



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### ΠΡΟΦΟΡΙΚΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ

#### **ΕΑ 01 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ**

Ν. Τσουμάνη, Ζ. Σπανού, Α. Γιαννοπούλου, Μ. Τζερνιά  
ΑΤΕΙ Ηρακλείου Κρήτης

**Εισαγωγή:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν τη βασική αιτία θνησιμότητας και αναπηρίας (Robine J et al., 1997). Στην Ελλάδα, περίπου 50.000 άτομα πεθαίνουν κάθε χρόνο από καρδιαγγειακές παθήσεις, εκ των οποίων τα 17.000 περίπου από ισχαιμία του μυοκαρδίου (WHO: Geneva., 2005). Το κάπνισμα, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης, η ηλικία, η υπερχοληστεριναίμια, το φύλο, η καθιστική ζωή, η αύξηση του βάρους, η πλούσια σε λίπος προσλαμβανόμενη ενέργεια, (Pudiel et al., 1995) είναι βασικοί παράγοντες που καταδεικνύουν τη σχέση με τα καρδιαγγειακά νοσήματα (Bowman et al., 2001; Menotti et al., 1996; Mariotti et al., 1986.).

**Στόχος:** Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ καρδιαγγειακών νοσημάτων, δείκτες παχυσαρκίας, διατροφή, σακχαρώδη διαβήτη και υπερλιπιδαιμία.

**Υλικό:** Για αυτή την έρευνα, χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που διαπραγματεύεται πολλούς παράγοντες της καθημερινής ζωής. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΑ. Γ. Ν. Η.) και στο Αττικό νοσοκομείο Αθηνών την περίοδο από 1/1/2008 – 31/3/2008 στις καρδιολογικές κλινικές τους. Συμπληρώθηκαν 60 ερωτηματολόγια στο Αττικό Νοσοκομείο της Αθήνας και 120 στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ηρακλείου Κρήτης.

**Μέθοδος:** Για τη στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε πρόγραμμα SPSS, έκδοση 15.0. Ακολουθήθηκαν μέθοδοι ανάλυσης σε στρωματοποιημένα δεδομένα. Οι συντελεστές συσχέτισης κατά Pearson χρησιμοποιήθηκαν για τη συσχέτιση των σωματομετρικών μετρήσεων και των μετρήσεων της αρτηριακής πίεσης. Σε όλες τις μεθόδους ορίστηκε ως αποδεκτό σημείο σημαντικότητας (p-value) το 5%, το 1% και το 1%.

**Αποτελέσματα:** Από τα 159 άτομα που συμμετείχαν τα 104 ήταν άντρες (ποσοστό 65,4% επί του συνόλου), ενώ τα 55 (ποσοστό 34,6% επί του συνόλου) ήταν γυναίκες. Τα αποτελέσματα των σωματομετρήσεων που πραγματοποιήθηκαν έδειξαν ότι ποσοστό 80,5% (p=0.0001) επί του συνόλου ήταν υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα μαζί χρησιμοποιώντας τα διεθνή κριτήρια εισαγωγής- αποκλεισμού (WHO., 1997), ενώ μόνο το 19,5% των ατόμων βρίσκονταν στα φυσιολογικά όρια. Η μέση τιμή του ΔΜΣ των ανδρών είναι 29,3kg/m<sup>2</sup> σχετικά μικρότερη από αυτή των γυναικών που είναι 28,8



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



[ $p < 0.0001$ ]. Η συχνότητα εκείνων που ακολουθούν κάποια δίαιτα λόγω του προβλήματος υγείας που έχουν είναι 75 άτομα με ποσοστό 47,2%, διαφορά μεγάλη καθώς το ποσοστό των ατόμων που δεν ακολουθούν κάποια δίαιτα είναι 52,2%. Στην παρούσα μελέτη παρουσιάζεται η συχνότητα και τα ποσοστά των ατόμων αναφορικά με το είδος των καρδιαγγειακών νοσημάτων που εμφανίστηκαν στο σύνολό τους. Οι μεγαλύτερες συχνότητες και ποσοστά καλύπτονται από το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου με συχνότητα 34 ατόμων και ποσοστό 21,4%. Θετική συσχέτιση του αθηρωματικού δείκτη με την κατανάλωση κρέατος, τυριού, φρούτων, οσπρίων, ψαριού, φυσικής δραστηριότητας, βάρους, περιμέτρου μέσης/ λεκάνης με  $p = 0,0001$  ενώ αρνητική συσχέτισή του παρουσιάζεται με τον ΔΜΣ με  $p = 0,998$ . Στο σύνολο του δείγματος όλοι οι μέσοι όροι είναι πάνω από τα φυσιολογικά επίπεδα. Ο μέσος όρος του σακχαρώδη διαβήτη είναι 119mg/dl, της HDL 45.4mg/dl, της LDL 158.5mg/dl, της ολικής χοληστερόλης 245mg/dl, των τριγλυκεριδίων 161mg/dl, του Νατρίου 150mmol/L και του Καλίου 3,8 mmol/L. Ο μέσος όρος της χρονικής διάρκειας της υπέρτασης είναι 4,4 χρόνια. Η μέση τιμή του αθηρωματικού δείκτη των ανδρών είναι 6,2644 και των γυναικών είναι 5,6231. Η μέση τιμή στο σύνολο των ερωτηθέντων που είναι 6,0426.

**Συμπεράσματα:** Στην περιοχή της έρευνας καταγράφεται ένα πολύ υψηλό ποσοστό παχυσαρκίας καθώς τα άτομα αυτά ήδη νοσούν. Η Μεσογειακή διατροφή θεωρείται ένα διατροφικό πρότυπο αρκετά διαδεδομένο σε ολόκληρο τον κόσμο και όχι μόνο στις χώρες της Μεσογείου. Η υιοθέτηση της Μεσογειακής διατροφής οδηγεί σε 14% μικρότερη πιθανότητα εμφάνισης στεφανιαίας νόσου στους άντρες και σε 19% μικρότερη πιθανότητα στις γυναίκες (Cardio.,2000). Όσο περνούν τα χρόνια παρατηρείται η όλο και μεγαλύτερη αύξηση της παχυσαρκίας στην Ελλάδα.

### ΕΑ 02 ΜΕΛΕΤΗ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΚΑΙ ΕΙΚΟΝΑ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ι. Α. Κυριαζής<sup>1</sup>, Δ. Μυτάς<sup>2</sup>, Π. Στουγιάννος<sup>2</sup>, Χ. Μέλλος<sup>3</sup>, Κ. Κοροβέσης<sup>3</sup>, Δ. Μενδρινός<sup>3</sup>, Δ. Πρέσβελος<sup>3</sup>, Π. Μπόμπολας<sup>3</sup>, Θ. Κοκόλιας<sup>3</sup>, Ι. Μάλλιος<sup>3</sup>, Π. Δημητρίου<sup>3</sup>, Α. Λαλούσης<sup>1</sup>, Ε. Ντέντα<sup>1</sup>, Σ. Τζομπανάκη<sup>3</sup>, Χ. Δηλανάς<sup>2</sup>, Χρ. Παρθενίου<sup>3</sup>, Β. Πυργάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ιατρείο Λιπιδίων Γ. Ν. Κορίνθου, Κόρινθος.

<sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

<sup>3</sup>Παθολογική Κλινική Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Οι ασθενείς με αρρυθμιστο λιπιδαιμικό προφίλ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επικείμενου μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος. Σκοπός της εργασίας μας



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



ήταν η εκτίμηση της επίπτωσης της αρρυθμιστής δυσλιπιδαιμίας σε ασθενείς που εκδηλώνουν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (OEM) και η μελέτη της επίδρασης της προηγούμενης λήψης στατινών στην έκβαση του OEM.

**Μέθοδος:** Μελετήθηκαν 199 ασθενείς, 139 άνδρες/60 γυναίκες, μέσης ηλικίας 64.8έτη (εύρος:12.5έτη) που εκδήλωσαν OEM (135 STEMI/64 NSTEMI). Αφού λήφθηκε λεπτομερές ιστορικό, καταγράφηκε η ύπαρξη δυσλιπιδαιμίας και άλλων παραγόντων κινδύνου καθώς και η αγωγή που ελάμβαναν προ της εισαγωγής τους. Επιπλέον προσδιορίσθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ εντός 12ώρου από την προσέλευση τους και αξιολογήθηκε η ενδονοσοκομειακή θνητότητα και οι επιπλοκές του OEM. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS16.0.

**Αποτελέσματα:** Γνωστή δυσλιπιδαιμία καταγράφηκε σε ποσοστό 65% των ασθενών, ενώ 17.6% αυτών είχε επίσης ιστορικό ΣΝ. Το λιπιδαιμικό προφίλ αποκάλυψε ότι 151 από τους 199 ασθενείς με OEM (ποσοστό 76.3%) είχε αρρυθμιστή δυσλιπιδαιμία και το 72.2% αυτών αντιστοιχούσε σε ασθενείς γνωστή δυσλιπιδαιμία. Ποσοστό 54,6% των ασθενών με γνωστή δυσλιπιδαιμία (παρά τις αντίθετες συστάσεις) δεν ακολουθούσε καμία αγωγή. Σε υπολιπιδαιμική δίαιτα ήταν το 21.5% (ρυθμισμένοι μόνο σε ποσοστό 22%) και στατίνες ελάμβανε το 23,8% (ρύθμιση παρουσίαζε το 28% αυτών). Από τους ασθενείς με ιστορικό ΣΝ μόνο το 9% είχε ελεγχόμενο λιπιδαιμικό προφίλ ενώ αυτοί που συνδύαζαν ιστορικό Σ.Ν και δυσλιπιδαιμίας ήταν ρυθμισμένοι σε ποσοστό 8.6%. Οι ασθενείς που ελάμβαναν στατίνη έπασχαν συχνότερα από NSTEMI ( $p<0.05$ ) και εκδήλωσαν μια τάση να εμφανίζουν λιγότερες ενδονοσοκομειακές επιπλοκές ( $p=ns$ ).

**Συμπεράσματα:** Ο επιπολασμός της αρρυθμιστής δυσλιπιδαιμίας στο δείγμα ασθενών με OEM που μελετήσαμε ήταν ιδιαίτερα αυξημένος και πιο ανησυχητική ήταν η παρατήρηση ότι η ρύθμιση της δυσλιπιδαιμίας παραμένει πτωχή και στα άτομα με γνωστή δυσλιπιδαιμία ή προηγούμενο ιστορικό ΣΝ. Από την άλλη μεριά, φαίνεται ότι οι ασθενείς που λαμβάνουν στατίνη εμφανίζουν ένα πιο σταθερό οξύ στεφανιαίο σύμβαμα, πιθανόν λόγω σταθεροποίησης του περιβάλλοντος της αθηρωματικής πλάκας

### EA 03 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΣΕ ΜΙΑ ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

*N. Ανατολιωτάκης, N. Κυριακάκης, I. Τζινιέρης, Δ. Δέρκα, Ο. Κάπη-Λιάτα  
Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου*

**ΕΙΣΑΓΩΓΗ:** Η σημασία του μεταβολικού συνδρόμου (ΜΣ) ως παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση καρδιαγγειακών παθήσεων -με προεξέχουσα την στεφανιαία νόσο- έχει μελετηθεί πολύ εκτεταμένα κατά το παρελθόν.

Ο ορισμός του συνδρόμου εμπεριέχει τουλάχιστον τρία από πέντε στοιχεία (γλυκόζη αίματος πάνω από 110 mg/dl, αρτηριακή πίεση πάνω από 130/85 mmHg, τριγλυκερίδια



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



άνω του 150 mg/dl, HDL χοληστερόλη κάτω από 40 mg/dl στους άνδρες και κάτω από 50 στις γυναίκες, και περιφέρεια μέσης άνω των 40 ιντσών για τους άνδρες και των 35 για τις γυναίκες ).

### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της έρευνάς μας ήταν να μελετήσουμε την επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου σε ασθενείς με διάφορες καρδιαγγειακές παθήσεις που εξετάστηκαν στην κλινική μας σε μια δεδομένη χρονική περίοδο και να αναζητήσουμε μια σαφή αιτιολογική συσχέτιση των περιστατικών αυτών με την ύπαρξη του μεταβολικού συνδρόμου.

### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Επιλέχθηκαν 176 ασθενείς (101 άνδρες και 75 γυναίκες) μεταξύ ενός συνόλου 1327 ασθενών οι οποίοι εξετάστηκαν κατά την περίοδο 3/1/08 με 30/6/08 στο νοσοκομείο μας και βρέθηκαν να πληρούν τουλάχιστον ένα από τα χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου.

Αποκλείστηκαν από την μελέτη ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο αλλά χωρίς κάποια υποκείμενη καρδιαγγειακή νόσο καθώς επίσης και ασθενείς με καρδιαγγειακά νοσήματα αλλά χωρίς ούτε ένα χαρακτηριστικό του μεταβολικού συνδρόμου.

### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Από τους 176 ασθενείς με παράγοντες κινδύνου, οι 57 (32,38 %) πληρούσαν τις προϋποθέσεις του μεταβολικού συνδρόμου και οι υπόλοιποι 119 (67,61 %) είχαν έναν ή δύο παράγοντες κινδύνου. Στο σύνολο των εξετασθέντων για το εξάμηνο, αυτό αντιστοιχεί σε 4,29 % ασθενείς με ΜΣ.

Οι ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο παρουσίαζαν υψηλά ποσοστά στεφανιαίας νόσου (26 ασθενείς έναντι 44 χωρίς ΜΣ), καρδιακής ανεπάρκειας (7 έναντι 13) και δύσπνοιας/πνευμονικού οιδήματος (9 έναντι 10).

### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Η αναγνώριση της ύπαρξης παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα είναι κεφαλαιώδους σημασίας για την πρωτογενή πρόληψη των καρδιοπαθειών.

Το μεταβολικό σύνδρομο είναι ένας τέτοιος παράγοντας και η αναγνώριση και- όπου αυτό ενδείκνυται- η θεραπεία του πρέπει να αποτελεί μία από τις προτεραιότητες του κλινικού ιατρού.

Η επίπτωση του μεταβολικού συνδρόμου στην περιοχή που εξυπηρετεί το νοσοκομείο μας είναι αρκετά υψηλή και έχει άμεση συσχέτιση με ένα πλήθος καρδιαγγειακών νοσημάτων.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**ΕΑ 04**

### **ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΝΟΣΟ**

Ν. Κυριακάκης, Ν. Ανατολιωτάκης, Ι. Τζινιέρης, Δ. Δέρκα, Ο. Κάπη-Λιάτα  
*Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου*

#### **ΕΙΣΑΓΩΓΗ**

Μεταξύ των παραγόντων κινδύνου που θεωρούνται υπεύθυνοι για την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου (ΣΝ) ξεχωριστή θέση κατέχουν ο σακχαρώδης διαβήτης (ΣΔ), η αρτηριακή υπέρταση (ΑΥ), η υπερτριγλυκεριδαιμία και η χαμηλή HDL ή η υψηλή LDL χοληστερόλη.

Οι παράγοντες αυτοί ενέχονται στην παθογένεση ΣΝ είτε αυτούσιοι είτε συνδιαζόμενοι ως προδιάθεση υπό τη μορφή του μεταβολικού συνδρόμου (ΣΝ).

#### **ΣΚΟΠΟΣ**

Σκοπός της μελέτης μας ήταν να παρουσιάσουμε την συχνότητα εμφάνισης καθενός εκ των 5 παραπάνω παραγόντων κινδύνου σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο κατά τη διάρκεια μιας προεπιλεγμένης χρονικής περιόδου.

#### **ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ**

Μελετήθηκαν 130 ασθενείς με έναν ή περισσότερους από 5 βασικούς παράγοντες κινδύνου για ΣΝ (ΣΔ, ΑΥ, Υπερτριγλυκεριδαιμία, χαμηλή HDL, υψηλή LDL) που ζήτησαν ιατροφαρμακευτική περίθαλψη στο νοσοκομείο μας κατά την περίοδο 1/7/08 με 31/12/08.

Αναζητήθηκαν οι ασθενείς με ΣΝ και υπολογίστηκε το ποσοστό εμφάνισης καθενός από τους παράγοντες κινδύνου στους ασθενείς αυτούς.

#### **ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Σε σύνολο 130 ασθενών (69 άνδρες και 61 γυναίκες) με έναν ή περισσότερους από τους 5 υπό μελέτη παράγοντες κινδύνου, 66 ασθενείς (50,76 %) έπασχαν από ΣΝ. Από αυτούς οι 29 (43,93 %) είχαν ΣΔ, οι 47 (71,21 %) είχαν ΑΥ, οι 20 (30,30 %) υπερτριγλυκαιριδαιμία, οι 7 (10,60 %) χαμηλή HDL, και οι 12 (18,18 %) υψηλή LDL.

#### **ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Τα ποσοστά εμφάνισης Σακχαρώδους Διαβήτη, Αρτηριακής Υπέρτασης και δυσλιπιδαιμιών είναι υψηλά μεταξύ των ασθενών με στεφανιαία νόσο στην περιοχή ευθύνης του νοσοκομείου μας.

Η παρατήρηση αυτή είναι σε πλήρη συμφωνία με πλήθος μελετών που καταδεικνύουν την σημαντικότερη συμβολή των παραπάνω παραγόντων κινδύνου στην παθογένεση της στεφανιαίας νόσου.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



ΕΑ 05

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΝΟΣ ΕΤΟΥΣ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΟΞΕΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ ΣΥΝΔΡΟΜΩΝ

<sup>1</sup>Α. Μελιδώνης, <sup>1</sup>Α. Κουτσοβασίλης, <sup>2</sup>Γ. Κουκούλης, <sup>3</sup>Ι. Σκουλαρίγκης, <sup>1</sup>Ι. Πρωτοφάλης, <sup>1</sup>Σ. Ηρακλειανού, <sup>1</sup>Ε. Λιούρη, <sup>4</sup>Σ. Φούσας, <sup>3</sup>Φ.

Τρυποσκιάδης

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

<sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Λάρισας

<sup>4</sup>Καρδιολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**Εισαγωγή:** Η υπεργλυκαιμία τόσο κατά την εισαγωγή όσο και κατά την νοσηλεία στο πλαίσιο των Οξέων Στεφανιαίων Συνδρόμων (ΟΣΣ) αποτελεί κοινή παρατήρηση και τα υπάρχοντα στοιχεία συνηγορούν υπέρ της θετικής συσχέτισης μεταξύ αυτής και των επιπλοκών μετά από ΟΣΣ.

**Σκοπός:** Η αξιολόγηση της επίδρασης των διαφόρων τιμών σακχάρου (εισαγωγής, νηστείας, μεταγευματικά και μέσα σάκχαρα νοσηλείας) στην ενός έτους έκβαση των ασθενών αυτών.

**Υλικό:** Στην προοπτική αυτή μελέτη εντάχθηκαν 506 ασθενείς, ηλικίας  $65.42 \pm 12.13$  έτη, με ΟΣΣ (STEMI/NSTEMI) οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην μονάδα εμφραγμάτων.

**Μέθοδοι:** Ακολούθησε παρακολούθηση ενός έτους και καταγραφή των τελικών σημείων τα οποία ήταν: θάνατος(καρδιοαγγειακής αιτιολογίας), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια(κλινικό-εργαστηριακά τεκμηριωμένη) και αρρυθμίες. Όλοι οι μη διαβητικοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (OGTT) μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και έγινε η κατηγοριοποίηση των IGTs. Στην στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν οι καμπύλες ROC και η περιοχή κάτω από την καμπύλη (AUC) για κάθε επιμέρους μέτρηση του σακχάρου.

