερηλιασία του πυθμένα περί τα 6-8 χιλιοστά πάνω από την επιφάνεια, δίχως εκκρίσεις και οσμή λοιμώξεως.

Κατόπιν επικοινωνίας με τον Αγγειολόγο, χρησιμοποιήσαμε στυλέο με νιτρικό άργυρο, ένα καυστικό όπου οξειδώνει οργανική υλή, πήζει ιστούς και καταστρέφει βακτήρια επί 2 εβδομάδες (2-3 εφαρμογές την εβδομάδα)

Συζήτηση: Η χρήση νιτρικού άργυρου μπορεί να είναι αποτελεσματικό εργαλείο, σε υπερκοκκιώδης ιστό αλλά κρίζει ιδιαίτερης προσοχής κατά την εφαρμογή του.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ05 **ΑΝΑΔΡΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΚΑΙ ΤΩΝ ΕΚΒΑΣΕΩΝ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΤΟ ΤΑΚΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΤΟΥ Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ»**

Λόντου Σταυρούλα - Παναγιώτα¹, Δηλές Δημήτριος², Τριανταφύλλου Μαρία¹, Σταμόπουλος Παρασκευάς³, Πανταζάτου Αγγελική⁴, Δελιοπόλυν Ιωάννης⁴, Δαΐκος Γεώργιος¹, Σαμάρκος Μιχαήλ¹, Τεντολούρης Νικόλαος⁵

¹ Α' Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

² Ειδικός Παθολόγος, Μεταπτυχιακός φοιτητής του Π.Μ.Σ. «Σακχαρώδης Διαβήτης και Παχυσαρκία», Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ

³ Γενικός Χειρουργός, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁴ Μικροβιολογικό τμήμα, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

⁵ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Λαϊκό»

Σκοπός: Μελετήσαμε αναδρομικά τα χαρακτηριστικά, τα μικροβιολογικά δεδομένα και τις εκβάσεις των ασθενών με διαβήτη (ΣΔ) που παρακολουθούνται στο εξωτερικό ιατρείο διαβητικού ποδιού του νοσοκομείου μας.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Από το μικροβιολογικό εργαστήριο του νοσοκομείου μας ανευρέθηκαν όλα τα δείγματα καλλιιεργειών πύου και ιστών (n=451 δείγματα) από τα διαβητικά έλκη 241 ασθενών (μέση ηλικία $64,9 \pm 9,5$ έτη, μέση διάρκεια διαβήτη $14,4 \pm 8,3$ έτη, γυναίκες/άνδρες: 77/163, ΣΔ τύπου 1/ΣΔ τύπου 2: 24/216) με διαβητικά έλκη που παρακολουθήθηκαν στο ιατρείο κατά το χρονικό διάστημα 01/01/2017 έως 31/12/2018. Καταγράφηκαν τα χαρακτηριστικά των ασθενών, τα παθογόνα που απομονώθηκαν και η έκβαση των ασθενών.

Αποτελέσματα: Στο 48,3% των καλλιιεργειών απομονώθηκε 1 παθογόνο, στο 21,1% απομονώθηκαν 2 παθογόνα και στο 1,8% 3 παθογόνα. Η συχνότητα των Gram+ ήταν 32,8%, των Gram- 46,3% (κυρίως εντεροβακτηριακά), στο 11,8% απομονώθηκαν τόσο Gram+ όσο και Gram- παθογόνα και στο 5,3% μύκητες. Μεταξύ των Gram+, επικρατούσε ο *Staphylococcus aureus* (n=133 στελέχη) και το 73,4% εξ αυτών ήταν MRSA. Στο 44,6% των ασθενών το έλκος επουλώθηκε, στο 26,7% το έλκος παρέμεινε ενεργό, το 18,8% υποβλήθηκε σε ελάσσονα ακρωτηριασμό και 10,0% σε μείζονα ακρωτηριασμό στο διάστημα της παρακολούθησης. Η μεγάλη διάρκεια διαβήτη (odds ratio, 95% confidence intervals: 1,07, 1,04-1,09, $p<0,001$) και η ανάπτυξη ανθεκτικών στελεχών (2,97, 1,80-4,86, $p<0,001$) σχετίστηκαν ανεξάρτητα με αυξημένη πιθανότητα ακρωτηριασμών.

Συμπεράσματα: Τα Gram- εντεροβακτηριακά είναι τα συχνότερα απομονούμενα παθογόνα σε ασθενείς με διαβητικά έλκη. Από τα Gram+, το συχνότερα απομονούμενο παθογόνο ήταν οι MRSA. Η μεγάλη διάρκεια του ΣΔ και η ανάπτυξη ανθεκτικών παθογόνων σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού.

**Δημητρίου Μαρία^{1,2}, Παπάνας Νικόλαος¹, Πανοπούλου Μαρία², Παναγόπουλος Περικλής³,
Μαλιτζός Ευστράτιος^{1,3}**

¹ Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Β΄ Παθολογικής Κλινικής, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο
Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

² Μικροβιολογικό Εργαστήριο, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο
Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

³ Μονάδα Ειδικών Λοιμώξεων, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Αλεξανδρούπολη

Σκοπός: Να εκτιμηθεί η κλινική βαρύτητα της νευροπάθειας και των νευροπαθητικών συμπτωμάτων σε ασθενείς με λοίμωξη έλκους διαβητικού ποδιού.

Υλικό και μέθοδος: Συμπεριλάβαμε 113 ασθενείς με κλινική διάγνωση λοίμωξης έλκους διαβητικού ποδιού: 63 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 61.2 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 12.4 ετών) με νευροπαθητικό έλκος (ομάδα Α), **Β)** 50 ασθενείς (35 άνδρες, μέσης ηλικίας 73.4 ετών και μέσης διάρκειας σακχαρώδους διαβήτη 16.9 ετών) με νευροϊσχαιμικό έλκος (ομάδα Β). Η κλινική βαρύτητα της νευροπάθειας εκτιμήθηκε με το δείκτη νευρολογικής δυσλειτουργίας (neuropathy disability score, NDS) και η βαρύτητα των νευρολογικών συμπτωμάτων με το δείκτη νευρολογικών συμπτωμάτων (neuropathy symptom score, NSS).

Αποτελέσματα: Στην ομάδα Α διοπιστώθηκαν τιμές NDS 6.8 ± 1.9 και NSS 2.1 (0-8). Στην ομάδα Β, οι αντίστοιχες τιμές ήταν 7.6 ± 2 και 2.5 (0-6). Στην ομάδα Β, η νευροπάθεια ήταν οριακά βαρύτερη ($p=0.049$).

Συμπεράσματα: Οι ασθενείς με λοίμωξη έλκους διαβητικού ποδιού παρουσιάζουν βαριά κλινική νευροπάθεια. Αντίθετα, τα νευροπαθητικά συμπτώματα είναι γενικά πολύ ήπια. Τα ευρήματα αυτά υπογραμμίζουν τη συμμετοχή της νευροπάθειας στην παθογένεια της εξέλιξης (ενδεχομένως και της λοίμωξης) καθώς και τη συχνά παραπλανητική απουσία νευροπαθητικών συμπτωμάτων.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ07

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΑΡΘΡΩΣΗΣ CHARCOT: ΘΕΤΙΚΗ ΕΚΒΑΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΑΞΥ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΩΝ

Ρέππας Κωνσταντίνος, Μαλλιαρού Ευγενία, Καραμανάκος Γεώργιος, Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Διδασκάλου Αθανάσιος, Διακουμπούλου Ευανθία, Μακρυλάκης Κωνσταντίνος, Τόσκας Άγγελος, Ντζιώρα Φωτεινή, Τεντολούρης Νικόλαος

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Συνήθεις επιπλοκές σε διαβητικούς ασθενείς αποτελούν έλκη, λοιμώξεις δέρματος και μαλακών μορίων, οστεομυελίτιδα, νευροπαθητικές βλάβες και ποικίλου βαθμού περιφερική αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων. Οι λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού αποτελούν αιτία συχνών επισκέψεων και νοσηλείας σε Μονάδες Υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 43 ετών με ιστορικό Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 1 κι αρθροπάθειας Charcot παραπέμφθηκε στο Εξωτερικό Ιατρείο Λοιμώξεων από θεράποντα Ορθοπαιδικό λόγω οστεομυελίτιδας στο αριστερό κάτω άκρο. Από ληφθείσες καλλιέργειες πύου απομονώθηκαν *Enterobacter aerogenes* με ευαισθησία σε κινολόνες, αμινογλυκοσίδες, τριμεθοπρίμη/σουλφομεθοξαζόλη και καρβαπενέμες και πανανθεκτικό στέλεχος *Acinetobacter baumannii*.

Αποτελέσματα: Λόγω της καλής κλινικής κατάστασης του ασθενούς και απουσία συμπτωμάτων και σημείων συστηματικής λοίμωξης ελήφθη η απόφαση για έναρξη αντιμικροβιακής αγωγής με χορήγηση συνδυασμού σιπροφλοξασίνης και κλινδαμυκίνης από του στόματος θεωρώντας το απομονωθέν στέλεχος *Acinetobacter baumannii* αποικισμό. Στο σχεδιασμό του θεραπευτικού σχήματος ελήφθη υπόψιν και η πιθανή συμμετοχή στελεχών σταφυλοκόκκων. Ο ασθενής έλαβε αντιμικροβιακή αγωγή για έξι εβδομάδες. Επανεκτιμήθηκε από Διαβητολόγο, Λοιμωξιολόγο και Ορθοπαιδικό. Λόγω κλινικής, εργαστηριακής και απεικονιστικής βελτίωσης αποφασίστηκε η διακοπή της αντιμικροβιακής αγωγής στις 6 εβδομάδες.

Συμπεράσματα: Η αντιμετώπιση των λοιμώξεων διαβητικού ποδιού είναι πολυπαραγοντική κι απαιτεί συνεργασία μεταξύ Επαγγελματιών Υγείας διαφόρων ειδικοτήτων. Δεδομένα από τη βιβλιογραφία υποστηρίζουν βραχύτερα θεραπευτικά σχήματα επί ανταπόκρισης του ασθενούς.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ08

ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΕΚΒΑΣΗ ΛΟΙΜΩΞΗΣ ΔΕΡΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΜΑΛΑΚΩΝ ΜΟΡΙΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ
ΑΥΞΗΜΕΝΟ ΔΕΙΚΤΗ ΜΑΖΑΣ ΣΩΜΑΤΟΣ

**Μαλλιηρού Ευγενία, Ρέππας Κωνσταντίνος, Ανδριανέσης Βασίλειος,
Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κοπελιά Μαρία, Λιάτς Σταύρος, Αρβανίτης Μεγακλής,
Κόκκινος Αλέξανδρος, Ντζιώρα Φωτεινή, Τεντολούρης Νικόλαος**

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Διάφοροι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την ερμηνεία της σύνδεσης των λοιμώξεων με την παχυσαρκία. Οι παχύσαρκοι ασθενείς παρουσιάζουν μεγαλύτερη ευπάθεια σε λοιμώξεις και συχνά έχουν βαρύτερη κλινική εικόνα.

Υλικό και Μέθοδοι: Γυναίκα 35 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και δείκτη μάζας σώματος (ΒΜΙ) 42 kg/m² εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω έλκους στη δεξιά ποδοκνημική άρθρωση. Είχαν προηγηθεί νοσηλείες σε άλλα Νοσοκομεία και χορήγηση πολλαπλών σχημάτων αντιμικροβιακής αγωγής χωρίς βελτίωση. Από τις ληφθείσες καλλιέργειες πύου και ιστού απομονώθηκαν *Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter cloacae*, *Stenotrophomonas maltophilia* και *Enterococcus faecalis*.

Αποτελέσματα: Η ασθενής έλαβε αρχικά ενδοφλεβίως κατάλληλη αντιμικροβιακή αγωγή βάσει αντιβιογράμματος και στη συνέχεια αγωγή από του στόματος με σιπροφλοξασίνη, τριμεθοπρίμη/ σουλφαμεθοξαζόλη και λινεζολίδη για συνολικά 12 εβδομάδες. Έγινε εκτεταμένος χειρουργικός καθαρισμός, ενώ συμπληρωματικά χρησιμοποιήθηκαν επιθέματα. Η ασθενής διασυνδέθηκε με το Ιατρείο Παχυσαρκίας και ετέθη σε αγωγή με ναλτρεξόνη/βουπροπρίονη (συνδυασμό ανταγωνιστή των μ-υποδοχέων των οπιοειδών με αναστολέα της επαναπροσληψής της ντοπαμίνης) με σημαντική απώλεια βάρους. Η ασθενής παρουσίασε κλινική και απεικονιστική βελτίωση και παραμένει σε τακτική παρακολούθηση χωρίς υποτροπή της λοίμωξης.

Συμπεράσματα: Η πολυπαραγοντική προσέγγιση (χειρουργικός καθαρισμός, χορήγηση κατάλληλης στοχευμένης αντιμικροβιακής αγωγής, απώλεια βάρους, χρήση επιθεμάτων) είναι απαραίτητη για την επιτυχή αντιμετώπιση λοιμώξεων δέρματος και μαλακών μορίων σε ασθενείς με αυξημένο ΒΜΙ.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ09 ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ: ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΜΕ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΠΡΟΩΘΗΜΕΝΟΥ ΣΧΗΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΜΙΚΡΟΒΙΑΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

**Ρέππας Κωνσταντίνος, Μαλλιαρού Ευγενία, Καραμανάκος Γεώργιος,
Παπαχριστοφόρου Ελευθερία, Διδασκάλου Αθανάσιος, Αρβανίτης Μεγακλής,
Διακουμπούλλου Ευανθία, Μακρυλάκης Κωνσταντίνος, Ντζιώρα Φωτεινή,
Τεντολούρης Νικόλαος**

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Οι λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση της νοσηρότητας και θνητότητας στους διαβητικούς ασθενείς. Αποτελούν αιτία συχνών νοσηλείων σε Μονάδες Υγείας με σημαντική οικονομική επιβάρυνση του Συστήματος Υγείας. Η έγκαιρη και στοχευμένη θεραπεία τους, καθώς και μείωση του χρόνου νοσηλείας θα πρέπει να αποτελούν πρωταρχικό στόχο όλων των εμπλεκόμενων ιατρικών ειδικοτήτων.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 69 ετών με ιστορικό ινσουλινοεξαρτώμενου ΣΔ εισήχθη στην Παθολογική Κλινική λόγω έλκους έξω επιφανείας δεξιάς κνήμης, με κλινικά και απεικονιστικά ευρήματα οστεομυελίτιδας δεξιάς ποδοκνημικής άρθρωσης.

Αποτελέσματα: Καλλιέργειες πύου ήταν θετικές για *Pseudomonas aeruginosa* ανθεκτικής σε από του στόματος χορηγούμενα αντιμικροβιακά. Ο ασθενής έλαβε στοχευμένη αντιμικροβιακή αγωγή με κεφταζιμόνη 2gr ημερησίως (προσαρμοσμένη δόση βάσει νεφρικής κάθαρσης) για 2 εβδομάδες ενδονοσοκομειακά ενδοφλεβίως και στη συνέχεια ενδομυϊκώς κατ' οίκον. Κατόπιν αγγειοχειρουργικής εκτίμησης έγινε έναρξη αντιαιμοπεταλιακής αγωγής και συνεστήθη αποφυγή πιέσεως και καταπόνησης της αρθρώσεως και κατ' επέκτασιν του άκρου. Συμπληρωματικά χορηγήθηκαν επιθέματα με αντιψευδομοναδική δράση. Ο ασθενής ολοκλήρωσε επιτυχώς 12 εβδομάδες κατάλληλης αντιμικροβιακής αγωγής κατ' οίκον με κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η θεραπεία λοιμώξεων που απαιτούν μακρό χρόνο χορήγησης αντιμικροβιακών με επιλογή αγωγής κατάλληλης για χορήγηση και εκτός νοσοκομείου, όπου είναι εφικτό, μειώνει τις επιπλοκές για τον ασθενή, καθώς και το κόστος για το Σύστημα Υγείας.

**Ντικούδη Αναστασία¹, Βλάχου Ευγενία², Μπουρδόκης Αδαμάντιος³,
Μακρυλάκης Κωνσταντίνος⁴, Τεντολούρης Νικόλαος⁵**

¹ Νοσηλεύτρια ΠΕ, MSc Σακχαρώδης Διαβήτης & Παχυσαρκία, PhD (c), Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

² Καθηγήτρια Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

³ Δρ Ειδικός Παθολόγος με εκπαίδευση στο Διαβήτη στις παθήσεις Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Διευθυντής ΕΣΥ Β' Παθολογικής Κλινικής, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου & Ιατρείου Λιπιδίων και Παχυσαρκίας, Γενικό Νοσοκομείο Τρικάλων

⁴ Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

⁵ Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό»

Εισαγωγή: Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι η θεραπεία των διαβητικών ελκών μπορεί να υποστηριχθεί αποτελεσματικά μέσω της τηλεϊατρικής τεχνολογίας.

Σκοπός: Σκοπός ήταν να διερευνηθούν οι στάσεις και οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών σχετικά με τη χρήση της τηλεϊατρικής τεχνολογίας.

Μέθοδοι: Συμπεριλήφθηκαν 21 ερευνητικές μελέτες που δημοσιεύθηκαν κατά την περίοδο 2008-2018 και προέρχονται από τις βάσεις αναζήτησης Medline, Scopus, Cinahl, PubMed και Google Scholar.

Αποτελέσματα: Το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας έμεινε πολύ ικανοποιημένο από την τηλεϊατρική παρέμβαση η οποία αποδείχτηκε αρκετά βοηθητική στην παρακολούθηση των διαβητικών ελκών. Επιπλέον, παρατηρήθηκε βελτίωση στην επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και των εξειδικευμένων συναδέλφων τους καθώς και στην ποιότητα καταγραφής των ελκών. Όσον αφορά τους ασθενείς, δήλωσαν ικανοποιημένοι από την τηλεϊατρική συσκευή καθώς ήταν φιλική προς τους χρήστες, εύκολη στη χρήση ενώ λόγω αυτής δεν ήταν υποχρεωμένοι να μετακινηθούν από το σπίτι.

Συμπεράσματα: Η θετική ανατροφοδότηση που λήφθηκε από τους επαγγελματίες υγείας και από τους ίδιους τους ασθενείς έδειξε πως η τηλεϊατρική μπορεί να διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ11 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ D ΜΕΤΑΞΥ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΕΛΚΟΣ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ

**Τσίτσου Σοφία¹, Δημοσθενόπουλος Χαρίλαος¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα²,
Ανδριανέσσης Βασίλης², Παπαχριστοφόρου Ελευθερία², Κώστα Ουρανία²,
Τεντολούρης Νικόλαος²**

¹ Διαιτολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», Αθήνα

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

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια έχει μελετηθεί η συσχέτιση των επιπέδων βιταμίνης D με διάφορα νοσήματα, δεδομένου ότι οι υποδοχείς της εντοπίζονται σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος. Προς το παρόν δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα για τη σχέση μεταξύ των επιπέδων βιταμίνης D και των διαβητικών ελκών. Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η διαφορά των επιπέδων βιταμίνης D μεταξύ ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) με και χωρίς έλκος. Επιπλέον, διερευνήθηκε η συσχέτιση των επιπέδων βιταμίνης D με τα κλινικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Μεθοδολογία: Στη μελέτη εντάχθηκαν 34 ασθενείς με ενεργό έλκος και 39 άτομα χωρίς έλκος. Έγινε λήψη ιατρικού και διαιτολογικού ιστορικού και προσδιορίστηκε η ολική 25(OH)Βιταμίνη D στον ορό. Ως έλλειψη βιταμίνης D ορίστηκαν τα επίπεδα <10ng/mL.

