



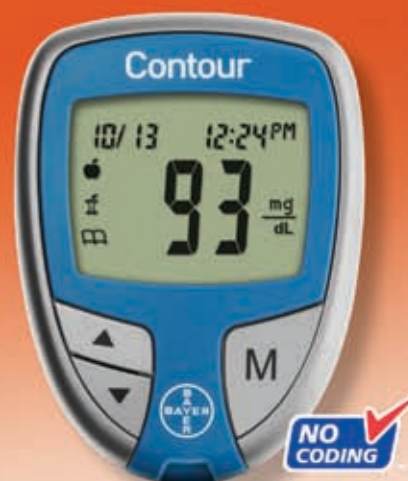
801 11 40200

ΟΣΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝ ΕΙΜΑΣΤΕ. ΕΧΟΥΜΕ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΑΠΟ ΕΝΑ CONTOUR.®

ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ CONTOUR® ΤΗΣ BAYER:
ΑΠΛΟΣ, ΑΞΙΟΠΙΣΤΟΣ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΠΡΟΣΑΡΜΟΣΙΜΟΣ
ΣΤΙΣ ΕΚΑΣΤΟΤΕ ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΣΑΣ ΑΝΑΓΚΕΣ

Είναι έτοιμος για μέτρηση κατευθείαν από το κουτί του.
Επιπλέον, διαθέτει μια σειρά από λειτουργίες που μπορούν
να προσαρμοσθούν στις ατομικές καθημερινές σας ανάγκες:

- Καταγραφή μετρήσεων πριν και μετά το γεύμα
- Επιλογή υπενθύμισης για μέτρηση μετά το γεύμα
- Προσαρμογή υψηλού / χαμηλού στόχου (HI/LO)
- Μέσοι όροι μετρήσεων των τελευταίων 7, 14 και 30 ημερών



- Τεχνολογία No Coding™ (Χωρίς Κωδικοποίηση™) της Bayer
- Αυτόματη διόρθωση των κοινών παρεμβολών
- Μικρό δείγμα αίματος 0.6μL
- Χρόνος μέτρησης 5 δευτερόλεπτα
- Μνήμη 480 αποτελεσμάτων

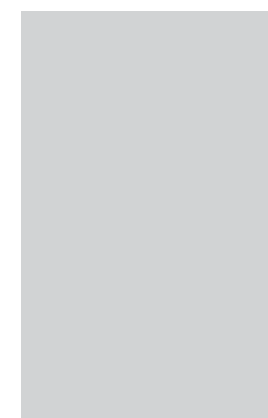
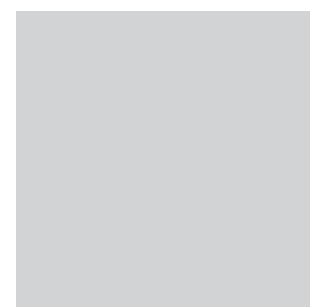
simplewins™

Contour™
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

[ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ] Απολαύστε μια βόλτα στην Αθήνα

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας:
« Στους καθηγητές μου οφείλω την αγάπη για την έρευνα αληθιά και τον τρόπο που ασκώ την ιατρική»
- Οστεοαρθροπάθεια Charcot,
μια χρόνια προοδευτική νόσος των οστών και των αρθρώσεων
- Λεύκη: πώς θεραπεύεται και ποια η σχέση της με το σακχαρώδη διαβήτη
- Ντουμπάι, μια πόλη από χρυσάφι

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



ΙΟΥΛΙΟΣ-ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2010 - ΤΕΥΧΟΣ 16

Σ Α Κ Χ Α Ρ Ω Δ Η Σ Δ Ι Α Β Η Τ Η Σ



Η υγεία σας, όμως, έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα.

Για να διατηρούμε την υγεία μας, πρέπει να τη φροντίζουμε. Να ζούμε υγιεινά, να γυμναζόμαστε, να τρεφόμαστε σωστά. Απολαμβάνουμε γάλα και γιαούρτι με χαμηλά λιπαρά μέχρι 2% και τυροκομικά μέχρι 10% λιπαρά από την ποικιλία της ΦΑΓΕ. Προϊόντα υψηλής ποιότητας, με μοναδική, γεμάτη γεύση και την εγγύηση της ΦΑΓΕ.



Ποιότητα στη διατροφή.



KwikPen™
(Κουίκπεν)

ΝΕΑ ΠΕΝΑ



Απλουστεύει τη χορήγηση της ινσουλίνης
Απλουστεύει τη ζωή σας

Humi



(πραγματικό μέγεθος)

- Προγεμισμένη πένα
- Εύκολη στην εκμάθηση και στη χρήση
- Απαιτεί ελάχιστη δύναμη για την έγχυση της δόσης
- Ελαφριά

Συμβουλευθείτε το θεράποντα ιατρό ή το φαρμακοποιό σας και το φύλλο οδηγιών χρήσης στη συσκευασία του προϊόντος πριν τη χρήση.



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.
15ο χλμ. ΕΘΝ. ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΛΑΜΙΑΣ 145 64 ΚΗΦΙΣΙΑ, ΤΗΛ: 210-6294600 FAX: 210-6294610 Τ.Θ. 51288
ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: ΑΔΡΙΑΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 24, ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ - Τ.Κ.: 551 33 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ ΤΗΛ.: (2310) 480160
www.lilly.gr

Lilly



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Ε.ΚΕ.ΔΙ



International
Diabetes
Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

Γ' Σεπτεμβρίου 90, Πλ. Βικτωρίας, 104 34 Αθήνα
τηλ: 210 8233954, φαξ: 210 8217444

ΕΚΔΟΤΗΣ: Τζένι Περιγιαλιώτου

Λ. Αλεξάνδρας 207, 115 23 Αθήνα

τηλ: 210 6433883, φαξ: 210 6470095

Συντακτική & Δημοσιογραφική Επιμέλεια-Παραγωγή:

MediVox
Healthcare Communications

Διεύθυνση Έκδοσης

Τζένι Περιγιαλιώτου
jp@medivox.gr

Art Director

Χρήστος Γεωργίου
cgeorgiou@medivox.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης

Αναστασία Καφούση
anastasia@medivox.gr

Σύνταξη

Μαρία Γαργαλιώτη
Μαρία Χατζηδόκη

Διόρθωση Κειμένων

Δημήτρης Χατζησταύρου

Υποδοχή Διαφήμισης

Μαρία Μαρινάκη
info@medivox.gr

Συντονισμός Υλης

Μαρία Χατζηδόκη
mhatzidaki@medivox.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στα email: info@elodi.org,
jp@medivox.gr

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση
χωρίς τη γραπτή άδεια του εκδότη.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Ανδριανή Βαζαίου, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσ. «Ευαγγελισμός»

Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη, ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γεώργιος Δημητριάδης, καθηγητής Παθολογίας, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

Χρήστος Ζούπας, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, διευθυντής Διαβητολογικής Κλινικής Νοσ. «Υγεία»

Χριστίνα Κανακά, παιδίατρος - παιδοενδοκρινολόγος - διαβητολόγος, επίκουρη καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας - Νεανικού Διαβήτη, Α' Παιδιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Βασίλειος Καραμάνος, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Νικόλαος Α. Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, αντιπρόεδρος Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος Παιδοενδοκρινολογικού Ιατρείου Νοσοκομείου «Μπέρα»

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών, Ανόθερο, Γερμανία

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Χρήστος Μανές, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, αναπλ. διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΠΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

Ασημίνα Μπιντάκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσλεχ, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου «Μπέρα»

Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, αναπλ. διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΝ Αθηνών «Πολυκλινική»

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. «ΝΙΜΤΣ»

Κωνσταντίνος Ποιυχνράκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παιδών Μοντρεάλ

Σωτήριος Ράπτης, καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδους Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουίλμ Γερμανίας, πρόεδρος Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Βασιλική Σπηλιώτη, αναπληρώτρια καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, υπεύθυνη Μονάδας Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη

Νικόλαος Τεντολούρης, επίκουρος καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Λαϊκό»

Χαράλαμπος Τούντας, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας, διευθυντής Παθολογικής Κλινικής «Βιοκλινική Αθηνών»

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δημήτριος Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος, διευθυντής σύνταξης περιοδικού της ΕΛΟΔΙ

Γεώργιος Χρούσος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών



4

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης

«Στους καθηγητές μου οφείλω το ότι επέλεξα τη νοσοκομειακή ιατρική και την πανεπιστημιακή σταδιοδρομία. Επίσης, τους οφείλω την αγάπη για την έρευνα αλλά και τον τρόπο που ασκώ την ιατρική. Με το παράδειγμά τους σου εμπνέουν την αγάπη για την ιατρική και τον ασθενή»