**Αποτελέσματα:** Από τους 506 ασθενείς, 149 (29.4%) ήταν γνωστοί διαβητικοί(Ομάδα Α), 54 (10.6%)νέοι διαβητικοί (Ομάδα Β), 105 (20.7%) με διαταραχή ανοχής γλυκόζης-IGT (Ομάδα Γ) και 308 (39.3%) με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης (Ομάδα Δ). Η AUC για το σάκχαρο εισαγωγής ήταν  $0.712(95\%CI:0.433-0.764, p<0.001)$  και ακολουθούσαν οι μέσες τιμές σακχάρου(AUC=0.675,  $95\%CI:0.421-0.722, p=0.012$ ) για τις πρώτες 48 ώρες, το σάκχαρο νηστείας(AUC=0.522,  $95\%CI:0.402-0.595$ )και το μεταγευματικό(AUC=0.487,  $95\%CI:0.385-0.589$ ). Ο σχετικός κίνδυνος εμφάνισης επιπλοκών κατά το πρώτο έτος για τους ασθενείς με μέση τιμή σακχάρου στο ανώτερο τεταρτημόριο είναι  $1.77(95\%CI:1.139-4.932, p<0.001)$ ,  $1.68(95\%CI:1.188-4.539, p=0.01)$ ,  $1.26(95\%CI:1.197-$



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



4.551,  $p=0.018$ ) και 1.15 (95%CI: 1.116-5.112,  $p=0.041$ ) σε σχέση με αυτούς στο κατώτερο τεταρτημόριο για τις Ομάδες Α, Β, Γ, Δ αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα:** Το υψηλό σάκχαρο αίματος κατά τα ΟΣΣ συσχετίζεται σημαντικά με την εμφάνιση επιπλοκών κατόπιν ΟΣΣ. Τα υψηλά επίπεδα σακχάρου κατά τις πρώτες ημέρες νοσηλείας κατόπιν ΟΣΣ ενδέχεται να επιτείνουν τον κίνδυνο για ασθενείς με ΟΣΣ και να αποτελούν σημαντικό στόχο θεραπείας.

### ΕΑ 06

#### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΤΗΝ ΒΡΑΧΥΠΡΟΘΕΣΜΗ ΚΑΙ ΜΑΚΡΟΠΡΟΘΕΣΜΗ ΕΚΒΑΣΗ ΤΩΝ ΟΣΣ

<sup>1</sup>Α. Κουτσοβασίλης, <sup>2</sup>Φ. Τρυποσκιάδης, <sup>3</sup>Γ. Κουκούλης, <sup>2</sup>Ι. Σκουλαρίγκης,  
<sup>1</sup>Α. Καμαράτος, <sup>1</sup>Α. Σερέτη, <sup>1</sup>ΜΠ Κουκούλη, <sup>1</sup>Γ. Τσουρούς, <sup>4</sup>Σ. Φούσας,  
<sup>1</sup>Α. Μελιδώνης

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Κέντρο, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

<sup>2</sup>Πανεπιστημιακή Καρδιολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου  
Λάρισας

<sup>3</sup>Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου  
Λάρισας

<sup>4</sup>Καρδιολογική Κλινική, «Τζάνειο» Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά

**Εισαγωγή:** Η διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης των ασθενών με Οξύ Στεφανιαίο Σύνδρομο (ΟΣΣ) αποτελεί σημαντικό παράγοντα έκβασης τους.

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης αυτής είναι ο καθορισμός του επιπολασμού των διαφόρων κατηγοριών διαταραχής μεταβολισμού γλυκόζης σε ασθενείς με ΟΣΣ, καθώς και η συσχέτιση των κατηγοριών αυτών με την εμφάνιση βραχυπρόθεσμων και μακροπρόθεσμων επιπλοκών.

**Υλικό:** Στην προοπτική αυτή μελέτη εντάχθηκαν 506 ασθενείς, ηλικίας  $65.42 \pm 12.13$  έτη, με ΟΣΣ οι οποίοι νοσηλεύθηκαν στην μονάδα εμφραγμάτων.

**Μέθοδοι:** Ακολούθησε παρακολούθηση και καταγραφή των τελικών σημείων τα οποία ήταν: θάνατος (καρδιοαγγειακής αιτιολογίας), έμφραγμα του μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια (κλινικο-εργαστηριακά τεκμηριούμενη) και αρρυθμίες τις πρώτες 30 ημέρες και στους 12 μήνες μετά το ΟΣΣ. Όλοι οι μη διαβητικοί ασθενείς υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης (OGTT) μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο και έγινε η κατηγοριοποίηση των IGTs.

**Αποτελέσματα:** Από τους 506 ασθενείς, 149 (29.4%) ήταν γνωστοί διαβητικοί (Ομάδα Α), 54 (10.6%) νέοι διαβητικοί (Ομάδα Β), 105 (20.7%) με διαταραχή ανοχής γλυκόζης-IGT (Ομάδα Γ) και 308 (39.3%) με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης (Ομάδα Δ). Όσον αφορά την έκβαση των ασθενών κατά τις πρώτες 30 ημέρες μετά το ΟΣΣ, η ομάδα Β είχε χειρότερη έκβαση (HR: 2,55 CI: 1,109-4,189  $p=0,001$ ) και ακολουθούσαν οι ομάδες Α (HR=2.36



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



CI:1,362-5.998  $p=0,005$ ) και Γ (HR=1.38 CI:1.112-2,880  $p=0,029$ ) ενώ χειρότερη έκβαση κατά τους πρώτους 12 μήνες είχε η ομάδα Α (HR=2.65 CI:1,232-5,916  $p=0,002$ ) και ακολουθούσαν οι ομάδες Β (HR=1.81 CI:1.219-3.925  $p=0.021$ ) και Γ (HR=1.22 CI:1.115-2.674  $p=0.04$ ) με ομάδα αναφοράς την ομάδα Δ και μετά από προσαρμογή ως προς την ηλικία, το φύλο, την HDL, τα τριγλυκερίδια, την LDL, την υπέρταση, την περίμετρο μέσης και το ιστορικό στεφανιαίας νόσου.

**Συμπεράσματα:** Ο διαταραγμένος μεταβολισμός της γλυκόζης είναι συνήθης ανάμεσα σε ασθενείς με ΟΣΣ. Το είδος της διαταραχής αποτελεί σημαντικό προγνωστικό παράγοντα για την βραχυπρόθεσμη και την μακροπρόθεσμη έκβαση και η έγκαιρη διάγνωση της είναι δυνατόν να προσδιορίσει τον αυξημένο κίνδυνο των ασθενών αυτών.

### ΕΑ 07 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ ΥΠΕΡΤΑΣΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ

Δ. Μυτάς<sup>1</sup>, Ι. Κυριαζής<sup>2</sup>, Λ. Παππάς<sup>1</sup>, Ε. Αθανασοπούλου<sup>1</sup>, Κ. Κοραντάνης<sup>1</sup>, Α. Αλωνιστιώτη<sup>1</sup>, Μ. Δαμουλιάνου<sup>1</sup>, Α. Ντέντα<sup>2</sup>, Μ. Μπάντερ<sup>1</sup>, Χ. Δηλανάς<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική και <sup>2</sup>Παθολογική Κλινική Νοσοκομείου Κορίνθου

**ΣΚΟΠΟΣ:** Οι υπερτασικοί ασθενείς με διαταραγμένο μεταβολικό προφίλ βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εκδήλωσης επικείμενου μείζονος καρδιαγγειακού συμβάματος. Σκοπός της εργασίας μας ήταν η εκτίμηση του μεταβολικού προφίλ των υπερτασικών ασθενών που εκδηλώνουν οξύ έμφραγμα μυοκαρδίου (ΟΕΜ) και οι συσχετίσεις του με την ενδονοσοκομειακή έκβαση και την απώτερη πρόγνωση τους.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ:** Μελετήθηκαν 306 διαδοχικοί ασθενείς (219 άνδρες/87γυναίκες, μέσης ηλικίας 66.3+/-13έτη) με ΟΕΜ (203 STEMI/103 NSTEMI). Λήφθηκε λεπτομερές ιστορικό, καταγράφηκε η ύπαρξη παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και από το περιφερικό αίμα προσδιορίστηκαν οι δείκτες του μεταβολικού προφίλ. Τέλος, αξιολογήθηκε η ενδονοσοκομειακή έκβαση και η εξαμηνιαία πρόγνωση των ασθενών.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Από αρτηριακή υπέρταση έπασχαν οι 140 από τους μελετηθέντες ασθενείς (ποσοστό 45.75%). Ποσοστό 24.3% από αυτούς εμφάνιζε σακχαρώδη διαβήτη, 62.8% είχε ιστορικό δυσλιπιδαιμίας (ΙΔ), 56.4% ήταν ενεργοί καπνιστές, παχυσαρκία ανιχνεύθηκε στο 19,3%, υπέρβαροι ήταν το 55,7%, ενώ τέλος 22.1% είχε και προηγούμενο ιστορικό ΣΝ. Το λιπιδαιμικό προφίλ εισαγωγής αποκάλυψε ότι 117 ασθενείς (ποσοστό 83.6 %) είχαν αρρυθμιστη δυσλιπιδαιμία και 72.6% αυτών αντιστοιχούσε σε ασθενείς με ΙΔ. Χρησιμοποιώντας τα ATP-III κριτήρια, μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) ανιχνεύθηκε σε 86 από τους 140 υπερτασικούς ασθενείς με ΟΕΜ (ποσοστό 61,4%). Συγκρίνοντας αυτούς με τους 54 ασθενείς χωρίς ΜΣ παρατηρήσαμε αυξημένη συχνότητα ενδονοσοκομειακών επιπλοκών (38 vs 19,  $p=0.022$ ) και επανεισαγωγών στο επόμενο εξάμηνο (21 vs 10,  $p=0.018$ ). Μια μη στατιστικά σημαντική





## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



τάση αύξησης της θνητότητας, ενδοοσοκομειακής και απώτερης, παρατηρήθηκε επίσης ( $p=0.058$  και  $0.062$  αντίστοιχα).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Το μεταβολικό προφίλ των υπερτασικών που εμφανίζουν OEM ανιχνεύθηκε ανησυχητικά διαταραγμένο στο δείγμα ασθενών που μελετήσαμε. Η επιπρόσθετη παρουσία ΜΣ προκαλεί δυσμενή επίδραση στην ενδοοσοκομειακή και μεσοπρόθεσμη πρόγνωση των ασθενών αυτών.

### 1<sup>ο</sup> Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης

#### ΕΑ 08 ΕΛΕΓΧΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟΝ 1<sup>ο</sup> ΜΗΝΑ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΒΑΡΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Ε. Πεννιά<sup>1</sup>, Π. Ευσταθιάδης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Διατροφής – Διαιτολογίας, ΑΤΕΙ Θεσσαλονίκης

<sup>2</sup>Μονάδα Τεχνητής Διατροφής και Νοσογόνου Παχυσαρκίας Χειρουργικής Κλινικής, Πανεπιστημίου Πατρών

**Εισαγωγή:** Η παχυσαρκία συνοδεύεται από δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος οφειλόμενη κυρίως στην υπερινσουλιναίμια και την υπερλεπτιναίμια.

**Σκοπός:** Σκοπός της εργασίας είναι η ανάλυση της διατροφικής πρόσληψης σε ομάδα παχύσαρκων ασθενών που υποβλήθηκαν σε βαριατρικές επεμβάσεις και η αξιολόγηση της επαρκούς κάλυψης τους σε ενέργεια, θρεπτικά συστατικά, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία με την εφαρμογή ενιαίου νοσοκομειακού πρωτοκόλλου σίτισης για χρονικό διάστημα ενός μηνός.

**Υλικό:** Μελετήθηκαν 42 ασθενείς, πάσχοντες από κλινικά σοβαρή παχυσαρκία, οι οποίοι υποβλήθηκαν σε βαριατρικές επεμβάσεις. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκαν 8 λαπαροσκοπικές γαστρικές παρακάμψεις κατά Roux-en-Y (RYGBP), 4 λαπαροσκοπικές επιμήκης γαστρεκτομές (SG) και 20 χολοπαγκρεατικές εκτροπές με γαστρική παράκαμψη Roux-en-Y (BPD).

**Μέθοδοι:** Σε όλους τους ασθενείς του δείγματος λήφθηκε προεγχειρητικό, κλινικό και διατροφικό ιστορικό την ημέρα εισαγωγής τους στην κλινική. Επίσης καταγράφηκαν γενικά ανθρωπομετρικά στοιχεία, τιμές εργαστηριακών εξετάσεων και λίπος %, προεγχειρητικά και τον 1<sup>ο</sup> μετεγχειρητικό μήνα. Μετεγχειρητικά υπολογίστηκαν επιπλέον οι βασικές ενεργειακές ανάγκες κατά Harris & Benedict, με σκοπό την εκτίμηση της επαρκούς ή όχι διατροφικής κάλυψης, όπως επίσης και οι πρωτεϊνικές ανάγκες και η πρωτεϊνική κάλυψη. Τον 1<sup>ο</sup> μετεγχειρητικό μήνα πάρθηκε 24h καταγραφής μιας μέρας με βάση το οποίο έγινε ανάλυση της ημερήσιας πρόσληψης των λοιπών θρεπτικών συστατικών στο διατροφικό πρόγραμμα FOOD PROCESSOR. Για τον ίδιο σκοπό,



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



καταγράφηκαν συμπτώματα που σχετίζονται με τη δυνατότητα από του στόματος σίτισης (όρεξη, ναυτία, εμετός, συμπτώματα dumping, οπισθοστερνικός καύσος, κοιλιακά άλγη, διάρροιες, δυσκοιλιότητα).

**Αποτελέσματα:** Οι ασθενείς με το μεγαλύτερο βάρος (BMI>50) επιλέχθηκαν για χολοπαγκρεατική εκτροπή η οποία, ως δυσαπορροφητική επέμβαση, θεωρείται αποτελεσματικότερη. Όσον αφορά τα μετεγχειρητικά συμπτώματα που σχετίζονται με τις επεμβάσεις, η ναυτία ήταν συχνότερη στη χολοπαγκρεατική εκτροπή, ο εμετός και ο οπισθοστερνικός καύσος στην επιμήκη γαστρεκτομή, η ατονία αφορά εξίσου την επιμήκη γαστρεκτομή και την χολοπαγκρεατική εκτροπή, οι διάρροιες την χολοπαγκρεατική εκτροπή, ενώ συμπτώματα dumping δεν αναφέρθηκαν από κανένα ασθενή κατά τη διάρκεια του 1ου μετεγχειρητικού μήνα, πιθανόν λόγω τυποποιημένης νοσοκομειακής σίτισης. Ο υπολογισμός της ενεργειακής κάλυψης έδειξε ότι αυτή ήταν ανεπαρκής και κυμαινόταν από το χαμηλότερο 32,4% στους άνδρες που υποβλήθηκαν σε χολοπαγκρεατική εκτροπή έως το υψηλότερο 50,7% στις γυναίκες της ίδιας ομάδας. Επίσης διαπιστώθηκε ότι η πρωτεϊνική κάλυψη ήταν υπερβολική (100,2%) στις γυναίκες που υποβλήθηκαν σε χολοπαγκρεατική εκτροπή και ανεπαρκής (από 63,2% έως 91,3%) σε όλες τις υπόλοιπες ομάδες. Η πρόσληψη υδατανθράκων και λιπών ήταν ιδιαίτερα χαμηλή, αλλά συμβάδιζε με την επίσης χαμηλή ενεργειακή πρόσληψη. Σε ότι αφορά τα υπόλοιπα θρεπτικά στοιχεία, αν και πρόσληψη τους από τις τροφές φάνηκε σε κάποιες περιπτώσεις ανεπαρκής (φυλλικό οξύ, σίδηρος), καλύπτονται από τα χορηγούμενα συμπληρώματα πολυβιταμινών και ιχνοστοιχείων, τα οποία και λαμβάνονται ισοβίως, εκτός από την επιμήκη γαστρεκτομή, όπου η λήψη τους περιορίζεται στον άμεσο μετεγχειρητικό χρόνο.

**Συμπεράσματα:** Το δείγμα που μελετήθηκε φαίνεται να υποσιτίζεται ενεργειακά και πρωτεϊνικά πλην όμως η παρακολούθηση αφορά μόνο τον πρώτο μετεγχειρητικό μήνα, όπου η κανονική σίτιση των ασθενών δεν είναι εφικτή λόγω της φύσης των επεμβάσεων και της ανάγκης προσαρμογής τους στις καινούργιες συνθήκες λειτουργίας του πεπτικού συστήματος. Η επανεκτίμηση των περιπτώσεων μετά από ένα χρόνο θα διασαφηνίσει την επάρκεια της διατροφικής κάλυψης.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### 2<sup>ο</sup> Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης

**ΕΑ 09**

**ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΩΝ- ΕΠΙΒΕΒΑΙΩΤΙΚΟΙ ΔΕΙΚΤΕΣ ΑΥΞΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΠΙΠΤΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΓΓΕΙΟΠΑΘΕΙΑΣ (ΠΔΑ) ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΠΕΙΡΙΑ 11ΧΡΟΝΗΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑΣ ΙΑΤΡΕΙΟΥ ΜΕΛΕΤΗΣ-ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ (ΙΜΘΔΠ)**

Α. Μαυρίδης, Δ. Χρύσης, Α. Δώνου, Ε. Βογιατζόγλου, Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου  
*Γ.Ν.Μ. Αμαλία Φλέμινγκ*

**Εισαγωγή:** Το 20% των διαβητικών ασθενών (**ΔΑ**) παρουσιάζουν προβλήματα από τα κάτω άκρα. 2/3 των μη τραυματικών ακρωτηριασμών (**ΜΤΑ**) αφορούν ΔΑ. Στο σύνολο των ΜΤΑ σε ΔΑ προηγείται η εμφάνιση διαβητικού έλκους (**ΔΕ**). Υπεύθυνες των ΜΤΑ είναι η περιφερική διαβητική νευροπάθεια (**ΠΔΝ**) και η (**ΠΔΑ**)

**Σκοπός:** Είναι η ανάδειξη του προβλήματος σε πληθυσμό ΔΑ, που παρακολουθούνται στο ΙΜΘΔΠ ή παραπέμπονται από άλλες ιατρικές μονάδες της επικράτειας, η διαπίστωση της αλλαγής των κλινικών χαρακτηριστικών των ΔΕ, των κάτω άκρων (**ΚΑ**) τους υπέρ της αγγειακής συνιστώσας, καθώς και του επιπολασμού των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη (**ΣΔ**).

**Μέθοδος:** Ο πληθυσμός της αναδρομικής μελέτης αφορά όλους τους ΔΑ με προβλήματα από τα ΚΑ που εξετάστηκαν στο ιατρείο από 12/1997 έως 12/2008. Τα στοιχεία αναζητήθηκαν στους προσωπικούς φακέλους των ΔΑ και αφορούν δημογραφικά δεδομένα, τύπο και διάρκεια ΣΔ, κλινικά προβλήματα από τα ΚΑ, τύπο ΔΕ (νευροτροφικό, νευροϊσχαιμικό, ισχαιμικό) (**ΝΤ, ΝΙ, ΙΣ**), θέση ανάπτυξης ΔΕ και ενδεχόμενη συνύπαρξη άλλων επιπλοκών.