Αποτελέσματα: Η συγκέντρωση βιταμίνης D δε διέφερε μεταξύ των συμμετεχόντων με και χωρίς έλκος ($17,8 \pm 6,3$ ng/mL και $19,1 \pm 9,1$ ng/mL, $p=0.521$ αντίστοιχα). Μεταξύ των ατόμων χωρίς έλκος, οι καπνιστές είχαν χαμηλότερες συγκεντρώσεις βιταμίνης D σε σύγκριση με τους μη καπνιστές, ενώ μεταξύ των συμμετεχόντων με έλκος υπήρχε τάση για χαμηλότερα επίπεδα βιταμίνης D στα άτομα με περιφερική νευροπάθεια. Στην ομάδα με τα διαβητικά έλκη παρατηρήθηκε μια τάση για αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων βιταμίνης D και CΡΡ. Στους ασθενείς χωρίς έλκος παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ των επιπέδων βιταμίνης D και LDL-χοληστερόλης, καθώς και της γGT, ενώ θετική συσχέτιση βρέθηκε μεταξύ των επιπέδων βιταμίνης D και της έκθεσης στον ήλιο. Στην πολυπαραγοντική ανάλυση στο σύνολο των συμμετεχόντων, μετά την διόρθωση ως προς τη συνήθεια του καπνίσματος, η βιταμίνη D βρέθηκε να σχετίζεται σημαντικά με την έκθεση στον ήλιο.

Συμπέρασμα: Παρόλο που οι δύο ομάδες δεν διαφέρουν μεταξύ τους ως προς τα επίπεδα βιταμίνης D, ο επιπολασμός της ανεπάρκειας είναι μεγαλύτερος από την επάρκεια και στις δύο ομάδες, υπογραμμίζοντας τη συσχέτιση της βιταμίνης D με το ΣΔ και την ανάγκη η συμπληρωματική χορήγησή της να αποτελέσει αναπόσπαστο κομμάτι της θεραπείας των ασθενών με ΣΔ με και χωρίς έλκος.

Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ12 ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ ΠΟΔΙΟΥ ΜΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑΣ: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Ζαφειρόπουλος Γεώργιος, Παπαχρήστου Στέλλα, Κεφαλά Χρυσούλα, Κύρογλου Σουλτάνα, Παπάνας Νικόλαος

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

Σκοπός: Περιγράφεται η επούλωση νευροπαθητικού έλκους ποδιού το οποίο δεν οφείλεται σε σακχαρώδη διαβήτη.

Περιγραφή της περίπτωσης: Επρόκειτο για άνδρα 45 ετών, ο οποίος προ 10ετίας είχε υποστεί σοβαρό τραυματισμό σε αυτοκινητικό δυστύχημα με διατομή του ισχιακού νεύρου στο αριστερό σκέλος. Προσέληθε με νευροπαθητικό έλκος στο έξω χείλος της πελματιαίας επιφάνειας του αριστερού άκρου ποδός. Παρουσίαζε έκπτωση της μυϊκής ισχύος με πτώση του αριστερού άκρου ποδός. Επίσης διαπιστώθηκαν κατάργηση των Αχιλλείων αντανακλαστικών και σοβαρή υπαισθησία του αριστερού σκέλους κατά τον έλεγχο των μεγάλων (παλθαισθησία, αφή) και των μικρών νευρικών ινών (αίσθηση πόνου και θερμοκρασίας). Σύστοιχα παρουσίαζε αύξηση του ουδού των ηλεκτρικών δονήσεων κατά την εξέταση με νευροθεσιόμετρο (> 50 Volts) και παθολογική δοκιμασία ελέγχου της εφίδρωσης με το επίθεμα Neuropad. Αντιμετωπίστηκε με αφαίρεση των υπερκερατώσεων, αφρώδη επιθέματα και αποφόρτιση με μισοπάπουτσο. Επιτεύχθηκε επούλωση εντός τριμήνου. Προτάθηκαν ειδικά υποδήματα, αλλὰ δε συμμορφώθηκε. Κατά τους τελευταίους 14 μήνες, παρουσίασε δύο υποτροπές της εξέλκωσης, οι οποίες αντιμετωπίστηκαν με τον ίδιο τρόπο.

Συμπεράσματα: Η γνώση και η εμπειρία από την αντιμετώπιση του διαβητικού ποδιού μπορεί να φανεί χρήσιμη και σε τέτοιες περιπτώσεις.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ13 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΤΗ ΓΕΛΗ ΚΟΛΛΑΓΟΝΟΥ VERGENIX: ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ

Παπάνας Νικόλαος, Παπαχρήστου Στέλλα, Κεφαλά Χρυσούλα, Κύρογλου Σουλιτάνα

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

Σκοπός: Περιγράφεται η επούλωση χρόνιου νευροπαθητικού έλκους διαβητικού ποδιού με την εφαρμογή της γέλης κολλαγόνου Vergenix.

Περιγραφή της περίπτωσης: Επρόκειτο για γυναίκα 74 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 30ετίας και ακρωτηριασμό 2^{ου}-5^{ου} δακτύλου αριστερού ποδός προ 5ετίας. Είχε φυσιολογική κυκλοφορία. Παρουσίασε νέο νευροπαθητικό έλκος χωρίς ροίμωξη στην πελματιαία επιφάνεια αντίστοιχα προς τις κεφαλές του 3^{ου}-4^{ου} μεταταρσίου. Παρά τα συνήθη ενδεικνυόμενα μέτρα, συμπεριλαμβανομένης της αποφόρτισης με μισοπάπουτσο, δεν επιτεύχθηκε επούλωση εντός 3μήνου. Έτσι εφαρμόστηκε άπαξ η γέλη Vergenix στην εξέλκωση, με συνέχιση της λοιπής ιατρικής φροντίδας. Στην επόμενη επίσκεψη της ασθενούς έπειτα από 5 εβδομάδες, είχε επέλθει επούλωση. Το αποτέλεσμα παρέμεινε και στη νέα επίσκεψή της έπειτα από 2 μήνες.

Συμπεράσματα: Η επούλωση στη συγκεκριμένη ασθενή είναι ενθαρρυντική για το προϊόν.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ14 Η ΟΝΥΧΕΚΤΟΜΗ ΣΤΟ ΙΑΤΡΕΙΟ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

**Βογιατζόγλου Ελευθέριος, Παπαλεξάνδρου Παναγιώτα, Κώνστα Αικατερίνη,
Θεοφάνους Αναστασία, Ζούρκου Ευαγγελία, Παντελούκα Άννα Μαρία, Λούπα Χαρίκλεια**

Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου», Νοσοκομειακή Μονάδα
«Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Εισαγωγή: Η είσφρηση όνυχός (ΕΟ) ή αλλιώς ονυχοκρύπτωση συνιστά ένα από τα συχνότερα προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν στα πόδια του γενικού πληθυσμού. Η πάθηση αυτή παρουσιάζεται όταν η ονυχαία πλάκα διατιτράινει την έσω ή την έξω ονυχαία πτυχή (ετερόπλευρη είσφρηση) ή και τις 2 πτυχές ταυτόχρονα (αμφοτερόπλευρη είσφρηση), προκαλώντας πόνο, ή και φλεγμονή. Πιο συχνά θα προσβληθεί ο μέγας δάκτυλος (ΜΔ) αλλά μπορεί να προσβληθούν και τα υπόλοιπα δάκτυλα. Η λύση της συνέχειας του δέρματος που προκαλεί ο όνυχας, ανοίγει τη δίοδο σε μικροοργανισμούς που ενδέχεται να προκαλέσουν δευτερογενείς λοιμώξεις. Παράλληλα, η προσπάθεια του δέρματος για επισύλωση, ενόσω παρεμβάλλεται το νύχι, θα οδηγήσει στη δημιουργία κοκκιωματώδους ιστού. Η χειρουργική αποκατάσταση της ΕΟ είναι σαφώς πιο αποτελεσματική από τη συντηρητική. Έχουν περιγραφεί διάφορες μέθοδοι, όπως του Winograd και του Zadik, αλλά η αποτελεσματικότερη, σε ότι αφορά τα ποσοστά υποτροπών, παραμένει αυτή του καυτηριασμού της μήτρας του όνυχα με φαινόλη 80%.

Υλικό - Μέθοδος: Δύο γυναίκες με ΣΔ1, με περιφερική νευροπάθεια (ΠΝ) και χωρίς περιφερική αγγειακή νόσο (ΠΑΝ), με ετερόπλευρη ΕΟ και συνδό κοκκιωματώδη ιστό στο ΜΔ δεξιού άκρου ποδός, και μία γυναίκα με ΣΔ2 χωρίς ΠΝ αλλά με ΠΑΝ, με αμφοτερόπλευρη ΕΟ στον ΜΔ αριστερού άκρου ποδός, υπεβλήθησαν σε ετερόπλευρη και αμφοτερόπλευρη μερική ονυχεκτομή αντίστοιχα. Σε καμία περίπτωση δεν συνυπήρχε ροίμωξη. Στις δύο πρώτες περιπτώσεις, ακολούθησε χειρουργική εκτομή του κοκκιώματος και καυτηριασμός της μήτρας με φαινόλη ενώ στην τρίτη όχι. Δε χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή σε καμία από τις 3. Χρησιμοποιήθηκαν τα εξής εργαλεία: Κόφτης ονύχων τύπου Thwaites, Νυστερίδιο τύπου Beaver, Τσιμπίδα, Λαβίδα και Βαμβακοφόροι στυλεοί εμποτισμένοι με φαινόλη.

Αποτελέσματα - Συμπεράσματα: Και στις τρεις περιπτώσεις υπήρξε πλήρης επισύλωση σε διάστημα <1 μήνα και άρση του άλγους. Σε καμία από τις τρεις περιπτώσεις δεν παρουσιάζονται σημεία υποτροπής (παρακολούθηση 10 μηνών στις 2 πρώτες και 36 μηνών στην 3η). Η έκβαση των συγκεκριμένων περιστατικών ενισχύει περαιτέρω τις συστάσεις της βιβλιογραφίας για τη συγκεκριμένη χειρουργική μέθοδο. Θα πρέπει βέβαια να τονιστεί η επικινδυνότητα, τόσο της χρήσης της φαινόλης όσο και της χειρουργικής εκτομής τμήματος ή ολόκληρης της ονυχαίας πλάκας σε ασθενείς με σοβαρή ΠΑΝ.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ15 ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΥΔΡΟΧΛΩΡΙΚΗΣ ΝΤΑΛΜΠΑΒΑΝΣΙΝΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 1 ΚΑΙ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ CHARCOT

**Μαλλιηρού Ευγενία, Ρέππας Κωνσταντίνος, Ανδριανέσσης Βασίλειος,
Ελευθεριάδου Ιωάννα, Κοπελιά Μαρία, Λιάτσης Σταύρος, Κόκκινος Αλέξανδρος,
Τόσκας Άγγελος, Ντζιώρα Φωτεινή, Τεντολούρης Νικόλαος**

Μονάδα Σακχαρώδους Διαβήτη και Μεταβολικών Νόσων, Εξωτερικό Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού,
Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, ΓΝΑ Λαϊκό, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Εισαγωγή: Η Υδροχλωρική Νταλμπαβανσίνη (Dalbavancin) είναι ένα βακτηριοκτόνο λιπογλυκοπεπτίδιο. Έχει λάβει έγκριση για θεραπεία οξέων βακτηριακών λοιμώξεων δέρματος και μαλακών μορίων (ABSSSI) σε ενήλικες, ενώ δεδομένα από κλινικές μελέτες σε εξέλιξη υποστηρίζουν χρήση του φαρμάκου σε οστεομυελίτιδα.

Υλικό και Μέθοδος: Γυναίκα, 56 ετών με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 προσήλθε λόγω πυορροούστος έλκους στη αριστερή ποδοκνημική άρθρωση. Απεικονιστικός έλεγχος με Μαγνητική Τομογραφία ανέδειξε νευροπαθητικές αλλοιώσεις τύπου Charcot, εξάρθρημα 2^{ns} και 4^{ns} τارسομετατάρσιος άρθρωσης με συνοδό κυτταρίτιδα στο υποδόριο και πιθανή χρόνια οστεομυελίτιδα.

Αποτελέσματα: Καλλιέργειες πύου από την πάσχουσα περιοχή ήταν αρνητικές. Με το δεδομένο αποτυχίας σε εμπειρική χορήγηση συνδυασμού αντιμικροβιακών και λαμβάνοντας υπ' όψιν παλαιότερα μικροβιολογικά δεδομένα (καλλιέργεια οστικού τεμαχίου κεφαλής μετατάρσιου θετική για κοαγκουλάση-αρνητικό Staphylococcus ανθεκτικό στην οξακιλίνη) αποφασίστηκε η χορήγηση Υδροχλωρικής Νταλμπαβανσίνης σε σχήμα δύο δόσεων 1.5g με διαφορά μίας εβδομάδας, το οποίο και επαναλήφθηκε 6 εβδομάδες αργότερα. Η ασθενής επανεκτιμήθηκε στο Ιατρείο Λοιμώξεων μετά το τέλος της αγωγής με κλινική και απεικονιστική βελτίωση.

Συμπεράσματα: Η Υδροχλωρική Νταλμπαβανσίνη αποτελεί χρήσιμο αντιμικροβιακό για την αντιμετώπιση λοιμώξεων δέρματος, μαλακών μορίων και οστών σε ασθενείς που η κλινική τους κατάσταση επιτρέπει την αντιμετώπισή τους εκτός νοσοκομείου. Μειονέκτημα της προσέγγισης αποτελεί το κόστος του φαρμάκου που παραμένει υψηλό.

ΠΑ16 ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ CORIO SPRAY® ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Κώστα Ουρανία, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Τεντολούρης Αναστάσιος, Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη, Αναστασίου Ιωάννα, Τζεραβίνη Ευαγγελία, Μάρκου Γεωργία, Τεντολούρης Νικόλαος

Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Ειδική Νοσολογία, Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ Λαϊκό

Δεδομένα - Σκοπός: Τα διαβητικά έλκη δεν ακολουθούν τη φυσιολογική διαδικασία επούλωσης. Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας ενός νέου, τοπικά χορηγούμενου σκευάσματος με τη μορφή εναιωρήματος (Corio Spray®) στα διαβητικά έλκη. Το Corio Spray® περιέχει υαλουρονικό οξύ 0,3%, βαλσαμέλαιο, μαστίχα, Ginkgo Biloba και λιβάνι. Το πρωτεύον καταληκτικό σημείο της μελέτης ήταν η σύγκριση του ποσοστού των ασθενών που πέτυχαν μείωση της επιφάνειας του έλκους τουλάχιστον κατά 80% εντός της περιόδου παρέμβασης στις ομάδες της μελέτης (ομάδα της θεραπείας με Corio Spray® και ομάδα ελέγχου). Δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία ήταν η ύπαρξη τοπικής αντίδρασης, η επιπλοκή με λοίμωξη και ο ακρωτηριασμός.

Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 20 άτομα με ΣΔ και χρόνια νευροπαθητικά έλκη διάρκειας >6 εβδομάδων χωρίς λοίμωξη. Οι συμμετέχοντες τυχαιοποιήθηκαν σε 2 ομάδες. 12 άτομα τυχαιοποιήθηκαν στην ομάδα ελέγχου που έλαβε τη συνήθη θεραπεία (χειρουργικός καθαρισμός, τοπική φροντίδα με γάζες και υπέρτονο διάλυμα και αποφόρτιση) και 8 στην ομάδα παρέμβασης, στην οποία πέραν της τοπικής φροντίδας εφαρμόστηκε καθημερινά Corio Spray® στην επιφάνεια του έλκους. Η περίοδος παρακολούθησης ήταν 18 εβδομάδες (12 εβδομάδες παρέμβασης και 6 εβδομάδες παρακολούθησης).

Αποτελέσματα: Οι δύο ομάδες δεν διέφεραν σημαντικά ως προς τα δημογραφικά στοιχεία και τα υπόλοιπα χαρακτηριστικά κατά την ένταξη στη μελέτη. Δεν υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων ως προς το πρωτεύον καταληκτικό σημείο ($p=0.642$). Επίσης, δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά στα δευτερεύοντα καταληκτικά σημεία.

Συμπέρασμα: Η χρήση του Corio Spray® ως προσθήκη στη συνήθη θεραπεία των νευροπαθητικών ελκών δε φαίνεται να έχει επιπρόσθετα θετικά αποτελέσματα στην επούλωση σε σχέση με τη συνήθη θεραπεία.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ17 ΙΝ VITRO ΜΕΛΕΤΗ ΤΗΣ ΕΥΕΡΓΕΤΙΚΗΣ ΕΠΙΔΡΑΣΗΣ ΤΗΣ ΣΕΚΟΥΡΙΝΙΝΗΣ ΣΕ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥΣ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΥΣ ΙΝΟΒΛΑΣΤΕΣ

Κοκόλλα - Δημητροπούλου Βασιλεία¹, Αναστασίου Ιωάννα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Κατσαούνη Αθανασία², Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Κώστα Ουρανία¹, Μουρούζης Ιορδάνης², Πάντος Κωνσταντίνος², Τεντολούρης Νικόλαος¹

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

² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Η σεκουρινίνη είναι μια δραστική αλκαλοειδής λακτόνη του φυτού *Securinega Suffruticosa*. Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι έχει αντιβακτηριακές ιδιότητες, ενώ σε ανθρώπινες καρκινικές κυτταρικές σειρές έχει φανεί να έχει αντικαρκινική δράση. Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η μελέτη της επίδρασης της σεκουρινίνης σε ανθρώπινους δερματικούς ινοβλάστες.

Μέθοδος: Έγινε καλλιέργεια κυτταρικής σειράς ανθρώπινων δερματικών ινοβλαστών. Τα κύτταρα επωάσθηκαν για 24 και 48 ώρες με θρεπτικό υλικό που περιείχε σειριακές αραιώσεις σεκουρινίνης: μηδενική συγκέντρωση (ομάδα ελέγχου), 0.25 μΜ, 0.5 μΜ, 1 μΜ και 5 μΜ. Στη συνέχεια εκτιμήθηκαν τα επίπεδα βιωσιμότητας και πολλαπλασιαστικής ικανότητας των κυττάρων με τη μέτρηση των ενδοκυττάρων συγκεντρώσεων ATP.

Αποτελέσματα: Μετά από επώαση 24 ωρών οι ινοβλάστες παρουσίασαν αύξηση στα ενδοκυττάρια επίπεδα ATP στις 3 χαμηλότερες συγκεντρώσεις σεκουρινίνης (0.25 μΜ, 0.5 μΜ, 1 μΜ) σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (κατά 6%, 10% και 18% αντίστοιχα). Αντιθέτως, μείωση της τάξης του 12% παρατηρήθηκε στη μεγάλη συγκέντρωση σεκουρινίνης. Μετά από επώαση 48 ωρών, τα επίπεδα ATP αυξήθηκαν κατά 13% στην χαμηλή συγκέντρωση σεκουρινίνης, δεν παρατηρήθηκε διαφορά με την ομάδα ελέγχου στις συγκεντρώσεις των 0.5 μΜ και 1 μΜ, ενώ στη μεγάλη συγκέντρωση παρατηρήθηκε μια μείωση της τάξης του 14%.