12

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

Νέα και ειδήσεις για το διαβήτη από την Ελλάδα και τον κόσμο

14

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

- Νεότερες οδηγίες σχετικά με τη χορήγηση αναλωσίμων υγειονομικών υλικών σε άτομα με διαβήτη
- Κυκλοφορούν και πάλι όλες οι ινσουλίνες της Novo Nordisk και το μοναδικό αντίδοτο υπογλυκαιμίας Glucagen hypokit

16

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΑ.ΣΥ.ΝΕ.Δ.) Μαθαίνω και ζω καλύτερα

18

ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Medical Guarantee

20

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Προδιαβήτης και σακχαρώδης διαβήτης: νεότερα δεδομένα

26

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

Συνέδρια, ημερίδες, σεμινάρια, εκδηλώσεις γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη

30

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Οστεοαρθροπάθεια Charcot





32 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Πόσο επικίνδυνη είναι η υπογλυκαιμία για μένα που έχω σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

34 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Λεύκη: Τι είναι, πώς θεραπεύεται και ποια η σχέση της με τον σακχαρώδη διαβήτη

38 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
Σακχαρώδης διαβήτης και οφθαλμός

44 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Σταυρούλα Σιδηροκαστρίτη

47 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

48 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
Δέκα συμβουλές για τα μάτια σας

50 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
Μια βόλτα στην Αθήνα

52 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Ίος, το νησί του Θμήρου

56 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
Ντουμπάι, μια πόλη από χρυσάφι

62 ΧΡΗΣΤΙΚΑ
Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

64 ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ
Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη





Δημήτριος Π. Χιώτης
Διευθυντής σύνταξης

Αγαπητοί αναγνώστες,

Το πιθανότερο είναι ότι το συγκεκριμένο τεύχος του περιοδικού μας το ξεφυλλίζετε σε κάποια παραλία, απολαμβάνοντας τα καλοκαιρινά σας μπάνια. Με τόσο υψηλές θερμοκρασίες, να έχετε κατά νου ότι πρέπει οπωσδήποτε να φυλάγεστε από την υπερϊώδη ακτινοβολία, ειδικά τις μεσημεριανές ώρες και φυσικά θα συνιστούσα να καταναλώνετε με μέτρο τους φυσικούς χυμούς φρούτων, που τόσο πολύ «τραβάει» η όρεξή μας όταν κάνει τόσο έντονη ζέστη.

Αναντίρρητα, τους καλοκαιρινούς μήνες μας δίνεται η δυνατότητα να επιδοθούμε σε απολαυστικές δραστηριότητες, όπως είναι το κολύμπι, που πέρα από τη χαλαρωτική του δράση, αποτελεί μια άριστη σωματική δραστηριότητα, η οποία έχει το πλεονέκτημα να μην επιβαρύνει το μυοσκελετικό μας σύστημα. Η χώρα μας, ως γνωστόν, φημίζεται για τις υπέροχες παραλίες της και ειδικά στη νησιωτική Ελλάδα, όπου το απέραντο γαλάζιο αναδεικνύεται ακόμη περισσότερο μέσα από την νησιωτική αρχιτεκτονική, που δίνει το δικό της «χρώμα» και το δικό της «άρωμα» στο κάθε μας νησί ξεχωριστά. Κάπως έτσι είναι τα πράγματα και στην όμορφη Ίο, το νησί του Ομήρου, το οποίο σας προτείνουμε να επισκεφτείτε, μέσα από τις σελίδες του περιοδικού μας.

Στις καλοκαιρινές σας εξορμήσεις, πέρα από τις υγιεινές διατροφικές σας συνήθειες, που θα πρέπει όσο μπορείτε να συνεχίσετε να τις διατηρείτε, σας προτείνουμε να προστατεύσετε ιδιαίτερα τα μάτια σας, που λόγω της αυξημένης ηλιακής ακτινοβολίας, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη τη φροντίδα σας. Στην ενότητα «καθημερινή πρακτική» θα βρείτε δέκα χρήσιμες συμβουλές που θα σας βοηθήσουν να διαφυλάξετε την υγεία των ματιών σας.

Πέρα από το κολύμπι και τη θάλασσα, τις βραδινές κυρίως ώρες, μπορείτε κάλλιστα να συνδυάσετε έναν ήρεμο περίπατο με μια στάση σε ένα όμορφο ταβερνάκι ή μεζεδοπωλείο, αρκεί βέβαια να μην το παρακάνετε με τις διατροφικές ατασθαλίες. Για όσους παραμένετε στο κλεινόν άστυ, σας προτείνουμε εναλλακτικές διαδρομές για να «ξεμουδιάσετε» ακόμη και μέσα στο κέντρο της πόλης.

Καλό καλοκαίρι σε όλους και καλή αντάμωση το φθινόπωρο με ακόμη καλύτερα και περισσότερα νέα!





GEN/2/08.08

Ξεκινώντας με ενθουσιασμό την πορεία μας πριν από 340 χρόνια, αφοσιωθήκαμε με αίσθημα ευθύνης προς τους ασθενείς μας, στην έρευνα & ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών και βιοτεχνολογικών προϊόντων. Στα χρόνια που πέρασαν, αναπτύξαμε ισχυρούς δεσμούς υγείας με τους συνανθρώπους μας, αλλάζοντας για πάντα τόσο τις θεραπευτικές επιλογές των ιατρών όσο και την ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως.

Σήμερα, συνεχίζουμε να εργαζόμαστε με τον ίδιο ενθουσιασμό, επενδύοντας κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό 1 Δισ. ευρώ—το 1/4 των εσόδων μας—και θέτοντας πάντα τον ίδιο στόχο:

Να γίνουμε όχι η μεγαλύτερη, αλλά η καλύτερη φαρμακευτική εταιρεία.

Πάντα για τους ασθενείς μας.



Λ. Κηφισίας 41-45 (Κτίριο Β), 151 23 Μαρούσι, Αθήνα

www.merckserono.net • www.merckserono.gr

[ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ]

« Στους καθηγητές μου οφείλω το ότι επέλεξα τη νοσοκομειακή ιατρική και την πανεπιστημιακή σταδιοδρομία. Επίσης, τους οφείλω την αγάπη για την έρευνα αλλιά και τον τρόπο που ασκώ την ιατρική. Με το παράδειγμά τους σου εμπνέουν την αγάπη για την ιατρική και τον ασθενή »



ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ



Σύμφωνα και με τις τελευταίες δυσσώωνες μελέτες και ανακοινώσεις, οι παλαιότεροι φόβοι των επιστημόνων για την εξέλιξη του σακχαρώδους διαβήτη σε πανδημία έγιναν πραγματικότητα. Περισσότερα από 800.000 άτομα νοσούν αυτήν τη στιγμή στην Ελλάδα. Πού πιστεύετε ότι οφείλεται η αύξηση αυτή; Υπάρχει τρόπος να ανακόψουμε την αλητωδη αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη;

Είναι γεγονός ότι η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη στην Ελλάδα τα τελευταία 50 χρόνια έχει αυξηθεί 3-4 φορές. Μεγάλη αύξηση παρατηρείται όμως σε όλο τον πλανήτη, οι δε προβλέψεις για το μέλλον είναι ιδιαίτερα δυσσώωνες, καθώς αναμένεται μεγάλη αύξηση της επίπτωσης του διαβήτη στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η αύξηση αυτή οφείλεται στη μεγάλη αύξηση της παχυσαρκίας και την αλλαγή του τρόπου ζωής. Ήδη στην πλειονότητά του ο ελληνικός πληθυσμός είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος. Η καθιστική ζωή και η έλλειψη σωματικής δραστηριότητας είναι πολύ σημαντικοί παράγοντες, διότι συμβάλλουν στην εμφάνιση παχυσαρκίας, ιδιαίτερα της κοιλιακής ή σπλαχνικής και μειωμένη μυϊκή μάζα, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και την εμφάνιση διαταραχών των λιπιδίων, υπέρτα-

σης, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο.

Η μειωμένη ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη και οδηγεί σε χρόνια υπερλειτουργία των β-κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος και σε άλλες συνοδές διαταραχές, που με τη σειρά τους σε άτομα με κληρονομική προδιάθεση επιταχύνουν την απώλεια των β-κυττάρων και μειώνουν τον αριθμό τους. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη.

Η εγκατάλειψη της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής που ήταν πλούσια σε δημητριακά, φυτικές ίνες, ελαιόλαδο και ψάρια και η υιοθέτηση δίαιτας πλούσιας σε ζωικά λίπη και απλούς υδατάνθρακες είναι άλλος ένας σημαντικός παράγοντας.