**Αποτελέσματα:** 369 ΔΑ (206 άνδρες) με μέση  $\pm$  SD ηλικία και διάρκεια του ΣΔ 67,8  $\pm$  12,4 και 15,2  $\pm$  15,2 έτη αντίστοιχα. Περισσότεροι άνδρες (63%), 77,3% τύπου 2 (26,4% των οποίων υπό ινσουλινοθεραπεία), 85,7% των ΔΑ είχαν ΔΕ, 5,3% αυτών τμηματική γάγγραινα, ενώ το υπόλοιπο 12% είχε ανάγκη εκπαίδευσης και γενικής ποδολογικής υποστήριξης. Τα ΔΕ αφορούσαν δεξί ΚΑ, αριστερό ΚΑ και τα δύο ΚΑ σε ποσοστά 50,4%, 45,8% και 3,8% αντίστοιχα. Χαρακτηρίστηκαν ΝΤ, ΝΙ και ΙΣ σε ποσοστά 49,3%, 43,0% και 7,7% αντίστοιχα. Το 6,4% των ΔΑ με ΔΕ εμφάνισε οστεομυελίτιδα, σχετιζόμενη με το ΔΕ, το 80% είχαν διαπιστωμένη ΠΔΝ, το 44,6% αμφιβληστροειδοπάθεια, το 16,7% νεφροπάθεια, το 11,5% προηγηθέντα ΜΤΑ, ενώ 80% των ΔΑ είχαν αρτηριακή υπέρταση και 30% ισχαιμική καρδιοπάθεια. Τέλος το 92% των (ΔΑ) παραπέμπονται από άλλα νοσηλευτικά ιδρύματα.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**Συμπεράσματα:** Παρά το γεγονός ότι κύριος αιτιοπαθογενετικός παράγων δημιουργίας ενός ΔΕ είναι η ΠΔΝ, η ΠΔΑ συμμετέχει σε σημαντικά μεγαλύτερο από το παρελθόν ποσοστό, ενώ είναι συχνή η συνύπαρξη και άλλων μικρο-μάκρο αγγειακών επιπλοκών. Αποτελεί προτεραιότητα η στελέχωση και λειτουργία ΙΜΦΔΠ στα κεντρικά νοσοκομεία νομών

### 3<sup>ο</sup> Βραβείο Προφορικής Ανακοίνωσης

#### ΕΑ 10 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2 ΠΟΥ ΘΕΡΑΠΕΥΟΝΤΑΙ ΜΕ ΔΙΠΛΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΔΙΣΚΙΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ.

Α. Καράμπελα, Λ. Σαμπαντούς, Μ. Βούκαλη, Η. Τσέρκης, Π. Γρηγοροπούλου, Δ. Τασιοπούλου, Α. Νικολόπουλος, Ι. Ιωαννίδης  
Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο  
Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας

**ΣΚΟΠΟΣ :** Η καταγραφή των χαρακτηριστικών των ασθενών με ΣΔ τύπου 2 που λαμβάνουν συνδυασμό δυο αντιδιαβητικών φαρμάκων από το στόμα με σκοπό την καταγραφή της κατανομής της 2<sup>ης</sup> επιλογής μετά την μετφορμίνη στους ασθενείς του ιατρείου μας καθώς και των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των διαφόρων ομάδων.

**ΥΛΙΚΟ :** Μελετήθηκαν 152 ασθενείς με ΣΔ που ελάμβαναν διπλό συνδυασμό δισκίων. [86 γυναίκες και 66 άνδρες, μέσης ηλικίας 65,54 έτη  $\pm$  10,35]. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκε αναλυτικά η θεραπεία, τα σωματομετρικά δεδομένα και οι βασικές βιοχημικές παράμετρος καθώς και το ιστορικό άλλων παραγόντων κινδύνου. Στους ασθενείς έγινε ανάλυση σώματος (προσδιορισμός λίπους %, μάζας ελεύθερης λίπους, ολικού ύδατος σώματος, εκτίμηση σπλαγχνικού λίπους και βασικού μεταβολισμού). Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο για τις υπογλυκαιμίες (συχνότητα, ώρα, βαρύτητα) και ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την θεραπεία (σύνθεση αποτελεσματικότητας, ασφάλειας, ευκολίας- με κλίμακα από το 1-καθόλου- έως το 10- απόλυτα-).

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Η διάρκεια νόσου ήταν 9,56 έτη ( $\pm$  7,6). Η θεραπεία έναρξης ήταν μετφορμίνη μόνο στο 51,3 %, μετφορμίνη μαζί με άλλο φάρμακο στο 21,1 % ενώ κάποιο άλλο φάρμακο στο 27,6 % (17,6 % γλιταζόνη, 10 % σουλφονουρία). Στην τωρινή θεραπεία λαμβάνει μετφορμίνη το 89,5%, σουλφονουρία το 52,6%, γλιταζόνη το 26.3 %, γλιπτίνη το 25 % και γλινιδη το 6.6%. Το 94,7 % είχε αρτηριακή υπέρταση και το 14.5 % κάπνιζε.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



Η μέση HbA1c ήταν 6,73% (7% στην ομάδα της σουλφονουρίας, 6,43% στην ομάδα της γλιταζόνης, 6,57 % στην ομάδα της γλιπτινής, 6,35% στην ομάδα της μεγλιτινίδης). (Η ομάδα της σουλφονουρίας διέφερε από τις υπόλοιπες)

Δεν βρέθηκε διαφορά στα επίπεδα της LDL χοληστερόλης (Μέση τιμή 111 mg%) ανάλογα με το είδος της θεραπείας αλλά οι ασθενείς που ελάμβαναν γλιταζόνη είχαν υψηλότερες τιμές HDL. (63,7 mg% στην ομάδα των γλιταζονών, 48% στις άλλες ομάδες,  $p=0.04$ ). Υπογλυκαιμίες : Στο 25.9% (σπάνιες υπογλυκαιμίες, και μόνο στην ομάδα που ελάμβανε σουλφονουρία ή μεγλιτινίδη). Ικανοποίηση από την θεραπεία: 9,17 (μετφορμίνη με γλιταζόνη), 9,44 (μετφορμίνη με γλιπτινή), 8,03 (μετφορμίνη με σουλφονουρία).

Δεν καταγράφηκε διαφορά στο ποσοστό λίπους, στην περίμετρο μέσης και ισχίων καθώς και στο ποσοστό ύδατος ανάλογα με την θεραπεία.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** : Οι ασθενείς σε διπλό συνδυασμό λαμβάνουν συνήθως σουλφονουρία. Οι υπογλυκαιμίες όμως είναι περισσότερες και η ικανοποίηση από την θεραπεία λιγότερη σε αυτούς τους ασθενείς. Τα άτομα που λαμβάνουν γλιταζόνες δεν έχουν μεγαλύτερο BMI ούτε ποσοστιαία μεγαλύτερο ποσοστό λίπους στην ομάδα των ασθενών μας.

### EA 11 ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΔΥΣΛΙΠΙΔΑΙΜΙΑΣ ΣΤΙΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΚΑΙ ΣΤΟΥΣ ΑΛΛΟΥΣ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2;

I. Α. Κυριαζής<sup>1</sup>, Χ. Μέλλος<sup>2</sup>, Κ. Κοροβέσης<sup>2</sup>, Δ. Πρέσβελος<sup>2</sup>, Α. Λαλούσης<sup>1</sup>, Ε. Ντέντα<sup>1</sup>, Δ. Μενδρινός<sup>2</sup>, Ζ. Κατσαρέ<sup>2</sup>, Ν. Συριάνος<sup>2</sup>, Π.Κωστογιαννοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Κουτουζή<sup>2</sup>, Χ. Μηλιώνης<sup>2</sup>, Π. Δημητρίου<sup>2</sup>, Π. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Χρ. Παρθενίου<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ. Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

<sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί συχνή μεταβολική διαταραχή του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2(ΣΔ2). Η μελέτη μας αφορά τη συσχέτιση του μεταβολικού φαινοτύπου με τις μελλοντικές επιπλοκές σε ασθενείς με διαβητική δυσλιπιδαιμία.

**Μέθοδος:** Μελετήσαμε 482 ασθενείς με ΣΔ2 (218 άνδρες – 264 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας 64.8 έτη και μέση διάρκεια νόσησης 10.8 έτη), οι οποίοι επισκέφτηκαν το τακτικό διαβητολογικό μας ιατρείο το χρονικό διάστημα 2004 – 2006. Καταγράφηκαν τα δημογραφικά στοιχεία, η αρτηριακή πίεση, το λιπιδαιμικό προφίλ, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), οι δείκτες παχυσαρκίας, οι χρόνιες επιπλοκές και η τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή. Διάγνωση δυσλιπιδαιμίας τέθηκε σε περίπτωση προηγηθείσας



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



υπολιπιδαιμικής αγωγής ή όταν η HDL < 40mg/dl για άνδρες και HDL < 50mg/dl για γυναίκες σε συνδυασμό με LDL > 100mg/dl. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 16.0.

**Αποτελέσματα:** Η ομάδα Α περιελάμβανε 305 (125 άνδρες) δυσλιπιδαιμικούς διαβητικούς ασθενείς (63.2%) ενώ η ομάδα Β 177 (93 άνδρες) διαβητικούς ασθενείς χωρίς δυσλιπιδαιμία. Η ομάδα Α σε σχέση με την ομάδα Β είχε χαρακτηριστικά αυξημένη επίπτωση υπέρτασης (67.9% έναντι 51.3%,  $p < 0.01$ ), αυξημένη συστολική αρτηριακή πίεση ( $137 \pm 13$  mmHg έναντι  $129 \pm 14$  mmHg,  $p = 0.016$ ), μεγαλύτερη πιθανότητα πολλαπλής αντιυπερτασικής φαρμακευτικής αγωγής και αυξημένο λόγο περιμέτρου μέσης/γοφών ( $0.97 \pm 0.07$  vs  $0.91 \pm 0.06$ ,  $p = 0.001$ ). Δεν βρέθηκαν σημαντικές διαφορές σε ό,τι αφορούσε την ηλικία, τη διάρκεια διαβήτη, τον δείκτη μάζας σώματος, τη διαστολική αρτηριακή πίεση και τη HbA1c. Όσον αφορά τις χρόνιες επιπλοκές, η ομάδα Α εμφάνισε αυξημένη επίπτωση στεφανιαίας νόσου (23.7% έναντι 14.5%,  $p = 0.008$ ) και διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (28.9% έναντι 17.9%,  $p = 0.003$ ). Επιπλέον, η ομάδα Α ελάμβανε πιο συχνά αγωγή με διγουανίδια (65.9% έναντι 52.1%,  $p = 0.002$ ) και στατίνες (68.3%).

**Συμπεράσματα:** Οι δυσλιπιδαιμικοί διαβητικοί ασθενείς δεν διαφέρουν ως προς τον γλυκαιμικό έλεγχο από τους μη δυσλιπιδαιμικούς διαβητικούς ασθενείς. Παρόλα αυτά παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση αρτηριακής υπέρτασης και στεφανιαίας νόσου, που πιθανόν να οφείλεται στη αύξηση του επιπολασμού της κοιλιακής παχυσαρκίας και της σχετιζόμενης αντίστασης στην ινσουλίνη.

### EA 12 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΥΧΑΙΑΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΓΛΥΚΑΙΜΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

*Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Κοκολάκη, Α. Σωτηρόπουλος, Ο. Αποστόλου, Π. Βεργίδου, Μ. Καρδάρια, Σ. Μπούσμπουλας, Σ. Παππάς  
Γ' παθολογικό τμήμα και διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ο αυτοέλεγχος των τιμών του σακχάρου αίματος αποτελεί ένα από τα βασικά συστατικά της επίτευξης γλυκαιμικής ρύθμισης. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η συσχέτιση της μέτρησης του σακχάρου αίματος στο διαβητολογικό ιατρείο με το επίπεδο της γλυκαιμικής ρύθμισης σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Εξετάστηκαν συνολικά 1.185 άτομα με ΣΔΤ2 [μέση ηλικία  $\pm$  SD:  $63.4 \pm 8.8$  χρόνια, διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη  $10.1 \pm 8.4$  χρόνια]. Σε όλα τα άτομα της μελέτης έγινε τυχαία μέτρηση του σακχάρου αίματος και της HbA1c.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Η μέση τιμή  $\pm$  SD της HbA1c ήταν  $7,5 \pm 3,2$  % και των τιμών σακχάρου αίματος  $167,1 \pm 58,2$  mg/dl. Οι τιμές του σακχάρου αίματος σχετίζονται σημαντικά με τις τιμές της HbA1c ( $r = 0,02$ ,  $P < 0,0001$ ). Με δεδομένη την τιμή 7% της HbA1c για την επίτευξη γλυκαιμικής ρύθμισης, τιμές σακχάρου αίματος >



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



160 mg/dl παρουσιάζουν ευαισθησία της τάξης του 65,9% και ειδικότητα της τάξης του 41,1% για την εκτίμηση της γλυκαιμικής ρύθμισης. Με τη χρήση της καμπύλης ROC (receiver-operating characteristics curve) και με κριτήριο θετικότητας την ανωτέρω τιμή HbA1c, είναι δυνατή η εκτίμηση της γλυκαιμικής ρύθμισης σε ασθενείς με ΣΔΤ2 σε ποσοστό της τάξης του 56,7% (P=0,03).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ:** Η τυχαία μέτρηση του σακχάρου αίματος στο διαβητολογικό ιατρείο παρουσιάζει χαμηλή ευαισθησία και ειδικότητα στην εκτίμηση του επιπέδου της γλυκαιμικής ρύθμισης των ασθενών με ΣΔΤ2 που προσέρχονται σε τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

### **ΕΑ 13** Η ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ (ΠΑΝ) ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΠΟΥ ΚΑΘΟΡΙΖΕΙ ΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΕΛΚΟΥΣ (ΔΕ)

Ε. Βογιατζόγλου, Μ. Σκοπελίτη, Ι. Καραφωτιάς, Ε. Αναγνώστου, Χ. Λούπα, Δ. Βογιατζόγλου  
Γ.Ν.Μ. Αμαλία Φλέμινγκ

**Εισαγωγή:** Τα ΔΕ, που αποτελούν παθογνωμονικό κλινικό στοιχείο του Διαβητικού Ποδιού (ΔΠ) προκαλούνται από συνδυασμό δύο ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου, που συνήθως εμφανίζονται ταυτόχρονα. Στην περιφερική διαβητική νευροπάθεια (ΠΑΝ) επηρεάζονται όλες οι νευρικές ίνες (αισθητικές, κινητικές, αυτόνομες), ενώ στην ΠΑΝ εμφανίζονται βλάβες σε αγγεία μικρού και μεσαίου μεγέθους. Οι προαναφερθέντες είναι οι κύριοι παράγοντες κινδύνου, που δρουν συνεργικά στην παθογένεση της πλειοψηφίας των ΔΕ.

**Σκοπός:** Η αναδρομική μελέτη του ρυθμού επούλωσης των ΔΕ σε διαβητικούς ασθενείς (ΔΑ), που επισκέφτηκαν το ιατρείο μελέτης και θεραπείας διαβητικού ποδιού (ΙΜΘΔΠ), σε διάστημα 10 ετών (12/1997-12/2008) και η συσχέτιση του με την αιτιοπαθογενετική έκφραση του ΔΕ.

**Μέθοδος:** Στο σύνολο 369ΔΑ (206 Α), οι φάκελοι των οποίων επανελέγησαν αναδρομικά, εκτιμήθηκαν και αντιμετωπίστηκαν 235 ΔΕ, τα οποία κατετάγησαν σε νευροπαθητικά (ΝΠΕ), νευροϊσχαιμικά (ΝΙΕ) και ισχαιμικά (ΙΣΕ) σε ποσοστά 49,3%, 43,0% και 7,7% αντίστοιχα. Το 32,3% εμφάνισε λοίμωξη ενώ το 6,4% οστεομυελίτιδα. Η κατάταξη και η ομαδοποίηση των ελκών έγινε βάσει κλινικής και εργαστηριακής εξέτασης (Νευροφυσιολογικός έλεγχος, μέτρηση ΚΒΔ, λήψη καλλιεργείων). Σε περιστατικά με λοίμωξη χορηγήθηκε το κατάλληλο αντιβιοτικό βάσει των πρόσφατων οδηγιών της διεθνούς ομάδας εργασίας για το ΔΠ.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν στην αντιμετώπιση ρουτίνας της εξέγκωσης (χειρουργικός καθαρισμός, αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος, αποφόρτιση, χρήση κατάλληλων υποδημάτων, νάρθηκες κλπ). Εκτιμήθηκε ο χρόνος επούλωσης του ΔΕ.

### Αποτελέσματα:

Α) ΝΠΕ: Μέσος χρόνος επούλωσης 73.7 ημέρες. Επίτευξη πλήρους επούλωσης 79.1%. Ακρωτηριασμός τμήματος μέλους 7.5%.

Β) ΝΙΕ: Μέσος χρόνος επούλωσης 137.2 ημέρες. Επίτευξη πλήρους επούλωσης 43.8%. Ακρωτηριασμός τμήματος μέλους 22%.

Γ) ΙΣΕ: Μέσος χρόνος επούλωσης 157.3 ημέρες. Επίτευξη πλήρους επούλωσης 45.2%. Ακρωτηριασμός τμήματος μέλους 36.7%.

**Συμπεράσματα:** Η μείωση του αριθμού των μη τραυματικών ακρωτηριασμών σε ΔΑ είναι σημαντικός παράγοντας μείωσης νοσηρότητας και θνητότητας. Ένας σοβαρός δείκτης πρώιμης αξιολόγησης επικινδυνότητας ενός ΔΕ είναι η παρουσία περιφερικής ισχαιμίας. Απαιτείται συνεργασία πολλών ειδικοτήτων (multidisciplinary team) για την θεραπεία των ΔΕ.

### ΕΑ 14 ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΣ ή ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΩΝ ΤΟΥ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ ΠΟΥ ΝΑ ΕΚΦΡΑΖΕΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟ ΚΙΝΔΥΝΟ ΓΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΑ ΑΤΟΜΑ ΤΡΙΤΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ;

Ι. Α. Κυριαζής<sup>1</sup>, Χ. Μέλλος<sup>2</sup>, Κ. Κοροβέσης<sup>2</sup>, Π. Θεοδωροπούλου<sup>2</sup>,  
Λ. Γεωργαλή<sup>2</sup>, Α. Λαλούσης<sup>1</sup>, Ε. Ντέντα<sup>1</sup>, Δ. Μενδρινός<sup>2</sup>, Α. Γκιολής<sup>2</sup>,  
Λ. Μπάρτζης<sup>2</sup>, Ν. Συριάνος<sup>2</sup>, Π. Κωστογιαννοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Κουτουζή<sup>2</sup>,  
Π. Δημητρίου<sup>2</sup>, Π. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Χρ. Παρθενίου<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ. Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

<sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Ο προδιαβήτης είναι μια κλινική κατάσταση χωρίς συμπτώματα που εξελίσσεται αθόρυβα. Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε τις παραμέτρους του μεταβολικού συνδρόμου ως πιθανούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης προδιαβήτη σε άτομα τρίτης ηλικίας.

**Μέθοδοι:** Στη μελέτη εντάχθηκαν άτομα που δεν είχαν γνωστό ιστορικό Σακχαρώδη Διαβήτη. Προσδιορίστηκαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ο δείκτης μάζας σώματος, η περίμετρος μέσης / η εξαρτώμενη από το φύλο κεντρική παχυσαρκία (Sex Specific Central Obesity) και ελέγχθηκε το λιπιδαιμικό προφίλ των ασθενών, η αρτηριακή πίεση και η γλυκόζη πλάσματος νηστείας. Η διάγνωση του προδιαβήτη





## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



βασίστηκε στα κριτήρια ανίχνευσης ADA's 2008, ενώ του Μεταβολικού Συνδρόμου (ΜΣ) βάσει των κριτηρίων NCEP ATP III.