Συμπεράσματα: Η *in vitro* έκθεση των ινοβλαστών σε χαμηλές συγκεντρώσεις σεκουρινίνης έχει θετική επίδραση στα επίπεδα των ενδοκυττάρων επιπέδων ATP και στη πολλαπλασιαστική ικανότητα των κυττάρων.

**Τσιλιγιγίρης Δημήτριος¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹,
Αναστασίου Ιωάννα¹, Κώστα Ουρανία¹, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη¹,
Ανδριανέας Βασίλης¹, Μουρούζης Ιωάννης², Τεντολούρης Νικόλαος¹**

¹ Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών & Διαβητολογικό Κέντρο, ΓΝΑ «Λαϊκό»
² Εργαστήριο Φαρμακολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Τα κυκλοφορούντα επίπεδα οστεοποντίνης (OPN) σχετίζονται με την παρουσία και πρόγνωση της αθηρωματικής νόσου των στεφανιαίων και εγκεφαλικών αγγείων. Στην παρούσα μελέτη εξετάσαμε τη συσχέτιση των επιπέδων OPN πλάσματος με την παρουσία ΠΑΝ των κάτω άκρων σε άτομα με και χωρίς σακχαρώδη διαβήτη.

Υλικό και Μέθοδος: Εξετάστηκαν δύο ομάδες, ομάδα Α (άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, n=70) και Β (άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, n=66). Σε όλους τους συμμετέχοντες έγινε αναζήτηση ΠΑΝ με έγχρωμο Doppler και μετρήθηκε ο κνημοβραχιόνιος δείκτης (ABI). Τα επίπεδα οστεοποντίνης πλάσματος μετρήθηκαν με την τεχνική Luminex Multiplex immunoassay.

Αποτελέσματα: Η παρουσία ΠΑΝ διαπιστώθηκε σε 34 (48.6%) συμμετέχοντες στην ομάδα Α και σε 8 (12.1%) στην ομάδα Β. Οι συμμετέχοντες με ΠΑΝ σε αμφότερες τις ομάδες παρουσίαζαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα OPN σε σχέση με αυτούς με φυσιολογικό αρτηριακό δίκτυο ($p < 0.001$), ενώ παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση μεταξύ του ABI και της OPN πλάσματος ($p < 0.01$). Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, η παρουσία ΠΑΝ παρουσίαζε ανεξάρτητη σημαντική συσχέτιση με τα επίπεδα OPN σε αμφότερες τις ομάδες ($p < 0.05$).

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα OPN πλάσματος συσχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με την παρουσία ΠΑΝ. Απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για τη διασαφήνιση του ενδεχόμενου αιτιολογικού και προγνωστικού ρόλου της OPN στην παθολογία της ΠΑΝ.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ19 Η ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΣΚΛΗΡΟΣΤΙΝΗΣ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΣΒΕΣΤΩΣΗ ΤΩΝ ΑΡΤΗΡΙΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΚΑΙ ΧΩΡΙΣ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Τεντολούρης Αναστάσιος, Ελευθεριάδου Ιωάννα, Τσιλιγγίρης Δημήτριος, Κώστα Ουρανία, Αναστασίου Ιωάννα, Καραμανάκος Γιώργος, Ρέππας Κωνσταντίνος, Μπαρμπαγιάννη Αικατερίνη, Μάρκου Γεωργία, Τεντολούρης Νικόλαος

Διαβητολογικό Κέντρο, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Γενικό Νοσοκομείο Λαϊκό, Αθήνα

Εισαγωγή: Η σκληροστίνη μειώνει το σχηματισμό οστίτη οστού και η έκφρασή της είναι αυξημένη στο αγγειακό σύστημα κατά τη διάρκεια της αρτηριακής ασβέστωσης ως αντιρροπιστικός μηχανισμός. Η ασβέστωση των αρτηριών των κάτω άκρων (LEAC) είναι συχνή σε άτομα με διαβήτη και νευροπάθεια.

Σκοπός: Στην παρούσα μελέτη εξετάστηκε η συσχέτιση των επιπέδων της σκληροστίνης του πλάσματος με την παρουσία διαβητικής νευροπάθειας και LEAC σε άτομα με και χωρίς διαβήτη.

Μέθοδος: Συνολικά εξετάστηκαν 77 άτομα με διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) και 74 μη διαβητικά άτομα. Η σκληροστίνη μετρήθηκε με τη μέθοδο ELISA. Η διάγνωση της νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος της καρδιάς (CAN) εκτιμήθηκε με τις δοκιμασίες του Ewing, ενώ η παρουσία περιφερικής νευροπάθειας (ΠΝ) με το δείκτη νευρολογικών συμπτωμάτων και το δείκτη νευρολογικών σημείων. Η παρουσία LEAC εκτιμήθηκε με τη χρήση ακτινογραφιών των κάτω άκρων.

Αποτελέσματα: Τα επίπεδα σκληροστίνης πλάσματος ήταν υψηλότερα στα άτομα με LEAC σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς LEAC στην ομάδα των ατόμων με και χωρίς ΣΔΤ2 ($p=0.035$ and $p=0.003$, αντίστοιχα). Στην ομάδα των ατόμων με ΣΔΤ2 οι ασθενείς με CAN αλλιώς χωρίς ΠΝ είχαν υψηλότερη συγκέντρωση σκληροστίνης σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς CAN ($p<0.001$). Η πολυπαραγοντική ανάλυση στα άτομα με ΣΔΤ2 έδειξε ότι τα επίπεδα σκληροστίνης σχετίζονται θετικά με την παρουσία CAN και LEAC, ενώ στην ομάδα των μη διαβητικών ατόμων υπήρχε μία θετική τάση για συσχέτιση με την παρουσία LEAC και το ανδρικό φύλο.

Συμπεράσματα: Τα επίπεδα σκληροστίνης σχετίζονται με την παρουσία CAN και LEAC σε άτομα με ΣΔΤ2. Η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος πιθανόν συμμετέχει στην παθογένεια της LEAC μέσω της διαφοροποίησης των λείων μυϊκών κυττάρων σε οστεοπαραγωγά κύτταρα. Η σκληροστίνη φαίνεται ότι αυξάνει αντιρροπιστικά ως ένας αμυντικός μηχανισμός για την πρόληψη της περαιτέρω αρτηριακής ασβέστωσης.

Πετρίδης Νικόλαος, Ιωακείμ Κωνσταντίνος, Νικολαΐδης Αθανάσιος, Σκούτας Δημήτριος, Κρασόφσκαγια Ιρίνα, Τζατζάγου Γλυκερία

Α΄ Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η νευροπαθητική αρθροπάθεια (Charcot) χαρακτηρίζει προχωρημένη νευροπάθεια κατά κύριο λόγο σε διαβητικούς ασθενείς. Χαρακτηρίζεται από καταστροφικές παραμορφωτικές αλλοιώσεις στα οστά του άκρου ποδός και ειδικά της άρθρωσης του αστραγάλου.

Παρουσίαση περιστατικού: Παρουσιάζεται η περίπτωση άνδρα ασθενούς 37 ετών, με ελεύθερο ιστορικό, ο οποίος εμφανίστηκε με αναφερόμενο άλγος και περιορισμένη κινητικότητα στην ποδοκνημική άρθρωση και νευροπαθητικού έλκους ραχιαίας επιφανείας ποδός. Ο ασθενής δεν ανέφερε πολυουρία, πολιδίψια, απώλεια βάρους σώματος. Κλινικά διαπιστώθηκε ερυθρότης στη προσβεβλημένη άρθρωση και ευαισθησία. Μετά από απεικονιστικό έλεγχο με απλή ακτινογραφία και στη συνέχεια με μαγνητική τομογραφία διαπιστώθηκε αρθροπάθεια Charcot, ενώ παράλληλα διαγνώστηκε διαβήτης τύπου 2, ενώ από το έλκος απομονώθηκε citrobacter koseri. Το triplex ανέδειξε φυσιολογική ροή στις αρτηρίες των κάτω άκρων. Τέθηκε σε εντατικοποιημένο ασχήμα ινσουλίνης αρχικά και σε αντιβιοτική αγωγή. Λόγω εκτεταμένης βλάβης διενεργήθηκε εσωτερική αρθρόδεση. Ο ασθενής πραγματοποίησε τακτικές επισκέψεις στο Διαβητολογικό Κέντρο για περιποίηση του έλκους, με επούλωσή του μέσα σε 6 μήνες από τη διάγνωση.

Συζήτηση: Εμφάνιση συμπτωμάτων από νευροπαθητική αρθροπάθεια Charcot μπορεί σπανιότατα να είναι η πρώτη εκδήλωση που θα οδηγήσει τον ασθενή σε έλεγχο. Η συντονισμένη αντιμετώπιση από το διαβητολόγο και τον ορθοπεδικό, καθώς και η τακτική και επιμελής περιποίηση του πάσχοντος ποδιού, οδηγούν σε ικανοποιητικά αποτελέσματα στη θεραπεία της νόσου και στην πρόληψη της αναπηρίας.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ21 ΕΠΙΤΥΧΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΛΚΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ 3: ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Πετρίδης Νικόλαος¹, Ιωακείμ Κωνσταντίνος¹, Νικολαΐδης Αθανάσιος¹, Σκούτας Δημήτριος¹, Σαΐαχ Φάρες², Καρακώζογλου Αναστάσιος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

² Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική, Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου

Εισαγωγή: Το διαβητικό πόδι παρουσιάζει επιπολασμό 20% σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Η επιτυχής θεραπεία του διαβητικού έλκους απαιτεί συχνές επισκέψεις στο ιατρείο και συντονισμένη προσπάθεια από την ομάδα του διαβητικού ποδιού.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού με επιμολυμένο, προχωρημένο διαβητικό έλκος και της πλήρους επούλωσής του με συχνό, καθαρισμό, αντιβιοτική αγωγή και επιθέματα.

Υλικό και Μέθοδος: Ασθενής 67 ετών παρουσιάστηκε στο ιατρείο διαβητικού ποδιού για εκτεταμένο νευροισχαιμικό διαβητικό έλκος στη ραχιαία επιφάνεια του αριστερού άκρου ποδός από 3μήνου. Επισκοπικά ήταν ορατοί οι εκτείνοντες τένοντες του άκρου πόδα και υπήρχαν σημεία φλεγμονής (στάδιο 3 κατά PEDIS). Από ατομικό αναμνηστικό ο ασθενής ανέφερε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από 2μήνου, υπό μετφορμίνη και βασική ινσουλίνη, παχυσαρκία και πρόσφατο, προ μηνός, ακρωτηριασμό της 5ης φάλαγγας του αριστερού άκρου ποδός σε δευτεροβάθμιο νοσοκομείο, μετά από τραυματική κάκωση. Λόγω υψηλών δεικτών φλεγμονής, ο ασθενής εισήχθη στην κλινική. Από τις καλλιέργειες του έλκους αλλά και του κολλοβώματος, διαπιστώθηκε *Pseudomonas Aeruginosa* και τέθηκε σε ενδοφλέβια αντιβιοτική αγωγή με σιπροφλοξασίνη βάσει αντιβιογράμματος και αφαίρεση υπολοιπούμενου οστού από το ακρωτηριασθέν δάκτυλο. Στη νοσηλεία του πέρα από καθημερινή αλλαγή/περιποίηση του έλκους, πραγματοποιήθηκε καθαρισμός του έλκους με συσκευή υπερήχων. Με την πτώση των δεικτών φλεγμονής έλαβε εξιτήριο και η παρακολούθησή του συνεχίστηκε στο ιατρείο τρις εβδομαδιαίως, με καθαρισμό με βορικό οξύ, τοποθέτηση πλέγματος και ήπιο καθαρισμό με βορικό, ενώ παράλληλα βελτιώθηκε ο γλυκαιμικός του έλεγχος και ελέγχθηκε το βάρος του.

Αποτελέσματα: Παροτρνήθηκε διαρκής βελτίωση, με μείωση των ορίων του έλκους και των εκκρίσεων του από τον πρώτο μήνα των θεραπειών και διακοπή της αντιβιοτικής αγωγής τον 4^ο μήνα και τοποθέτηση επούλωσης κρέμας. Ικανοποιητική επούλωση επήλθε τον 5^ο μήνα των συνεδριών.

Συζήτηση: Η χορήγηση κατάλληλης αντιβιοτικής αγωγής, ο γλυκαιμικός έλεγχος αλλά και ο τακτικός επιμελής καθαρισμός με την επίθεση κατάλληλων προϊόντων είναι τα κλειδιά για την αποτελεσματική επούλωση προχωρημένων διαβητικών ελκών.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ22 Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΛΑΣΤΙΚΗΣ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ: ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΑΠΟ ΕΝΑ ΙΑΤΡΕΙΟ
ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ

Αγγελόπουλος Γεώργιος^{1,2}, Δαλακίδης Απόστολος¹, Καντουνάκης Ιωάννης³,
Καραγεώργου Δήμητρα⁴, Βογιατζόγλου Ελευθέριος⁴, Καλαντζή Σοφία⁴,
Κώνστα Αικατερίνη⁴, Λούπα Χαρίκλεια⁴

¹Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Ερρίκος Ντυνάν, Αθήνα

²Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, Νοσοκομείο Saint Joseph, Παρίσι

³Τμήμα Επεμβατικής Ακτινολογίας, 401 Στρατιωτικό Νοσοκομείο, Αθήνα

⁴Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού Δημήτρης Βογιατζόγλου, νοσοκομειακή μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Σκοπός: Είναι γνωστό ότι για την επούλωση έλκους σε διαβητικό πόδι και για τον έλεγχο τυχόν λοίμωξης απαιτείται καλή αγγείωση. Δυστυχώς, η επίπτωση της περιφερικής αρτηριοπάθειας σε διαβητικό πόδι με εξέλιξη έχει αυξηθεί (ή είχε υποεκτιμηθεί στο παρελθόν), φθάνοντας σε ορισμένες μελέτες κοντά στο 50%.

Ασθενείς - Μέθοδος: Καταγράφηκαν οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική σε διάστημα 2,5 ετών. Ο σκοπός της αγγειοπλαστικής ήταν να έχουμε στο τέλος της επέμβασης τουλάχιστον ένα βατό αγγείο μέχρι τον άκρο πόδα (direct flow). Οι αγγειοπλαστικές έγιναν με τοπική αναισθησία και ελαφρά μέθη. Οι σύγχρονες τεχνικές αγγειοπλαστικής χρησιμοποιήθηκαν για να έχουμε αυτό το αποτέλεσμα, δηλ: 1. υποενδοθηλιακή επαναστραγγοποίηση (ανεξάρτητα από το μήκος της απόφραξης άνωθεν και κάτωθεν του γόνατος), με ή χωρίς διπλή παρακέντηση (double approach) 2. Επαναστραγγοποίηση η αγγειοπλαστική (PTA) της ραχιαίας του ποδός είτε του πελματιαίου τόξου με loop technique.

Αποτελέσματα: 14 ασθενείς, (9 άνδρες), με ΣΔ2, υποβλήθηκαν σε αγγειοπλαστική, λόγω κρίσιμης ισχαιμίας και / ή άμεσου κινδύνου ακρωτηριασμού. Σε 1 από αυτούς έγινε δεύτερη επέμβαση μετά 1 έτος (επαναπόφραξη). Μετά την αγγειοπλαστική, μόνον 2 οδηγήθηκαν σε μείζονα ακρωτηριασμό. Σε έναν η κατάσταση παρέμεινε στάσιμη, ενώ οι λοιποί 11 είχαν καλή πορεία, απαλλαγής από το άλγος, και κατά περίπτωση αφαίρεση δακτύλων που είχαν ήδη ξηρά γάγγραινα ή εκτεταμένο χειρουργικό καθαρισμό.

Συμπεράσματα: Η επανααγγείωση σε διαβητικό πόδι με σημαντικού βαθμού περιφερική αρτηριοπάθεια, με άλγος, εξέλιξη ή/και λοίμωξη είναι αναγκαία και πρέπει να γίνεται όσο το δυνατόν νωρίτερα, τόσο για την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών, όσο και για την αποφυγή χρονιότητας του έλκους ή/και της λοίμωξης, και την πρόληψη ακρωτηριασμών.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ23 Η ΘΕΣΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΙΝΟΒΛΑΣΤΩΝ ΣΕ ΕΛΚΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΟΣ

**Τόπακας Γεώργιος¹, Κορχιλάκη Ειρήνη¹, Θεοδοσίου Παρασκευάς², Κατσέλη Αναστασία²,
Βογιατζόγλου Ελευθέριος³, Αναστασάκης Χριστόφορος³, Καϊταντζή Σοφία³,
Λούπα Χαρίκλεια³**

¹ Ανοσολογικό Τμήμα, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

² Β' Χειρουργική Κλινική, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς», Αθήνα

³ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού Δημήτρης Βογιατζόγλου, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Σκοπός: Περιγράφονται 7 περιπτώσεις ασθενών με έλκη διαβητικού ποδός, στους οποίους προσπάθειες επουλώσεως (συχνό debridement, επιθέματα και αποφόρτιση) είχαν αποτύχει. Οι 5 παρουσίασαν πλήρη επουύλωση με τη βοήθεια αυτόλογων ινοβλαστών. Οι δύο πρώτες περιπτώσεις έχουν μακρά περίοδο παρακολούθησης (πλέον των 7 ετών).

Μέθοδος: Έγινε καλλιέργεια ινοβλαστών από ληφθέν τεμάχιο δέρματος των ασθενών. Δεν χρησιμοποιήθηκε οποιοσδήποτε παράγων με αυξητική δράση. Μετά 20-30 ημέρες, αναλόγως του μεγέθους του ληφθέντος τεμαχίου, εναιώρημα της καλλιέργειας εγχύθηκε με λεπτή βελόνη υποδορίως στην περιφέρεια του έλκους. Το κόστος της εγχύσεως εκτιμήθηκε σε 400 euro για την 1η έγχυση και 200 euro για κάθε επιπλέον έγχυση.

Περιγραφή Περιπτώσεων:

Α) Ιζαμπέλη Β, 65 ετών, ΣΔ2, HbA1c=6%. Νευροπαθτικό έλκος πελματιαίας επιφάνειας 1^{ου} δακτύλου αριστερού ποδός από 10μήνου με διάμετρο 1 cm. Έγιναν 2 εγχύσεις, με μεσοδιάστημα 1 μηνός. Σε 9 εβδομάδες από την 2^η έγχυση το έλκος είχε πλήρως επουλωθεί.