Η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού συμβάλλει επίσης, στην αυξημένη επίπτωση σακχαρώδη διαβήτη, εφόσον ο διαβήτης τύπου 2 είναι συχνότερος στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η πρόληψη και αντιμετώπιση του προβλήματος πρέπει να εστιαστεί στην αλλαγή του τρόπου ζωής, δηλαδή στην αλλαγή των διατροφικών συνηθειών και στην αύξηση της σωματικής δραστηριότητας. Χρειάζεται να επιστρέψουμε στην παραδοσιακή ελληνική διατροφή, να αυξήσουμε την κατανάλωση δημητριακών,

προϊόντων ολικής αλέσεως, χορταρικών, φρούτων, ψαριών και να μειώσουμε την κατανάλωση ζωικού λίπους και απλών υδατανθράκων. Θα απαιτηθεί χρόνος και οργανωμένη προσπάθεια ώστε οι νέες γενιές από μικρή ηλικία να υιοθετήσουν τις σωστές διατροφικές συνήθειες. Σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου αλλά και της πολιτείας. Η άσκηση πρέπει να γίνει καθημερινή και η σωματική δραστηριότητα να αυξηθεί σημαντικά. Πρέπει να δοθούν κίνητρα και να εξασφαλισθούν οι προϋποθέσεις ώστε να γίνουν εφικτές αυτές οι αλλαγές στον τρόπο ζωής.

Η ενασχόλησή σας με τον σακχαρώδη διαβήτη ήταν συνειδητή επιλογή ή απόρροια κάποιων συγκυριών ή προτροπών από το οικογενειακό ή φιλικό σας περιβάλλον;

Η ενασχόλησή μου με την ενδοκρινολογία ήταν συνειδητή επιλογή. Από φοιτητής έδειχνα ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την ενδοκρινολογία και άρχισα να ασχολούμαι συστηματικά με την αποφοίτησή μου από την ιατρική σχολή της Αθήνας τόσο ερευνητικά όσο και κλινικά υπό την καθοδήγηση του καθηγητή Μενέλαου Μπατρίνου και του αείμνηστου Σπύρου Πιτούλη. Η μετεκπαίδευσή μου αργότερα στο Joslin Diabetes Center στη Βοστώνη των ΗΠΑ για μια τετραετία, όπου είχα την ευκαιρία να ασχοληθώ ερευνητικά με τους υποδοχείς και τη δράση της ινσουλίνης, εστίασε το ιδιαίτερο ενδιαφέρον μου στον σακχαρώδη διαβήτη.

Ως επικεφαλής τμήματος σε ένα από τα σημαντικότερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας, ποιες ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσατε όλα αυτά τα χρόνια της καριέρας σας και πώς καταφέρατε να τις ξεπεράσετε;

Τα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και γενικώς τα τριτοβάθμια νοσηλευτικά ιδρύματα πρέπει: α) να παρέχουν εξειδικευμένη γνώση στη διάγνωση και θεραπεία των ασθενών, β) να εκπαιδεύουν φοιτητές, γιατρούς, νοσηλευτικό και άλλο παραϊατρικό προσωπικό και γ)

• • • • •
« Θα απαιτηθεί χρόνος και οργανωμένη προσπάθεια ώστε οι νέες γενιές από μικρή ηλικία να υιοθετήσουν τις σωστές διατροφικές συνήθειες. Σημαντικός είναι ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και της πολιτείας. Η άσκηση πρέπει να γίνει καθημερινή και να αυξηθεί η σωματική δραστηριότητα. Να δοθούν κίνητρα και να εξασφαλισθούν οι προϋποθέσεις ώστε να γίνουν εφικτές αυτές οι αλλαγές στον τρόπο ζωής »
• • • • •

να δραστηριοποιούνται ερευνητικά στο αντικείμενό τους. Υπάρχουν προβλήματα υποδομής, επάρκειας χώρων, στελέχωσης με εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, διαιτολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς.

Η ερευνητική δραστηριότητα χρηματοδοτείται υποτυπωδώς από το ελληνικό κράτος. Μεγάλο μέρος της χρηματοδότησης της έρευνας στην Ελλάδα προέρχεται από φαρμακευτικές εταιρείες κι άλλους ιδιωτικούς φορείς, οι οποίοι ουσιαστικά στηρίζουν οικονομικά και

τις διάφορες εκπαιδευτικές εκδηλώσεις όπως είναι τα συνέδρια, τα σεμινάρια και τα φροντιστήρια, με στόχο τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των γιατρών.

Οι πόροι για την εκπόνηση διδακτορικών διατριβών από τους μεταπτυχιακούς φοιτητές της ιατρικής σχολής επιβαρύνουν τον επιβλέποντα καθηγητή. Τα χρήματα για τον εξοπλισμό και τη λειτουργία των ερευνητικών εργαστηρίων πρέπει επίσης να εξευρεθούν από τα μέλη ΔΕΠ (Διδακτικό και Επιστημονικό Προσωπικό). Πλην όμως, τα χρήματα από ελληνικά ερευνητικά προγράμματα είναι λίγα και η διεκδίκηση χρημάτων από διεθνή προγράμματα προϋποθέτει ότι το εργαστήριο είναι επαρκώς εξοπλισμένο και διαθέτει προσωπικό που μπορεί ερευνητικά να είναι ανταγωνιστικό προς τα ερευνητικά κέντρα του εξωτερικού.

Πόσο κοντά σας υπήρξαν οι κρατικοί φορείς στην εύρυθμη λειτουργία του τμήματός σας και γενικότερα στην τεράστια προσπάθεια που καταβάλλατε για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη;

Υπάρχει μεγάλη δυσκολία και καθυστέρηση από τους κρατικούς φορείς στην υλοποίηση των αιτημάτων μας. Είναι εξαιρετικά φειδωλοί στην παροχή προσωπικού και εξοπλισμού. Η αναβάθμιση των εργαστηρίων, του εξοπλισμού και της παροχής υπηρεσιών στηρίζεται σε προσωπικές προσπάθειες των μελών ΔΕΠ του τμήματος. Η διαδικασία ήταν εξαιρετικά αργή και επίπονη.

Ποια είναι η γνώμη σας για τα νέα μέτρα που ανήγγειλε πρόσφατα το υπουργείο Υγείας σε ό,τι αφορά τις μειώσεις των τιμών των φαρμάκων; Θεωρείτε ότι θα υπάρξει πρόβλημα στη διάθεση ορισμένων φαρμάκων που είναι πολύτιμα για τη σωστή ρύθμιση των διαβητικών ατόμων;

Θεωρώ ότι η μείωση των τιμών των φαρμάκων έπρεπε να γίνει βάσει του μέσου όρου των τριών χαμηλότερων τιμών που ισχύουν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Αυτό βέβαια για να γίνει χρειάζοταν κάποια προετοιμασία ▣



από πλευράς του υπουργείου. Υπήρξαν όντως κάποια παροδικά προβλήματα με τις ινσουλίνες μιας εκ των εταιρειών, αλλά φαίνεται ότι έχουν πλέον ξεπεραστεί.

Όμως, το υψηλό κόστος στην παροχή υπηρεσιών υγείας σε ό,τι αφορά τον δημόσιο τομέα δεν οφείλεται μόνο στο φάρμακο, αλλά και στις υψηλότερες τιμές με τις οποίες προμηθεύεται τα αναλώσιμα υλικά, τα αντιδραστήρια και τον επιστημονικό εξοπλισμό των νοσηλευτηρίων. Οφείλεται στην κακή οργάνωση του δημόσιου τομέα και στη διόγκωση του ιδιωτικού τομέα. Ο δημόσιος τομέας δεν δαπανά αναλογικά περισσότερα από τις άλλες ευρωπαϊκές χώρες, το σύνολο όμως των δαπανών δημόσιου και ιδιωτικού τομέα είναι υψηλότερο σε σύγκριση με την υπόλοιπη Ευρώπη. Ο Έλληνας αναγκάζεται να προσφύγει στον ιδιωτικό τομέα και να πληρώνει ο ίδιος το επιπλέον κόστος της νοσηλείας. Τέλος, στις αυξημένες δαπάνες για την υγεία συμβάλλει σημαντικά και ο μεγάλος αριθμός γιατρών στη χώρα μας, πολλαπλασιασμός από τον αριθμό που πραγματικά χρειαζόμαστε. Αυτό αναπόφευκτα οδηγεί από μόνο του στην τεχνητή διόγκωση της ζήτησης και παροχής ιατρικών πράξεων και εξετάσεων.