Τα χαρακτηριστικά του ΜΣ εισήχθησαν στη μελέτη, είτε ως αυτόνομες μεταβλητές έκθεσης, είτε ως συνδυασμοί σε μονοπαραγοντική ή πολυπαραγοντική ανάλυση, με σκοπό να εκτιμηθούν οι ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου για πιθανή εμφάνιση προδιαβήτη. Η λογιστική ανάλυση έγινε χρησιμοποιώντας το σύστημα SPSS 10.0.1. Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν στατιστικά σημαντικά εάν το  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** 234 άτομα συμμετείχαν στη μελέτη, 88 άνδρες/146 γυναίκες με ηλικία  $66.3 \pm 10.7$  έτη. ΜΣ ανιχνεύθηκε σε ποσοστό 45,2% (32 άνδρες και 74 γυναίκες  $p=0.042$ ), ενώ το 35,8% (38 άνδρες και 46 γυναίκες  $p=NS$ ) βρέθηκαν σε προδιαβητική κατάσταση. Η μονοπαραγοντική ανάλυση ανέδειξε κατά σειρά σπουδαιότητας ως ανεξάρτητους παράγοντες κινδύνου εμφάνισης προδιαβήτη τις παρακάτω παραμέτρους του ΜΣ: γλυκόζη νηστείας  $\geq 110$  mg/dl (OR=4.46, CI=2.12-13.26,  $p<0.001$ ), επίπεδα τριγλυκεριδίων ορού  $\geq 150$  mg/dl (OR=2.43, CI=1.19-7.93,  $p=0.008$ ), επίπεδα HDL ορού  $< 40$  mg/dl στους άνδρες και  $< 50$  mg/dl στις γυναίκες (OR=3.08, CI=1.34-7.10,  $p=0.023$ ). Στη πολυπαραγοντική ανάλυση παρέμεινε ως πρώτος ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου η γλυκόζη νηστείας  $\geq 110$  mg/dl (OR=4.46, CI=2.12-13.26,  $p<0.001$ ). Από τους συνδυασμούς παραμέτρων ΜΣ, ως ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για προδιαβήτη πρώτος ανεδείχθη ο συνδυασμός : υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων + αρτηριακή υπέρταση + γλυκόζη νηστείας  $\geq 110$  mg/dl (OR=8.03, CI=2.85-22.96,  $p<0.001$ ).

**Συμπέρασμα:** Η παρουσία συνδυασμού του μεταβολικού συνδρόμου με υψηλά επίπεδα τριγλυκεριδίων & αρτηριακή υπέρταση & γλυκόζη νηστείας  $\geq 110$  mg/dl, αυξάνει σημαντικά το κίνδυνο εμφάνισης προδιαβήτη σε άτομα τρίτης ηλικίας. Κρίνεται απαραίτητος ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος των ατόμων τρίτης ηλικίας ως προς όλους τους παράγοντες του ΜΣ και η αντιμετώπιση αυτών για να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης προδιαβήτη.

### ΕΑ 15 ΚΑΠΝΙΣΜΑ-ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΑΓΓΕΙΑΚΗ ΝΟΣΟΣ-ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Δ. Σκούτας, Κ. Σιώμος, Δ. Καραγιάννη, Ο. Γουλή, Σ. Παπαντωνίου,  
Λ. Δούκας, Κ. Σακαλή, Ν. Ξυλούρης, Χ. Μανές  
Διαβητολογικό κέντρο Π.Γ.Ν. Παπαγεωργίου Θεσ/νίκης

**Εισαγωγή:** Το κάπνισμα ως γνωστό είναι ο μοναδικός σημαντικός μεταβαλλόμενος παράγοντας κινδύνου για τη δημιουργία και την εξέλιξη της περιφερικής αγγειακής νόσου με συνέπεια αυξημένο κίνδυνο ακρωτηριασμού, αποτελεί δε αιτιολογικό παράγοντα εμφάνισης "διαβητικού ποδιού". Ερευνούμε τη συσχέτιση του καπνίσματος με την ΠΑΝ και το "διαβητικό πόδι".



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009

### Περίληψεις Εργασιών



Ασθενείς-μέθοδοι: Ασθενείς με ΣΔ-ιστορικό καπνίσματος και "διαβητικό πόδι". Εξετάστηκαν για περιφερική αγγειακή νόσο (έλεγχο περιφερικών αγγείων-μέτρηση σφυροβραχιόνιου δείκτη-παρουσία ή όχι διαλειπούσης χωλότητας). Στους ασθενείς αυτούς εξετάστηκε η διάρκεια του καπνίσματος, η βαρύτητά του, η ηλικία, BMI, η διάρκεια της νόσου και ο μεταβολικός έλεγχος. Έγινε συσχέτιση της συνήθειας και της βαρύτητας του καπνίσματος με τους δείκτες της περιφερικής αγγειακής νόσου. Τέλος εκτιμήθηκε αν και πως το κάπνισμα συμμετέχει στην αιτιοπαθογένεια του διαβητικού ποδιού.

#### Αποτελέσματα:

Από 250 άτομα με "διαβητικό πόδι" εξετάστηκαν συνολικά 131 διαβητικοί ασθενείς με "διαβητικό πόδι" και με ιστορικό καπνίσματος (77 ασθενείς - 58,8% συνέχιζαν το κάπνισμα και 54 άτομα - 41,2% το είχαν διακόψει). Άντρες ήταν οι 120 (91,6%) και 11 γυναίκες (8,4%). ΣΔ Τύπου 1 ήταν οι 11 ασθενείς (8,4%) και τύπου 2 οι 120 (91,6%). Η διάρκεια του διαβήτη ήταν  $15,4 \pm 8,91$  έτη, η HbA1c  $8,84 \pm 1,87$ , η διάρκεια του καπνίσματος  $38,2 \pm 34$  έτη, η ημερήσια κατανάλωση τσιγάρων  $32,9 \pm 14,3$  (pack years  $64 \pm 36,29$ ). Υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση του καπνίσματος με την διαλείπουσα χωλότητα και αρνητική με τον σφυροβραχιόνιο δείκτη και την ψηλάφηση των περιφερικών αγγείων. Η βαρύτητα της περιφερικής αγγειακής νόσου δεν φαίνεται να επηρεάζεται από τη διακοπή ή όχι του καπνίσματος στους ασθενείς μας με διαβητική βλάβη στα κάτω άκρα.

Τέλος η διάρκεια του καπνίσματος σχετίζεται με την αιτιοπαθογένεια του "διαβητικού ποδιού"  $p < 0,001$ .

#### Συμπεράσματα:

Τα ευρήματά μας καταδεικνύουν τον κυρίαρχο ρόλο που παίζει το κάπνισμα (η βαρύτητα και η διάρκειά του) στην περιφερική αγγειακή νόσο και στην αιτιοπαθογένεια του "διαβητικού ποδιού" κάνοντας επιτακτική ανάγκη την άμεση διακοπή του.

### **ΕΑ 16 Η ΣΥΜΒΟΛΗ ΤΩΝ ΑΥΤΟΛΟΓΩΝ ΑΥΞΗΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ (ΑΑΠΑ) ΣΤΗΝ ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΗΤΙΚΩΝ (ΝΠ) ΚΑΙ ΝΕΥΡΟΙΣΧΑΙΜΙΚΩΝ (ΝΙ) ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΛΚΩΝ (ΔΕ) ΑΚΡΟΥ ΠΟΔΟΣ (ΑΠ)**

Δ. Χρύσης, Σ. Μασούρη, Ε. Σορολή, Α. Δώνου, Π. Παπαγιάννη, Ε. Βογιατζόγλου, Δ. Βογιατζόγλου  
*Γ.Ν.Μ. Αμαλία Φλέμινγκ*



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**Εισαγωγή:** Η διαδικασία επούλωσης των ΔΕ είναι βραδεία και συχνά ο απαιτούμενος χρόνος έως την πλήρη αποκατάσταση του ΑΠ θέτει το τελικό αποτέλεσμα σε σοβαρό κίνδυνο.

**Σκοπός:** Η εξεύρεση επικουρικών μεθόδων υποβοήθησης της ανωτέρω διαδικασίας με στόχο την ταχύτερη, όσο και ασφαλέστερη επούλωσή τους.

**Υλικό και Μέθοδος:** Κατά την τελευταία 5ετία, 36 ασθενείς (20 άνδρες) με ΔΕ στα ΚΑ (23 ΝΠ-17 ΝΙ) εντάχθηκαν σε επικουρική\_θεραπεία αποκατάστασης με επεξεργασμένο υλικό ΑΑΠΑ (Autologus Platelet Concentrate), που περιέχουν τους παράγοντες: PDGF, TGF-β, EGF, VEGF, το οποίο παρασκευάστηκε με σύστημα φυγόκεντρου διαχωρισμού αιμοπεταλίων (GPSTM, Biomet). Την ομάδα ελέγχου απετέλεσαν 30 ασθενείς συγκρίσιμης παθολογίας, που ακολούθησαν συμβατικά θεραπευτικά σχήματα. Όλα τα ΔΕ (σύμφωνα με το πρωτόκολλο λειτουργίας του ιατρείου) φωτογραφήθηκαν και μετρήθηκαν αρχικά και στη συνέχεια ανά εβδομάδα για τις ανάγκες, αλλά και μετά το πέρας της μελέτης.

**Αποτελέσματα:** Με ανάλυση post hoc βρέθηκε σημαντικά μεγαλύτερη ελάττωση και των τριών διαστάσεων στην ομάδα των αυξητικών παραγόντων σε σχέση με την ομάδα ελέγχου (σε όλα  $p < 0.001$ )

**Συμπέρασμα:** Η χρήση των ΑΑΠΑ αποτελεί ένα σοβαρό όσο και ασφαλή συνεργάτη στα πλαίσια της ολιστικής (multidisciplinary) προσπάθειας για τη ταχύτερη επούλωση των ΔΕ.

### ΕΑ 17 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔΤ2

Ι. Α. Κυριαζής<sup>1</sup>, Χ. Μέλλος<sup>2</sup>, Κ. Κοροβέσης<sup>2</sup>, Π. Θεοδωροπούλου<sup>2</sup>,  
Λ. Γεωργαλή<sup>2</sup>, Α. Λαλούσης<sup>1</sup>, Ε. Ντέντα<sup>1</sup>, Δ. Μενδρινός<sup>2</sup>, Α. Γκιολής<sup>2</sup>,  
Λ. Μπάρτζης<sup>2</sup>, Ν. Συριάνος<sup>2</sup>, Π. Κωστογιαννοπούλου<sup>2</sup>, Σ. Κουτουζή<sup>2</sup>,  
Π. Δημητρίου<sup>2</sup>, Π. Χατζηδάκη<sup>1</sup>, Χρ. Παρθενίου<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Διαβητολογικό Ιατρείο, Γ. Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

<sup>2</sup>Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Κορίνθου, Κόρινθος

**Σκοπός:** Να ερευνησουμε την συχνότητα στις χρόνιες διαβητικές επιπλοκές σε ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2).

**Υλικά & Μέθοδοι:** Η μελέτη συμπεριέλαβε ασθενείς με ΣΔΤ2, οι οποίοι παρακολούθηθηκαν στο Διαβητολογικό Κέντρο της κλινικής μας την τελευταία πενταετία. Εκτιμήθηκαν κλινικοεργαστηριακά η μικροαγγειοπάθεια και η μακροαγγειοπάθεια. Η στατιστική ανάλυση έγινε σύμφωνα με το σύστημα SPSS 13.01. Οι διαφορές θεωρήθηκαν σημαντικές εάν το  $p < 0.05$ .

**Αποτελέσματα:** Από τους 813 ασθενείς της μελέτης το 92.5% ήταν σε φαρμακευτική αγωγή και το 7.5% σε υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση. Ανάμεσα στους ασθενείς σε



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



φαρμακευτική αγωγή και αυτούς της υγιεινοδιαιτητικής παρέμβασης δεν υπήρχε διαφορά ως προς την ηλικία ( $65.51 \pm 10.92$  vs  $63.03 \pm 13.05$ ,  $p=0.105$ ) ενώ υπήρξε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την ρύθμιση εκφραζόμενη με την HbA1c ( $7.19 \pm 1.39$  vs  $6.21 \pm 1.16$ ,  $p < 0.001$ ), την διάρκεια του ΣΔΤ2 ( $12.92 \pm 8.81$  vs  $8.02 \pm 7.66$ ,  $p < 0.001$ ), του Δείκτη Μάζας Σώματος ( $29.05 \pm 5.12$  vs  $27.58 \pm 4.37$ ,  $p=0.037$ ) και την περίμετρο μέσης ( $102.76 \pm 12.93$  vs  $96.73 \pm 13.89$ ,  $p=0.028$ ). Μικροαγγειοπάθεια διαγνώσθηκε στο 35,9% (μικροαλβουμινουρία 20,9%, μακροαλβουμινουρία 10,2%, παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια 17,1% και μη παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια 19,6%). Αμφιβληστροειδοπάθεια και νεφροπάθεια μαζί 11,6%, ενώ 3,9% εμφάνιζαν και τις 4 επιπλοκές της μικροαγγειοπάθειας. Μακροαγγειοπάθεια διαγνώσθηκε στο 31,7%. Για όλες τις επιπλοκές υπήρχε θετική στατιστικά συσχέτιση τόσο με την διάρκεια του ΣΔ ( $p < 0.05$ ) όσο και με την γλυκαιμική ρύθμιση ( $p < 0.001$ ).

**Συμπέρασμα:** Η πλειονότητα των ασθενών με ΣΔΤ2 βρίσκεται σε φαρμακευτική αγωγή και με όχι ιδιαίτερα καλή ρύθμιση. Ένας στους τρεις δε, παρουσιάζει κάποιας μορφής αγγειοπάθεια. Κρίνεται αναγκαία η επίτευξη και διατήρηση της γλυκαιμικής ρύθμισης στα πλαίσια της αποφυγής των χρόνιων διαβητικών επιπλοκών.

### ΕΑ 18 ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΤΟΥ ΚΝΗΜΟΒΡΑΧΙΟΝΙΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΠΙΕΣΗΣ (ΚΒΔΠ) ΜΕ ΑΛΛΟΥΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

Ι. Τζανογιώργης, Κ. Μπακαλάκου, Ι. Ιωαννίδης, Α. Πολύζου, Φ. Αρτεμάκη, Α. Καναβού, Ν. Κομιτόπουλος  
*Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας*

**ΣΚΟΠΟΣ :** Ο ΚΒΔΠ αποτελεί καλό δείκτη της περιφερικής κυκλοφορίας στα κάτω άκρα. Σκοπός μας ήταν η μέτρηση του ΚΒΔΠ σε άτομα αυξημένου ΚΑ κινδύνου και η διερεύνηση της συσχέτισης του ΚΒΔΠ με άλλους παράγοντες κινδύνου, κλασσικούς και μη.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ :** Μελετήθηκαν 160 άτομα (μέση ηλικία 64 ετών  $\pm 10$  έτη). Οι άνδρες ήταν 110 (68.8%) και οι γυναίκες 50 (31.2%). Το 33.8% κάπνιζαν και το 26.2% έπασχε από ΣΔ. Τέλος, το 61.9% είχε αρτηριακή πίεση. Σε όλα τα άτομα καταγράφηκαν τα σωματομετρικά τους δεδομένα, οι παράγοντες κινδύνου (κάπνισμα, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, ΣΔ), οι αναλυτικές τιμές λιπιδίων, η κάθαρση κρεατινίνης και ο ΚΒΔΠ. Μετρήθηκε επίσης η CRP και δείκτες ΗΚΓφικής υπερτροφίας αριστερής κοιλίας. Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Σε ανάλυση πολλαπλής εξάρτησης (multiple regression analysis) με ανεξάρτητη μεταβλητή τον ΚΒΔΠ και εξαρτημένες όλους τους παράγοντες κινδύνου που



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



μετρήθηκαν (ΣΔ, ΑΥ, κάπνισμα, λιπιδαιμικές παράμετρος, δείκτες καρδιακής υπερτροφίας, μικρολευκωματινουρία, CRP) βρέθηκε ότι ο ΚΒΔΠ εξαρτάται από την CRP και την HDL. (constant 0.445, coefficient -0.14 CRP και 0.13 για HDL,  $p=0.017$ ).

Έτσι, άτομα με χαμηλή HDL και χαμηλού βαθμού φλεγμονή έχουν μειωμένο ΚΒΔΠ.

Σε απλές συσχετίσεις, ο ΚΒΔΠ σχετίστηκε με την αρτηριακή πίεση ( $p=0.029$ ), με την HDL ( $p=0.041$ ), με το BMI ( $p=0.026$ ), και με το CRP ( $p=0.016$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :** Ο ΚΒΔΠ αποτελεί δείκτη επάρκειας της κυκλοφορίας των κάτω άκρων. Αποτελεί και δείκτη γενικότερου κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα σχετιζόμενος με την CRP και την HDL.

### EA 19 ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ, ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΑΕΡΟΒΙΑ ΙΚΑΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ

Β. Καφαντάρη<sup>1,2</sup>, Α.Δ. Χριστόδουλος<sup>1</sup>, Ε. Δούδα<sup>1</sup>, Κ. Λαπαρίδης<sup>1</sup>, Σ.Π. Τοκμακίδης<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής & Αθλητισμού, Δημοκρίτειο

Πανεπιστήμιο Θράκης

<sup>2</sup>Κέντρο Υγείας Αλιάρτου

**Εισαγωγή:** Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα σύγχρονα προβλήματα δημόσιας υγείας. Σημαντικό ρόλο στην παθογένειά του διαδραματίζει η παχυσαρκία, ενώ η υψηλή αερόβια ικανότητα δρα προστατευτικά ενάντια στην ανάπτυξη του συνδρόμου. **Σκοπός:** Να διερευνηθεί η συχνότητα του ΜΣ και η σχέση του με την παχυσαρκία και την αερόβια ικανότητα σε Ελληνόπουλα.

**Υλικό:** Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 112 μαθητές δημοτικού (ηλικία:  $11.4 \pm 0.4$  έτη) και 279 μαθητές γυμνασίου (ηλικία:  $13.6 \pm 0.9$  έτη) από την Αττική και τη Βοιωτία.

**Μέθοδος:** Οι συμμετέχοντες υποβλήθηκαν σε ανθρωπομετρήσεις, αξιολόγηση της αερόβιας ικανότητας, βιοχημικό και κλινικό έλεγχο. Η εκτίμηση της παχυσαρκίας έγινε με βάση τα κριτήρια της Διεθνούς Ομάδας Εργασίας για την Παχυσαρκία. Ως ΜΣ ορίστηκε η συνύπαρξη  $\geq 3$  παραγόντων του. Παράλληλα, δημιουργήθηκε ένα σκορ μεταβολικού κινδύνου, με μετατροπή των τιμών των παραγόντων του ΜΣ σε μονάδες τυπικής απόκλισης. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το τεστ  $\chi^2$  και το συντελεστή συσχέτισης του Pearson.

**Αποτελέσματα:** Η συχνότητα υπερβολικού βάρους και παχυσαρκίας ήταν 29.5% και 10.7% στο δημοτικό και 26.2% και 11.1% στο γυμνάσιο, αντίστοιχα. Συνολικά 7.2% των παιδιών διαγνώστηκε με ΜΣ, χωρίς σημαντικές διαφορές μεταξύ δημοτικού και γυμνασίου (5.4% έναντι 7.9%,  $\chi^2=0.79$ ,  $p>0.05$ ). Η συχνότητα του συνδρόμου αυξήθηκε με την αύξηση της παχυσαρκίας (μαθητές φυσιολογικού βάρους: 5.0%, υπέρβαροι: 7.6%, παχύσαρκοι: 18.6%,  $\chi^2=10.18$ ,  $p<0.006$ ). Η αερόβια ικανότητα παρουσίασε στατιστικά



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



σημαντική αρνητική συσχέτιση με το σκορ μεταβολικού κινδύνου (δημοτικό:  $r=-0.45$ ,  $p<0,0001$ , γυμνάσιο:  $r=-0,20$ ,  $p<0,001$ ), ωστόσο, η σχέση αυτή ερμηνεύτηκε από την υψηλή αρνητική σχέση της αερόβιας αντοχής με το σωματικό λίπος.

**Συμπεράσματα:** Τα αποτελέσματα της μελέτης επιβεβαιώνουν την ανησυχητικά υψηλή συχνότητα εμφάνισης του ΜΣ στα παχύσαρκα παιδιά και σηματοδοτούν την ανάγκη εφαρμογής προγραμμάτων αγωγής υγείας στο σχολείο, με επίκεντρο τη διατήρηση του σωματικού βάρους σε φυσιολογικά επίπεδα, την προαγωγή της φυσικής δραστηριότητας, την ισορροπημένη διατροφή και την υιοθέτηση εν γένει ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

### EA 20 ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΝΩΔΟΓΟΝΟΥ ΤΟΥ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

E. Husbandt, Σ.Η. Τσούτσος, Α. Κατσογιάννη, Χ. Σταματιάδης, Β. Τσιώρα, Γ.Ν. Καραχάλιος  
*Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»*

**Σκοπός:** Σκοπός της μελέτης ήταν ο προσδιορισμός της συγκεντρώσεως του Ινωδογόνου του πλάσματος στην ανάπτυξη των επιπλοκών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη.