Β) Μαίρη Π., 67 ετών, ΣΔ2, HbA1c=5.5%. Νευροπαθτικό έλκος πτέρνης από ακατόλητο υπόδημα από 9μήνου με διάμετρο 4 cm. Έγιναν 3 εγχύσεις. Στις 10 εβδομάδες από την 1^η έγχυση (διάμετρος 1.5 cm) έγινε 2^η έγχυση (κύτταρα που είχαν καταψυχθεί), χωρίς ιδιαίτερο αποτέλεσμα. 3^η έγχυση (από νέο ισοτεμάχιο) ακολουθήθηκε από άριστη πορεία. Πλήρης επουύλωση στις 27 εβδομάδες.

Στα περιστατικά Α και Β, σε επανελέγχους πλέον των 7 ετών, το έλκος δεν έχει επανεμφανισθεί. Οι ασθενείς παρουσιάζουν κατά ορατά διαστήματα υπερκερατώσεις στο συγκεκριμένο σημείο (γίνεται debridement).

Στο περιστατικό Β, παθολογοανατομική και κυτταρολογική εξέταση της περιοχής στην 3^η έδειξε μόνον κερατινοκύτταρα και μάζες κερατίνης.

Γ) Ευαγγελία Κ, 81, ΣΔ2, με εκτεταμένα έλκη κάτω άκρων άμφω (~15 cm), στην οποία είχε προταθεί ακρωτηριασμός. Έγιναν 2 εγχύσεις, με σημαντική βελτίωση. Δυστυχώς, η ασθενής απεβίωσε μετά 3 μηνον από καρδιακή αίτια.

Δ) Κώστας Χ, 47 ετών, ΣΔ2, HbA1c=7.5%. Νευροπαθτικό έλκος πελματιαίας επιφάνειας 1^{ου} δακτύλου αριστερού ποδός, διαμέτρου 2 cm. Έγινε 1 έγχυση. Πλήρης επουύλωση σε 5 μήνες. Παρακολούθηση 30 μηνών έκτοτε.

Ε) Γεώργιος Β, 68 ετών, ΣΔ2, έλκος πελματιαίας επιφάνειας μεταταρσίων άμφω. 2 εγχύσεις με μεσοδιάστημα 4 μηνών. Βαίνει βελτιούμενος.

ΣΤ) Νίκος Μ, 44 ετών, ΣΔ1, HbA1c=6.6%, οίμοκαθαίρουμενος. Έλκος πηλγίας επιφάνειας 5^{ου} μεταταρσίου δεξιού ποδός από κάκωση, διαμέτρου 3 cm. Έγιναν 2 εγχύσεις. Επούλωση σε 10 μήνες. Παρακολούθηση για 24 μήνες έκτοτε.

Ζ) Δημήτριος Τ, 61 ετών, ΣΔ2, HbA1c=6.5%. Έλκος Αρ ποδός με νεκρωτικές εσχές πηλγίου τοιχώματος και πτέρνης από 9μήνου. Μετά από επιτυχημένη αγγειοπλαστική, χειρουργικούς καθαρισμούς, έγιναν 2 εγχύσεις με μεσοδιάστημα 20 ημερών. Η πορεία της επουύλωσης ήταν καλή. Δυστυχώς, συνέβη ρήξη θηλάκου ποδοκνημικής από κακή συμμόρφωση και τελικά ακρωτηριασμός.

Συμπεράσματα: Φαίνεται ότι η εφαρμογή αυτόλογων ινοβλαστών στη θεραπεία ηλικίων σε διαβητικό πόδι είναι μία πολλά υποσχόμενη αποτελεσματική μέθοδος, με κόστος πολύ μικρότερο από τις μέχρι τώρα χρησιμοποιούμενες συμπληρωματικές θεραπείες (αυξητικούς παράγοντες, VAC κ.τ.λ.). Η επούλωση διατηρείται για αρκετά έτη. Η μη χρήση στις καλλιέργειες οποιουδήποτε παράγοντα με αυξητική δράση απομακρύνει τις πιθανότητες κακοήθους εκτροπής κυττάρων.-



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ24 ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΟΥΣ ΟΠΟΙΟΥΣ ΑΠΟΜΟΝΩΘΗΚΑΝ ΜΥΚΗΤΕΣ ΣΕ ΕΛΚΗ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ

Δανιήλ Ιωάννης¹, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία², Μάμαλη Βασιλική¹, Γεωργόπουλος Ηλίας², Παπαδούλη Βάια¹, Καμαράτος Αλέξανδρος², Ζαρκωτού Ολυμπία¹, Αντωνόπουλος Σταύρος², Μεηδιώνης Ανδρέας², Θέμελη - Διγαλάκη Καίτη¹

¹ Τμήμα Μικροβιολογίας, Γ.Ν.Π., «Τζάνειο», Πειραιάς

² Α' Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Π. «Τζάνειο», Πειραιάς

Εισαγωγή: Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) με έλκη στα κάτω άκρα παρουσιάζουν αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σκοπός: Η μελέτη των κλινικών χαρακτηριστικών ασθενών με ΣΔ στους οποίους απομονώθηκαν στελέχη μυκήτων από δείγματα ελκών στα κάτω άκρα.

Υλικό και Μέθοδοι: Κατά την περίοδο Ιανουάριος 2015 - Αύγουστος 2019 εστάλησαν για καλλιέργεια 321 δείγματα από έλκη στα κάτω άκρα 185 ασθενών με ΣΔ που προσήλθαν ή νοσηλεύθηκαν στο Γ.Ν.Π. «Τζάνειο». Τα δείγματα καλλιεργήθηκαν για την ανάπτυξη κοινών μικροβίων και μυκήτων. Δημογραφικά και κλινικά δεδομένα συλλέχθηκαν για ασθενείς με θετική για μύκητες καλλιέργεια.

Αποτελέσματα: Μύκητες απομονώθηκαν σε 27/321 (8,4%) δείγματα από 23 ασθενείς (18 άνδρες, μέση ηλικίας $\pm$ σταθερό απόκλιση: $72,1 \pm 9,1$ έτη). Το είδος *Candida albicans* ήταν το επικρατέστερο. Αντιμικροβιακή αγωγή είχαν λάβει μόνο 4/23 ασθενείς και είχαν τιμή CRP $24,4 \pm 32,7$ mg/dl. Η μέση τιμή Hb1Ac ήταν $7,8 \pm 0,9\%$ και η μέση διάρκεια ΣΔ $17,3 \pm 10,9$ έτη, ενώ μόνο 5 (21,7%) ασθενείς ελάμβαναν ινσουλινοθεραπεία. Το 34,8% των ασθενών είχε περιφερική αγγειακή νόσο και το 47,8% νευροπάθεια. Δύο ασθενείς παρουσίασαν οστεομυελίτιδα, ενώ δεν υπήρξε κανένας ακρωτηριασμός.

Συμπεράσματα: Η απομόνωση μυκήτων σε καλλιέργειες από διαβητικά έλκη δεν είναι σπάνια και είναι ανεξάρτητη από την προηγούμενη λήψη αντιμικροβιακών παραγόντων. Οι ασθενείς αυτοί έχουν μακρά διάρκεια ΣΔ, υψηλή τιμή Hb1Ac, και σε μεγάλο ποσοστό παρουσιάζουν περιφερική αγγειακή νόσο και νευροπάθεια.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ25

Η ΔΙΑΓΝΩΣΗ Η ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΚΑΙ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΕΔΑΦΟΣ
ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT (ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ)**Δούκας Λουκάς¹, Τρακατέλλη Χριστίνα², Σκούτας Δημήτριος¹, Ρούντου Αρετή³,
Γεώργια Σταματία⁴, Μανές Χρήστος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹**¹ Α' Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»² Γ' Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»³ ΤΟ.Μ.Υ. Τούμπος⁴ Γ' Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ., Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

Εισαγωγή: Η οστεοαρθροπάθεια Charcot αποτελεί χρόνια προοδευτική νόσο των οστών και των αρθρώσεων η οποία χαρακτηρίζεται από συνηθέστερα ανώδυνη καταστροφή αυτών σε άκρα που έχουν χάσει την αισθητικότητα τους λόγω νευροπάθειας. Το σπινθηρογράφημα οστών τριών φάσεων και η απεικόνιση με in vitro επισημασμένα λευκά αιμοσφαίρια θεωρούνται απαραίτητα εργαλεία για την διάγνωση της οστεομυελίτιδας σε έδαφος αρθροπάθειας Charcot.

Σκοπός: Η πρώιμη διάγνωση, η εντόπιση και η έκτασης της φλεγμονής/λοίμωξης. Πρόκειται για οστεομυελίτιδα ή λοίμωξη μαλακών μορίων; Πως γίνεται η διάκριση οστεομυελίτιδας από οξεία Charcot και η διάγνωση οστεομυελίτιδας σε έδαφος Charcot, ποια η εκτίμηση ενεργότητας νόσου και του θεραπευτικού αποτελέσματος;

Ασθενείς - Μέθοδοι: Γυναίκα 81 ετών με ιστορικό Στεφανιαίας νόσου παλαιού ΕΜ προληπθείσας αγγειοπληστικής στον πρόσθιο κατιόντα, ΧΝΝ σταδίου 3β και ΣΔ τύπου 2 από 10ετίας σε ινσουλινοθεραπεία από 5 ετίας προσέρχεται στο ιατρείο Διαβητικού Ποδιού μετά από νοσηλεία για καρδιακή ανεπάρκεια και οξύ πνευμονικό οίδημα και σύσταση των καρδιολόγων με μεσοδακτύλιο έλκος μεταξύ 1^{ου} και 2^{ου} δακτύλου ΔΕ άκρου ποδός και έλκος στην έξω πλάγια επιφάνεια του μεγάλου δακτύλου του ίδιου άκρου ποδός με νεκρωτική εσχάρα και φλεγμονή ύποπτο για οστεομυελίτιδα σε έδαφος αρθροπάθειας Charcot, μετά από χτύπημα σε γωνία τραπέζιού. Έγινε έλεγχος για αγγειοπάθεια, νευροπάθεια, έλεγχος δεικτών φλεγμονής και νεφρικής λειτουργίας, μεταβολικός έλεγχος ακτινολογικός και σπινθηρογραφικός έλεγχος και πάρθηκαν καλλιέργειες από την βάση των βλαβών. Χορηγήθηκε τριπλό αντιβιοτικό σχήμα με συνεχείς καθαρισμούς αλγινικά επιθέματα και τακτική παρακολούθηση ανά μήνα.

Αποτελέσματα: Η ταξινόμηση της βλάβης ήταν PEDIS 3 ο ακτινολογικός έλεγχος κατέδειξε προϋπάρχουσα εξάρθρωση μεγάλου δακτύλου ΔΕ και νέα μικρή εξάρθρωση 2^{ου} δακτύλου ΔΕ ο δε σπινθηρογραφικός έλεγχος κατέδειξε την οστεομυελίτιδα. Οι συνεχείς καθαρισμοί σε συνδυασμό με παρακολούθηση των δεικτών φλεγμονής είχαν σαν αποτέλεσμα την πλήρη επούλωση και την αρνητικοποίηση των σπινθηρογραφικών ευρημάτων σε διάστημα 13 μηνών.

Συμπεράσματα: Η διάγνωση και η θεραπεία της οστεομυελίτιδας σε έδαφος οστεοαρθροπάθειας Charcot είναι πρόκληση. Κλινική οντότητα που με συνδυασμό πολλών διαγνωστικών και θεραπευτικών ενεργειών μπορεί να οδηγήσει στην επούλωση και στην διάσωση του σκέλους.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ26 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΑΓΓΕΙΑΚΗΣ ΕΠΑΝΑΙΜΑΤΩΣΗΣ ΣΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΙΣΧΑΙΜΙΚΗ-ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΓΑΓΓΡΑΙΝΑ ΤΩΝ ΚΑΤΩ ΑΚΡΩΝ. ΠΟΙΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΩΦΕΛΟΥΝΤΑΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟ;

Παπαθεοδώρου Νικόλαος¹, Μεμέτ Εφέντη Γιουλτζάν¹, Τσοπάρα Ασημίνα¹, Αργυρίου Χρήστος², Γεωργακαράκος Ευστράτιος², Γεωργιάδης Γεώργιος²

¹ Ιατρική Σχολή, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

² Κλινική Αγγειοχειρουργικής, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αλεξανδρούπολης, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Αλεξανδρούπολη, Ελλάδα

Εισαγωγή: Η νόσος του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΣΔ) περιλαμβάνει τις διαβητικές λοιμώξεις και την ισχαιμική - διαβητική γάγγραινα, τα οποία προκαλούνται από την Διαβητική νευροπάθεια και την περιφερική αρτηριακή νόσο των κάτω άκρων.

Καταγράφηκαν ασθενείς που εισήχθησαν στην κλινική με διαβητική γάγγραινα των κάτω άκρων σε επείγουσα βάση το τελευταίο έτος. Οι ασθενείς ταξινομήθηκαν βάση ελάσσονας (γάγγραινα δακτύλου/ων) (ομάδα 1) και μείζονας (γάγγραινα εκτεινόμενη στην ραχιαία/πλημνιαία επιφάνεια του άκρου ποδός) (ομάδα 2) απώλειας ιστού. Καταγράφηκε επίσης η μέθοδος της αγγειακής επαναιμάτωσης.

Συνολικά 104 ασθενείς συμπεριλήφθηκαν στην μελέτη. Στην 1η ομάδα, από τους 64 ασθενείς, το 65% υποβλήθηκαν σε αρτηριακή παράκαμψη (bypass) λόγω εκτεταμένων αθηρωματικών βλαβών ενώ 5 ασθενείς υπεβλήθησαν σε μείζονα ακρωτηριασμό λόγω μη αναστρέψιμης ισχαιμίας/λοιμώξης. Στην δεύτερη ομάδα (n=40), το 78% των ασθενών υπεβλήθησαν σε ενδαγγειακή επαναιμάτωση ενώ δεν υπεβλήθη ασθενής σε μείζονα ακρωτηριασμό.

Οι ασθενείς με ελάσσονα απώλεια ιστού λόγω διαβητικής-ισχαιμικής γάγγραινας των κάτω άκρων υπεβλήθησαν σε μικρότερης βαρύτητας χειρουργική επέμβαση με διάσωση του σκέλους σε όλες τις περιπτώσεις. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της περιφερικής αρτηριοπάθειας στους ασθενείς με ΣΔ σχετίζεται με μειωμένη νοσηρότητα και αυξημένα ποσοστά επιτυχούς έκβασης των ασθενών αυτών.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ27

ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ ΣΤΟ ΠΡΟΣΘΙΟ ΤΜΗΜΑ ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ. Ο ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΕΝΑΙ Η ΜΟΝΑΔΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ;**Σκούτας Δημήτριος¹, Σάιex Φάρες², Μεταλλίδης Συμεών³, Γεώργια Σταματία⁴, Νικολαΐδης Αθανάσιος¹, Ματοπούλου Έλενα¹, Δούκας Λουκάς¹, Τεσφάγιε Άντο⁵, Μανές Χρήστος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹**¹ Διαβητολογικό Κέντρο, Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης² 3^ο Πανεπιστημιακή Ορθοπαιδική Κλινική ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης³ 1^ο Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης⁴ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής ΑΠΘ, Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης⁵ 1^ο Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική ΑΠΘ, ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Η οστεομυελίτιδα είναι η πιο συχνή και επίφοβη επιπλοκή των νευροπαθητικών ελκών. Συναντάται στο 20% των διαβητικών ασθενών με λοίμωξη στα κάτω άκρα και μπορεί να ξεπεράσει το 60% όταν η λοίμωξη είναι σοβαρή. Η κλασική θεραπεία είναι ο ακρωτηριασμός της φλεγμαίνουσας ανατομικής περιοχής ή η παρατεταμένη αντιβιοτική θεραπεία με αμφισβητούμενη αποτελεσματικότητα όταν η λοίμωξη έχει προσβάλει το οστό και την άρθρωση.

Σκοπός: Να καταδείξει μια απλή θεραπευτική μέθοδο σε περιπτώσεις νευροπαθητικών ελκών επιπλεγμένων με οστεομυελίτιδα στο πρόσθιο τμήμα άκρου ποδός που δίνει λύση στο πρόβλημα αποφεύγοντας τον ακρωτηριασμό.

Ασθενείς - Μέθοδοι: 28 ασθενείς (19 άνδρες, 9 γυναίκες) με διαβητικό πόδι ηλικίας $57,31 \pm 10,25$ έτη μέση HbA1C $8,65 \pm 1,7\%$ διάρκεια ΣΔ $13,84 \pm 9,2$ έτη με το 32% να είναι ενεργοί καπνιστές. Το αίτιο της βλάβης καταγράφηκε και οι ασθενείς εξετάστηκαν για περιφερική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια. Όλοι οι ασθενείς είχαν νευροπαθητικά έλκη στο πρόσθιο τμήμα άκρου ποδός και 10 από αυτούς είχαν προηγούμενο ακρωτηριασμό. Η μέση διάρκεια της βλάβης ήταν 1 έτος επιπλεγμένης με οστεομυελίτιδα κατά την διάρκεια της εξέτασης. Η διάγνωση της οστεομυελίτιδας ετέθη με ακτινολογικό έλεγχο, μαγνητική τομογραφία prone το -bone test και έλεγχο των δεικτών της φλεγμονής. Ελήφθησαν καλλιέργειες και εδόθη στοχευμένη αντιβιοτική αγωγή. Διαμέσου του έλκους απομακρύνθηκε η φλεγμαίνουσα φάλαγγα και οστικό δείγμα απεστάλη για μικροβιολογική εξέταση. Έγινε καλός καθαρισμός της περιοχής τοποθετήθηκε παροχέτευση για 48 ώρες και έγινε επιδερμική συρραφή όταν κρίθηκε αναγκαίο. Η διάρκεια της αντιβιοτικής θεραπείας εξαρτήθηκε από την έκταση της βλάβης και τα αποτελέσματα των καλλιεργειών με χρονική διάρκεια από 4-6 εβδομάδες έως 4-6 μήνες.

Αποτελέσματα: Επιτυχής επούλωση σε όλους τους ασθενείς με μέσο χρόνος επούλωσης 40 ημέρες με την βοήθεια αποφόρτισης και κατάλληλων επιθεμάτων. Η διάρκεια της νοσηλείας 2-8 ημέρες ανάλογα με την βαρύτητα της βλάβης.

Συμπέρασμα: Σε αντίθεση με συμβατικές μεθόδους αντιμετώπισης της οστεομυελίτιδας όπως ο ακρωτηριασμός, είναι σημαντικό να χρησιμοποιούνται μέθοδοι συντηρητικές και λιγότερο επιθετικές. Ειδικά σε ασθενείς νέους σε ηλικία με καλή περιφερική αιμάτωση η αποφυγή του ακρωτηριασμού αποφέρει πολλαπλά οφέλη στην ποιότητα ζωής τους. Τέλος η εφαρμοζόμενη μέθοδος είναι ταχεία, μη δαπανηρή και χωρίς να διαταράσσεται η ισορροπία του πάσχοντος σκέλους.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ28 ΜΕΤΑΣΤΑΦΥΛΟΚΟΚΚΙΚΗ ΣΠΕΙΡΑΜΑΤΟΝΕΦΡΙΤΙΔΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

**Αναστασίου Γεωργία¹, Ντονούση Ευαγγελία², Ντούνη Ανίλα², Λιάπης Γεώργιος³,
Λυμπερόπουλος Ευάγγελος¹**

¹ Τομέας Παθολογίας, Β' Παθολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

² Τομέας Παθολογίας, Νεφρολογική Κλινική, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Ιωάννινα

³ 1^ο Παθολογοανατομικό Εργαστήριο, Ιατρική Σχολή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Εισαγωγή: Η μετασταφυλοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα συνιστά σπάνια κλινική οντότητα. Στη βιβλιογραφία αναφέρονται μόνο 30 περιστατικά μετασταφυλοκοκκικής σπειραματονεφρίτιδας μετά από οστεομυελίτιδα.