Συνήθως στα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η πάγια τακτική είναι η χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Στην πορεία της νόσου, περνάμε στη θεραπεία συνδυασμού και στο τέλος έρχεται η ινσουλίνη. Μπορεί να αποφευχθεί αυτή η πορεία ή είναι προδιαγεγραμμένη; Ποια είναι η δική σας αντιμετώπιση στα συγκεκριμένα περιστατικά;

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι νόσος που έχει εξελικτική πορεία και με την πάροδο του χρόνου επιβαρύνεται. Αυτό οφείλεται στη συνεχιζόμενη απώλεια των β-κυττάρων με ταχύτερους ρυθμούς από ότι συμβαίνει στα άτομα χωρίς διαβήτη, με αποτέλεσμα να μειώνεται συνεχώς ο αριθμός τους και να γίνεται μεγαλύτερη η έλλειψη ινσουλίνης. Στην ταχύτερη απώλεια των β-κυττάρων συμβάλλουν κληρονομικοί παράγοντες που κάνουν: α) τα β-κύτταρα μειονεκτικά και β) τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 να έχουν μειωμένη ευαισθησία στην ινσουλίνη και να χρειάζονται περισσότερη ινσουλίνη σε σύγκριση με τα μη διαβητικά άτομα. Όμως και επίκτητοι παράγοντες όπως η παχυσαρκία, η μειωμένη σωματική δραστηριότητα, η έλλειψη άσκησης, το χρόνιο stress, η δυτικού τύπου διατροφή συμβάλλουν

« Υπάρχει μεγάλη δυσκολία και καθυστέρηση από τους κρατικούς φορείς στην υλοποίηση των αιτημάτων μας. Είναι εξαιρετικά φειδωλοί στην παροχή προσωπικού και εξοπλισμού »

στην ταχύτερη απώλεια των β-κυττάρων. Αντίθετα, η απώλεια βάρους, η άσκηση και η σωστή διατροφή, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, βοηθούν σημαντικά στη διατήρηση του αριθμού και της λειτουργικότητας των β-κυττάρων.

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, τα φάρμακα που μειώνουν τις ανάγκες σε ινσουλίνη, ευαισθητοποιούν δηλαδή τον οργανισμό στην ινσουλίνη, όπως είναι η μετφορμίνη και οι γλιταζόνες, παρέχουν σημαντική προστασία και διατηρούν τον καλό γλυκαιμικό έλεγχο για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Επιπλέον, τα φάρμακα αυτά έχουν το πλεονέκτημα ότι δεν προκαλούν υπογλυκαιμίες. Τα νεώτερα ινσουλινοεκκριτικά φάρμακα, οι αναστολείς της διπεπτιδυλ-πεπτιδάσης IV (γλιπτίνες) και οι αγωνιστές του GLP-1 ενδεχομένως να ασκούν και αυτά προστατευτική δράση και να καθυστερούν την εξέλιξη του σακχαρώδη διαβήτη, όμως δεν έχουμε ακόμα μακροχρόνιες κλινικές μελέτες.

Στην κλινική πράξη εκμεταλλευόμαστε τη χορήγηση συνδυασμών αντιδιαβητικών φαρμάκων με διαφορετικό τρόπο δράσης, ώστε με μικρότερες δόσεις να έχουμε καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα και λιγότερες παρενέργειες. Η σωστή υγιεινοδιαιτητική αγωγή ▣

3 επιλογές για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο



Accu-Chek® Aviva Nano

Μικρές διαστάσεις.
Μεγάλες επιδόσεις.



Accu-Chek® Mobile System

Νέα Εποχή.
Χωρίς Ταινίες.



Accu-Chek® Combo System

Σύστημα Αμφίδρομης
Επικοινωνίας.

Experience what's possible.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε:
Δωρεάν Γραμμή Υποστήριξης: 800 11 71000
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 2703700

www.accu-check.com

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Αθήνα: Α. Παναγούλη 91, Νέα Ιωνία

Θεσσαλονίκη: 12ο χλμ. Ν.Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανίων

Τα ACCU-CHEK, ACCU-CHEK AVIVA NANO, ACCU-CHEK MOBILE
και ACCU-CHEK COMBO είναι εμπορικά σήματα της Roche.
© 2010 Roche.

ACCU-CHEK®

και οι συνδυασμοί των φαρμάκων που αναφέρονται παραπάνω, διατηρούν τον έλεγχο για πολλά χρόνια. Στόχος πάντοτε παραμένει η διατήρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης <6,5 ή 7% χωρίς υπογλυκαιμίες και αυτό επιτυγχάνεται ευκολότερα με τα φάρμακα που διαθέτουμε σήμερα, χωρίς υπογλυκαιμίες και με μεγάλη ελαστικότητα στα ωράρια των γευμάτων. Εάν ο στόχος δεν μπορεί να επιτευχθεί με δισκία, τότε πρέπει χωρίς καθυστέρηση να προστεθεί στη φαρμακευτική αγωγή ινσουλίνη. Η χορήγηση μιας δόσης βραδείας δράσεως ινσουλίνης, σε συνδυασμό με τα δισκία μπορεί να διατηρήσει τη ρύθμιση για πολλά χρόνια, χωρίς υπογλυκαιμίες και με πολύ καλή ποιότητα ζωής. Σήμερα έχουμε τη δυνατότητα να προσαρμόζουμε τη διατροφική και φαρμακευτική αγωγή στον τρόπο ζωής του ασθενούς πολύ καλύτερα από ότι στο παρελθόν.

Η εκπαίδευση των φροντιστών του διαβήτη, είτε πρόκειται για το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείου είτε και για τον οικογενειακό περίγυρο του ασθενή, είναι τελικά δύσκολη υπόθεση. Υπάρχουν τρόποι για να γίνει το πολύτιμο έργο αυτών των ανθρώπων πιο εύκολο και αποτελεσματικό;

Υπάρχουν τρόποι να βελτιωθεί η εκπαίδευση των ατόμων που ασχολούνται με τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς επίσης και των ασθενών και του περιγύρου του ασθενή. Η κλινική εμπειρία του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού αποκτάται με την εργασία τους δίπλα σε έμπειρους γιατρούς, νοσηλευτές και διαιτολόγους σε καλά οργανωμένα κέντρα που διαθέτουν και την υποδομή σε χώρους και σε εξοπλισμό. Επίσης, πολύ σημαντική και αποτελεσματική είναι η εκπαίδευση σε ομάδες με τη συμμετοχή των ασθενών και των οικείων τους. Σε αυτήν τη διαδικασία χρειαζόμαστε έμπειρους εκπαιδευτές που να διαθέτουν τον απαιτούμενο χρόνο. Δυστυχώς τα ιατρεία και τα κέντρα δεν διαθέτουν το ανάλογο προσωπικό αλλά και τους χώρους για αυτήν την διαδικασία. Η πολιτεία χρειάζεται να τα ενισχύσει με το απαραίτητο

« Η συχνότητα του ΣΔ στην Ελλάδα τα τελευταία 50 χρόνια έχει αυξηθεί 3-4 φορές. Μεγάλη αύξηση παρατηρείται όμως σε όλο τον πλανήτη, οι δε προβλέψεις για το μέλλον είναι ιδιαίτερα δυσοίωνες, καθώς αναμένεται μεγάλη αύξηση της επίπτωσης του διαβήτη στις αναπτυσσόμενες χώρες »

προσωπικό. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι συχνό νόσημα και συμβάλλει πάρα πολύ στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η πλειοψηφία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη πεθαίνει από καρδιαγγειακά επεισόδια. Επίσης, είναι γνωστό ότι οι δύο στους τρεις ασθενείς που θα νοσηλευτούν για έμφραγμα του μυοκαρδίου, θα έχουν σακχαρώδη διαβήτη ή παθολογικά ανοχή στη γλυκόζη. Δυστυχώς ένα σημαντικό ποσοστό δεν το γνωρίζει πριν από την εκδήλωση του εμφράγματος ή δεν είχε ενημερωθεί σωστά για τον κίνδυνο που συνοδεύει αυτές τις καταστάσεις ώστε να τεθεί στην απαραίτητη αγωγή.

Στη ζωή σας συναναστραφήκατε με πολλούς ανθρώπους. Εξέχουσες προσωπικότητες του ιατρικού στίβου, επιστήμονες, φίλους, παιδιά. Τι ρόλο έπαιξε αυτή η έντονη συναναστροφή στην εξέλιξη σας ως επιστήμονα και ως άνθρωπου;

Καταρχάς, οι φωτισμένοι καθηγητές ως επιστήμονες και δάσκαλοι επηρεάζουν τις επιλογές σου αναφορικά με την κατεύθυνση της ιατρικής σου εξέλιξης. Έχουν σίγουρα συμβάλει στην επιλογή της ειδικότητας, διότι σε έκαναν να αγαπήσεις το αντικείμενό της μέσα από τη διδασκαλία και την κλινική άσκηση. Δεύτερον, γίνονται πρότυπα προς μίμηση. Στους καθηγητές μου οφείλω το ότι επέλεξα τη νοσοκομειακή ιατρική και την πανεπιστημιακή σταδιοδρομία. Επίσης, στους καθηγητές μου οφείλω την αγάπη για την έρευνα αλλά και τον τρόπο που ασκώ την ιατρική. Με το παράδειγμά τους σου εμπνέουν την αγάπη για την ιατρική και τον ασθενή.