**Υλικό και Μέθοδος:**

Μελετήθηκαν 116 άτομα, ηλικίας μεταξύ 38 και 72 ετών με σακχαρώδη διαβήτη και επιπλοκές. Οι μετρηθείσες παράμετροι ήταν το σωματικό βάρος, δείκτης μάζας του σώματος, ύψος, σάκχαρο αίματος, ινωδογόνο του πλάσματος και ωσμωτικότητα του πλάσματος. Παράλληλα υπήρχε και ομάδα ελέγχου 60 ατόμων για σύγκριση. Συγχρόνως εγένετο πλήρης αιματολογικός, βιοχημικός και ΗΚΓ έλεγχος σε όλους τους ασθενείς.

**Αποτελέσματα:**

Από την ανάλυση των ευρημάτων βρέθηκε ότι από τις μελετηθείσες παραμέτρους σημαντική αύξηση παρουσιάστηκε στο σωματικό βάρος, στα επίπεδα του ινωδογόνου και της ωσμωτικότητας του πλάσματος σε ασθενείς με επιπλοκές, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου. Παρομοίως το σάκχαρο του αίματος ήταν υψηλότερο στους ασθενείς με επιπλοκές ( $P < 0,01$ ).

**Συμπέρασμα:**

Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και επιπλοκές ανευρίσκεται σημαντική αύξηση των επιπέδων του ινωδογόνου και της ωσμωτικότητας του πλάσματος. Οι παράμετροι αυτές φαίνεται ότι επενεργούν πιθανότατα ως παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη των επιπλοκών στους διαβητικούς ασθενείς.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### ΕΑ 21

#### ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΩΝ ΛΙΠΙΔΙΩΝ ΟΡΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΚΩΝ ΠΕΡΙΟΔΩΝ 1998 – 2000 ΚΑΙ 2006 – 2008

Μεν. Οικονομόπουλος<sup>1</sup>, Όλ. Στριλιγκά<sup>1</sup>, Γ. Τουρής<sup>1</sup>, Μ. Αντωνέλη<sup>1</sup>,  
Αλ. Κύζιλης<sup>1</sup>, Χρ. Τασσός<sup>1</sup>, Παν. Μπάρλας<sup>1</sup>, Κων/να Πανέτα<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Παιδιατρική κλινική Γ. Ν. – Κ. Υ. Κρεστένων

<sup>2</sup> Μικροβιολογικό τμήμα Γ. Ν. – Κ. Υ. Κρεστένων

**Εισαγωγή:** Η δυσλιπιδαιμία αποτελεί γνωστό παράγοντα κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα και μάλιστα η βλαπτική της δράση ξεκινάει από την παιδική ηλικία.

**Σκοπός:** της μελέτης μας είναι να διερευνηθεί η πιθανή μεταβολή των λιπιδίων ορού αίματος στα παιδιά μεταξύ δύο χρονικών διαστημάτων 1998 – 2000 και 2006 – 2008.

**Υλικό:** της εργασίας μας αποτέλεσαν τυχαία δείγματα παιδιών ηλικίας 6 – 12 ετών, από τη χρονική περίοδο 1998 – 2009 (N = 220) και 2006 – 2008 (N = 102). Αιμοληψία και μέτρηση των λιπιδίων του ορού έγινε μετά από ολονύχτια νηστεία σε προγραμματισμένο ραντεβού. Μετρήθηκε η ολική χοληστερόλη (TC), η HDL – C, η HDL – C και τα τριγλυκερίδια (TG).

**Αποτελέσματα:** Η μέση τιμή μετρήσεων κατά το χρονικό διάστημα 1998 – 2000 και 2006 – 2008 ήταν αντιστοίχως:

- Για την TC: 170,5 και 174,80 (μεταβολή +4,3 / P-Val=0,173)
- Για την HDL – C: 55,1 και 56,0 (μεταβολή +0,9 / P-Val=0,534)
- Για την LDL – C: 101,00 και 103,9 (μεταβολή +2,9 / P-Val=0,314)
- Για την TG: 72,8 και 99,7 (μεταβολή -2,80 / P-Val=0,290)

**Συμπεράσματα:** Μεταξύ των παιδιών της πρώτης και δεύτερης τριετίας, της μελέτης μας, με μεσοδιάστημα 8 χρόνων, δεν παρατηρείται σημαντική μεταβολή των λιπιδίων του ορού του αίματος, γεγονός που επιβεβαιώνει την ανάγκη χάραξης εθνικής στρατηγικής με στόχο την μείωση των επιπέδων των παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



EA 22

### Η ΑΟΡΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΣΙΜΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΟΡΜΟΒΑΡΕΙΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΣ ΕΘΕΛΟΝΤΕΣ

Ι. Ελευθεριάδου<sup>1</sup>, Ι. Μωυσάκης<sup>2</sup>, Π. Γρηγοροπούλου<sup>1</sup>, Β. Αργιανά<sup>1</sup>, Ι. Μπάλλα<sup>1</sup>, Κ. Αλεξιάδου<sup>1</sup>, Α. Κόκκινος<sup>1</sup>, Δ. Περρέα<sup>1</sup>, Ν. Κατσιλάμπρος<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup>Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Νοσοκομείο «Λαϊκό»

#### Εισαγωγή-Σκοπός:

Η μείωση της αορτικής διατασιμότητας (aortic distensibility, AD) αντανακλά την απώλεια των ελαστικών ιδιοτήτων της αορτής και εμφανίζεται στα πρώιμα στάδια της αθηρωματικής διεργασίας. Προς το παρόν δεν υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την πιθανή επίδραση του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους στην AD. Στην παρούσα μελέτη εκτιμήθηκε η σχέση μεταξύ υπερβάλλοντος σωματικού βάρους και AD.

#### Υλικό-Μέθοδοι:

Συνολικά μελετήθηκαν 28 άτομα (μέσης ηλικίας  $47.2 \pm 11.0$  ετών, άνδρες/γυναίκες 9/19) που ήταν ελεύθεροι κλινικά έκδηλης καρδιαγγειακής νόσου. Υπέρβαροι χαρακτηρίστηκαν οι ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος (BMI)  $25-30 \text{ kg/m}^2$  και νορμοβαρείς τα άτομα με  $\text{BMI} < 25 \text{ kg/m}^2$  (10 υπέρβαροι και 18 νορμοβαρείς). Άτομα με παχυσαρκία αποκλείστηκαν από τη μελέτη. Η μέτρηση της AD έγινε υπερηχογραφικά από εξειδικευμένο καρδιολόγο.

#### Αποτελέσματα:

Οι τιμές της AD ήταν στατιστικά σημαντικά μικρότερες στα υπέρβαρα σε σχέση με τα νορμοβαρή άτομα ( $2.48 \pm 0.07$  έναντι  $2.61 \pm 0.09 \cdot 10^{-6} \text{ cm}^2 \text{dgn}^{-1}$ ,  $p < 0.001$ ). Η μέση αρτηριακή πίεση ήταν σημαντικά υψηλότερη στους υπέρβαρους, ενώ τα επίπεδα γλυκόζης νηστείας, της ολικής και της LDL χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων δεν διέφεραν μεταξύ των δύο ομάδων. Η AD βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την ηλικία ( $p = 0.001$ ), το BMI ( $p < 0.001$ ), την περίμετρο μέσης ( $p = 0.045$ ) και τα επίπεδα σακχάρου αίματος ( $p = 0.023$ ), ενώ δεν βρέθηκε σημαντική συσχέτιση μεταξύ της AD και της μέσης πίεσης, καθώς και των επιπέδων λιπιδίων του πλάσματος. Η πολυπαραγοντική ανάλυση μετά από διόρθωση ως προς την ηλικία, το BMI, την περίμετρο μέσης και τη γλυκόζη νηστείας, έδειξε ότι μόνο η ηλικία και το BMI σχετιζόταν σημαντικά με την AD ( $p < 0.001$ ).

#### Συμπεράσματα:

Η AD είναι μειωμένη σε υπέρβαρα υγιή άτομα. Φαίνεται για πρώτη φορά ότι ακόμα και η μικρή αύξηση του σωματικού βάρους μειώνει την ελαστικότητα της αορτής ανεξάρτητα από τις συγκεντρώσεις των λιπιδίων και τις τιμές της αρτηριακής πίεσης.





## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



EA 23

### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΟΣ ΔΙΑΙΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΕ ΥΠΕΡΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΒΑΡΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΤΟΥ ΚΑΡΔ/ΚΟΥ ΤΜ. Γ.Ν. ΝΑΥΠΛΙΟΥ

Ι. Τζινιέρης<sup>1</sup>, Ν. Κυριακάκης<sup>1</sup>, Ν. Ανατολιωτάκης<sup>1</sup>, Δ. Δέρκα<sup>1</sup>, Ε. Καντερέ<sup>2</sup>,  
Ο. Κάπη-Λιάτα<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Καρδιολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

<sup>2</sup>Διατροφολογικό Τμήμα Γενικού Νοσοκομείου Ναυπλίου

#### ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην πρωτογενή αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας καθώς και των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθίσταται αναγκαίος ο έλεγχος και η απώλεια βάρους μέσω ενός ισορροπημένου διαιτολογίου.

#### ΣΤΟΧΟΣ

Να διαπιστώσουμε την σχέση βάρους και σωματικού λίπους, καθώς επίσης και την αποτελεσματικότητα ενός υπολιπιδαιμικού και υποθερμιδικού διαιτολογίου.

#### ΥΛΙΚΑ & ΜΕΘΟΔΟΙ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 100 υπέρβαρους και υπερλιπιδαιμικούς ασθενείς (50 άνδρες & 50 γυναίκες) με εύρος ηλικίας 45-70 ετών. Υποβλήθηκαν σε καθημερινή διαιτολογική αγωγή και ελέγχθηκε το βάρος, το σωματικό λίπος (κάθε 2 εβδομάδες) και η ολική χοληστερόλη (κάθε 1 μήνα) για 6 μήνες. Η σύσταση του διαιτολογίου αποτελούνταν από τα εξής:

1500 kcal

25-30% ΛΙΠΟΣ ΕΚ ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ:

7,5% ΚΟΡΕΣΜΕΝΑ

7,5% ΜΟΝΟΑΚΟΡΕΣΤΑ

15% ΠΟΛΥΑΚΟΡΕΣΤΑ

15-20% ΠΡΩΤΕΙΝΕΣ

50% ΥΔΑΤΑΝΘΡΑΚΕΣ

#### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ο μέσος όρος μεταβολής στις γυναίκες ήταν 24,35 % μείωση στην ολική χοληστερόλη, 2,82 % μείωση στο σωματικό λίπος και 11,88 % μείωση στο σωματικό βάρος.

Αντίστοιχα για τους άνδρες παρατηρήθηκε 24,45 % μείωση στην ολική χοληστερόλη, 3,60 % μείωση στο σωματικό λίπος και 12,27 % μείωση στο σωματικό βάρος.

#### ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Παρατηρούμε ότι ένα ισορροπημένο διαιτολόγιο βοηθά σημαντικά στην απώλεια βάρους, στην μείωση του σωματικού λίπους και της ολικής χοληστερόλης. Διαπιστώνουμε ότι για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπερλιπιδαιμίας όπως και



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



των καρδιαγγειακών νοσημάτων, συνιστάται συνδυασμός κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και ενός ισορροπημένου διαιτολογίου.

### ΕΑ 24 ΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΑΡΙΣΤΕΡΗ ΚΟΙΛΙΑΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ

Χ. Βούλγαρη<sup>1</sup>, Α. Παπαζαφειροπούλου<sup>1</sup>, Ι. Μωϋσσάκης<sup>2</sup>, Δ. Περρέα<sup>3</sup>,  
Ν. Κατσιλάμπρος<sup>1</sup>, Ν. Τεντολούρης<sup>1</sup>

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

<sup>2</sup> Καρδιολογική Κλινική, ΓΝΑ «Λαϊκό»

<sup>3</sup> Εργαστήριο Πειραματικής Χειρουργικής και Χειρουργικής Έρευνας  
«Ν. Χρηστέας»

**Εισαγωγή:** Το μεταβολικό σύνδρομο (ΜΣ) αποτελεί συνάθροιση καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου και σχετίζεται με υψηλά ποσοστά καρδιαγγειακής νοσηρότητας. Ορισμένες επιδημιολογικές μελέτες υποδεικνύουν ότι το ΜΣ σχετίζεται με αύξηση του κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Ο δείκτης μυοκαρδιακής λειτουργίας Tei είναι μια νέα υπερηχοκαρδιογραφική μέθοδος εκτίμησης της συνολικής απόδοσης της αριστερής κοιλίας και έχει δείξει αξιόπιστος στην ανίχνευση των πρώιμων σταδίων της ΚΑ. **Σκοπός:** Διερευνήθηκαν πιθανές συσχετίσεις μεταξύ του ΜΣ και της καρδιακής λειτουργίας, όπως αυτή προσδιορίστηκε με τη βοήθεια του δείκτη Tei. **Υλικό:** Η μελέτη συμπεριέλαβε 584 άτομα ( 284 χωρίς ΜΣ/ 298 με ΜΣ) εξομοιωμένα ως προς την ηλικία, το φύλο, χωρίς αρτηριακή υπέρταση, διαβήτη, κλινικά έκδηλη μακροαγγειοπαθητική επιπλοκή ή καρδιακή νόσο. **Μέθοδοι:** Ο ορισμός του ΜΣ έγινε με τα κριτήρια NCEP-ATP III. Οι βιοχημικές εξετάσεις έγιναν μετά από 12-ωρη νηστεία. Η ινσουλίνη μετρήθηκε ραδιοανοσολογικά και υπολογίστηκε ο δείκτης HOMA-IR. Η μικρολευκωματινουρία προσδιορίστηκε σε συλλογή ούρων 24-ώρου. Η υπερηχοκαρδιογραφική μελέτη έγινε με έγχρωμο υπερηχοκαρδιογράφο, ψηφιακής τεχνολογίας με παλμικό Doppler. **Αποτελέσματα:** Τα άτομα με ΜΣ είχαν υψηλότερες τιμές του δείκτη Tei σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΜΣ ( $0.37 \pm 0.002$  vs.  $0.41 \pm 0.004$ ,  $P < 0.001$ , αντίστοιχα), που σημαίνει έκπτωση της καρδιακής λειτουργίας. Η πολυπαραγοντική γραμμική ανάλυση στο σύνολο του πληθυσμού έδειξε ότι ο δείκτης Tei σχετίζεται σημαντικά και ανεξάρτητα με την ηλικία ( $P < 0.001$ ), την αντίσταση στην ινσουλίνη ( $P < 0.001$ ), τη μικρολευκωματινουρία ( $P = 0.002$ ) και τη CRP ( $P = 0.006$ ). Οι μεταβλητές αυτές εξηγούσαν το 46% των τιμών του Tei-index. **Συμπεράσματα:** Τα άτομα με ΜΣ έχουν υποκλινική δυσλειτουργία του μυοκαρδίου που πιθανόν να προδιαθέτει σε ΚΑ. Εκτός από το ΜΣ, η ηλικία και μεταβολικοί παράγοντες που σχετίζονται με αυτό όπως η αντίσταση στην ινσουλίνη, η φλεγμονή και η μικρολευκωματινουρία σχετίζονται σημαντικά και ανεξάρτητα με το



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



δείκτη μυοκαρδιακής απόδοσης. Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν την ανάγκη πρόληψης του ΜΣ με σκοπό τη μείωση-λόγω του ΜΣ-του κινδύνου για ΚΑ.

### **ΕΑ 25** ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΑΞΙΑ ΤΗΣ HDL ΚΑΙ ΑΘΗΡΩΜΑΤΙΚΟΥ ΔΕΙΚΤΗ (Χοληστερόλη/HDL) ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΑΝΑΙΜΙΑ

Χ. Παππά, Α. Παπαγιάννη, Ι. Τζούμαρη, Π. Κολυμπιανάκη, Κ. Φαρμάκη  
*Μονάδα Μεταγγίσεων Μεσογειακής Αναιμίας Γ.Ν. Κορίνθου*

#### **Σκοπός:**

Ένεκα του ότι η θνησιμότητα από καρδιολογικά αίτια αποτελεί 1<sup>η</sup> αιτία θανάτου, διερευνήσαμε το λιπιδαιμικό προφίλ και τις επιπτώσεις του στους ασθενείς με β-Μεσογειακή Αναιμία (β-ΜΑ).

#### **Υλικό-Μέθοδοι:**

- 46 ασθενείς β-Μ.Α., 23 άρρενες (ΜΟ ηλικίας 33.9±1.8) και 23 θήλυς (ΜΟ ηλικίας 37.6±0.5)
- Λιπιδαιμικό προφίλ: Ολική χοληστερόλη, Τριγλυκερίδια, LDL, HDL.
- Εκτίμηση καρδιακής λειτουργίας με υπέρηχο
- Ενδοκρινών αδένων: δυναμικά tests (OGTT), προσδιορισμούς ορμονών (TSH, FT4).
- Στατιστική ανάλυση με SPSS (p<0.05 στατιστικά σημαντικό)

#### **Αποτελέσματα:**

1. 20/23(87%) άρρενες είχαν HDL<35mg/dL (υψηλό παράγοντα κινδύνου για αθηροσκλήρωση) αλλά μόνο 8/23(35%) είχαν παθολογική LDL>80mg/dL και 9/23(39%) υψηλά Τριγλυκερίδια>150mg/dL. Όλοι οι άρρενες είχαν φυσιολογικές τιμές χοληστερόλης (ΜΟ=120.3±22.5mg/dL). Όμως ο αθηρωματικός δείκτης ήταν παθολογικός>5 σε 15/23(65%). Στο υπέρηχο καρδιάς LVEF (ΜΟ=60.6±6.9%). Σημειωτέων ότι οι φυσιολογικές τιμές για τους ασθενείς β-ΜΑ LVEF >63%.
2. 12/23(52%) θήλυς είχαν HDL<35mg/dL αλλά μόνο 9/23(39%) είχαν παθολογική LDL>80mg/dL και 3/23(13%) υψηλά Τριγλυκερίδια>150mg/dL. Όλες οι θήλυς είχαν φυσιολογικές τιμές χοληστερόλης (ΜΟ=130.5±36.2mg/dL). Αντίθετα ο αθηρωματικός δείκτης ήταν παθολογικός>5 σε 7/23(30%). Στο υπέρηχο καρδιάς είχαν φυσιολογικό LVEF (ΜΟ=65.3±3.8%).
3. Στους ασθενείς β-Μ.Α, άρρενες και θήλυς με παθολογική HDL και υψηλό αθηρωματικό δείκτη, ο Δείκτης επιφάνειας σώματος (BMI) ήταν μεγαλύτερος (ΜΟ=23.6±3.1 έναντι 22.3±1.8), παρατηρήθηκαν συσχετισμοί (Pearson) με ανωμαλίες του μεταβολισμού της Γλυκόζης (r=0.629, p<0.01 για άρρενες & r=0.568 p<0.02 για θήλυς). Επίσης 7/15(47%) άρρενες και 2/7(28,5%) θήλυς ήταν Υποθυρεοειδικοί. Δεν βρέθηκαν συσχετισμοί με τις τιμές της Φερριτίνης και συγκέντρωση σιδήρου στο ήπαρ (LIC).