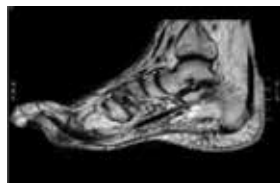
Σκοπός: Η περιγραφή ενός περιστατικού μετασταφυλοκοκκικής σπειραματονεφρίτιδας μετά από οστεομυελίτιδα σε διαβητικό πόδι.

Περιγραφή περιστατικού: Ο ασθενής, ένας άνδρας 63 ετών με διαβητικό έλκος στο δεξί πέδημα (Εικόνα 1), προσήλθε στο Τμήμα Επειγόντων λόγω αμφοτερόπλευρου οιδήματος και αγγειϊτιδικού εξανθήματος στα κάτω άκρα. Είχε ιστορικό οστεομυελίτιδας του 2^{ου} μεταταρσίου του δεξιού άκρου ποδός (Εικόνα 2) οφειλόμενης σε ευαίσθητο στη μεθικιλλίνη χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο, για την οποία ελάμβανε σιπροφλοξασίνη και κλινδαμυκίνη τις τελευταίες 7 ημέρες. Από τον εργαστηριακό έλεγχο αναδείχθηκε πρωτεϊνουρία, αιματοουρία, καθώς και αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών (87 mm/1^η ώρα) και αυξημένα επίπεδα C-αντιδρώσας πρωτεΐνης (106 mg/L). Η κρεατινίνη ορού ήταν 0.78 mg/dL [εκτιμώμενος ρυθμός σπειραματικής διήθησης (eGFR) 96 mL/min/1.73 m²] και η αποβολή πρωτεΐνης σε 24-ωρη συλλογή ούρων 5 g/μέρα. Στον εργαστηριακό έλεγχο του ασθενούς 2 μήνες πριν τα επίπεδα κρεατινίνης ήταν 0.91 mg/dL και ο λόγος αλβουμίνης-κρεατινίνης σε τυχαίο δείγμα ούρων (UACR) 64.5 mg/g. Στη βιοψία του νεφρού παρατηρήθηκε μετασταφυλοκοκκική σπειραματονεφρίτιδα με εναποθέσεις IgA κυρίως στο μεσάγγειο (Εικόνα 3). Ο ασθενής τέθηκε σε μεροπενέμη και τιγκεκυκλίνη με αποτέλεσμα την κλινικοεργαστηριακή του βελτίωση.

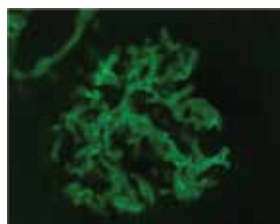
Συμπέρασμα: Η σταφυλοκοκκική οστεομυελίτιδα στο διαβητικό πόδι μπορεί σπάνια να επιπλακεί με μεταλοιμώδη σπειραματονεφρίτιδα.



Εικ. 1: Διαβητικό έλκος στο δεξί άκρο πόδα.



Εικ. 2: Στη μαγνητική απεικόνιση φαίνεται υψηλό σήμα στο δεξί 2^ο μετατάρσιο ως επί οστεομυελίτιδας.



Εικ. 3: Εναποθέσεις IgA, κυρίως στο μεσάγγειο, όπως επισημαίνονται σε εξέταση ανοσοφθορισμού (IgA x 400).



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ29 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΕΠΟΥΛΩΣΗΣ ΕΛΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

**Λέπουρας Αντώνης¹, Γιάννου Ευγενία^{1,2}, Φυτίλη Χριστίνα¹, Αναστασόπουλος Δημήτριος¹,
Λαδός Γεώργιος - Κωνσταντίνος², Μαράκη Πετρούλα¹**

¹ Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Metropolitan General Χολαργού

² Footcenter - Ποδολογικό Κέντρο, Αργυρούπολη

Εισαγωγή: Οι ακρωτηριασμοί στο ΣΔ τ2 δεν είναι τόσο συνήθεις όσο στον τύπου 1. Η συνύπαρξη νευροπάθειας και αγγειοπάθειας καθώς και η μακροχρόνια κακή γλυκαιμική ρύθμιση είναι σημαντικοί παράγοντες εμφάνισης ελκών.

Σκοπός αυτής της εργασίας είναι η παρουσίαση περιστατικού σε ασθενή με έλκη μικτής αιτιολογίας και τα στάδια επούλωσης τους.

Υλικά και Μέθοδος: Άντρας ετών 56 διαβητικός τύπου 2 από 15/ετίας - ινσουλινοθεραπευόμενος με υπέρταση - νεφροπάθεια - αισθητικοκινητική νευροπάθεια φέρει από 16/μήνου τρία έλκη α) νευροισχαιμικό έλκος στο δεύτερο δάκτυλο του δεξιού ποδιού με νέκρωση της τρίτης και δεύτερης φάλαγγας, β) νευροπαθητικό έλκος στην πελματιαία επιφάνεια του δεύτερου- τρίτου μεταταρσίου με συρίγγιο με σημείο εξόδου πέμπτο μετατάρσιο στο αριστερό ποδιού. Ο ασθενής είχε νοσηλευτεί προ διατίτας για έλκος στην πτέρνα του αριστερού ποδιού και το τελευταίο έτος είχε επισκεφτεί τρία διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία διαβητικού ποδιού λαμβάνοντας για τουλάχιστον ένα εξάμηνο αντιβίωση με (σιπροφλοξασίνη 500mg x 2) χωρίς σημαντικά αποτελέσματα.

Κατόπιν εργαστηριακών εξετάσεων φάνηκε να υπάρχουν υψηλοί δείκτες φλεγμονής (λευκοκυττάρωση, HbA1c: 5,7% με συχνές υπογλυκαιμίες. Παράλληλα ο απεικονιστικός έλεγχος με triplex αρτηριών - φλεβών κάτω άκρων έδειξε πολλαπλές στενώσεις κυρίως στο δεξί άκρο με μονοφασική ροή και η απλή ακτινογραφία έδειξε νέκρωση στην τρίτη και δεύτερη φάλαγγα του δακτύλου.

Έγινε χειρουργικός καθαρισμός με αφαίρεση των νεκρωμάτων, μερικώς ακρωτηριασμός (3 και 2 φάλαγγας του δεύτερου δακτύλου), και από τα δυο έλκη ελήφθησαν καλλιέργειες από τις οποίες προέκυψε η ύπαρξη staphylococcus aureus. Χορηγήθηκε αντιβιοτική αγωγή με βάση το αντιβιογράμμα και έγινε σύσταση για την αποφόρτιση του νευροπαθητικού έλκους στην πελματιαία επιφάνεια. Συνεστήθη καθαρισμός καθημερινά με Ostenisept και υπεροξειδίου του υδρογόνου (οξυζενέ) τοποθέτηση γέλης βεταίνης και πολυεξανίδης και επίδεσος με απλή γάζα. Ακολούθησαν τρεις χειρουργικοί καθαρισμοί σε διάστημα ενός μηνός. Έγινε αλλαγή της αντιδιαβητικής του αγωγής και ρύθμιση της γλυκαιμίας του καθώς και προσθήκη ανταιοπηκτικών και αγγειοδιασταλτικών παραγόντων.

Αποτελέσματα: Μετά από δύο μήνες το έλκος του δακτύλου είχε πλήρη επούλωση στο σημείο του κοιλοβώματος καθώς και το έλκος με το συρίγγιο στο αριστερό πόδι. Το νευροπαθητικό έλκος στο αριστερό πόδι παρουσίασε βελτίωση στο βάθος και την διάμετρο του αλλά όχι πλήρη επούλωση λόγω μη συμμόρφωσης του ασθενούς στην αποφόρτιση του.

Συζήτηση: Η πρόγνωση επούλωσης του νευροπαθητικού έλκους, με βάση την βιβλιογραφία είναι σαφώς καλύτερη αυτής του νευροισχαιμικού. Παρόλα αυτά η έλλειψη συμμόρφωσης του ασθενούς στις συστάσεις της ομάδας μας για αποφόρτιση επιβράδυναν την επούλωσή του επι μακρόν με κίνδυνο υποτροπής του.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ30 ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΛΟΙΜΩΞΕΩΝ ΣΕ ΔΕΙΓΜΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΣΕ ΙΑΤΡΕΙΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

Γιάννου Ευγενία, Καμαράτος Αλέξανδρος, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Λαδός Γεώργιος - Κωνσταντίνος, Κώνστας Χρίστος, Τσαγκάρης Χρήστος, Σεβδαλής Νικόλαος, Συρίγου Εργίνα, Μεληδώνης Ανδρέας

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Διαβητολογικό Κέντρο Τζανείου Γενικού Νοσοκομείου Πειραιά

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

Υλικό και Μέθοδος: Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν 130 συνολικά ασθενείς (67% άνδρες), ηλικίας (±σταθερή απόκλιση) $65,8 \pm 11,0$ έτη, $HbA1c$: $7,0 \pm 1,2\%$, μέσης διάρκειας ΣΔ2: $15,7 \pm 9,1$ έτη, που εξετάστηκαν στο ιατρείο διαβητικού ποδιού του Διαβητολογικού Κέντρου του Γ.Ν «Τζάνειο». Σε όλους τους ασθενείς της μελέτης έγινε καταγραφή κλινικοεργαστηριακών παραμέτρων καθώς και του είδους της δερματικής λοίμωξης κάτω άκρων.

Αποτελέσματα: Ο επιπολασμός των μυκητιασικών λοιμώξεων στους όνυχες (ονυχομυκητιάσεων) από candida, δυσμορφιών-υπερτροφιών (ονυχογρύπωση) και των εισφύσεων των ονύχων ήταν, αντίστοιχα: 75,5%, 27,1% και 18,4%. Η παρουσία των ονυχομυκητιάσεων σχετιζόταν με την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,03, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,10), με το δείκτη μάζας σώματος (σχετικός κίνδυνος: 1,12, 95% όρια αξιοπιστίας:1,10-1,25), την ύπαρξη αμφιβληστροειδοπάθειας, (σχετικός κίνδυνος: 1,05, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,30) και τον μοναχικό βίο (σχετικός κίνδυνος: 1,02, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,10).

Η παρουσία ονυχογρύπωσης σχετιζόταν με την παρουσία πολλαπλών τραυματισμών, (σχετικός κίνδυνος: 1,01, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,10), την παρουσία νευροπάθειας (σχετικός κίνδυνος: 1,06, 95% όρια αξιοπιστίας:1,04-1,46) και η παρουσία εισφύσεων ονύχων σχετίζονται με την πλημμελή φροντίδα των κάτω άκρων(σχετικός κίνδυνος: 1,03, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,10) και την παρουσία νευροπάθειας(σχετικός κίνδυνος: 1,04, 95% όρια αξιοπιστίας:1,01-1,10). Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ της παρουσίας και των τριών τύπων των δερματικών λοιμώξεων μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών του ΣΔ2, του γλυκαιμικού ελέγχου και του λιπιδαιμικού προφίλ.

Συμπεράσματα: Η παρούσα μελέτη έδειξε ότι στα άτομα με ΣΔ2 συχνότερα είναι οι λοιμώξεις των ονύχων από candida με κυριότερους παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωσή τους, την παρουσία νευροπάθειας, το δείκτη μάζας σώματος και την αμφιβληστροειδοπάθεια .

Σεβδαλής Νικόλαος, Καμαράτος Αλέξανδρος, Κώνστας Χρίστος, Γιάννου Ευγενία, Συρίγου Εργίνα, Μαζιώτη Χριστίνα, Τσαγκάρης Χρήστος, Λαδάς Γεώργιος - Κωνσταντίνος, Παπαζαφειροπούλου Αθανασία, Μελιδιώνης Ανδρέας

Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Α΄ Παθολογικό Τμήμα & Διαβητολογικό Κέντρο Γ.Ν Πειραιά «Τζάνειο»

Εισαγωγή: Είναι γνωστό ότι ποσοστό 15 με 20% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) εμφανίζουν διαβητικό έλκος άκρου ποδός. Περίπου οι μισοί από αυτούς τους ασθενείς θα διαγνωσθούν όψιμα με αποτέλεσμα μακροχρόνιες και πολυδάπανες επιπλοκές, απομάκρυνση από το εργασιακό τους περιβάλλον ή ακόμα και ακρωτηριασμό. Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής της μεθόδου αρνητικής πίεσης (vacuum-assisted closure, VAC) σε ασθενή με εξιδρωματικό διαβητικό έλκος άκρου ποδός.

Υλικά και Μέθοδος: Άνδρας 65 ετών που παρακολουθείται στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του Γ.Ν.Π. «Τζάνειο» εμφάνισε άτονο φλεβικό έλκος στο έξω σφυρό του δεξιού ποδιού από διαιτίας. Ο ασθενής λαμβάνει αγωγή με αντιδιαβητικά δισκία και ινσουλίνη και παρουσιάζει HbA1c:7,0±1,2%, διάρκεια ΣΔ2:15,7±9,1έτη ενώ έχει ιστορικό νοσηλείας για αντιμετώπιση του έλκους προ διαιτίας. Το vac ξεκίνησε 1,5 χρόνο μετά την αρχική εμφάνιση του έλκους.

Αποτελέσματα: Ο ασθενής νοσηλεύθηκε για 10 ημέρες στο Α΄ Παθολογικό Τμήμα όπου το έλκος αντιμετωπίστηκε με τη μέθοδο VAC. Αναλυτικότερα, σετ σπόγγου με επίθεμα σουλφαδιαζινικού αργύρου και υδροκορτισοειδές πλέγμα με βαζελινούχα μόρια εφαρμόζονταν στο έλκος για δέκα ημέρες ασκώντας αρνητική πίεση 80mmHg. Αλλαγές γίνονταν ανά 3 ημέρες. Κατά τη νοσηλεία παρατηρήθηκε σημαντική μείωση του βάθους και του πλάτους του έλκους καθώς και ελάττωση έως και πλήρη εξάλειψη του εξιδρώματος. Κατά τη μετέπειτα παρακολούθηση η επούλωση του έλκους ήταν ταχύτερη σε σύγκριση με τη συμβατική θεραπεία με επιθέματα ενώ ο ασθενής επανήλθε στις καθημερινές του ασχολίες σε διάστημα 15 ημερών.

Συζήτηση: Με βάση το περιστατικό τεκμηριώνεται η ωφέλιμότητα της μεθόδου VAC σε ασθενείς με εξιδρωματικό έλκη. Η VAC διασφαλίζει απορρόφηση του εξιδρώματος και μείωση υγρασίας του τραύματος για τουλάχιστον 72 ώρες, ενώ για τα συμβατικά επιθέματα το αντίστοιχο χρονικό διάστημα είναι 4 ώρες.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ32 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΕΛΚΟΥΣ ΣΤΗΝ ΠΤΕΡΝΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟ ΚΑΙ ΧΝΝ (ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ)

Νικολαΐδης Αθανάσιος¹, Ρούντου Αρετή², Κεραμισάνου Βαρβάρα¹, Σκούτας Δημήτριος¹, Τζατζάγου Γλυκερία¹

¹ Α΄ Παθολογική Κλινική, Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου»

² ΤΟ.Μ.Υ. Τούμπος

Εισαγωγή: Στην Ελλάδα κάθε χρόνο πραγματοποιούνται 2.000 - 3.000 ακρωτηριασμοί κάτω άκρων με τα 2/3 των μη τραυματικών ακρωτηριασμών να οφείλονται σε διαβητικά έλκη. Η συμβολή της περιφερικής αγγειακής νόσου στην αιτιοπαθγένεια του διαβητικού ποδιού καταλαμβάνει ποσοστό που αγγίζει το 40-50% η πτέρνα κατά την βάδιση είναι το πρώτο σημείο του σώματος που απορροφά τους κραδασμούς και η εξέλιξη στην πτέρνα δύσκολο να θεραπευτεί και συνήθως οδηγεί σε ακρωτηριασμό.

Σκοπός: Η στρατηγική αντιμετώπισης διαχείρισης και θεραπείας έλκους στην πτέρνα σε ασθενή μονόνεφρο με περιφερική αγγειακή νόσο.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Γυναίκα 72 ετών με ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη από 15 ετίας σε εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλίνης την παρούσα φάση με ΧΝΝ σταδίου 3 (μονόνεφρος) με προηγηθείσα ενδαγγειακή αποκατάσταση της στένωσης της επιπολής μηριαίας ΔΕ προ 10ετίας προσέρχεται στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού με έλκος οπίσθιας επιφάνειας ΑΡ πτέρνας από μηνός μετά από τραυματισμό από υπόδημα. Διενεργήθη πλήρης εργαστηριακός έλεγχος και η ασθενής εξετάσθηκε για ύπαρξη νευροπάθειας και αγγειοπάθειας. Έγινε χειρουργικός καθαρισμός και πάρθηκαν καλλιέργειες.

Αποτελέσματα: Η ασθενής πάσχει από διαλείπουσα χωλότητα στάδιο 2Α κατά Fontaine με αψηλάφτητα τα περιφερικά αγγεία και σφυροβραχιόνιο δείκτη 0,6-0,7. Ο έλεγχος για νευροπάθεια κατέδειξε ήπια διαταραχή. Ο δε μεταβολικός έλεγχος έδειξε πολύ καλή ρύθμιση οι δείκτες φλεγμονής στα ανώτερα φυσιολογικά όρια και το έλκος είναι σταδίου 2 κατά PEDIS. Νοσηλεύθηκε στην παθολογική κλινική, συστήθηκε διπλή αντιβιοτική αγωγή, διενεργήθηκε triplex αγγείων και αγγειοχειρουργική εκτίμηση. Στις συστάσεις περιλαμβάνεται η τοπική θεραπεία, η αποφόρτιση και η επανεξέταση κάθε 10 ημέρες στο Ιατρείο Διαβητικού ποδιού. Η πλήρης επούλωση επιτεύχθηκε σε διάστημα 3 μηνών παρά την πτωχή αιμάτωση.