Όμως, σημαντική επίδραση στη συνέχεια ασκούν οι συνεργάτες σου, οι ειδικευόμενοι και οι φοιτητές. Είναι μια διαδικασία αμφίδρομη που συνεχίζεται σε όλη την ιατρική σου σταδιοδρομία, σε εμπνέει, σε ενθαρρύνει και σου δίνει το κίνητρο να συνεχίσεις τις προσπάθειές σου για βελτίωση. Η ανταμοιβή σου είναι η αναγνώριση από τους συναδέλφους σου και τους φοιτητές.

Εκτός από επιστήμονας, είστε και άνθρωπος. Πώς αξιοποιείτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

Ο ελεύθερος χρόνος είναι ελάχιστος. Οι διοικητικές, νοσηλευτικές, εκπαιδευτικές και ερευνητικές υποχρεώσεις είναι πολλές και χρειάζονται προετοιμασία. Η εξέλιξη της ιατρικής και των βιολογικών επιστημών είναι ταχεία και η προσπάθεια για ενημέρωση πρέπει να είναι συνεχής. Η συμμετοχή σε επιστημονικές εκδηλώσεις επίσης απορροφά σημαντικό μέρος του χρόνου. Παλαιότερα έβρισκα λίγο χρόνο για το μπάσκετ που είχα ασχοληθεί στα νεανικά μου χρόνια ή για το πινγκ πονγκ. Δυστυχώς τα έχω εγκαταλείψει. Το καλοκαίρι προσπαθώ να κοιμηθώ. Τον άλλο χρόνο σε καθημερινή σχεδόν βάση διαβάζω λογοτεχνία, ιστορία, φιλοσοφία ή άλλα βιβλία γενικότερου ενδιαφέροντος. Η μουσική είναι πάντα μια καλή συντροφιά τις ώρες που είμαι στο σπίτι ή ταξιδεύω. Μου αρέσει το θέατρο, ο κινηματογράφος ή μια καλή εκπομπή στην τηλεόραση. x

Νέα γενιά FlexPen®



...από τη Novo Nordisk φυσικά!

**Με βελόνες NovoFine®
...για απόλυτη συμβατότητα**



Αφαιρέστε τη βελόνα από το FlexPen®
μετά από κάθε ένεση

**αλλάζουμε
το διαβήτη**



Novo Nordisk ΕΡΕΔΣ Ε.Π.Ε.
Αθ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τριάδας 65
153 43 Αγία Παρασκευή
τηλ.: 210 60 71 600
<http://www.novonordisk.gr>
<http://www.d4pro.com>



ΦΡΟΥΚΤΟΖΗ ΚΑΙ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ



Στο τελευταίο τεύχος του περιοδικού «Journal of the American Society of Nephrology» δημοσιεύτηκε μια αμερικανική μελέτη, σύμφωνα με την οποία η πρόσληψη μεγάλης ποσότητας φρουκτόζης ως υποκατάστατου ζάχαρης μπορεί να συνδέεται ανεξάρτητα με την ανάπτυξη αρτηριακής υπέρτασης. Συγκεκριμένα, το συμπέρασμα αυτό βασίστηκε στα αποτελέσματα μιας μεγάλης διατμηματικής (cross sectional) μελέτης, κατά την οποία αναλύθηκαν δεδομένα της έρευνας NHANES (National Health and Nutrition Examination Survey 2003-2006), από 4.528 ενήλικες. Οι συμμετέχοντες δεν είχαν ιστορικό αρτηριακής υπέρτασης και κατανάλωναν κατά μέσο όρο 74 g. φρουκτόζης ημερησίως, ποσότητα που αντιστοιχεί σε 2,5 γλυκά ροφήματα. Διαπιστώθηκε, λοιπόν, ότι η ημερήσια πρόσληψη τόσο υψηλής ποσότητας φρουκτόζης συνδέεται ανεξάρτητα και σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με μεγαλύτερη πιθανότητα ανάπτυξης υπέρτασης, κατόπιν εξίσωσης ως προς διάφορους παράγοντες όπως δημογραφικά στοιχεία, συνοσηρότητα, φυσική δραστηριότητα, συνολική ημερήσια θερμιδική

πρόσληψη, συνολική πρόσληψη υδατανθράκων, αλκοόλης, άλλων και βιταμίνης C. Ειδικότερα, με όριο τιμή αρτηριακής πίεσης 135/85mmHg, ο κίνδυνος αύξανε ως 26%, ενώ με όριο την τιμή 160/100mmHg, ο αυξημένος κίνδυνος έφτανε ως 77%, σε ενήλικες χωρίς ιστορικό υπέρτασης και μέση ημερήσια κατανάλωση φρουκτόζης το λιγότερο 74 g. Η παραπάνω μελέτη είχε ορισμένους περιορισμούς, όπως ο διατμηματικός χαρακτήρας της, το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες ανέφεραν οι ίδιοι την ποσότητα φρουκτόζης που κατανάλωναν, χωρίς αυτό να μπορεί να ελεγχθεί με ακρίβεια και η πιθανότητα επίδρασης του γλυκαιμικού δείκτη αυτών καθαυτών των καταναλισκόμενων τροφών στα αποτελέσματα. Για τους λόγους αυτούς οι ερευνητές καταλήγουν ότι χρειάζονται περαιτέρω μελέτες με προοπτικό χαρακτήρα, ώστε να διευκρινιστεί αν η απομάκρυνση ή η μείωση της ημερήσιας πρόσληψης φρουκτόζης συνδέεται όντως με μείωση της επίπτωσης αρτηριακής υπέρτασης.

J Am Soc Nephrol. Published online July 1, 2010

ΣΤΥΤΙΚΗ ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΣΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ο διαβήτης είναι μια από τις καταστάσεις που συχνότερα συνδέονται με στυτική δυσλειτουργία. Συγκεκριμένα, οι διαβητικοί άνδρες έχουν τριπλάσια πιθανότητα από τους μη διαβητικούς να αποκτήσουν στυτική δυσλειτουργία, καθώς το ποσοστό επιπολασμού της κατάστασης αυτής στον παραπάνω πληθυσμό φτάνει ως και 90% σε ορισμένες μελέτες. Τα μέχρι σήμερα διαθέσιμα δεδομένα ως προς το αν ο αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος δρα προστατευτικά είναι αντικρουόμενα. Ερευνητές από τις ΗΠΑ πραγματοποίησαν μια μεγάλη μελέτη, με σκοπό να αποτιμηθεί ο επιπολασμός και οι πιθανές αιτιολογικές συσχετίσεις της στυτικής δυσλειτουργίας σε ένα πληθυσμό διαβητικών ανδρών.

Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη ήταν οι άνδρες ασθενείς ηλικίας από 35 έως 70 ετών να πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, γνωστό πριν από τουλάχιστον έξι μήνες, αλλά όχι περισσότερο από 10 έτη, να έχουν δείκτη μάζας σώματος (BMI) από 24 και πάνω και HbA1c>6,5%. Έτσι, συμπεριλήφθηκαν συνολικά 555 άτομα, στα οποία η στυτική δυσλειτουργία εκτιμήθηκε με βάση την κλίμακα IIEF-5 και κατατάχθηκε ως ήπια, μέτρια και σοβαρή. Τα αντίστοιχα

ποσοστά ήταν 11,2%, 16,9% και 22,9% αντίστοιχα και αφορούσαν 6 στους 10 άνδρες του δείγματος, με αυξημένο επιπολασμό στις μεγαλύτερες ηλικίες.

Η ανάλυση των αποτελεσμάτων ανέδειξε ότι η στυτική δυσλειτουργία συνδέεται με την αυξημένη τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, την παρουσία μεταβολικού συνδρόμου, υπέρτασης, αθηρογενετικής δυσλιπιδαιμίας (χαμηλά επίπεδα HDL και υψηλά επίπεδα LDL χοληστερόλης) και κατάθλιψης. Η φυσική δραστηριότητα αναδείχθηκε ως προστατευτικός παράγοντας, καθώς οι άνδρες με υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας είχαν κατά 10% λιγότερο κίνδυνο από όλους τους υπόλοιπους.

Συμπερασματικά, οι ερευνητές κατέληξαν ότι ο στενός γλυκαιμικός έλεγχος και η βελτιστοποίηση των λοιπών μεταβολικών παραμέτρων φαίνεται να δρουν προστατευτικά ως προς την ανάπτυξη στυτικής δυσλειτουργίας, ένα πρόβλημα για το οποίο οι διαβητικοί άνδρες προσφεύγουν συχνότερα από τον γενικό πληθυσμό στις υπηρεσίες υγείας.