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### Συμπεράσματα:

Η προγνωστική αξία HDL και αθηρωματικού δείκτη φαίνεται να είναι μεγαλύτερη από τη μέτρηση ολικής χοληστερόλης και LDL στους ασθενείς β-Μ.Α. Σε περίπτωση παθολογικών τιμών θα πρέπει να γίνεται συστηματική διερεύνηση για καρδιολογική δυσλειτουργία, ανωμαλίες μεταβολισμού της Γλυκόζης και Υποθυρεοειδισμού.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### ΑΝΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ - POSTERS

**P 01**

#### **ΑΥΤΟΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΓΧΟΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ**

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Κ. Κρητικός, Β. Ξουραφάς, Μ. Μαντζιώρος  
*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης ήταν να διερευνηθεί η αυτοαποτελεσματικότητα και το άγχος σε ασθενείς με παχυσαρκία.

#### **Ασθενείς και Μέθοδος**

Στην παρούσα μελέτη έλαβαν μέρος 76 ασθενείς ( 35 άνδρες και 41 γυναίκες) με παχυσαρκία. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν α) το ερωτηματολόγιο αυτοαποτελεσματικότητας και β) το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger. Το ερωτηματολόγιο αυτοαποτελεσματικότητας εκτιμάει το βαθμό που αυξήθηκε η προσδοκία αυτοεπάρκειας και την ικανότητα του ατόμου να χειριστεί νέα και δύσκολα θέματα. Αποτελείται από 10 ερωτήσεις με βαθμολόγηση από το 1 (καθόλου αληθές) έως το 4 (=πολύ αληθές). Το ερωτηματολόγιο άγχους του Spielberger, περιλαμβάνει δύο φύλλα αξιολόγησης 20 φράσεων το καθένα, η βαθμολόγηση των οποίων κυμαίνεται από το 1(καθόλου) έως το 4 (πάρα πολύ). Το ένα φύλλο αξιολογεί το άγχος ως κατάσταση που βιώνει το άτομο τη δεδομένη χρονική στιγμή (state anxiety), και το άλλο αξιολογεί το άγχος ως χαρακτηριστικό (trait anxiety) της προσωπικότητας του ατόμου.

#### **Αποτελέσματα**

Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις βρέθηκαν μεταξύ της αυτό-αποτελεσματικότητας των ασθενών με τους παράγοντες φύλο ( $p=0,042$ ), γενική κλινική κατάσταση ( $p=0,001$ ) και τέλος με τις υποκατηγορίες συναισθηματικότητα ( $r=-0,305$ ,  $p=0,002$ ), ευεξία με ανησυχία ( $r=-0,465$ ,  $p<0,0005$ ), και αυτοαποδοκιμασίας ( $r=-0,645$ ,  $p<0,0005$ ). Η πολυπαραγοντική ανάλυση με εξαρτημένη μεταβλητή την αυτοαποτελεσματικότητα, έδειξε ότι η ηλικία ( $B=-0,12$ ,  $p=0,005$ ), η γενική κατάσταση ( $B=-2,88$ ,  $p=0,041$ ) και το φύλο ( $B= -2,192$ ,  $p=0,077$ ), η ευεξία με ανησυχία ( $B=-0,35$ ,  $p=0,0005$ ) και η αυτοαποδοκιμασία ( $B= -0,31$ ,  $p=0,002$ ) είναι οι ισχυρότεροι παράγοντες επίδρασης στην αυτοαποτελεσματικότητα των παχυσάρκων ασθενών.

#### **Συμπεράσματα**

Τα αποτελέσματα αυτά είναι ουσιώδη για τη σύσταση κλινικών στρατηγικών στην αξιολόγηση αλλά και θεραπευτική αντιμετώπιση των ασθενών με παχυσαρκία και στην αναγνώριση του πιθανού συνδέσμου μεταξύ της αυτοαποτελεσματικότητας και των επιπέδων του άγχους.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 02**

### ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ (ΑΥ)

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Κ. Κρητικός, Π. Καζακόπουλος, Μ. Μαντζιώρος  
*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Σκοπός** της παρούσης μελέτης είναι η ανάδειξη των πλεονεκτημάτων που συνεπάγεται η ολοκλήρωση μιας ψυχοθεραπευτικής παρέμβασης σε ασθενείς με ΑΥ.

#### **Ασθενείς και Μέθοδος**

Τη χρονική περίοδο από 01/02/2007 έως 30/12/2008 μελετήθηκαν 102 ασθενείς με ΑΥ και ποικίλα ψυχοθεραπευτικά αιτήματα. Κύρια αιτία προσέλευσης των ασθενών ήταν τα προβλήματα που προκύπτουν από την εμφάνιση της ΑΥ, που σε επίπεδο ψυχιατρικής νοσολογίας μπορούν να πάρουν διαγνώσεις όπως καταθλιπτικά συμπτώματα, δυσθυμία, μείζων κατάθλιψη, δυσχέρειες προσαρμογής, διαταραχή προσαρμογής, προβλήματα με το οικογενειακό περιβάλλον.

#### **Αποτελέσματα**

Εκ των 102 ασθενών οι 28 (27,4%) ολοκλήρωσαν την ψυχοθεραπεία τους. Ως ολοκλήρωση θεωρείται το ότι μετά από ένα αριθμό συνεδριών τουλάχιστον 10, υπήρξε μια περίοδος αποχαιρετισμού-ολοκλήρωσης της ψυχοθεραπείας που συμφωνήθηκε από κοινού μεταξύ ασθενούς και ψυχοθεραπευτού. Οι 17 ασθενείς (16,7%) συνεχίζουν τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες και οι 57 (55,9%) διέκοψαν τις συνεδρίες. Οι λόγοι της διακοπής είναι οι δυσχέρειες μετακίνησης, οι αντιρρήσεις των συγγενών για τη χρησιμότητα των συνεδριών, η απόρριψη της Ψυχοθεραπείας ως μη χρήσιμης, η μη ανάπτυξη της ψυχοθεραπευτικής σχέσης.

Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί και το γεγονός ότι εκ των 28 ασθενών, οι οποίοι ολοκλήρωσαν τις ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες οι 15 (53,6%) επί του συνόλου των ολοκληρωσάντων την ψυχοθεραπεία επέστρεψαν στις καθημερινές δραστηριότητές τους.

#### **Συμπεράσματα**

Μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΑΥ διακόπτει την ψυχοθεραπεία, την οποία αρχίζει με ποικίλα ψυχοθεραπευτικά αιτήματα. Τα αίτια της διακοπής αποτελούν θέμα προς περαιτέρω διερεύνηση. Οι ασθενείς που ολοκληρώνουν την ψυχοθεραπεία τους προσαρμόζονται καλύτερα και κυρίως σε μεγάλο ποσοστό επιστρέφουν στις δραστηριότητές τους, γεγονός με ιδιαίτερη σημασία για την οικονομία της υγείας



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 03**

### ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΝΑΡΞΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΤΟΥΣ ΣΕ ΤΑΚΤΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ

Α. Παπαζαφειροπούλου, Α. Κοκολάκη, Α. Σωτηρόπουλος, Ο. Αποστόλου, Π. Βεργίδου, Α. Γκρόζου, Σ. Μπούσμπουλας, Σ. Παππάς  
*Γ' παθολογικό τμήμα και διαβητολογικό κέντρο, Γ.Ν. Νίκαιας - Πειραιά*

**ΣΚΟΠΟΣ:** Ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (ΣΔΤ2) παρακολουθείται σε τακτικά διαβητολογικά ιατρεία. Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η μελέτη του μεταβολικού προφίλ και των χαρακτηριστικών των ατόμων με ΣΔτ2 κατά την έναρξη της παρακολούθησης τους σε τακτικό διαβητολογικό ιατρείο.

**ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ:** Μελετήθηκαν συνολικά 134 άτομα με ΣΔτ2 (64 άνδρες/ 70 γυναίκες, μέση ηλικία  $\pm$  SD: 59,8  $\pm$  12,9 χρόνια) κατά την πρώτη επίσκεψη τους στο διαβητολογικό ιατρείο της κλινικής μας. Σε όλους τους ασθενείς πραγματοποιήθηκε πλήρης κλινική εξέταση και ελήφθη εργαστηριακός έλεγχος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Το 14,2% (n=19) των ατόμων της μελέτης προσήλθε στο ιατρείο λόγω πρωτοδιάγνωσης του ΣΔΤ2. Τα άτομα αυτά είχαν μέσες τιμές  $\pm$  SD: HbA1c 8,3  $\pm$  3,4%, ολική χοληστερόλη πλάσματος 189,9  $\pm$  49,3 mg/dl, τριγλυκερίδια 159,9  $\pm$  86,3mg/dl, HDL-C 49,7  $\pm$  17,1 mg/dl, LDL-C 111,2  $\pm$  41,6 mg/dl, συστολική αρτηριακή πίεση (ΣΑΠ) 134,2  $\pm$  23,8 mmHg και διαστολική αρτηριακή πίεση (ΔΑΠ) 75,2  $\pm$  9,9 mmHg. Αντίθετα, το 85,8% (n=115) είχε μέση διάρκεια ΣΔΤ2 8,3  $\pm$  4,1 χρόνια. Οι αντίστοιχες τιμές ήταν: HbA1c 7,6  $\pm$  1,9%, ολική χοληστερόλη πλάσματος 187,7  $\pm$  44,3 mg/dl, τριγλυκερίδια 176,3  $\pm$  76,8 mg/dl, HDL-C 45,2  $\pm$  12,1 mg/dl, LDL-C 104,3  $\pm$  41,2 mg/dl, ΣΑΠ 134,8  $\pm$  18,9 mmHg και ΔΑΠ 78,9  $\pm$  9,9 mmHg. Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές μεταβολές μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών ανάμεσα στις δύο ομάδες της μελέτης.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ:** Μικρό ποσοστό ασθενών προσήλθε στο ιατρείο λόγω πρωτοδιάγνωσης του ΣΔΤ2. Τα άτομα της μελέτης δεν διέφεραν σημαντικά ως προς την επίτευξη γλυκαιμικού ελέγχου, το λιπιδαιμικό τους προφίλ και το επίπεδο της αρτηριακής τους πίεσης ανάλογα με την παρουσία γνωστού ιστορικού ή όχι ΣΔΤ2. Ωστόσο, τα άτομα με πρωτοδιάγνωση του ΣΔΤ2, όπως αναμενόταν, είχαν υψηλότερες τιμές HbA1c.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 04**

### ΣΥΝΔΡΟΜΟ SNEDDON ΣΕ ΆΡΡΕΝΑ 42 ΕΤΩΝ

Σ. Η. Τσούτσος, Α. Κακαβέτση, Ι. Κοντός, Κ. Πανταζής, Γ.Ν. Καραχάλιος  
Β' Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο»

Το σύνδρομο Sneddon είναι σπάνια εξελικτική νόσος προσβάλλουσα τα αιμοφόρα αγγεία, χαρακτηριζόμενη από δερματολογικές και νευρολογικές διαταραχές. Τα χαρακτηριστικά περιλαμβάνουν πολλαπλά επεισόδια ελαττωμένης αιματικής ροής στον εγκέφαλο (εγκεφαλική ισχαιμία) και δικτυωτή πελίωση (μαρμαροειδές δέρμα), κυανέρυθρη στικτή εμφάνιση του δέρματος υπό μορφή δικτύου.

Άρρεν, ηλικίας 42 ετών εισήχθη στο νοσοκομείο σε ημικωματώδη κατάσταση μετά την εμφάνιση γενικευμένων τονικο-κλονικών σπασμών. Από το ιστορικό αναφέρεται μόνο κάπνισμα 20 σιγαρέτων ημερησίως για 25 έτη, ενώ δεν υπήρχε υπέρταση ή σακχαρώδης διαβήτης. Αιμορραγική διάθεση ή τραύμα.

Από την φυσική εξέταση διαπιστώθηκε φυσιολογική αναπνευστική και καρδιακή λειτουργία, αρτηριακή πίεση 120/80 mm Hg, φυσιολογική νευρολογική εξέταση (φυσιολογικό μέγεθος και φυσιολογική αντίδραση της κόρης του οφθαλμού στο φως, φυσιολογικά οφθαλμοκεφαλικά αντανακλαστικά).

Η αξονική και μαγνητική τομογραφία έδειξαν την ύπαρξη θρομβώσεως της ευθείας και άνω οβελιαίας αρτηρίας. Από τον λοιπό εργαστηριακό έλεγχο δεν διαπιστώθηκε κάτι το παθολογικό. Βρέθηκαν μόνον χαμηλοί τίτλοι αντισωμάτων καρδιολιπίνης.

Ο ασθενής υποβλήθηκε σε αποιδηματική αγωγή, ασπιρίνη, κορτικοστεροειδή κι ηπαρίνη. Μετά την πάροδο τριών εβδομάδων εξήλθε βελτιωμένος, λαμβάνοντας ασπιρίνη, βαρφαρίνη και χαμηλή δόση πρεδνιζόνης.

### 1<sup>ο</sup> Βραβείο Αναρτημένης Ανακοίνωσης

**P 05**

### ΠΩΣ ΞΕΚΙΝΟΥΝ ΤΗΝ ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΔ ΤΥΠΟΥ 2

Λ. Σαμπαντούς, Α. Καράμπελα, Μ. Βούκαλη, Π. Γρηγοροπούλου,  
Η. Τσέρκης, Δ. Τασιοπούλου, Α. Νικολόπουλος, Ι. Ιωαννίδης  
Διαβητολογικό Ιατρείο, Β' Παθολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο  
Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας

ΣΚΟΠΟΣ : Η καταγραφή του σχήματος έναρξης ινσουλινοθεραπείας σε άτομα με ΣΔ τύπου 2 και ινσουλινοθεραπεία με σκοπό την καταγραφή των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών των διαφόρων ομάδων ινσουλινοθεραπείας.





## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**ΥΛΙΚΟ :** Μελετήθηκαν 74 ασθενείς με ΣΔ που ελάμβαναν ινσουλίνη. [44 γυναίκες και 30 άνδρες, μέσης ηλικίας  $66,5 \pm 10$  έτη]. Στους ασθενείς αυτούς καταγράφηκε αναλυτικά η θεραπεία, τα σωματομετρικά δεδομένα και οι βασικές βιοχημικές παράμετρος καθώς και το ιστορικό άλλων παραγόντων κινδύνου. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν και ερωτηματολόγιο φόβου της ινσουλίνης πριν την έναρξη (με κλίμακα από το 1-καθόλου- έως το 10- πολύ-), ερωτηματολόγιο για τις υπογλυκαιμίες (συχνότητα, ώρα, βαρύτητα) και ερωτηματολόγιο ικανοποίησης από την θεραπεία (σύνθεση αποτελεσματικότητας, ασφάλειας, ευκολίας- με κλίμακα από το 1-καθόλου- έως το 10-απόλυτα-). Στους ασθενείς καταγράφηκε επίσης το ποσοστό λίπους, το συνολικό σωματικό ύδωρ και το ποσοστό της ελεύθερης λίπους μάζας σώματος.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ :** Η διάρκεια νόσου ήταν  $17,5 \pm 9,95$  έτη ενώ η διάρκεια της ινσουλινοθεραπείας είναι  $5,76 \pm 6,28$  έτη. Η θεραπεία έναρξης ήταν Βασική ινσουλίνη στο 55,6 % και μείγματα ινσουλίνης στο 41,9%. Η τωρινή θεραπεία με ινσουλίνη ήταν βασική ινσουλίνη (51,4 %), Βασική + 1 ταχείας (Basal plus) (6,8 %), εντατικοποιημένο σχήμα (16,2%), μείγματα με μετφορμίνη (20,3%) μείγματα μόνο (2,7%). Μετφορμίνη ελάμβανε το 79,5 % του συνόλου των ασθενών (οι υπόλοιποι δεν ελάμβαναν λόγω ΓΕΣ προβλημάτων ανοχής ή λόγω νεφρικής ανεπάρκειας). Μετφορμίνη ελάμβανε το 86,8% των ασθενών σε βασική ινσουλίνη και το 60% των ασθενών σε εντατικοποιημένο σχήμα. Από τους ασθενείς που λαμβάνουν βασική ινσουλίνη το 60% λαμβάνει και σουλφονουλουρία, το 18.4% και γλινίδη ενώ το 6,8% και γλιπτίνη. Γλινίδη ελάμβανε και το 20% των ασθενών σε basal plus. Γλιταζόνη ελάμβανε το 6.8% των ασθενών.

Η μέση HbA1c ήταν 7,58 % (7.45 % στην ομάδα της βασικής με δισκία, 7,33 % στην ομάδα της εντατικοποιημένης, 7.92% στην basal-plus, 8.02% στα μείγματα με μετφορμίνη και 8.2 % στα μείγματα χωρίς μετφορμίνη).

Υπογλυκαιμίες : 32% (βασική ινσουλίνη, σπάνιες), 100% (μείγματα σκέτα) , 60% (Basal plus, μείγματα με μετφορμίνη).

Ικανοποίηση από την θεραπεία : 7,96 (10 άριστα) ενώ ο φόβος της ινσουλίνης ήταν μέσος πριν την έναρξη (ΜΟ 5,6 στην κλίμακα 1-10). Το BMI ήταν 31.9 στην ομάδα της βασικής ινσουλίνης και 33.2 στην ομάδα των μειγμάτων με μετφορμίνη (υψηλότερο). Δεν καταγράφηκε όμως διαφορά στο ποσοστό λίπους στις δυο αυτές ομάδες.

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ :** Οι ασθενείς σε θεραπεία με ινσουλίνη έχουν καλή ρύθμιση, και είναι ικανοποιημένοι από την θεραπεία τους. Η έναρξη βασικής ινσουλίνης αποτελεί την πιο συχνή μέθοδο έναρξης που συνοδεύεται και από λιγότερες υπογλυκαιμίες. Πολλοί ασθενείς που ξεκίνησαν με μείγματα στην συνέχεια μετετάγησαν με επιτυχία σε σχήμα βασικής ινσουλίνης με δισκία.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### 2<sup>ο</sup> Βραβείο Αναρτημένης Ανακοίνωσης

**P 06**

#### **ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΚΑΙ ΧΡΗΣΗ ΕΜΠΛΟΥΤΙΣΜΕΝΟΥ ΓΑΛΑΚΤΟΣ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ.**

Μ. Πετρογιάννη, Γ. Μοσχώνης, Ε. Γραμματικάκη, Κ. Καλλιανιώτη, Δ. Αργυροπούλου, Α. Βανδώρου, Κ. Κυριακού, Β. Δέδε, Ι. Μανιός  
*Τμήμα Επιστήμης Διαιτολογίας και Διατροφής, Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο Αθηνών*

**Εισαγωγή:** Τα καρδιαγγειακά νοσήματα αποτελούν την κύρια αιτία θνησιμότητας παγκοσμίως και η Ολική και LDL χοληστερόλη αποτελούν κύριο παράγοντα κινδύνου για την εμφάνισή τους. Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι η προσκόλληση σε διατροφικές οδηγίες ή η χρήση προϊόντων εμπλουτισμένων σε φυτικές στερόλες μπορούν να δράσουν ευεργετικά στην βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ.

**Σκοπός:** Δεν έχει εξεταστεί εκτενώς ακόμα το κατά πόσο ο συνδυασμός ενός εμπλουτισμένου σε φυτικές στερόλες προϊόντος και η προσκόλληση στις διατροφικές οδηγίες μπορούν να έχουν επιπλέον όφελος σε μέτρια υπερχοληστερολαιμικούς εθελοντές.

**Μέθοδοι, Υλικό:** Δείγμα 108 μέτρια υπερχοληστερολαιμικών εθελοντών (40-60 ετών) χωρίστηκαν τυχαία σε τρεις ομάδες. Στην Ομάδα Διατροφικής παρέμβασης εμπλουτισμένου με Φυτικές στερόλες γάλακτος (ΟΔΦ n=40), στην Ομάδα Διατροφικής παρέμβασης Εικονικού γάλακτος (ΟΔΕ n=37) και στην Ομάδα Ελέγχου (ΟΕ n=31). Οι εθελοντές των ΟΔΦ και ΟΔΕ κατανάλωναν 450ml γάλακτος ημερησίως για 3 μήνες. Οι δύο αυτές ομάδες παρακολούθησαν 7 διατροφικές συνεδρίες στην διάρκεια των 3 μηνών.