Συμπεράσματα: Η εντατική και επιθετική θεραπεία περιλαμβάνοντας την στοχευμένη αντιβιοτική θεραπεία, τον καλό μεταβολικό έλεγχο, τον συνεχή καθαρισμό της πάσχουσας περιοχής, την αποφόρτιση της, τη διενέργεια επαναγγείωσης και τη χρήση παραγόντων που ευνοούν και επιταχύνουν την επούλωση σαφώς οδηγεί σε μειωμένο ρυθμό ακρωτηριασμών κάτωθεν του γόνατος.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ33 ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ PEDIS 4: ΑΠΕΙΛΗΤΙΚΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΖΩΗ, ΠΟΥ ΣΥΧΝΑ ΥΠΟΕΚΤΙΜΟΥΝΤΑΙ - Η ΤΡΑΓΩΔΙΑ ΕΝΟΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

**Γκέκα Μαρίνα¹, Παπανικολάου Σπήλιος², Σπηλιοπούλου Βασιλική¹,
Βογιατζόγλου Ελευθέριος¹, Δύννου Ανδριάννα¹, Λαφογιάννη Σοφία³, Λούπα Χαρίκλεια¹**¹ Ιατρείο Φροντίδας Διαβητικού Ποδιού «Δημήτρης Βογιατζόγλου»² Χειρουργικό Τμήμα³ Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Νοσοκομειακή Μονάδα «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

Εισαγωγή - Σκοπός: Οι λοιμώξεις του διαβητικού ποδιού (ΔΠ) είναι εξαιρετικά δύσκολο να θεραπευτούν, λόγω καθυστερημένης διάγνωσης (αβληχρά κλινικά σημεία, ελλιπής ενημέρωση των κλινικών ιατρών και υποεκτίμηση της βαρύτητας της λοίμωξης), ισχαιμίας, πολυανθεκτικών παθογόνων και εξάπλωσης της λοίμωξης στα οστά. Η καθυστερημένη διάγνωση και η υποεκτίμηση της λοίμωξης μπορεί να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό αλλα ακόμη και στο θάνατο του ασθενούς.

Περιγράφεται μια τέτοια περίπτωση, παραμελημένη από το ιατρικό προσωπικό λόγω άγνοιας και όχι από τον ασθενή, που κατέληξε σε παρατεταμένη νοσηλεία και τέλος σε θάνατο, με σκοπό την ευαισθητοποίηση των ιατρών.

Περιγραφή Περιπτώσεως: Ο Αχιλλέας Α., 63 ετών με ΣΔ2 από τριακονταετίας υπό ινσουλινοθεραπεία, παρουσίασε από μινός έλκος της πηχιάς επιφάνειας του 5ου μεταταρσίου αριστερά, χωρίς να ενθυμείται κάκωση (προφανώς λόγω διαβητικής νευροπάθειας). Μετά 1 εβδομάδα επισκέφθηκε ιατρό του ΕΣΥ. Έγινε καθαρισμός και συστήθηκε επανεξέταση. Το πόδι επιδεινώθηκε και παρουσίασε πυρετό 38ο C. Επονήθη στο ραντεβού του. Δεν έγινε εισαγωγή - του χορηγήθηκε σιπροφλοξασίνη 500mgx2, παρά το αυξημένο σωματικό βάρος. Ο πυρετός συνεχίστηκε ως 39° C για 5 ημέρες. Επισκέφθηκε γενική εφημερία νοσοκομείου όπου του σύστησαν να επανεξεταστεί από τον ιατρό που ήδη τον παρακολουθεί. Επονήθη στον προηγούμενο ιατρό, όπου επίσης δεν τον έκαναν εισαγωγή λόγω έλλειψης αγγειογράφου. Τον παρέπεμψαν σε τρίτο νοσοκομείο, όπου, όπως έμαθαν οι οικείοι του, δε λειτουργούσε το αντίστοιχο τμήμα και δεν πήγαν. Προσήλθε στο Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού του νοσοκομείου μας με νεκρωτική λοίμωξη 5ου μεταταρσίου και του μισού άκρου ποδός αριστερά, με εκροή υγρού τήξης, έντονη δυσοσμία και άλγος. Υψηλοί δείκτες φλεγμονής (WBC=35000/μL, TKE=100mm/h, CRP=280mg/l - Φ.Τ.<3) και επηρεασμένη νεφρική λειτουργία (CrCl=44ml/min). Λόγω λοίμωξης PEDIS 4, έγινε εισαγωγή και τέθηκε σε αγωγή με τετραπλή αντιμικροβιακή αγωγή. Α/Α αριστερού άκρου ποδός: αέρας στα μαλακά μόρια της ποδοκνημικής άρθρωσης εκατέρωθεν, και κατά την έξω επιφάνεια του άκρου πόδα. Κρίθηκε απαραίτητη η άμεση αφαίρεση του 5ου δακτύλου και τμήματος 5ου μεταταρσίου. Εντός δύο ημερών εμφάνισε ραγδαία επιδείνωση με επίταση της κυανέρυθρης περιοχής του σφυρού, ερυθρότητα της κνήμης με καστανόχρους φουσαλίδες και άλγος. Νέα Α/Α: αέρας στην ποδοκνημική, την κνήμη και το γόνατο. Τρίplex αρτηριών αριστερά: απόφραξη επιπολής μηριαίας, μόλις διακρινόμενη ροή ιγνυακής. Λόγω βαριός κλινικής κατάστασης, την 3η μέρα νοσηλείας του, υποβλήθηκε σε ακρωτηριασμό άνωθεν του γόνατος. Βάσει των καλλιτεργειών υπήρχε νεκρωτική απονευρωσίτιδα τύπου 1. Την 7η μετεγχειρητική ημέρα παρουσίασε οξύ πνευμονικό οίδημα, διοσωληνώθηκε και μεταφέρθηκε σε ΜΕΘ. Εντός 7 ημερών αποσωληνώθηκε και επέστρεψε στην κλινική μας σε καλή κλινική κατάσταση, με έλκη εκ κατακλίσεως όμως σε δεξιά πτέρνα και οσφύ. Το κοινόβημα ήταν σε καλή κατάσταση και εφαρμόστηκε VAC. Έλαβε εξιτήριο 45 ημέρες μετά την εισαγωγή του. Συνέχισε να παρακολουθείται σε τακτική βάση, και σε ένα μήνα έγινε αγγειοπλαστική του δεξιού κάτω άκρου.

Έξι μήνες μετά ανευρέθηκε μεγάλο απόστημα στην περιοχή των γλουτών. Παρουσίαζε λευκοκυττάρωση και υψηλούς δείκτες φλεγμονής (WBC=33180/μL, TKE=90mm/h, CRP=132mg/l). Έγινε επανεισαγωγή και διάνοιξη του αποστήματος και τέθηκε σε αντιμικροβιακή αγωγή. Τοποθετήθηκαν παροχετεύσεις. Κατά τη νοσηλεία του εμφάνισε επιδείνωση της κλινικής εικόνας και εκ νέου εικόνα καρδιακής κόμψης. CT άνω/κάτω κοιλίας: αποστήματα αριστερού λαγονίου βόθρου, αριστερού λαγονοφυίτη, έσω θυροειδούς & αψοειδούς μυός και δεξιού μείζονα γλουτιαίου. Οδηγήθηκε για παροχέτευση σε κανονικό χειρουργείο. Ήταν ήδη πολύ επιβαρυνμένος, εμφάνισε θρομβοπενία στο πλαίσιο της σήψης και επιδείνωση της νεφρικής του λειτουργίας. Ένα μήνα μετά απεβίωσε.



Προφορικές Ανακοινώσεις

Συμπεράσματα: Ο ασθενής υποεκτιμήθηκε τρεις φορές από ιατρούς, παρά τη σοβαρότητα της λοίμωξης, καθώς θεωρήθηκε ως τακτικό και όχι επείγον περιστατικό. Αποτέλεσμα: αρχικά σοβαρή συστηματική λοίμωξη και ακρωτηριασμός και εν συνεχεία μακροχρόνια πορεία με συνεχείς επισκέψεις, νοσηλείες και μικροεπεμβάσεις, και στο τέλος θάνατος, μετά από 8 ολόκληρους μήνες αδιάκοπης ταλαιπωρίας για εκείνον και τους οικείους του, και σημαντικό κόστος για την οικογένεια και το σύστημα υγείας. Πρέπει να γίνει συνείδηση στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ότι λοίμωξη PEDIS 4 είναι ιατρικό επείγον. Ο κάθε ιατρός οφείλει να το γνωρίζει και να παρέχει άμεσα την πρώτη αντιμετώπιση, μέχρι την παραπομπή σε έμπειρη ομάδα.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ34 ΤΟ SPEC-CT ΣΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑΣ CHARCOT

Γουγουρέλα Ευπραξία¹, Σταθάκη Μαρία², Μπουρογιαννη Όλγα², Κυρλάκη Ευριδίκη¹,
Ανυφαντάκης Αναστάσιος¹, Κολοκούρα Ασπασία¹, Κοκουράκη Σοφία², Παππάς Αγγέλος¹

¹ Διαβητολογικό Κέντρο, «Βενιζέλειο-Πανάνειο» ΓΝ Ηρακλείου

² Τμήμα Πυρηνικής Ιατρικής Πανεπιστημιακού ΓΝ Ηρακλείου

Εισαγωγή: Η οστεοαρθροπάθεια Charcot αποτελεί σπάνια αλλά καταστροφική των αρθρώσεων εκδήλωση της διαβητικής νευροπάθειας. Η έγκαιρη διάγνωσή της δεν είναι πάντα εύκολη και βασίζεται σε προηγμένες τεχνολογίας απεικονιστικές μεθόδους, η νεότερη των οποίων είναι το SPEC-CT.

Σκοπός: Η περιγραφή της διερεύνησης ύποπτων για αρθροπάθεια Charcot περιστατικών με MRI και SPECT-CT.

Υλικό - Μέθοδος: Παρουσιάζονται τέσσερις περιπτώσεις, του 2019 από το Ιατρείο Ποδιού του Διαβητολογικού Κέντρου, διερεύνησης παρατεταμένου (>30 ημέρες) οιδήματος άκρων ποδιών τα οποία εμφάνιζαν κλινικά σημεία διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας με διατηρημένη αγγείωση. Σε σχέση με τα σύστοιχα άκρα εμφάνιζαν τοπικά αυξημένη θερμοκρασία 2ο C.

Αποτελέσματα: 1^ο περιστατικό: Οίδημα σε άκρο πόδι με κλινική εικόνα παραμόρφωσης από αρθροπάθεια Charcot, πρωτοδιαγνώστηκε ως υποτροπή της νόσου και μετά 4 μήνες αποφόρτισης επιβεβαιώθηκε η αποθεραπεία με SPEC-CT.

2^ο και 3^ο περιστατικά: αποκλείστηκε η Charcot τόσο από το MRI όσο και από το SPECT-CT. Στο 2^ο MRI= φλεγμονώδης αρθρίτις. SPECT-CT = Φλεγμονή μαλακών μορίων. Στο 3^ο διαγνώστηκε και από τις 2 μεθόδους μετατραυματική αρθρίτις με οστεομυελίτιδα.

4^ο περιστατικό: το MRI δεν απέκλεισε Charcot ενώ η SPECT-CT ήταν αρνητική.

Συμπέρασμα: Το SPECT-CT βοηθά σημαντικά στην διαφορική διάγνωση της αρθροπάθειας Charcot η οποία εξακολουθεί να παρουσιάζει δυσκολίες παρά τη χρήση προηγμένων απεικονιστικών μεθόδων.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ35 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΟΣΤΕΟΜΥΕΛΙΤΙΔΑΣ ΣΕ ΠΟΔΙ CHARCOT ΜΕ ΣΠΙΝΘΗΡΟΓΡΑΦΗΜΑ ΜΕ ΕΠΙΣΗΜΑΣΜΕΝΑ ΜΕ Tc99m-ΗΜΡΑΟ ΛΕΥΚΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ

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

¹ 3^ο Εργαστήριο Πυρηνικής Ιατρικής Α.Π.Θ, Γ.Ν.Παπαγεωργίου

² Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Παπαγεωργίου

³ Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Α.Π.Θ, Γ.Ν. ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη

Εισαγωγή - Σκοπός: Η διάγνωση οστεομυελίτιδας (ΟΜ) σε πόδι Charcot είναι δύσκολη κλινικά και απεικονιστικά. Σκοπός της μελέτης είναι η αξιολόγηση του σπινθηρογραφήματος με Tc99m-ΗΜΡΑΟ-Λευκά αιμοσφαίρια (ΣΛ) μόνου ή σε συνδυασμό με SPECT/CT (SPECT/CT-ΣΛ) ή με σπινθηρογράφημα μυελού οστών με Tc-nanocolloid (ΣΜΟ) στη διάγνωση οστεομυελίτιδας επί αρθροπάθειας Charcot σε διαβητικούς ασθενείς.

Ασθενείς - Μέθοδοι: Αναλύθηκαν ΣΛ σε 80 πόδια Charcot με κλινική υπόνοια οστεομυελίτιδας, σε 72 διαβητικούς ασθενείς. Τριαντάνα πόδια Charcot μελετήθηκαν επιπλέον με SPECT/CT-ΣΛ. Συμπληρωματικό ΣΜΟ έγινε σε 18 προκειμένου να ερμηνευθούν τα παθολογικά ευρήματα στο ΣΛ. Οι εικόνες ΣΛ ερμηνεύθηκαν μόνες και σε συνδυασμό με SPECT/CT-ΣΛ και θεωρήθηκαν θετικές για ΟΜ όταν υπήρχε εστιακή εμμένουσα αυξημένη πρόσληψη λευκοκυττάρων σε οστική θέση. Αυξημένη πρόσληψη λευκοκυττάρων χωρίς αντίστοιχη πρόσληψη στο ΣΜΟ επιβεβαίωνε την παρουσία ΟΜ. Η τελική διάγνωση βασίστηκε σε κλινική και ακτινολογική/σπινθηρογραφική παρακολούθηση ή βιοψία οστού.

Αποτελέσματα: Μεταξύ των 80 ποδιών Charcot που μελετήθηκαν, ΟΜ διαγνώστηκε σε 21, οξεία αρθροπάθεια Charcot (ΟΑΚ) σε 20, φλεγμονή μαλακών μοριών σε 24, ενώ σε 15 δεν διαγνώστηκε ενεργός φλεγμονή. Στις 18/21 περιπτώσεις ΟΜ υπήρχε εστιακά έντονη πρόσληψη λευκοκυττάρων σε οστική θέση στο ΣΛ, ενώ σε 3/21 περιπτώσεις η πρόσληψή τους ήταν ήπια. Αντίθετα, το ΣΛ παρουσίασε ήπια διάχυτη ή καθόλου πρόσληψη λευκοκυττάρων στην πλειονότητα των περιπτώσεων ΟΑΚ (16/20) και σε όλες τις μη επιμοδυσμένες αρθρώσεις Charcot. Οι ευαισθησία, ειδικότητα, ακρίβεια, θετική (ΘΠΑ) και αρνητική προγνωστική αξία (ΑΠΑ) του ΣΛ για τη διάγνωση ΟΜ σε πόδι Charcot ήταν 90,5%, 86,4%, 87,5%, 70,4% και 96,2% αντίστοιχα. Η προσθήκη SPECT/CT επέτρεψε τον ακριβή προσδιορισμό της έκτασης της λοίμωξης, ειδικά σε συνύπαρξη ελκών, βελτιώνοντας σημαντικά την ευαισθησία του ΣΛ από 90,5% σε 100% και την ΑΠΑ από 96,2% σε 100%, αλλά μόνο ελαφρά την ειδικότητα από 86,4% σε 88,5% και την ακρίβεια από 87,5% σε 90,3%. Η προσθήκη ΣΜΟ περαιτέρω βελτίωσε την ειδικότητα και την ακρίβεια του ΣΛ μειώνοντας τα ψευδώς θετικά αποτελέσματα ΣΛ λόγω συσσώρευσης λευκοκυττάρων σε θέσεις ενεργού μυελού των οστών.

Συμπέρασμα: Το ΣΛ αποτελεί αξιόπιστη μέθοδο διάγνωσης ΟΜ σε πόδι Charcot. Η προσθήκη SPECT/CT βελτιώνει τη διαγνωστική απόδοση του ΣΛ για ΟΜ, ιδίως σε συνύπαρξη ελκών. Με ΑΠΑ 100%, το SPECT/CT-ΣΛ μπορεί να χρησιμεύσει ως δοκιμασία διαλογής σε περιπτώσεις κλινικής υπόνοιας ΟΜ επί Charcot. Τέλος, σε περιπτώσεις αμφιβολίας στη διάγνωση, η προσθήκη ΣΜΟ είναι χρήσιμη για την διαφοροδιάγνωση ΟΜ από ΟΑΚ.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ36

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΗΣ ΕΞΕΛΙΞΗΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑΣ ΜΕ ΤΗ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΟΥ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥ
ΡΟΦΙΛ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΤΥΠΟΥ 2 ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ 4 ΕΤΩΝ - ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ
ΜΕΛΕΤΗ**Τσοτουλίδης Στέφανος^{1,2}, Χρηστίδης Παναγιώτης², Παπαχριστοδούλου Χαρίκλεια²,
Μποτσκαρίοβα Άννα¹, Καραγιαννίδου Δέσποινα¹, Φαρδογιάννη Σουλήτανα², Χατζή Ελένη¹,
Μανές Χρήστος³**¹ Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας² Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Χαλκιδικής³ Παθολόγος-Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Πρόσφατες μελέτες έχουν συνδέσει την υπερλιπιδαιμία με την παρουσία μικροαγγειακών επιπλοκών του διαβήτη.

Σκοπός: Η παρακολούθηση της εξέλιξης της διαβητικής νευροπάθειας, της επίτευξης θεραπευτικών στόχων στις τιμές των λιπιδίων και η συσχέτιση των δύο παραμέτρων σε διαβητικούς τύπου 2 που παρακολουθούνται συστηματικά σε διαβητολογικό ιατρείο πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας μονάδας υγείας.

Υλικό και Μέθοδος: Αναδρομική μελέτη παρατήρησης σε τακτικούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που παρακολουθούνται στο Γ.Ν Χαλκιδικής και Κ.Υ Κασσάνδρειας τη χρονική περίοδο 2010-2018. Πραγματοποιήθηκαν 2 μετρήσεις με χρονική διαφορά 4 ετών των παραγόντων ΔΜΣ(kg/m²), διάρκεια(έτη), HbA1c(g/dl), λιπιδίων και συσχετίστηκαν με την ανάπτυξη και το βαθμό της νευροπάθειας η οποία εκτιμήθηκε με το Δείκτη Νευροπαθητικών Συμπτωμάτων και το Δείκτη Νευρολογικής Δυσλειτουργίας.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός (N=235) αποτελούνταν από 131(55,5%) γυναίκες και 104(44,5%) άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 62.2 έτη. Η νευροπάθεια, τόσο των μικρών όσο και των μεγάλων ινών, δε σχετίζεται στατιστικά με τις τιμές των λιπιδίων, τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη μέτρηση. Διαβητικοί που βελτίωσαν τα σκορ της νευροπάθειας των μικρών και των μεγάλων ινών είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλα τα κλάσματα των λιπιδίων. Διαβητικοί που δε βελτίωσαν το σκορ της νευροπάθειας των μικρών ινών είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε χοληστερόλη, HDL,LDL όχι όμως στα τριγλυκερίδια. Όταν δε βελτιώθηκε το σκορ της νευροπάθειας των μεγάλων ινών υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μόνο στην LDL.