Πηγή:

Int J Impot Res. 2010;22(3):204-209. © 2010 Nature Publishing Group



70Η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ



Νέα κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα δύο μελετών, η μία εκ των οποίων δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Lancet» (1), οι επιστήμονες ερευνούν μια νέα κατηγορία αντιδιαβητικών φαρμάκων που επιδρούν στον μεταβολισμό της γλυκόζης και δεν σχετίζονται καθόλου με την ινσουλίνη. Συγκεκριμένα, στο τεύχος Ιουνίου του «Lancet» παρουσιάστηκαν τα αποτελέσματα μιας φάσης μελέτης, σχετικά με την ουσία dapagliflozin, η οποία φαίνεται ότι βελτιστοποιεί τον έλεγχο επιπέδων γλυκόζης, επιδρώντας στην επαναρρόφησή της από τους νεφρούς. Πρόκειται για ένα εκλεκτικό αναστολέα της αντλίας νατρίου και γλυκόζης, που προκαλεί μείωση της νεφρικής επαναρρόφησης της γλυκόζης και αποτελεί σε συνδυασμό με τη μεταφορμίνη μια νέα θεραπευτική επιλογή για όσους ασθενείς δεν ρυθμίζονται ικανοποιητικά με μονοθεραπεία με την τελευταία.

Μελετήθηκαν 534 ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που χωρίστηκαν σε ομάδες και έλαβαν είτε μόνο μεταφορμίνη είτε συνδυασμό με διαφορετικές δόσεις dapagliflozin (2,5, 5, 10 mg.). Ύστερα από έξι μήνες διαπιστώθηκε συγκριτική και δοσοεξαρτώμενη μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης στις ομάδες που έλαβαν dapagliflozin. Σχετικά με τις ανεπιθύμητες ενέργειες, παρόμοια με την ομάδα της μεταφορμίνης ήταν η συχνότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας, ενώ δεν παρατηρήθηκαν μεταβολές στη νεφρική λειτουργία σε καμία ομάδα. Οι ασθενείς όμως που έλαβαν και dapagliflozin, εμφάνισαν συχνότερα λοιμώξεις ουρογεννητικής περιοχής, γεγονός που βάσει των ερευνητών αντανάκλα την αυξημένη απώλεια γλυκόζης στα ούρα. Ενδιαφέρον ήταν ότι οι ομάδες της dapagliflozin παρουσίασαν και μεγαλύτερη μείωση του σωματικού βάρους, ευθέως ανάλογη της δόσολογίας.

Η δεύτερη ουσία που παρουσιάστηκε στο συνέδριο ανήκει στην ίδια κατηγορία με την dapagliflozin, με τη διαφορά ότι πρόκειται για ένα διπλό αναστολέα της αντλίας νατρίου-γλυκόζης (SGLT-2/SGLT-1), που ονομάστηκε LX4211. Ο διπλός αυτός αναστολέας επιδρά ταυτόχρονα στη μείωση της επαναρρόφησης της γλυκόζης στους νεφρούς και στο λεπτό έντερο, πιθανώς μέσω της οδού της incretin. Μετά από τέσσερις εβδομάδες παρακολούθηση, οι ασθενείς που έλαβαν το φάρμακο παρουσίασαν πτώση στην τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και των επιπέδων γλυκόζης νηστείας, καθώς και βελτίωση της δοκιμασίας ανοχής γλυκόζης, ενώ δεν παρατηρήθηκαν λοιμώξεις ουρογεννητικής περιοχής. Μένει να πραγματοποιηθούν περισσότερες, ώστε να διευκρινιστούν τα πλεονεκτήματα και οι ανεπιθύμητες ενέργειες του φαρμάκου και να καθοριστεί ο βέλτιστος συνδυασμός.

Τον Ιούνιο πραγματοποιήθηκε στη Φλόριδα των ΗΠΑ, η φετινή συνάντηση της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA). Ορισμένα από τα θέματα που αναπτύχθηκαν και παρουσιάστηκαν έχουν άμεσο πρακτικό ενδιαφέρον και αφορούν τόσο τους θεράποντες γιατρούς όσο και τους ασθενείς που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη.

ΕΙΣΠΝΕΟΜΕΝΗ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ

Στον διαβήτη τύπου 2, η φυσική πορεία της νόσου επιβάλλει μετά από κάποιο διάστημα την εισαγωγή στη θεραπεία της ινσουλίνης, η οποία με τα μέχρι σήμερα δεδομένα απαιτεί καθημερινές υποδόριες ενέσεις. Είναι ευνόητο ότι οι ασθενείς θα υποδέχονταν με ανακούφιση οποιαδήποτε άλλη μη ενέσιμη μορφή του φαρμάκου. Η εισπνεόμενη ινσουλίνη αρχικά καλωσορίστηκε με ενθουσιασμό από ασθενείς και θεράποντες, λόγω όμως των ανεπιθύμητων ενεργειών και της δυσχέρειας χρήσης, δεν έχει καταφέρει να αντικαταστήσει την ενέσιμη μορφή. Μια

νέα μελέτη, που επίσης δημοσιεύτηκε στο τεύχος Ιουνίου του περιοδικού «Lancet» (2), παρουσίασε τα ενθαρρυντικά αποτελέσματα μιας ινσουλίνης υπερταχείας δράσης, που μπορεί να χορηγηθεί με εισπνοή σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 πριν από κάθε γεύμα, σε συνδυασμό με ινσουλίνη glargine πριν τη βραδινή κατάκλιση. Πρόκειται για τη γευματική εισπνεόμενη ινσουλίνη Technosphere της Mannkind, η οποία σε συνδυασμό με την glargine φαίνεται να επιτυγχάνει εξίσου ικανοποιητικό γλυκαιμικό έλεγχο με το κλασικό σχήμα (προαναμιγμένη ινσουλί-

νη δύο φορές ημερησίως) μετά από ένα έτος χορήγησης, όπως αυτός εκφράζεται από την τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Ταυτόχρονα, η χρήση της εισπνεόμενης ινσουλίνης φάνηκε να προκαλεί μικρότερη πρόσληψη βάρους.

Τα παραπάνω μένει βέβαια να

αποδειχθούν με περισσότερες έρευνες, ώστε να απαντηθούν ερωτήματα που αφορούν το προφίλ ασφάλειας του φαρμάκου, όπως π.χ. η πιθανότητα ανάπτυξης καρκίνου του πνεύμονα.

Πηγές:

1. Lancet. 2010;375:2223-2233
2. Lancet. 2010;375:2244-2253



Νεότερες οδηγίες σχετικά με τη χορήγηση αναλωσίμων υγειονομικών υλικών σε άτομα με διαβήτη

Ο Οργανισμός Ασφάλισης Ελευθέρων Επαγγελματιών, ανακοίνωσε νεότερες παροχές σχετικά με την χορήγηση αναλωσίμων υγειονομικών υλικών

Σύμφωνα με την εγκύκλιο με αριθμό 357/115/12-4-2010 απόφαση του διοικητικού συμβουλίου του ΟΑΕΕ, τροποποιείται η εγκύκλιος 9/2010 ως ακολούθως:

Ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα και βελόνες σκαριφισμού σε ανώτατες ποσότητες ανάλογα με την περίπτωση ως κατωτέρω:

1. για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, οι οποίοι κατά τεκμήριο αντιμετωπίζονται με θεραπευτικά σχήματα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης καθώς και για ασφαλισμένους που κάνουν χρήση αντλίας έγχυσης ινσουλίνης ημερησίως, 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου του αίματος και 200 σκαριφιστήρες ανά μήνα αντί 100.
2. για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζονται με ινσουλίνη, 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου του αίματος και 50 σκαριφιστήρες ανά μήνα αντί 25.
3. για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζονται με αντιδιαβητικά δισκία, παραμένουν 25 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα και 25 σκαριφιστήρες ανά μήνα.
4. για τις ασθενείς με διαβήτη κύησης παραμένουν μέχρι 100 ταινίες και 100 σκαριφιστήρες το μήνα.

Με την ανωτέρω απόφαση του Δ.Σ. του ΟΑΕΕ αποφασίστηκε:

1. Όσον αφορά τα αναλώσιμα υλικά που αναφέρονται στις περιπτώσεις Α όπως τροποποιήθηκαν με την παρούσα εγκύκλιο Β και Ε της εγκυκλίου 9/2010 καθώς και τους καθετήρες αποσιδήρωσης και αντλίες μιας χρήσεως για έγχυση φαρμάκων αποσιδήρωσης της περίπτωσης Γ της ως άνω εγκυκλίου, σε εξαιρετικές περιπτώσεις που κατά την κρίση του ελεγκτού ιατρού και με

βάση τα προσκομιζόμενα ιατρικά στοιχεία δικαιολογούνται ποσότητες πέραν των οριζόμενων, η χορήγηση τους θα γίνεται κατόπιν έγκρισης του ελεγκτή ιατρού και με τη σύμφωνη γνώμη του προϊσταμένου του τμήματος υγειονομικού της οικείας περιφερειακής διεύθυνσης.