**Αποτελέσματα:** Η ΟΔΦ είχε στατιστικά σημαντικές μειώσεις σε σχέση με την ΟΕ όσο αφορά τα επίπεδα της Ολικής χοληστερόλης ( $-25.4 \pm 4.1$  vs  $-9.6 \pm 4.7$  mg/dl,  $P < 0.023$ ), της LDL χοληστερόλης ( $-21.8 \pm 3.5$  vs  $-7.9 \pm 4.1$  mg/dl,  $P < 0.014$ ) και της απολιποπρωτεΐνης Β ( $-13.2 \pm 2.4$  vs  $-3.3 \pm 2.8$  mg/dl,  $P < 0.020$ ). Δεν υπήρχαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ομάδων όσο αφορά τα επίπεδα της HDL χοληστερόλη, των τριγλυκεριδίων, της γλυκόζης και της απολιποπρωτεΐνης Α.

**Συμπέρασμα:** Παρόλο που και η ΟΔΦ και η ΟΔΕ παρακολούθησαν τις διατροφικές συνεδρίες μόνο η ΟΔΦ είχε επιθυμητές αλλαγές στα επίπεδα της Ολικής, LDL χοληστερόλης και απολιποπρωτεΐνης Β σε σχέση με την ΟΕ.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### 3<sup>ο</sup> Βραβείο Αναρτημένης Ανακοίνωσης

**P 07**

#### **ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΟΞΕΟΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ ΣΤΟ ΝΟΜΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΩΝ ΕΤΩΝ 1994 ΚΑΙ 2008**

Γ. Ασημάκης, Γ. Κουδούνης, Π. Εφραιμίδης, Χ. Ζόμπολου, Η. Νταίβις, Π. Πουλικαράκος, Ν. Γιουρτούμας, Α. Κολονιάρης, Δ. Δημόπουλος, Ε. Μάκαρης, Π. Κλουφέτος, Α. Σεργάκης, Σ. Κοσμοπούλου, Σ. Ζόμπολος  
*Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας*

**Σκοπός** : Μεταξύ των ετών 1994 και 2008 παρατηρήθηκε αύξηση της επίπτωσης του οξέος εμφράγματος του μυοκαρδίου (ΟΕΜ) στον νομό μας. Σκοπός της μελέτης είναι να ταξινομήσουμε αιτιολογικά τους παράγοντες κινδύνου και να τους συγκρίνουμε μεταξύ των ετών αυτών.

**Υλικό-Μέθοδος** : Το 1994 νοσηλεύτηκαν 162 ασθενείς με ΟΕΜ, το 2008 292 ασθενείς και ακολούθως ταξινομήσαμε ποσοστιαία τους παράγοντες κινδύνου : Κάπνισμα, προσωπικότητα τύπου Α, σακχαρώδης διαβήτης, υπερλιπιδαιμία, αρτηριακή υπέρταση, παχυσαρκία και κληρονομικότητα.

#### **Αποτελέσματα :**

	1994	2008
Ασθενείς	162	292
Κάπνισμα	59%	61%
Προσωπικότητα τύπου Α	40	52
Σακχαρώδης Διαβήτης	38	41
Υπερλιπιδαιμία	32	36
Αρτηριακή Υπέρταση	29	34
Παχυσαρκία	20	28
Κληρονομικότητα	19	21

**Συμπέρασμα** : Στο διάστημα των τελευταίων 15 ετών παρατηρείται σημαντική αύξηση τόσο των ασθενών με ΟΕΜ όσο και των παραγόντων κινδύνου. Είναι σημαντικό να επικεντρωθούμε άμεσα στην πρόληψη των παραγόντων κινδύνου με κάθε μέσο, με σκοπό την μείωση της επίπτωσης του ΟΕΜ στον νομό μας όπως ήδη γίνεται στο δυτικό κόσμο.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 08**

### ΑΝΤΙΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΟΥΣ

Ι. Καφαντάρης<sup>1</sup>, Ε. Μειϊμέτη<sup>1</sup>, Π. Νεκτάριος<sup>2</sup>

1.Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

2. ΙΑΣΩ GENERAL, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Οι ανθρακυκλίνες, γνωστές φαρμακευτικές ουσίες αυτής της κατηγορίας, ενοχοποιούνται για τη μεγάλη καρδιοτοξικότητά τους. Χρησιμοποιούνται ευρέως για τη θεραπευτική αντιμετώπιση της οξείας λευχαιμίας, της νόσου Hodgkin, του λεμφώματος – Hodgkin, των σαρκωμάτων των μαλακών μορίων και των οστών, του καρκίνου του μαστού και άλλων συμπαγών όγκων. Η θεραπευτική τους δράση οφείλεται κυρίως στην αναστολή της τοποϊσομεράσης II, ενός ενζύμου που συμμετέχει στην αντιγραφή του DNA και δευτερευόντως στην παραγωγή ελεύθερων ριζών. Η τελευταία δράση φαίνεται ότι είναι η κυρίως υπεύθυνη για την καρδιοτοξικότητα.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι να καταδείξει τα καρδιολογικά προβλήματα που προκύπτουν από τη χρήση των αντινεοπλασματικών φαρμάκων, την πρόληψή τους, την έγκαιρη αντιμετώπισή τους αλλά και τις περιπτώσεις όπου είναι επιβεβλημένη η διακοπή της θεραπείας με φάρμακα αυτής της κατηγορίας.

Η **Μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει πρόσφατη βιβλιογραφική αναζήτηση σχετική με το θέμα τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία. Παράλληλα, συλλέχθηκαν πληροφορίες και από το διαδίκτυο.

**Αποτελέσματα:** Από τη μελέτη των σχετικών στοιχείων διαφαίνεται ότι παράγοντες που καθορίζουν την εμφάνιση καρδιοτοξικότητας από ανθρακυκλίνες είναι: η αθροιστική δόση του φαρμάκου, η μεγάλη ηλικία του ασθενούς, η ύπαρξη υποκείμενης καρδιακής νόσου καθώς και η ταυτόχρονη ή προηγηθείσα ακτινοθεραπεία του μεσοθωρακίου.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα και η ραδιοισοτοπική κοιλιογραφία αποτελούν τις σημαντικότερες εξετάσεις για την παρακολούθηση της καρδιακής λειτουργίας κατά τη διάρκεια της χημειοθεραπείας, ενώ η καρδιοτοξικότητα συγκεκριμένης δόσης φαρμάκου μπορεί να περιοριστεί με τη χορήγησή της σε συνεχή έγχυση ή σε συχνές δόσεις χωρίς αυτό να έχει δυσμενή επίδραση στο αντινεοπλασματικό αποτέλεσμα.

**Συμπερασματικά** αξίζει να σημειωθεί ότι η κλινική εκδήλωση της καρδιοτοξικότητας των ανωτέρω φαρμάκων μπορεί να εκδηλωθεί είτε ως οξεία μορφή με αρρυθμολογικές κυρίως διαταραχές, είτε συνηθέστερα μετά τον πρώτο χρόνο από τη χορήγηση του φαρμάκου με τη μορφή χρόνιας μυοκαρδιοπάθειας.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 09**

### ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΣΙΩΠΗΡΗ ΙΣΧΑΙΜΙΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Ε. Μεϊμέτη<sup>1</sup>, Ι. Καφαντάρης<sup>1</sup>, Ν. Πιλάτης<sup>2</sup>

1. Γ.Ν.Μ. «Αμαλία Φλέμινγκ», Αθήνα

2. ΙΑΣΩ GENERAL, Αθήνα

**Εισαγωγή:** Η σιωπηρή ισχαιμία του μυοκαρδίου εμφανίζεται είτε ως μεμονωμένη κλινική οντότητα είτε στα πλαίσια των άλλων κλινικών εκδηλώσεων της στεφανιαίας νόσου. Η μεμονωμένη σιωπηρή ισχαιμία του μυοκαρδίου συχνά αναγνωρίζεται στη διάρκεια περιοδικής εξέτασης ρουτίνας, προεγχειρητικού ελέγχου ή ελέγχου πριν από τη συμμετοχή σε αθλητικές δραστηριότητες. Στους ασθενείς με κλινικές εκδηλώσεις στεφανιαίας νόσου το 70 – 80% των ισχαιμικών επεισοδίων είναι σιωπηρά.

**Σκοπός** της παρούσας μελέτης είναι να καταδείξει ότι η σιωπηρή ισχαιμία του μυοκαρδίου ιδιαίτερα στους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, δεν αποτελεί καλοήγη εκδήλωση της στεφανιαίας νόσου, αντίθετα μπορεί να συνοδεύεται από δυσμενή πρόγνωση.

Η **Μεθοδολογία** που ακολουθήθηκε περιλαμβάνει πρόσφατη βιβλιογραφική αναζήτηση σχετική με το θέμα τόσο στην ελληνική όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία. Παράλληλα, συλλέχθηκαν πληροφορίες και από το διαδίκτυο.

Τα **αποτελέσματα** από τη σχετική μελέτη του θέματος έδειξαν, ότι στους ασθενείς που υπάρχουν πρώιμες και σοβαρές ΗΚΓ διαταραχές στη δοκιμασία κόπωσης, ανεπαρκή αύξηση ή και ελάττωση της συστολικής αρτηριακής πίεσης στη δοκιμασία κόπωσης, περιορισμένη ικανότητα για άσκηση, πτώση του ST διάρκειας μεγαλύτερης των 60 λεπτών στην παρατεταμένη ΗΚΓ καταγραφή, διαταραχές στην αιμάτωση πολλών περιοχών της καρδιάς, στο σπινθηρογράφημα μυοκαρδιακής αιμάτωσης με ραδιενεργό θάλιο, σημαντική ελάττωση του κλάσματος εξώθησης κατά τη διάρκεια ραδιοισοτοπικής κοιλιογραφίας ή δυναμικού Echo αλλά και όταν επεισόδια σιωπηρής ισχαιμίας του μυοκαρδίου εκδηλώνονται μετά από οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου ή σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη, τότε η πρόγνωση είναι δυσμενής.

**Συμπεράσματα:** Στους ασθενείς με σιωπηρή ισχαιμία του μυοκαρδίου ο επιπολασμός εκτεταμένης στεφανιαίας νόσου είναι μεγαλύτερος και η πρόγνωση δυσμενής, όπως προκύπτει από συγκεκριμένα ευρήματα από τον έλεγχο των ασθενών στην δοκιμασία κόπωσης, στην παρατεταμένη ΗΚΓ καταγραφή, στην ραδιοισοτοπική κοιλιογραφία, στο stress Echo αλλά και στον έλεγχο του μυοκαρδίου με ραδιενεργό θάλιο.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 10**

### Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΡΙΜΟΝΑΜΠΑΝΤΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΕΡΓΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΝΑΛΩΣΗ, ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ ΚΑΙ ΤΟ ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΑΤΟΜΑ

Β. Αργιανά, Ι. Ελευθεριάδου, Ι. Μπάλλα, Γ. Τσιτσινάκης, Κ. Αλεξιάδου, Α. Κόκκινος, Δ. Περρέα, Ν. Τεντολούρης  
Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, ΓΝΑ «Λαϊκό»

#### Σκοπός

Στην παρούσα προοπτική μελέτη εκτιμήθηκε η επίδραση της χορήγησης ριμοναμπάντης στην απώλεια βάρους και την ενεργειακή κατανάλωση παχύσαρκων ατόμων. Επιπλέον μελετήθηκε αν η χορήγηση ριμοναμπάντης επηρεάζει τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης και το λιπιδαιμικό προφίλ.

#### Υλικό και Μέθοδοι

Συνολικά εξετάσθηκαν 10 παχύσαρκα άτομα (μέση ηλικία:  $45 \pm 12.0$  έτη, άνδρες/γυναίκες: 2/8). Οι ασθενείς έλαβαν ριμοναμπάντη 20 mg μια φορά την ημέρα για 2 μήνες, ενώ ταυτόχρονα ακολούθησαν ένα ισορροπημένο διαιτητικό πρόγραμμα με θερμιδικό έλλειμμα 500 Kcal. Οι ασθενείς παρακολουθούνταν τακτικά στο Ιατρείο Παχυσαρκίας, όπου υπολογίσθηκε η ενεργειακή κατανάλωση ηρεμίας (BMR) με το Deltatrack monitor (Datex, Helsinki, Finland), ενώ έγιναν μετρήσεις του βάρους, του Δείκτη Μάζας Σώματος (BMI), της περιφέρειας της μέσης (ΠΜ) και των ισχίων (ΠΙ), της αρτηριακής πίεσης καθώς και αιμοληψίες για τον προσδιορισμό της γλυκόζης, της ολικής χοληστερίνης, των λιπιδίων, του ουρικού οξέος, της αλκαλικής φωσφατάσης (ALP) και των ηπατικών ενζύμων (SGOT, SGPT και γGT). Οι μετρήσεις έγιναν πριν την έναρξη της θεραπευτικής παρέμβασης και 2 μήνες μετά.

#### Αποτελέσματα

Το βάρος ( $P=0,002$ ), ο BMI ( $P=0,002$ ), η ΠΜ ( $P<0,001$ ), η ΠΙ ( $P<0,001$ ) και η BMR ( $P=0,03$ ) μειώθηκαν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό. Επιπλέον, βρέθηκε σημαντική μείωση της ALP ( $P=0,044$ ) και της συστολικής αρτηριακής πίεσης ( $P=0,001$ ). Οι τιμές της γλυκόζης, της ολικής χοληστερίνης, της HDL χοληστερίνης και του ουρικού οξέος δεν μεταβλήθηκαν στη διάρκεια των 2 μηνών θεραπείας με ριμοναμπάντη, ενώ υπήρξε μία τάση μείωσης των τιμών της LDL χοληστερίνης ( $P=0,083$ ) και της Διαστολικής Αρτηριακής Πίεσης ( $P=0,077$ ).

#### Συμπεράσματα

Η χορήγηση ριμοναμπάντης για 2 μήνες μειώνει το βάρος, την περιφέρεια της μέσης και τη Συστολική Αρτηριακή Πίεση σε παχύσαρκα άτομα μειώνοντας έτσι την πιθανότητα εμφάνισης καρδιομεταβολικών επιπλοκών.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### P 11

#### ΕΛΕΓΧΟΣ ΤΗΣ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Α. Ξυλωμένος<sup>1</sup>, Α. Κόλλιας<sup>2</sup>, Φ. Φιλιππίδης<sup>1</sup>, Κ. Οικονομοπούλου<sup>1</sup>, Π. Πλιάτσικα<sup>1</sup>, Κ. Προδρομίδου<sup>1</sup>, Θ. Παναγιώτου<sup>2</sup>, Χ. Μαρκάτος<sup>2</sup>, Α. Κατσιγιάννης<sup>2</sup>, Α. Τόλης<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Διαβητολογικό ιατρείο Β' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν.Α. 'Γ. Γεννηματάς'

<sup>2</sup> Γ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική Γ.Ν.Ν.Θ.Α. 'Η Σωτηρία'

**Υλικό και σκοπός:** Η αρτηριακή υπέρταση είναι συχνή στους ασθενείς με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και συνδέεται άμεσα με τη νοσηρότητα και θνητότητα. Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να καθορίσει την επίπτωση της υπέρτασης, τις θεραπευτικές παρεμβάσεις και τις δυνατότητες ελέγχου στους διαβητικούς ασθενείς.

**Μέθοδοι:** Το δείγμα αποτελούνταν από 191 άνδρες και γυναίκες (100/91) με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που επισκέφθηκαν το Διαβητολογικό Ιατρείο. Ως τιμές-στόχος για τον έλεγχο της υπέρτασης ορίστηκαν η συστολική πίεση < 130 mmHg και η διαστολική πίεση < 80 mmHg.

**Αποτελέσματα:** Οι μέσες τιμές ( $\pm$  τυπική απόκλιση) της συστολικής και διαστολικής αρτηριακής πίεσης του δείγματος ήταν  $140.4 \pm 21.1$  mmHg και  $82.5 \pm 11.4$  mmHg αντιστοίχως. Η επίπτωση της υπέρτασης ήταν 92.1% (176/191). Συνολικά το 22% των ασθενών (42/191) δε γνώριζαν ότι είχαν υπέρταση. Όλοι οι διαγνωσθέντες υπερτασικοί ασθενείς (n= 134, 70.1%) ήταν υπό αγωγή, ωστόσο μόνο 20 εξ αυτών (20/134, 15%) είχαν αρτηριακή πίεση εντός των επιθυμητών τιμών (< 130/80 mmHg). Το 86.6% (116/134) των θεραπευόμενων ασθενών ελάμβαναν αναστολέα μετατρεπτικού ενζύμου ή ανταγωνιστή υποδοχέων αγγειοτενσίνης.

**Συμπέρασμα:** Τα ιδιαιτέρως χαμηλά ποσοστά ελέγχου της αρτηριακής πίεσης στους διαβητικούς καθιστούν αναγκαία στην κλινική πράξη τόσο την τακτική παρακολούθηση ώστε να διαγνωσθούν εγκαίρως τα άτομα με υπέρταση, όσο και την επιθετική αντιμετώπιση της.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 12**

### ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΚΑΡΔΙΟΜΕΤΑΒΟΛΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΣΕ ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΟΞΥ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (Τ.Ε.Π.)

Ε. Ισμυρλή, Α. Σιορεντα, Μ. Σεφερου  
Γ.Ν.Α. Σισμανόγλειο, Εργαστήριο Τ.Ε.Π.

Το οξύ στεφανιαίο σύνδρομο(ΟΣΣ) συνοδεύεται από κλινικά συμπτώματα με προέχον το οξύ θωρακικό άλγος και τις περισσότερες φορές από αύξηση της τιμής της τροπονίνης.

**Σκοπός** της εργασίας μας ,είναι να εκτιμηθεί ο ρόλος των καρδιομεταβολικών παραγόντων στην εμφάνιση του ΟΣΣ , καθώς και στην έκβαση των περιστατικών συγκριτικά ,σε ασθενείς και των δύο φύλλων

**Υλικό** αποτέλεσαν 87 άτομα, 53 άνδρες με μέσο όρο ηλικίας  $\pm 70$  έτη και 34 γυναίκες με μέσο όρο ηλικίας  $\pm 85$  έτη, οι οποίοι προσήλθαν στο Τ.Ε.Π. με οξύ θωρακικό άλγος και εξήλθαν από το νοσοκομείο με διάγνωση οξείας στεφανιαίας νόσου .

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ** Υπέρταση παρουσίασαν 24 άνδρες (45,28%) και 16 (47,05%) γυναίκες ,σακχαρώδη διαβήτη 13 άνδρες (24,52%) και 7 γυναίκες(20,58%) , καπνιστές ήταν 16 άνδρες(30,18%) και 3 γυναίκες (8,82%) ενώ παχύσαρκοι 10 άνδρες (18,86%) και 7 γυναίκες (20,58%). Υπερλιπιδαιμία παρουσίασαν 18 άνδρες(33,96%) και 7 γυναίκες(20,58%) ,ενώ ιστορικό στεφανιαίας νόσου είχαν, 14 άνδρες (26,41%) και 7 γυναίκες (20,58%) .Από τους άνδρες οι 14 (26,41%) είχαν υποστή οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου(ΟΕΜ) στο παρελθόν, και οι 5(9,43%) από αυτούς είχαν υπεβληθή σε αορτοστεφανιαία παράκαμψη (by pass) ,ενώ ο ένας σε αγγειοπλαστική, εν αντιθέση με τις γυναίκες από τις οποίες ,μόνο μία υπέστη ισχαιμικό επεισόδιο στο παρελθόν.Με διάγνωση ΟΕΜ εξήλθαν 27 άνδρες και 13 γυναίκες ,ενώ με διάγνωση ισχαιμικού επεισοδίου 26 άνδρες και 21 γυναίκες Από τους 53 άνδρες , οι 5 κατέληξαν (9,43%) . , και από τις 34 γυναίκες οι 4 (11,76%). Όλοι οι παραπάνω ασθενείς ,ανεξαρτήτου φύλλου ,παρουσίασαν τουλάχιστον ένα παράγοντα κινδύνου στο ιστορικό τους (υπέρταση), ενώ οι περισσότεροι είχαν και δεύτερο παράγοντα κινδύνου(υπερλιπιδαιμία και σακχαρώδη διαβήτη)

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** 1) Οι άνδρες εμφανίζουν οξύ στεφανιαίο σύνδρομο σε μεγαλύτερα ποσοστά και σε μικρότερη ηλικία σε σχέση με τις γυναίκες ,

2) Υπάρχει διαφορετική αναλογία των παραγόντων κινδύνου σε άνδρες και γυναίκες, με επικράτηση της υπέρτασης και στα δύο φύλλα. Για τους άνδρες δεύτερος πιο σημαντικός παράγοντας κινδύνου είναι το κάπνισμα ενώ στις γυναίκες, στην δεύτερη θέση βρίσκονται η υπέρταση ,ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπερλιπιδαιμία..