Συμπεράσματα: Η παρούσα προοπτική μελέτη έδειξε ότι η διαβητικοί που δεν επιδείνωσαν την νευροπάθεια είχαν στατιστικά σημαντική βελτίωση σε όλα τα κλάσματα της χοληστερόλης.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ37 ΑΙΣΘΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΣΤΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ(ΣΔ) ΤΥΠΟΥ 2

Τσoutsouλίδης Στέφανος^{1,2}, Χρηστίδης Παναγιώτης¹, Παπαχριστοδούλου Χαρίκλεια¹, Φαρδογιάννη Σουλτάνα¹, Μηλιούμη Αναστασία², Μανές Χρήστος³

¹ Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ.Ν. Χαλκιδικής

² Κέντρο Υγείας Κασσάνδρειας

³ Παθολόγος - Διαβητολόγος, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, Euromedica Γενική Κλινική Θεσσαλονίκης

Εισαγωγή: Το διαβητικό πόδι είναι αποτέλεσμα της νευροπάθειας ή/και της αγγειοπάθειας που εμφανίζονται στην πορεία του ΣΔ. Η νευροπάθεια έχει ως αποτέλεσμα διαταραχή στην αισθητικότητα και στην αρχιτεκτονική του ποδιού με αποτέλεσμα να υπάρχουν σημεία που δέχονται υψηλές πιέσεις.

Σκοπός: Η ανίχνευση διαβητικών με διαταραχή της αισθητικότητας και της στατικής του σώματος και η συσχέτιση της νευροπάθειας με τη βαρύτητα των ασκούμενων πιέσεων.

Υλικό και Μέθοδος: Μελετήθηκαν διαβητικοί τύπου 2 που παρακολουθούνται τακτικά στο Γ.Ν Χαλκιδικής. Πραγματοποιήθηκαν μετρήσεις των παραγόντων του ύψους (m), ΔΜΣ (kg/m²), διάρκεια νόσου (έτη), HbA1c (g/dl), της ηλικίας (έτη), κάπνισμα, GFR. Η βαρύτητα της νευροπάθειας εκτιμήθηκε με το Δείκτη Νευρολογικής Δυσλειτουργίας. Υπολογίσθηκαν οι πιέσεις που ασκούνται στα πόδια με ψηφιακό πελματογράφο τελευταίας τεχνολογίας. Χρησιμοποιήθηκαν πολύ-παρογοντικά μοντέλα παλινδρόμησης (logistic regression). Το στατιστικό πακέτο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το RstudioVersion 1.2.5033. Το όριο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ως $p < 0.05$.

Αποτελέσματα: Ο πληθυσμός (N=53) αποτελούνταν από 34 (64,2%) γυναίκες και 19 (35,8%) άνδρες με μέσο όρο ηλικίας 67,9 έτη. Η περιοχή του ποδός που δέχεται συχνότερα τη μεγαλύτερη πίεση στήριξης είναι οι κεφαλές των μεταταρσίων 19/53(35,8%). Οι διαβητικοί με υψηλή πίεση στήριξης στις κεφαλές των μεταταρσίων έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό νευροπάθεια μικρών και μεγάλων ινών. Τις υψηλότερες όμως πιέσεις σε kPa κατά μέσο όρο δέχονται οι πτέρνες (177,31kPa ΔΕ και 158,73kPa ΑΡ). Στο πολύ-παρογοντικό μοντέλο παλινδρόμησης φάνηκε ότι οι πελματιαίες περιοχές πίεσης δε σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τις μεταβλητές φύλο, ηλικία, διάρκεια, ύψος, BMI, HbA1c, κάπνισμα και GFR. Η διαφορά μέσης πίεσης κατά kPa στο δεξί ($63,0 \pm 10,8$ vs $63,8 \pm 12,1$, $p=0,7185$) και στον αριστερό ($60,2 \pm 11,0$ vs $58,3 \pm 10,3$, $p=0,9723$) άκρο πόδα μεταξύ αυτών με νευροπάθεια και αυτών χωρίς νευροπάθεια δεν είναι στατιστικά σημαντική.

Συμπέρασμα: Υψηλό ποσοστό διαβητικών έχει υψηλές πιέσεις στα πόδια, κατά τη στάση και τη βάδιση. Συχνά συνυπάρχει και διαταραχή αισθητικότητας, με αποτέλεσμα αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβητικού έλκους.

**Μηριστιάνου Μαγδαληνή, Σπανός Κωνσταντίνος, Κατσαούνου Μαρία,
Ευσταθίου Στυλιανός, Παπαδόπουλος Παναγιώτης, Παναγιώτου Λεμονιά,
Λαναράς Λεωνίδας**

Γ. Ν. Λαμίας - Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού

Σκοπός: Η διερεύνηση της επιβίωσης του κάτω άκρου, αλλήλ και των ίδιων των ασθενών με διαβητικό έλκη σε μια περίοδο παρακολούθησης 5 ετών.

Υλικό - Μέθοδος: Συμπεριλήφθηκαν 43 ασθενείς -27 άνδρες (62,7%) και 16 γυναίκες (37,2%) - με νέα διαβητικά έλκη στα πόδια, χωρίς προηγούμενο ακρωτηριασμό, ηλικίας $62,4 \pm 10,5$ έτη και με διάρκεια Διαβήτη $13,6 \pm 9,4$ έτη, οι οποίοι επισκέφτηκαν το Ιατρείο μας από τον Ιανουάριο μέχρι και τον Δεκέμβριο του 2014 και έμειναν υπό παρακολούθηση μέχρι τον Νοέμβριο του 2019.

83,7% είχε Περιφερική Νευροπάθεια, 55,8% Ιστορικό Στεφανιαίας Νόσου, 51,1% Ιστορικό ΑΕΕ- 58,1% PAD, 3 σε Αιμοκάθαρση, 11 (25,5%) ενεργοί καπνιστές και 19 (44,1%) παρουσίασαν πρώτη βλάβη στο πόδι.

Αποτελέσματα: 6 (13,9%) απεβίωσαν λόγω καρδιαγγειακών επεισοδίων. 5 ασθενείς (11,6%) υποβλήθηκαν σε μείζονα ακρωτηριασμό. Η ηλικία, η αιμοκάθαρση και η PAD ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες για τον πρώτο σοβαρό ακρωτηριασμό.

Συμπεράσματα: Παρ' ότι έχει μειωθεί σημαντικά ο ακρωτηριασμός ασθενών με διαβητικό πόδι, η επιβίωση των ασθενών είναι χαμηλή στην πενταετία.



Προφορικές Ανακοινώσεις

ΠΑ39 ΦΑΙΝΟΤΥΠΙΚΗ ΕΚΦΡΑΣΗ ΜΑΚΡΟΦΑΓΩΝ ΣΕ ΧΡΟΝΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΑ ΕΛΚΗ

Αναστασίου Ιωάννα¹, Ελευθεριάδου Ιωάννα¹, Τεντολούρης Αναστάσιος¹, Τσιλιγγίρης Δημήτριος¹, Κώστα Ουρανία¹, Τζεραβίνη Ευαγγελία¹, Μάρκου Γεωργία¹, Πατέρας Ιωάννης², Ευαγγέλου Κωνσταντίνος², Τεντολούρης Νικόλαος¹

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

² Εργαστήριο Ιστολογίας & Εμβρυολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Εισαγωγή: Τα μακροφάγα διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της επούλωσης. Η αρχική φλεγμονώδης φάση της επούλωσης χαρακτηρίζεται από την παρουσία των ενεργοποιημένων (φλεγμονωδών) μακροφάγων (M1), που σταδιακά μεταστρέφονται σε έναν εναλλακτικό ενεργοποιημένο φαινότυπο (επούλωσης ή M2 μακροφάγα). Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει την φαινοτυπική έκφραση των μακροφάγων σε ασθενείς με διαβητικά έλκη.

Μέθοδος: Συνολικά εξετάστηκαν 32 άτομα: 10 ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και χρόνια έλκος χωρίς λοίμωξη, 10 με ΣΔ χωρίς έλκος και 12 υγιείς μάρτυρες. Από όλους τους συμμετέχοντες ελήφθη δερματική βιοψία από το αντιβράχιο, ενώ από τους ασθενείς με έλκος ελήφθη βιοψία και από τα χείλη του έλκους. Προσδιορίστηκαν ως M1 μακροφάγα τα κύτταρα που εκφράζουν το δείκτη CD64 και ως M2 μακροφάγα τα κύτταρα που εκφράζουν το δείκτη CD163.

Αποτελέσματα:

Βιοψία αντιβραχίου	ΣΔ με έλκος (ομάδα 1) n=10	ΣΔ χωρίς έλκος (ομάδα 2) n=10	υγιείς (ομάδα 3) n=12	ρ μεταξύ των 3 ομάδων	ρ 1 vs. 2	ρ 1 vs. 3	ρ 2 vs. 3
CD64+ cells	5.8 (5.3, 6.4)	3.9 (3.1, 4.4)	3.4 (3.1, 4.5)	0.001	0.001	<0.001	0.872
CD163+ cells	6.5 (5.2, 7.5)	7.0 (6.0, 7.6)	3.6 (2.7, 5.7)	0.003	0.579	0.006	0.002

ΣΔ με έλκος	Βιοψία αντιβραχίου	Βιοψία έλκους	ρ
CD64+ cells	5.8 (5.3, 6.4)	6.0 (5.5, 11.7)	0.139
CD163+ cells	6.5 (5.2, 7.5)	7.0 (4.5, 8.3)	1.000

Συμπέρασμα: Ο αριθμός των μακροφάγων είναι αυξημένος στο δέρμα των ασθενών με διαβητικά έλκη σε σύγκριση τόσο με τους ασθενείς με ΣΔ χωρίς έλκος, όσο και με τα υγιή άτομα, ενώ η φαινοτυπική έκφραση των μακροφάγων δε διαφέρει στο δέρμα του αντιβραχίου και του έλκους στα άτομα με χρόνια έλκη. Η χρόνια φλεγμονή στο δέρμα των ατόμων με ΣΔ μπορεί να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στη δημιουργία των ελκών όσο και στην παθολογική επούλωση αυτών.



Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

Α

ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΣ Γ. _____ ΠΑ03, ΠΑ22
 ΑΝΑΣΤΑΣΑΚΗΣ Χ. _____ ΠΑ23
 ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Γ. _____ ΠΑ28
 ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ Ι. _____ ΠΑ16, ΠΑ17 ΠΑ18,
 _____ ΠΑ19, ΠΑ39
 ΑΝΑΣΤΑΣΟΠΟΥΛΟΣ Δ. _____ ΠΑ29
 ΑΝΔΡΙΑΝΕΣΗΣ Β. _____ ΠΑ08, ΠΑ11,
 _____ ΠΑ15, ΠΑ18
 ΑΝΤΩΝΟΠΟΥΛΟΣ Σ. _____ ΠΑ24
 ΑΝΥΦΑΝΤΑΚΗΣ Α. _____ ΠΑ34
 ΑΡΒΑΝΙΤΗΣ Μ. _____ ΠΑ08, ΠΑ09
 ΑΡΓΥΡΙΟΥ Χ. _____ ΠΑ26
 ΑΡΣΟΣ Γ. _____ ΠΑ35

Β

ΒΛΑΧΟΥ Ε. _____ ΠΑ10
 ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ Ε. _____ ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14,
 _____ ΠΑ22, ΠΑ23, ΠΑ33

Γ

ΓΕΩΡΓΑ Σ. _____ ΠΑ27, ΠΑ35
 ΓΕΩΡΓΑΚΑΡΑΚΟΣ Ε. _____ ΠΑ26
 ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ Γ. _____ ΠΑ26
 ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ Η. _____ ΠΑ24
 ΓΙΑΝΝΟΥ Ε. _____ ΠΑ29, ΠΑ30, ΠΑ31
 ΓΚΕΚΑ Μ. _____ ΠΑ33
 ΓΟΥΓΟΥΡΕΛΑ Ε. _____ ΠΑ34

Δ

ΔΑΪΚΟΣ Γ. _____ ΠΑ05
 ΔΑΛΑΚΙΔΗΣ Α. _____ ΠΑ22
 ΔΑΝΙΗΛ Ι. _____ ΠΑ24
 ΔΕΛΗΟΛΑΝΗΣ Ι. _____ ΠΑ05
 ΔΗΛΕΣ Δ. _____ ΠΑ05
 ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ Μ. _____ ΠΑ01, ΠΑ06
 ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ Χ. _____ ΠΑ11

ΔΙΑΚΟΥΜΟΠΟΥΛΟΥ Ε. _____ ΠΑ07, ΠΑ09
 ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ Τ. _____ ΠΑ35
 ΔΙΔΑΣΚΑΛΟΥ Α. _____ ΠΑ07, ΠΑ09
 ΔΟΥΚΑΣ Λ. _____ ΠΑ25, ΠΑ27
 ΔΩΝΟΥ Α. _____ ΠΑ33

Ε

ΕΛΕΥΘΕΡΙΑΔΟΥ Ι. _____ ΠΑ08, ΠΑ11, ΠΑ15,
 _____ ΠΑ16, ΠΑ17, ΠΑ18, ΠΑ19
 _____ ΠΑ39
 ΕΥΑΓΓΕΛΟΥ Κ. _____ ΠΑ39
 ΕΥΣΤΑΘΙΟΥ Σ. _____ ΠΑ38

Ζ

ΖΑΡΚΩΤΟΥ Ο. _____ ΠΑ24
 ΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΣ Π. _____ ΠΑ12
 ΖΗΣΗ Μ. _____ ΠΑ04
 ΖΟΥΡΚΟΥ Ε. _____ ΠΑ14

Θ

ΘΕΙΑΣΠΡΑΣ Λ. _____ ΠΑ04
 ΘΕΜΕΛΗ-ΔΙΓΑΛΑΚΗ Κ. _____ ΠΑ24
 ΘΕΟΔΟΣΙΟΥ Π. _____ ΠΑ23
 ΘΕΟΦΑΝΟΥΣ Α. _____ ΠΑ14

Ι

ΙΩΑΚΕΙΜ Κ. _____ ΠΑ22, ΠΑ21

Κ

ΚΑΛΑΝΤΖΗ Σ. _____ ΠΑ22, ΠΑ23
 ΚΑΜΑΡΑΤΟΣ Α. _____ ΠΑ24, ΠΑ30, ΠΑ31
 ΚΑΡΑΓΕΩΡΓΟΥ Δ. _____ ΠΑ22
 ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΙΔΟΥ Δ. _____ ΠΑ36
 ΚΑΡΑΚΟΖΟΓΛΟΥ Α. _____ ΠΑ21
 ΚΑΡΑΜΑΝΑΚΟΣ Γ. _____ ΠΑ07, ΠΑ09, ΠΑ19
 ΚΑΡΧΙΛΑΚΗ Ε. _____ ΠΑ23
 ΚΑΤΣΑΟΥΝΗ Α. _____ ΠΑ17



Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΚΑΤΣΑΟΥΝΟΥ Μ. _____ ΠΑ38
ΚΑΤΣΕΛΗ Α. _____ ΠΑ23
ΚΕΡΑΜΙΣΑΝΟΥ Β. _____ ΠΑ32
ΚΕΦΑΛΑ Χ. _____ ΠΑ01, ΠΑ12, ΠΑ13
ΚΟΚΑΛΑ-ΔΗΜΗΤΡΟΠΟΥΛΟΥ Β. _____ ΠΑ17
ΚΟΚΑΣ Α. _____ ΠΑ02
ΚΟΚΚΙΝΟΣ Α. _____ ΠΑ08, ΠΑ15
ΚΟΚΟΥΡΑΚΗ Σ. _____ ΠΑ34
ΚΟΛΟΚΟΥΡΑ Α. _____ ΠΑ34
ΚΟΠΕΛΙΑ Μ. _____ ΠΑ08, ΠΑ15
ΚΟΥΚΗ Α.-Β. _____ ΠΑ02
ΚΡΑΣΟΦΣΚΑΓΙΑ Ι. _____ ΠΑ20
ΚΥΡΓΙΑΝΝΑΚΗ Β. _____ ΠΑ01
ΚΥΡΛΑΚΗ Ε. _____ ΠΑ34
ΚΥΡΟΓΛΟΥ Σ. _____ ΠΑ01, ΠΑ12, ΠΑ13
ΚΩΝΣΤΑ Α. _____ ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14, ΠΑ22
ΚΩΝΣΤΑΣ Χ. _____ ΠΑ30, ΠΑ31
ΚΩΣΤΑ Ο. _____ ΠΑ11, ΠΑ16, ΠΑ17, ΠΑ18,
_____ ΠΑ19, ΠΑ39

Λ

ΛΑΔΑΣ Γ.-Κ. _____ ΠΑ29, ΠΑ30, ΠΑ31
ΛΑΝΑΡΑΣ Λ. _____ ΠΑ38
ΛΑΦΟΓΙΑΝΝΗ Σ. _____ ΠΑ33
ΛΕΠΟΥΡΑΣ Α. _____ ΠΑ29
ΛΙΑΠΗΣ Γ. _____ ΠΑ28
ΛΙΑΤΗΣ Σ. _____ ΠΑ08, ΠΑ15
ΛΟΝΤΟΥ Σ.-Π. _____ ΠΑ05
ΛΟΥΠΑ Χ. _____ ΠΑ02, ΠΑ03, ΠΑ14, ΠΑ22,
_____ ΠΑ23, ΠΑ33
ΛΥΜΠΕΡΟΠΟΥΛΟΣ Ε. _____ ΠΑ28

Μ

ΜΑΖΙΩΤΗ Χ. _____ ΠΑ31
ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ Κ. _____ ΠΑ07, ΠΑ09, ΠΑ10
ΜΑΛΛΙΑΡΟΥ Ε. _____ ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ15
ΜΑΛΤΕΖΟΣ Ε. _____ ΠΑ01, ΠΑ06
ΜΑΜΑΛΗ Β. _____ ΠΑ24

ΜΑΝΕΣ Χ. _____ ΠΑ25, ΠΑ27, ΠΑ35,
_____ ΠΑ36, ΠΑ37
ΜΑΡΑΚΗ Π. _____ ΠΑ29
ΜΑΡΚΟΥ Γ. _____ ΠΑ16, ΠΑ19, ΠΑ39
ΜΑΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. _____ ΠΑ27
ΜΕΪΜΕΤΗ Ε. _____ ΠΑ02
ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ Α. _____ ΠΑ24, ΠΑ30, ΠΑ31
ΜΕΜΕΤ-ΕΦΕΝΤΗ Γ. _____ ΠΑ26
ΜΕΤΑΛΛΙΔΗΣ Σ. _____ ΠΑ27
ΜΟΥΡΟΥΖΗΣ Ι. _____ ΠΑ17, ΠΑ18
ΜΠΑΡΜΠΑΓΙΑΝΝΗ Α. _____ ΠΑ16, ΠΑ18, ΠΑ19
ΜΠΛΙΟΥΜΗ Α. _____ ΠΑ37
ΜΠΟΤΣΚΑΡΙΟΒΑ Α. _____ ΠΑ36
ΜΠΟΥΡΔΑΚΗΣ Α. _____ ΠΑ10
ΜΠΟΥΡΟΓΙΑΝΝΗ Ο. _____ ΠΑ34
ΜΠΡΙΣΤΙΑΝΟΥ Μ. _____ ΠΑ38

Ν

ΝΙΚΟΛΑΪΔΗΣ Α. _____ ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ27, ΠΑ32
ΝΤΖΙΩΡΑ Φ. _____ ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ15
ΝΤΙΚΟΥΔΗ Α. _____ ΠΑ10
ΝΤΟΝΟΥΣΗ Ε. _____ ΠΑ28
ΝΤΟΥΝΗ Α. _____ ΠΑ28