2. Στις περιπτώσεις που είναι αδύνατη η προσκόμιση από τους ασφαλισμένους λόγω δυσκολιών της σχετικής ιατρικής γνωμάτευσης-βεβαίωσης και οι λόγοι αυτοί αναφέρονται σε σχετική υπεύθυνη δήλωση τους τα αναλώσιμα υλικά θα αναγράφονται από το θεραπευτή ιατρό με βάση τις ορισθείσες ανώτατες ποσότητες όπως αυτές καθορίζονται στην εγκύκλιο 9 και στην παρούσα εγκύκλιο. Στις εξαιρετικές περιπτώσεις που κρίνεται αναγκαία η χορήγηση ποσοτήτων, μεγαλύτερων των οριζόμενων αυτή θα γίνεται με ευθύνη του θεραπευτή ιατρού και έγκριση αυτών από τον ελεγκτή ιατρό του τμήματος και τη σύμφωνη γνώμη του προϊσταμένου εποπτεύοντος ελεγκτού ιατρού του τμήματος υγειονομικού της οικείας Περιφερειακής Διεύθυνσης.

Κατόπιν των ανωτέρω, αιτήματα για απόδοση δαπάνης αναλωσίμων υλικών που έχουν και είναι σε εκκρεμότητα ή θα υποβάλλονται στο εξής θα διεκπεραιώνονται σύμφωνα με τα οριζόμενα στην παρούσα εγκύκλιο. Με ευθύνη των προϊσταμένων διευθύνσεων και τμημάτων του ΟΑΕΕ, εκτός Ν. Αττικής - να λάβουν γνώση της παρούσης εγκυκλίου οι θεραπευτές ιατροί της περιφέρειας τους. ✕



Κυκλοφορούν και πάλι όλες οι ινσουλίνες της **Novo Nordisk** και το μοναδικό αντίδοτο υπογλυκαιμίας **Glucagen hypokit**

Η Novo Nordisk Ελλάς ανακοινώνει ότι η διάθεση των περισσότερων φαρμακευτικών της προϊόντων που είχε προσωρινά ανασταλεί, συνεχίζεται πλέον κανονικά, μετά τη δημοσίευση του νέου δεητίου τιμών της 11ης Ιουνίου

Συγκεκριμένα, διατίθενται πλέον τα παρακάτω σκευάσματα:

1. Levemir flexpen 5x3ml
2. Novomix 30 flexpen 5x3ml
3. Novorapid vial 10ml
4. Novorapid flexpen 5x3ml
5. Actrapid penfill 5x3ml
6. Actrapid vial 10ml
7. Protaphane penfill 5x3ml
8. Protaphane vial 10ml
9. Mixtard 30 penfill 5x3ml
10. Mixtard 30 vial 10ml
11. Mixtard 40 penfill 5x3ml
12. Mixtard 50 penfill 5x3ml
13. GlucaGen Hypokit



Η Novo Nordisk Ελλάς επιθυμεί να διαβεβαιώσει τα άτομα με διαβήτη ότι έχει προβεί σε όλες τις απαραίτητες κινήσεις προκειμένου για την άμεση αποκατάσταση της διαθεσιμότητας των συγκεκριμένων

προϊόντων και τυχόν προβλήματα που παρατηρούνται, δεν οφείλονται σε καμία περίπτωση στην εταιρεία.

Η Novo Nordisk ευχαριστεί ιδιαίτερα τα άτομα με διαβήτη και τους επαγγελματίες υγείας για την κατανόηση που

έδειξαν την περίοδο της προσωρινής αναστολής των προϊόντων της.

Για περισσότερες πληροφορίες, παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε στο τηλέφωνο: **6944-187109** 

Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΑΣΥΝΕΔ) Μαθαίνω και ζω καλύτερα



Από τον Απρίλιο του 2004, άρχισε να λειτουργεί στην Κρήτη, με έδρα το Ηράκλειο, ο Παγκρήτιος Σύλλογος για τον Νεανικό Διαβήτη (ΠΑΣΥΝΕΔ), με μέλη -κυρίως- γονείς παιδιών που πάσχουν από νεανικό διαβήτη, μετά από πρωτοβουλία της κοινωνικής υπηρεσίας και του παιδοδιαβητολογικού ιατρείου του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ο σύλλογος είναι μέλος της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη από την ίδρυσή του

Σκοποί του συλλόγου είναι η οργάνωση σεμιναρίων και μαθημάτων για την πρόληψη, διάγνωση και καταπολέμηση της ασθένειας, η εκπαίδευση των γονέων των παιδιών με νεανικό διαβήτη, καθώς και η συνεργασία με άλλους σχετικούς συλλόγους ή ενώσεις που δραστηριοποιούνται στην Ελλάδα ή το εξωτερικό.

Στο πλαίσιο της δράσης του συλλόγου έχουμε διοργανώσει πολλές ημερίδες ενημέρωσης των μελών μας πάνω τις νεότερες θεραπευτικές εξελίξεις. Έχουμε συμμετάσχει σε όλα τα πανελλαδικά συνέδρια που πραγματοποιήσει η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη. Το καλοκαίρι του 2007 για πρώτη φορά στην Κρήτη, διοργανώσαμε κατασκηνώσεις για παιδιά

με διαβήτη σε συνεργασία με τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ηρακλείου.

Επόμενος στόχος είναι η δημιουργία ομάδων ατόμων με διαβήτη ή μελών της οικογένειας και η πρόσκληση ειδικών (ψυχολόγου, διαιτολόγου, νοσηλεύτη διαβήτη), ανάλογα με τις ανάγκες της ομάδας. Το Δ.Σ. του συλλόγου ζήτησε από τον δήμο Ηρακλείου να στηρίξει αυτήν



την προσπάθεια, με την παραχώρηση - ένα απόγευμα την εβδομάδα- του κτιρίου του ΚΑΠΗ που βρίσκεται στην περιοχή του Τάλλω. Ο δήμος ανταποκρίθηκε θετικά στο παραπάνω αίτημα και ελπίζουμε να ξεκινήσουμε τον Σεπτέμβριο.

Ο σύλλογός μας στήριξε και τις δύο πεζοπορίες που οργάνωσαν στην Κρήτη η κα Μητράκου, αναπληρώτρια καθηγή-

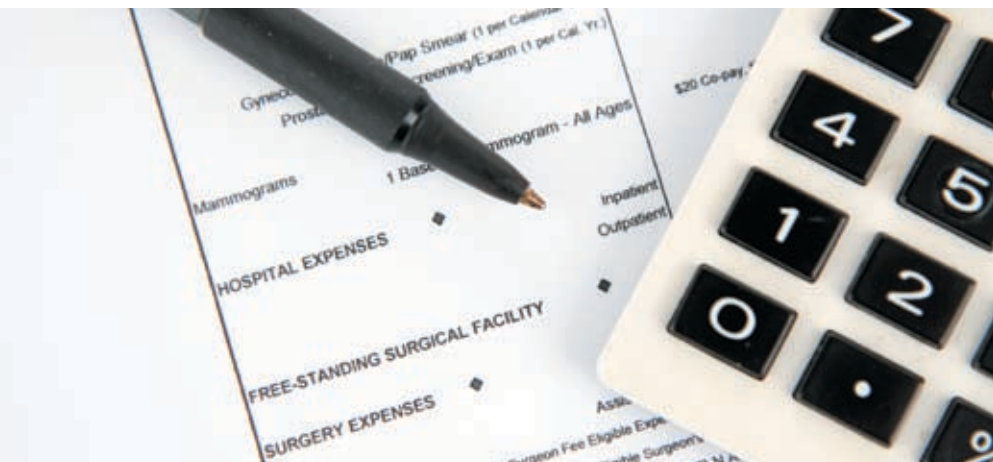
τρια του Πανεπιστημίου Αθηνών και τα διαβητολογικά ιατρεία των νοσοκομείων του Ηρακλείου για άτομα με διαβήτη τύπου 1. Περισσότερα από 30 μέλη συμμετείχαν στις πεζοπορίες στον Ομαλό, τον Μάιο του 2008 και στα Ανώγεια τον Μάιο του 2010, έχοντας το σύστημα συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης, προκειμένου να δοκιμαστούν τα μέλη σε

ακραίες συνθήκες.