3) Το κάπνισμα αποτελεί σημαντικό παράγοντα κινδύνου για τους άνδρες σε αντίθεση με τις γυναίκες.





## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



4) Μεγαλύτερο ποσοστό των γυναικών, είχαν θανατηφόρο έκβαση σε σχέση με τους άνδρες, ενώ όλοι οι ασθενείς που κατέληξαν είχαν ιστορικό υπέρτασης

### **P 13**

#### **ΚΑΡΔΙΑΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΤΕΛΙΚΟΥ ΣΤΑΔΙΟΥ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Κ. Κρητικός, Β. Ξουραφάς, Μ. Μαντζιώρος,  
Ε. Μιχαήλ

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

#### **Εισαγωγή**

Η συνειδητοποίηση του τέλους της ζωής εγείρει την ανάγκη για εύρεση νοήματος στη ζωή ή την προοδευτική σύνδεση με μια υπέρτατη δύναμη. Η πνευματικότητα αποτελεί παγκοσμίως ζήτημα υψίστης σημασίας λίγο πριν από το θάνατο για τους ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

**Σκοπός** της εργασίας είναι να γίνουν αντιληπτοί οι παράγοντες που εμπλέκονται στην πνευματικότητα στο τελικό στάδιο της καρδιακής ανεπάρκειας και πως αυτοί ενδεχομένως επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας και τη φροντίδα των ασθενών.

#### **Ασθενείς και Μέθοδος**

Στη μελέτη έλαβαν μέρος 86 ασθενείς με τελικού σταδίου καρδιακή ανεπάρκεια από το έτος 2004 έως και το 2008. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν δομημένο ανώνυμο ερωτηματολόγιο 15 ερωτήσεων σχετικών με την πνευματικότητα. Η ανάλυση των δεδομένων έδειξε ότι θέματα που άπτονται της πνευματικότητας απασχολούν τη συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών και ότι πνευματικές και υπαρξιακές ανησυχίες και ανάγκες γεννώνται λόγω του επικείμενου θανάτου.

#### **Αποτελέσματα**

Οι πηγές πνευματικής υποστήριξης μπορούν να λειτουργήσουν ως βοηθητικά στοιχεία στην προσαρμογή και την αντιμετώπιση της αντίληψης του επικείμενου θανάτου και να προάγουν την ποιότητα στη ζωή των ασθενών, σε ποσοστό 85%. Η πνευματική ευεξία των ασθενών με καρδιακή ανεπάρκεια τελικού σταδίου αποτελεί εκ των ων ουκ άνευ πτυχή της ζωής, που συμβάλλει στην εύρεση νοήματος στη ζωή και το θάνατο.

#### **Συμπεράσματα**

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης μπορούν να ευαισθητοποιήσουν για τη διαμόρφωση παρεμβάσεων, αλλά και να αποτελέσουν το έναυσμα για μελλοντική έρευνα στον τομέα αυτό και στη χώρα μας.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 14**

### ΣΤΡΕΣΣΟΓΟΝΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΥΠΕΡΤΑΣΗ ΠΙΛΟΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Π. Χέρας, Α. Χατζόπουλος, Κ. Κρητικός, Β. Ξουραφάς, Μ. Μαντζιώρος,  
Α. Καπουράλος

*Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων*

**Σκοπός** της μελέτης είναι η εκτίμηση της ψυχολογικής κατάστασης μιας ομάδας ασθενών με αρτηριακή υπέρταση όσον αφορά στο άγχος, την κατάθλιψη, τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και τη ψυχοσωματική τους κατάσταση περίπου μια 5ετία προ της εμφάνισης της αρτηριακής υπέρτασης.

#### **Ασθενείς και Μέθοδος**

Στη μελέτη συμμετείχαν 160 ασθενείς (87 γυναίκες και 73 άνδρες) με αρτηριακή υπέρταση, από 29 έως 76 ετών. Η έρευνα είναι αναδρομική και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες εξετάζονται με περιγραφικό τρόπο. Όλοι οι ασθενείς συμπλήρωσαν τις ίδιες ψυχομετρικές κλίμακες σταθμισμένες σε Ελληνικό πληθυσμό (STAI, CES-D, Ερωτηματολόγιο Ψυχοπιεστικών Γεγονότων) για τη μέτρηση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων και τη δομημένη συνέντευξη που αφορά την εκτίμηση της ψυχολογικής τους κατάστασης.

#### **Αποτελέσματα**

Τα αποτελέσματα της εργασίας υποστηρίζουν τη συχνή εμφάνιση υψηλού επιπέδου άγχους την περίοδο προ της εμφάνισης της αρτηριακής υπέρτασης, στους ασθενείς (65%), ενώ τα επίπεδα κατάθλιψης παραδόξως δεν είναι ιδιαίτερα ανησυχητικά. Το 70% των ασθενών δεν παρουσίαζε καταθλιπτικά συμπτώματα. Σχετικά με τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής, ο θάνατος και κυρίως η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, φαίνεται να προκαλεί μεγάλη αναστάτωση στη ζωή των ασθενών. Συγκεκριμένα, το 59% έχει βιώσει το θάνατο αγαπημένου προσώπου, επαγγελματική αποτυχία ή διαζύγιο πριν εμφανίσει υπέρταση.

#### **Συμπεράσματα**

Παρά το ότι ο αριθμός των ασθενών της μελέτης μας είναι μικρός ώστε να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, προκύπτει ότι συγκεκριμένοι ψυχολογικοί παράγοντες εμπλέκονται ως ένα βαθμό στην εκδήλωση αρτηριακής υπέρτασης.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



### P 15

#### Η ΤΡΟΠΟΝΙΝΗ ΩΣ ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΟΞΕΩΣ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Γ. Κουδούνης, Γ. Ασημάκης, Π. Εφραιμίδης, Χ. Ζόμπουλου, Η. Νταίβις, Π. Πουλικαράκος, Ν. Γιουρτούμας, Α. Κολονιάρης, Δ. Δημόπουλος, Ε. Μάκαρης,  
Π. Κλουφέτος, Α. Σεργάκης, Σ. Κοσμοπούλου, Σ. Ζόμπουλος  
Καρδιολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Καλαμάτας

**Εισαγωγή** : Η τροπονίνη εκφραζόμενη με το ισσένζυμο I και T είναι δείκτης που ανιχνεύεται στο πλάσμα μετά από μυοκαρδιακή νέκρωση. Οι τροπονίνες T και I κωδικοποιούνται από διαφορετικά γονίδια στον καρδιακό μυ, στις βραδείες και ταχείες σκελετικές ίνες. Έτσι οι αναλύσεις που έχουν αναπτυχθεί για τις καρδιακές τροπονίνες είναι περισσότερο ειδικές από το ισσένζυμο MB της κρεατινικής κινάσης (CPK) για την μυοκαρδιακή νέκρωση.

**Σκοπός** : Σκοπός της μελέτης είναι να δειχθεί σε πόσες περιπτώσεις θωρακικού άλγους με θετική τροπονίνη δεν υπάρχει οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου.

**Υλικό-Μέθοδος** : Μελετήθηκαν 530 ασθενείς στους οποίους ευρέθει θετική τροπονίνη. Σε όλους τους ασθενείς ελήφθη πλήρες ιστορικό, ΗΚΓ, εργαστηριακός έλεγχος συμπεριλαμβάνοντας την CKMB, CPK, τροπονίνη, μυοσφαιρίνη, ακτινογραφία θώρακος, υπερηχογράφημα καρδιάς και στεφανιογραφικός έλεγχος.

**Αποτελέσματα** : Από τους 530 ασθενείς οι 456 (86%) είχαν οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου. Στους υπόλοιπους 74 ασθενείς, η αυξημένη τροπονίνη οφειλόταν, στους 40 (7.5%) σε νεφρική ανεπάρκεια, σε 16 (3%) σε μυοκαρδίτιδα, σε 6 (1,1%) σε πνευμονική εμβολή, σε 6 (1,1%) σε υπερκοιλιακές ταχυκαρδίες με μεγάλη καρδιακή συχνότητα, σε 3 (0,5%) σε νόσο του συνδετικού ιστού και σε 2 (0,4%) σε σηψαιμία.

**Συμπέρασμα** : Αν και είναι απολύτως τεκμηριωμένο ότι η τροπονίνη για την διάγνωση του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου, αποτελεί το εξ ων ουκ άνευ, επίσης είναι γνωστό ότι αυξάνεται και σε άλλες παθολογικές καταστάσεις.

Για αυτό θα πρέπει πάντα να είμαστε επιφυλακτικοί και να συνυπολογίζουμε πάντα την κλινική εικόνα και τους παράγοντες κινδύνου.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 16**

### ΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΑΝΔΡΩΝ ΥΠΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗ ΥΠΟΓΟΝΙΜΟΤΗΤΑ

Β. Κωνσταντινίδου, Χ. Χαριτίδου, Μ. Κωνσταντινίδου, Ν. Καραμάνης,  
Β. Ζουρνατζή-Κόϊου, Δ. Πανίδης

*Μονάδα Ενδοκρινολογίας και Ανθρώπινης Αναπαραγωγής, Β' Μαιευτική-Γυναικολογική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης*

**Εισαγωγή:** Οι επιλεκτικοί ρυθμιστές των υποδοχέων των οιστρογόνων (SERMs) είναι μη στεροειδικές ενώσεις οι οποίες συνδέονται με τους δύο οιστρογονικούς υποδοχείς και δρουν ως αγωνιστές ή ανταγωνιστές στους διάφορους ιστούς-στόχους των οιστρογόνων. Επί του παρόντος, τέσσερις SERMs έχουν δοκιμαστεί στην κλινική πράξη η ραλοξιφένη, η τορεμιφένη, η κλομιφένη και η ταμοξιφένη. Στους άνδρες, η ταμοξιφένη χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της ιδιοπαθούς oligo-ασθενο-τερατοσπερμίας. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα σχετικά με την επίδραση της ταμοξιφένης και της ραλοξιφένης στη λιπιδαιμική εικόνα των ανδρών είναι περιορισμένα και αντικρουόμενα ενώ δεν έχει δημοσιευθεί καμία μελέτη σχετικά με την επίδραση της τορεμιφένης στα επίπεδα των λιπιδίων των ανδρών.

**Σκοπός:** Η μελέτη αυτή σχεδιάστηκε με σκοπό τη διερεύνηση της επίδρασης της ραλοξιφένης, της ταμοξιφένης και της τορεμιφένης στη λιπιδαιμική εικόνα των ανδρών με ιδιοπαθή oligo-ασθενο-τερατοσπερμία.

**Υλικό και μέθοδοι:** Μελετήθηκαν 300 άνδρες με ιδιοπαθή oligo-ασθενο-τερατοσπερμία, ηλικίας 21 – 50 ετών. Εκατό άνδρες έλαβαν για 3 μήνες ταμοξιφένη 20 mg, εκατό άνδρες έλαβαν για 3 μήνες τορεμιφένη 60 mg και εκατό άνδρες έλαβαν για 3 μήνες ραλοξιφένη 60 mg. Προσδιορίστηκαν τα βασικά επίπεδα της ολικής χοληστερόλης, των τριγλυκεριδίων, της HDL χοληστερόλης, της LDL χοληστερόλης, της Lp(α) και των απολιποπρωτεϊνών A-I και B. Τα επίπεδα των λιπιδίων αυτών προσδιορίστηκαν και στο τέλος του 1ου, του 2ου και του 3ου μήνα της θεραπείας.

**Αποτελέσματα:** Η χορήγηση ταμοξιφένης προκάλεσε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της ολικής χοληστερόλης ( $p=0.001$ ), της HDL χοληστερόλης ( $p=0.001$ ) και της LDL χοληστερόλης ( $p=0.01$ ). Η χορήγηση ραλοξιφένης προκάλεσε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της απολιποπρωτεΐνης A-I ( $p<0.005$ ). Η χορήγηση τορεμιφένης προκάλεσε σημαντική ελάττωση των επιπέδων της Lp(α) ( $p<0.01$ ).

**Συμπέρασμα:** Η χορήγηση των SERMs σε άνδρες με ιδιοπαθή υπογονιμότητα δεν προκαλεί εντυπωσιακές μεταβολές στη λιπιδαιμική τους εικόνα. Είναι πιθανό ότι η αύξηση της τεστοστερόνης, που προκαλούν οι ουσίες αυτές, να αμβλύνει την ευνοϊκή οιστρογονική τους δράση.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 17**

### **ΔΡΑΣΗ ΤΩΝ ΣΤΑΤΙΝΩΝ ΣΤΟ ΜΕΤΑΒΟΛΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΝΟΡΜΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΔΙΑΦΟΡΕΣ;**

Δ. Λεβισιανού, Σ. Κουγιάλης, Η. Σκοπελίτης, Σ. Νικολάου, Θ. Γόγαλης,  
Α. Κρουστάλης, Α. Δεστούνης, Π. Τερλής, Μ. Κουμεντάκος, Χ. Μπιλίνης  
*Β' Παθολογική κλινική, Γ.Π.Ν. Νικαίας*

Σκοπός: η συνύπαρξη διαβήτη ή διαταραχής του μεταβολισμού της γλυκόζης συμβάλλει συνεργικά με άλλους παράγοντες κινδύνου, όπως η υπερλιπιδαιμία και η υπέρταση, στην εκδήλωση καρδιαγγειακής νόσου. Στην παρούσα μελέτη συγκρίθηκαν διαβητικοί και μη διαβητικοί ασθενείς που ετέθησαν σε συντηρητική αγωγή με στατίνες ως προς το βαθμό βελτίωσης του μεταβολικού τους προφίλ.

Υλικό-Μέθοδος: 65 ασθενείς, 19 με και 46 χωρίς σακχαρώδη διαβήτη, ετέθησαν σε στατίνη και παρακολούθηθηκαν επί 12 μήνες με μέτρηση σακχάρου νηστείας, πλήρους λιπιδαιμικού προφίλ, οξειδωμένης LDL, ομοκυστεΐνης ορού, καταγραφής BMI και περιμέτρου μέσης.

Αποτελέσματα: στο σύνολο του πληθυσμού (μετά από πολυπαραγοντική ανάλυση και διόρθωση για φύλο και ηλικία), παρατηρήθηκε στο έτος στατιστικά σημαντική μείωση της ολικής χοληστερόλης ( $226,61 \pm 44,44$  έναντι  $152,41 \pm 18,16$  mg/dl,  $p < 0,001$ ), των τριγλυκεριδίων ( $135,25 \pm 67,71$  έναντι  $108,49 \pm 50,03$  mg/dl), της LDL ( $146,57 \pm 38$  έναντι  $78,69 \pm 13,8$  mg/dl,  $p < 0,001$ ), της απολιποπρωτεΐνης-B ( $124,93 \pm 29,7$  έναντι  $75,27 \pm 12$  mg/dl,  $p < 0,001$ ), της οξειδωμένης-LDL ( $63,35 \pm 24,7$  έναντι  $40,5 \pm 9,27$  mg/dl,  $p < 0,001$ ), και της ομοκυστεΐνης ( $13,58 \pm 4,5$  έναντι  $12,1 \pm 3,57$ ,  $p < 0,001$ ). Δεν παρατηρήθηκε σημαντική μεταβολή του BMI, της περιμέτρου μέσης, της λιποπρωτεΐνης-α, της CRP και του σακχάρου νηστείας, ενώ παρατηρήθηκε μικρή αύξηση της γ-GT ( $30 \pm 12,6$  έναντι  $33,9$  U,  $p = 0,033$ ). Οι παρατηρηθείσες βελτιώσεις των λιπιδίων, της οξειδωμένης LDL και της ομοκυστεΐνης ήταν όμοιες και στις δύο ομάδες (διαβητικοί και μη).

Συμπεράσματα: Δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη βελτίωση των λιπιδίων, των οξειδωτικών παραγόντων και της ομοκυστεΐνης ανάμεσα σε διαβητικούς και μη διαβητικούς ασθενείς. Επομένως και αυτή η ομάδα ασθενών οφελείται εξίσου από την αντιαθηρωματική δράση των στατινών.



## 2<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο Καρδιομεταβολικών Παραγόντων Κινδύνου Club Hotel Loutraki • 28 – 30 Μαΐου 2009 Περίληψεις Εργασιών



**P 18**

### ΕΠΙΠΕΔΑ ΧΟΛΕΡΥΘΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΑΕΕ ΚΑΙ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΩΝ ΕΠΕΙΣΟΔΙΩΝ

Κ. Μπακαλάκου, Ι. Ιωαννίδης, Φ. Αρτεμάκη, Κ. Φωτιάδης, Α. Καναβού,  
Α. Πολύζου, Ν. Κομιτόπουλος

*Β' Παθολογική κλινική, Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας*

**ΣΚΟΠΟΣ :** Υψηλότερα επίπεδα χολερυθρίνης στον ορό ενδεχομένως προσφέρουν θεραπευτικό όφελος σε νοσήματα που σχετίζονται με την οξειδωτική καταπόνηση. Από την άλλη, τα αυξημένα επίπεδα της μπορεί απλά να καθρεπτίζουν την ένταση της οξειδωτικής καταπόνησης. Λίγα είναι γνωστά για τον ρόλο της χολερυθρίνης στο ΑΕΕ. Σκοπός μας ήταν να μελετήσουμε την συσχέτιση της χολερυθρίνης με τα ΑΕΕ καθώς και με το ιστορικό μείζονων καρδιαγγειακών επεισοδίων σε ασθενείς που εισάγονται στο νοσοκομείο.

**ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ :** Μελετήθηκαν 102 άτομα που νοσηλεύτηκαν στην κλινική μας με διάγνωση Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο. Συγκρήθηκαν με 98 εξωτερικούς ασθενείς που επελέγησαν ώστε να είναι εξομοιωμένοι με την ομάδα του ΑΕΕ. Σε όλα τα άτομα καταγράφηκαν αναλυτικά οι παράγοντες κινδύνου καθώς και το ιστορικό μείζονος καρδιαγγειακού επεισοδίου στο παρελθόν.

Η ανάλυση έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 16.0.

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ:** Τα επίπεδα της ολικής χολερυθρίνης δεν διέφεραν μεταξύ των ατόμων με ΑΕΕ και των μαρτύρων. ( $0,68 \pm 0,43$  vs  $0,83 \pm 0,20$ ,  $p=0.140$ ). Τα επίπεδα ολικής χολερυθρίνης ήταν σημαντικά υψηλότερα στα άτομα με ιστορικό ΚΑ νόσου (ΕΜ, ΑΕΕ, ΤΙΑ, ACS) :  $0,89 \pm 0,12$  vs  $0,65 \pm 0,03$ ,  $p=0.029$ ).

**ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ** Η ολική χολερυθρίνη είναι αυξημένη σε ασθενείς με ιστορικό μείζονος καρδιαγγειακού επεισοδίου ενδεχομένως ως αποτέλεσμα αυξημένης οξειδωτικής καταπόνησης. Τα άτομα με οξύ ΑΕΕ δεν έχουν στατιστικά σημαντικά διαφορετικές τιμές ολικής χολερυθρίνης.