Π

ΠΑΝΑΓΙΩΤΟΥ Λ. _____ ΠΑ38
ΠΑΝΑΓΟΠΟΥΛΟΣ Π. _____ ΠΑ06
ΠΑΝΟΠΟΥΛΟΥ Μ. _____ ΠΑ06
ΠΑΝΤΑΖΑΤΟΥ Α. _____ ΠΑ05
ΠΑΝΤΕΛΟΥΚΑ Α.-Μ. _____ ΠΑ14
ΠΑΝΤΟΣ Κ. _____ ΠΑ17
ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Π. _____ ΠΑ38
ΠΑΠΑΔΟΥΛΗ Β. _____ ΠΑ24
ΠΑΠΑΖΑΦΕΙΡΟΠΟΥΛΟΥ Α. _____ ΠΑ24, ΠΑ30,
_____ ΠΑ31
ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Δ. _____ ΠΑ01
ΠΑΠΑΘΕΟΔΩΡΟΥ Ν. _____ ΠΑ26
ΠΑΠΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥ Π. _____ ΠΑ02, ΠΑ14



Ευρετήριο Συγγραφέων Προφορικών Ανακοινώσεων

ΠΑΠΑΝΑΣ Ν. _____ ΠΑ01, ΠΑ06,
_____ ΠΑ12, ΠΑ13
ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Σ. _____ ΠΑ03, ΠΑ33
ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ Σ. _____ ΠΑ01, ΠΑ12, ΠΑ13
ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ Χ. _____ ΠΑ36, ΠΑ37
ΠΑΠΑΧΡΙΣΤΟΦΟΡΟΥ Ε. _____ ΠΑ07, ΠΑ09,
_____ ΠΑ11
ΠΑΠΠΑΣ Α. _____ ΠΑ34
ΠΑΤΕΡΑΣ Ι. _____ ΠΑ39
ΠΑΦΙΛΗ Κ. _____ ΠΑ01
ΠΕΤΡΙΔΗΣ Ν. _____ ΠΑ22, ΠΑ21

Ρ

ΡΕΠΠΑΣ Κ. _____ ΠΑ07, ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ15,
_____ ΠΑ19
ΡΟΥΝΤΟΥ Α. _____ ΠΑ25, ΠΑ32

Σ

ΣΑΪΕΧ Φ. _____ ΠΑ21, ΠΑ27
ΣΑΜΑΡΚΟΣ Μ. _____ ΠΑ05
ΣΕΒΔΑΛΗΣ Ν. _____ ΠΑ30, ΠΑ31
ΣΚΟΥΤΑΣ Δ. _____ ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ25,
_____ ΠΑ27, ΠΑ32, ΠΑ35
ΣΠΑΝΟΣ Κ. _____ ΠΑ38
ΣΠΗΛΙΟΠΟΥΛΟΥ Β. _____ ΠΑ33
ΣΤΑΘΑΚΗ Μ. _____ ΠΑ34
ΣΤΑΜΟΠΟΥΛΟΣ Π. _____ ΠΑ05
ΣΥΡΙΓΟΥ Ε. _____ ΠΑ30, ΠΑ31

Τ

ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Α. _____ ΠΑ16, ΠΑ17, ΠΑ18,
_____ ΠΑ19, ΠΑ39
ΤΕΝΤΟΛΟΥΡΗΣ Ν. _____ ΠΑ05, ΠΑ07,
_____ ΠΑ08, ΠΑ09, ΠΑ10, ΠΑ11, ΠΑ15,
_____ ΠΑ16, ΠΑ17, ΠΑ18, ΠΑ19, ΠΑ39
ΤΕΣΦΑΓΙΕ Α. _____ ΠΑ27
ΤΖΑΤΖΑΓΟΥ Γ. _____ ΠΑ21, ΠΑ22, ΠΑ25,
_____ ΠΑ27, ΠΑ32
ΤΖΕΡΑΒΙΝΗ Ε. _____ ΠΑ16, ΠΑ39

ΤΟΠΑΚΑΣ Γ. _____ ΠΑ03, ΠΑ23
ΤΟΣΚΑΣ Α. _____ ΠΑ07, ΠΑ15
ΤΡΑΚΑΤΕΜΗ Χ. _____ ΠΑ25
ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΥ Μ. _____ ΠΑ05
ΤΣΑΓΚΑΡΗΣ Χ. _____ ΠΑ30, ΠΑ31
ΤΣΑΠΑΡΑ Α. _____ ΠΑ26
ΤΣΙΛΙΓΓΙΡΗΣ Δ. _____ ΠΑ16, ΠΑ18, ΠΑ19, ΠΑ39
ΤΣΙΤΣΟΥ Σ. _____ ΠΑ11
ΤΣΟΤΟΥΛΙΔΗΣ Σ. _____ ΠΑ36, ΠΑ37

Φ

ΦΑΡΔΟΓΙΑΝΝΗ Σ. _____ ΠΑ36, ΠΑ37
ΦΕΣΣΙΔΟΥ Δ. _____ ΠΑ01
ΦΥΤΙΛΗ Χ. _____ ΠΑ29

Χ

ΧΑΤΖΗ Ε. _____ ΠΑ36
ΧΡΗΣΤΙΔΗΣ Π. _____ ΠΑ36, ΠΑ37



Γενικές Πληροφορίες



Vipidia®

αλογολιπίνη

Vipdomet®

αλογολιπίνη/υδροχλωρική μετφορμίνη

Incresync®

αλογολιπίνη/πιογλιταζόνη



ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipidia 25mg, 12,5mg, 6,25mg. Κάθε δισκίο περιέχει 25mg, 12,5mg, 6,25mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής).
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5mg/850mg. Κάθε δισκίο περιέχει 12,5mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 850mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Vipdomet 12,5mg/1.000mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 12,5mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 1.000mg υδροχλωρικής μετφορμίνης. **ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ Incresync 25mg/30mg.** Κάθε δισκίο περιέχει 25mg αλογολιπίνης (ως βενζοϊκής) και 30mg πιογλιταζόνης (ως υδροχλωρικής).

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

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

Φαρμακευτικά προϊόντα για τα οποία απαιτείται ιατρική συνταγή.

VIPIDIA F.C.TAB 25mg/TAB 8Tx28	A.T. 36,56€
VIPIDIA F.C.TAB 12,5mg/TAB 8Tx28	A.T. 19,16€
VIPIDIA F.C.TAB 6,25mg/TAB 8Tx28	A.T. 17,90€
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+1000)mg/TAB 8Tx56	A.T. 36,59€
VIPDOMET F.C.TAB (12,5+850)mg/TAB 8Tx56	A.T. 36,56€
INCRESYNC F.C.TAB (25+30)mg/TAB 8Tx28	A.T. 37,98€



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



ELPEN Α.Ε. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ
Λεωφ. Μαραθώνος 95, 190 09 Πικέρμι Αττικής,
Τηλ.: 210 6039326-8, Fax: 210 6039300
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 459920-1, Fax: 2310 459269



Δορυφορικά Συμπόσια - Δορυφορικές Διαλέξεις

Παρασκευή 31 Ιανουαρίου 2020

18.30 - 19.00 Δορυφορική Διάλεξη

Ο ρόλος της ινσουλίνης glargine 300U/ml στη διαχείριση του διαβητικού ασθενή

Πρόεδρος: Σ. Παπαντωνίου

Ομιλητής: Γ. Τσιάντας



19.15 - 19.45 Δορυφορική Διάλεξη

Ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακό κίνδυνο στην Π.Φ.Υ.

Πρόεδρος: Α. Ράπτης

Ομιλητής: Σ. Λιάτσης



Σάββατο 1 Φεβρουαρίου 2020

13.00 - 14.00 Δορυφορικό Συμπόσιο

Νεότερες εξελίξεις και προοπτικές στις ενέσιμες αντιδιαβητικές αγωγές - Θεραπευτικές επιλογές με γνώμονα τον ασθενή

Πρόεδρος: Ν. Παπάνας

- Ντουλαγλουτίδη: Το εβδομαδιαίο GLP-1 ανάλογο που προσφέρει ισχυρή αποτελεσματικότητα με απλό και εύκολο τρόπο: Σ. Λιάτσης
- Η ινσουλίνη lispro, 20 χρόνια μετά: Εξελίξεις του 1^{ου} αναλόγου ινσουλίνης με στόχο τη βελτιωμένη εξατομίκευση της θεραπείας: Α. Παπαζαφειροπούλου



19.00 - 19.30 Δορυφορική Διάλεξη

Αντιμετωπίζοντας το ΚαρδιοΝεφροΜεταβολικό φάσμα στον ασθενή με ΣΔτ2 από την αρχή μέχρι το τέλος. Από την DECLARE στη DAPA-HF

Πρόεδρος: Ν. Τεντολούρης

Ομιλητής: Ν. Παπάνας

Σχολιασμός: Χ. Μανές



19.30 - 20.00 Δορυφορική Διάλεξη

Ο εύκολος τρόπος έναρξης και εντατικοποίησης της βασικής ινσουλίνης με μια ένεση την ημέρα

Πρόεδρος: Σ. Παπαντωνίου

Ομιλήτρια: Ν. Κατσίκη





Ευρετήριο Ομιλητών - Προέδρων Δορυφορικών Συμποσίων - Δορυφορικών Διαλέξεων

Κατσίκη Νίκη

Ιατρός Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Τμήμα Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού,
Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»

Λιάτσης Σταύρος

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

Μανές Χρήστος

Ειδικός Παθολόγος με μετεκπαίδευση στο
Σακχαρώδη Διαβήτη, Εκπρόσωπος της Ελλάδας
στην Παγκόσμια Ομάδα Εργασίας για το Διαβητικό
Πόδι, Πρόεδρος Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων
Διαβητικού Ποδιού (Ε.ΜΕ.Δ.Π.), τ. Διευθυντής
Παθολογικού Τμήματος και Διαβητολογικού
Κέντρου, Γ.Ν.Θ. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ», Θεσσαλονίκη

Παπαζαφειροπούλου Αθανασία

Παθολόγος με εξειδίκευση στο Διαβήτη, PhD,
MSc στη Βιοστατιστική, Επιμελήτρια Α',
Α' Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο,
Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο»

Παπάνας Νικόλαος

Καθηγητής Παθολογίας - Σακχαρώδους
Διαβήτη, Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου
- Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού, Β' Παθολογική
Κλινική Δημοκριτείου Πανεπιστημίου Θράκης,
Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης,
Αλεξανδρούπολη, Αντιπρόεδρος Ευρωπαϊκής
Ομάδας Μελέτης Διαβητικού Ποδιού

Παπαντωνίου Στέφανος

Παθολόγος - Διαβητολόγος,
Διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού, Ηπατολογικού
και Ιατρείου Διαβητικού Ποδιού,
Γ.Ν. Καβάλας, Καβάλα

Ράπτης Αθανάσιος

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

Τεντολούρης Νικόλαος

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

Τσιάντας Γεώργιος

Παθολόγος - Διαβητολόγος, Γενικός Αρχίατρος,
Αναπληρωτής Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής,
424 Γ.Σ.Ν.Ε., Θεσσαλονίκη

Tiobec® 400

Αλλάζοντας τα Δεδομένα

γιατί στο Νευροπαθητικό Πόνο,
ο πόνος δεν είναι το μόνο που
πρέπει να αντιμετωπιστεί!^{1,2,3}



Δοσολογία

► 2 δισκία ημερησίως

Κατά προτίμηση με άδειο
στομάχι (30 λεπτά πριν ή
3 ώρες μετά το φαγητό)

Τα δισκία να λαμβάνονται
με διαφορά περίπου 10 ωρών
μεταξύ τους



40 δισκία

Tiobec® 400 Το Tiobec® 400 είναι συμπλήρωμα διατροφής. Το Tiobec® 400 περιέχει α-λιποϊκό οξύ, βιταμίνες C και E και βιταμίνες συμπλέγματος B (B1, B2, B6, B12, PP, φολικό οξύ). Τα συμπληρώματα διατροφής δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διαίτης. Να μη γίνεται υπέρβαση της συνιστώμενης ημερησίας δόσης. Συνιστώμενη δόση του προϊόντος για ημερήσια κατανάλωση 1-2 δισκία την ημέρα. Το προϊόν αυτό δεν προορίζεται για την πρόληψη, αγωγή ή θεραπεία ανθρώπινης νόσου. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας αν είστε έγκυος, θηλάζετε, βρίσκεστε υπό φαρμακευτική αγωγή ή αντιμετωπίζετε προβλήματα υγείας. Να φυλάσσεται μακριά από τα μικρά παιδιά. Πριν τη χρήση συμβουλευτείτε τις οδηγίες χρήσης. Τα άτομα που λαμβάνουν θεραπεία ελέγχου του σακάρου πρέπει να συμβουλευτούν τον γιατρό τους πριν από τη χρήση. Αρ. Γνωστοποίησης στον ΕΟΦ: 12192/06-02-2018. Ο αριθμός γνωστοποίησης ΕΟΦ δεν επέχει θέση άδειας κυκλοφορίας από τον ΕΟΦ. Το προϊόν δεν υπόκειται σε διαδικασία αδειοδότησης. Υπεύθυνος κυκλοφορίας: Uriach Consumer Healthcare, S.L. Av. Camí Reial, 51-57-Palau-Solita I Plegamans (Barcelona), 08184, Ισπανία. Διανομέας: Galenica A.E. Ελευθερίου 4, 14564 Κηφισιά, Τηλ: 2105281700.

Βιβλιογραφία: 1. Patel N et al. A study of the use of carbamazepine, pregabalin and alpha lipoic acid in patients of diabetic neuropathy. Journal of Diabetes & Metabolic Disorders 2014; 13:62. 2. Ruessmann HJ et al. Switching from pathogenetic treatment with α-lipoic acid to gabapentin and other analgesics in painful diabetic neuropathy: a real-world study in outpatients. Journal of Diabetes and its Complications 23 (2009) 174-177. 3. Poracuphatana S et al. Glycemic and oxidative status of patients with type 2 diabetes mellitus following oral administration of alpha lipoic acid: a randomized double-blinded placebo controlled study. Asia Pac J Clin Nutr 2012;21 (1):12-21.

Τόπος Συνεδρίου

Το 7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού με διεθνή συμμετοχή πραγματοποιείται στην **Αθήνα**, στο ξενοδοχείο **Crowne Plaza**, από **30 Ιανουαρίου** έως **2 Φεβρουαρίου 2020**.

Γλώσσα

Η επίσημη γλώσσα του Συνεδρίου είναι η **Ελληνική**.

Έκθεση Συνεδρίου

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

Κονκάρδες Συνεδρίου (Badges)

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

Βεβαιώσεις Παρακολούθησης

Η παράδοση των βεβαιώσεων παρακολούθησης θα γίνει από τη Γραμματεία του Συνεδρίου, την **Κυριακή 2 Φεβρουαρίου 2020**, μετά τη λήξη του επιστημονικού προγράμματος.

Πιστοποιητικά Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης

Το επιστημονικό πρόγραμμα του Σεμιναρίου - Κλινικού Φροντιστηρίου θα μοριοδοτηθεί με **είκοσι τέσσερα (24)** Μόρια Συνεχιζόμενης Ιατρικής Εκπαίδευσης CME CPD Credits, από τον Πανελλήνιο Ιατρικό Σύλλογο (Π.Ι.Σ.). Με βάση την ισχύουσα νομοθεσία, **δικαίωμα παραλαβής πιστοποιητικού με μοριοδότηση έχει κάθε Ιατρός, ο οποίος έχει παρακολουθήσει 60% των ωρών του Επιστημονικού Προγράμματος. Δορυφορικά Συμπόσια και Διαλέξεις επιχορηγούμενα από φαρμακευτικές εταιρίες δε μοριοδοτούνται.** Η καταμέτρηση του χρόνου παρακολούθησης θα γίνεται με τη χρήση αναγνωστών γραμμωτού κώδικα (barcode scanners) στις κονκάρδες (badges) των Συνέδρων.

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

Πληροφορίες για ομιλητές

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

Ασφάλεια

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



Χρήσιμες Πληροφορίες

Προφορικές Ανακοινώσεις

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

Οι Προφορικές Ανακοινώσεις θα παρουσιαστούν:

ΠΑ01 - ΠΑ15	Πέμπτη 30 Ιανουαρίου 2020	16.15 - 18.15
ΠΑ16 - ΠΑ23	Παρασκευή 31 Ιανουαρίου 2020	08.30 - 09.30
ΠΑ24 - ΠΑ31	Σάββατο 1 Φεβρουαρίου 2020	08.30 - 09.30
ΠΑ32 - ΠΑ39	Κυριακή 2 Φεβρουαρίου 2020	09.00 - 10.00

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

Εγγραφή - Δικαίωμα Συμμετοχής

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

Σημείωση: Οι συμμετέχοντες είναι απαραίτητο να προσκομίζουν κατάλληλο έγγραφο που θα επιβεβαιώνει την ιδιότητά τους.

*Στις τιμές των εγγραφών συμπεριλαμβάνεται ΦΠΑ 24%

Το δικαίωμα συμμετοχής περιλαμβάνει:

- Παρακολούθηση του Επιστημονικού Προγράμματος
- Συνεδριακό υλικό και Βεβαίωση συμμετοχής
- Είσοδο στην έκθεση των φαρμακευτικών εταιριών
- Πιστοποιητικό παρακολούθησης με μόρια εφόσον έχει καλυφθεί ο απαιτούμενος χρόνος παρακολούθησης (αφορά μόνο ειδικευμένους και ειδικευόμενους ιατρούς)

Διοργάνωση



Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πόντου 10 4, 115 27 Αθήνα

Τηλ.: 210 7470089 **Fax:** 210 7470044

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

Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας

Τηλ.: 210 60 48 260, **Fax:** 210 60 47 557

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

7^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων

Διαβητικού ποδιού

Ευχαριστίες

Η Οργανωτική Επιτροπή
του 7^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της Εταιρίας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού
ευχαριστεί θερμά για τη συμμετοχή τους τις παρακάτω εταιρίες:





Διοργάνωση



Εταιρία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Πόντου 10 4, 115 2 7 Αθήνα

Τηλ.: 210 7470089, **Fax:** 2 10 7470044

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

Οργάνωση - Γραμματεία



Θεσσαλονίκης 12, 153 44 Γέρακας

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

E-mail: lparissi@free-spirit.gr

Web site: www.free-spirit.gr



Januvia
(sitagliptin, MSD)

Janumet
(sitagliptin/metformin, MSD)



1. SmPC JANUVIA, SmPC JANUMET

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

JANUMET (50+1000) ΑΤ: 38,12€, JANUMET (50+850) ΑΤ: 45,56€, JANUVIA (100) ΑΤ: 36,09€, JANUVIA (50) ΑΤ: 24,75€



ΤΟΠΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: MSD ΑΘΕΕ.
ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗΣ ΕΝΔΕΙΞΗΣ
ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος,
Τηλ.: 2109897300 E-MAIL: dpcg_greece@msd.com
www.msd.gr

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



Συν-προώθηση από την εταιρεία:

BIANEX Α.Ε.

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΦΑΡΜΑΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΤΟΥ ΟΜΙΛΟΥ ΣΙΑΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Γραφείο Επιστημονικής Επιμόρφωσης

ΑΘΗΝΑ, Οδός Τσιτσώνη 146 71 Β, Ερυθρού, Τηλ.: 210 8009111

• E-Mail: mailbox@bianex.gr