Στο σημερινό διοικητικό συμβούλιο του συλλόγου συμμετέχουν οι: πρόεδρος Γιάννης Πατσάκης, αντιπρόεδρος Γιάννης Κεφαλογιάννης, γραμματέας Νατάσα Χρυσανθακοπούλου, ταμίας Μαριάννα Μαυρίδου, μέλη Μανώλης Βαμβουκάκης, Νίκος Βερίγος και Νίκος Τζωρμπατζάκης. x

Medical Guarantee

Ένα νέο πρωτοποριακό πρόγραμμα υγείας προσφέρει στους ασφαλισμένους ο Όμιλος Generali. Πρόκειται για το **Medical Guarantee**, που ανατρέπει τα μέχρι τώρα δεδομένα στον χώρο της ασφάλισης υγείας



Σε συνεργασία με την Κεντρική Κλινική Αθηνών, ο Όμιλος Generali δημιούργησε ένα καινοτόμο φάσμα υπηρεσιών υγείας, όπου ο ασφαλισμένος απολαμβάνει μοναδικό περιβάλλον, πλήρεις και ολοκληρωμένες ιατρικές υπηρεσίες Α/βάθμιας και Β/βάθμιας περίθαλψης με πολύ προσιτό κόστος. Το Medical Guarantee δεν είναι ένα ακόμη πρόγραμμα ασφάλισης υγείας με τη μορφή των προγραμμάτων που υφίστανται στην ασφαλιστική αγορά. Είναι ένα μοναδικό νοσοκομειακό πρόγραμμα που προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας σε όλα τα επίπεδα της υγειονομικής περίθαλψης δημιουργώντας μια νέα σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ όλων των συμμετεχόντων στις ασφαλιστικές υπηρεσίες υγείας (ασφαλισμένος, εταιρεία, νοσοκομείο). Αυτή ακριβώς η νέα σχέση εμπιστοσύνης επιτρέπει στην Generali να προσφέρει προνόμια, τα οποία μέχρι σήμερα δεν ήταν επιτρεπτά στα κλασικά προγράμματα υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, από τη συνεργασία προκύπτουν τα εξής:

- Κάλυψη ακόμα και πληθυσμών με ιδιαιτερότητες σε θέματα υγείας.
- Δυνατότητα ασφάλισης ατόμων μεγαλύ-

τερης ηλικίας από ότι συνθίζεται.

- Μετά την ασφάλιση τίποτε δεν μπορεί να θεωρηθεί ως μη καλυπτόμενη περίπτωση.
- Πλήρης κατάργηση των εξαιρέσεων.
- Δυνατότητα διενέργειας ειδικών επεμβάσεων όπως αισθητικής, διαθλαστικών ανωμαλιών, παχυσαρκίας.
- Προσιτό κόστος ασφάλισης.
- Απλές διαδικασίες ένταξης.

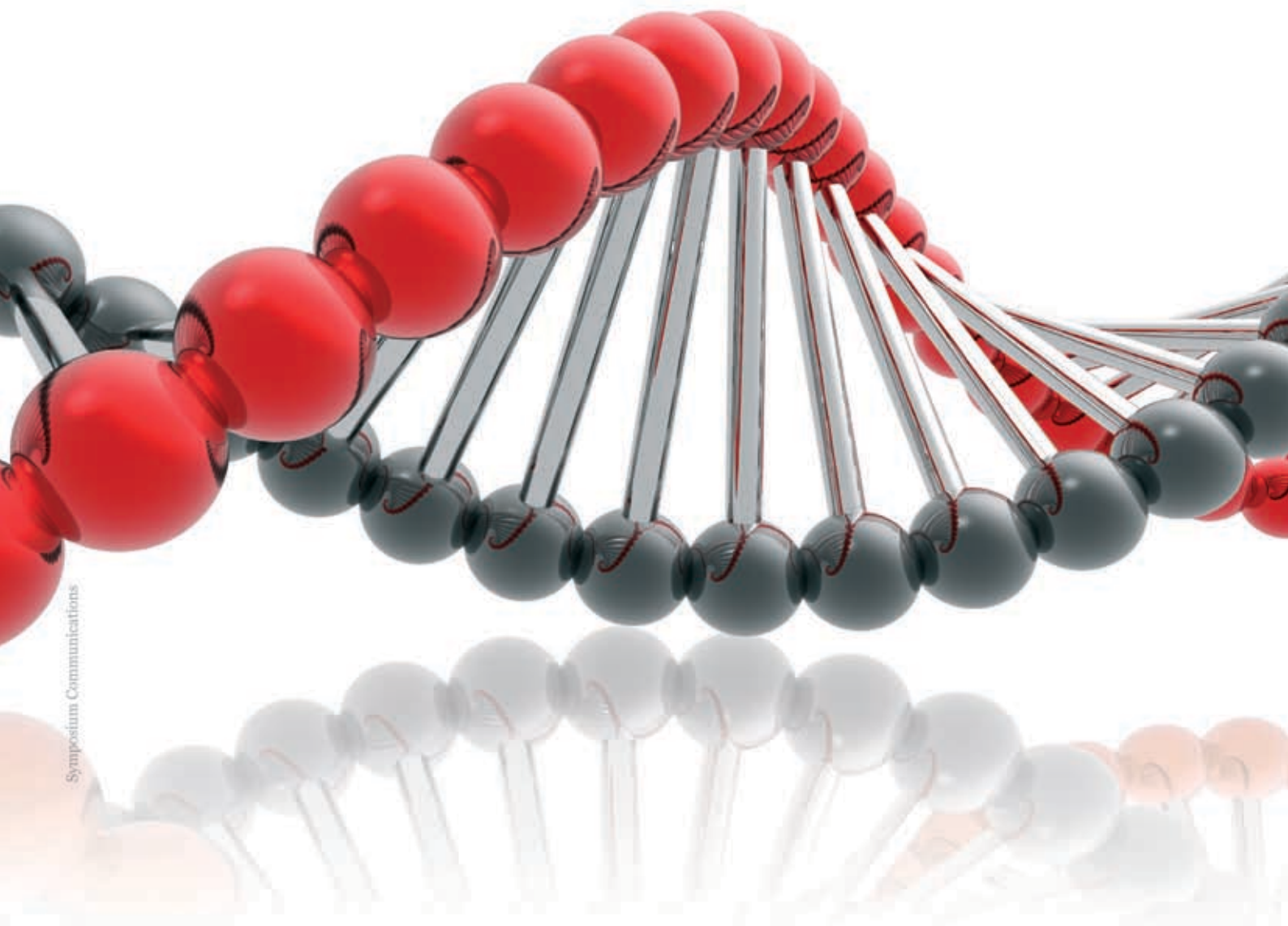
Η σωστή λειτουργία του προγράμματος διασφαλίζεται από το γεγονός ότι στο κόστος συμμετέχουν όλοι οι εμπλεκόμενοι (κοινωνικός φορέας, κλινική, ασφαλιστική εταιρεία και πελάτης). Ειδική μέριμνα έχει ληφθεί προκειμένου η συμμετοχή του πελάτη να είναι πολύ μικρή και μόνο επί της διαφοράς μετά τη συμμετοχή του κοινωνικού φορέα. Το απόλυτο ανταγωνιστικό κόστος για την απόκτηση του Medical Guarantee το καθιστούν προσιτό σε πολύ μεγάλο μέρος του πληθυσμού. Ταυτόχρονα, εξασφαλίζει πλήρη πρόσβαση 24 ώρες το 24ωρο, επτά ημέρες την εβδομάδα και 365 ημέρες τον χρόνο σε υγειονομικό μηχανισμό υψηλών ποιοτικών προδιαγραφών.

Το Medical Guarantee είναι διαφορε-

τικό από τα άλλα ασφαλιστικά προγράμματα υγείας καθώς διασφαλίζει με βάση τους όρους του, τη σιγουριά ότι όποια και αν είναι η δαπάνη υγείας, είναι καλυπτόμενη περίπτωση. Το τεράστιο πλεονέκτημα του προγράμματος να λειτουργεί χωρίς εξαιρέσεις, μας παρέχει τη βεβαιότητα της κάλυψης για όλες τις δαπάνες υγείας, ανεξάρτητα από την αιτία που τις δημιούργησε. Καλύπτει τα πάντα, από τη στιγμή που ο ασφαλισμένος γίνει δεκτός στο πρόγραμμα και μάλιστα για πάντα. Επενδύει στην πρόληψη, καθώς επιτρέπει απεριόριστες κλινικές επισκέψεις, διαγνωστικές εξετάσεις και ετήσιο check-up.

Η διαδικασία ένταξης στο Medical Guarantee έχει απλουστευθεί σημαντικά σε σχέση με τη μέχρι τώρα αντίληψη. Ο υποψήφιος προς ασφάλιση δεν χρειάζεται να υποβληθεί σε έλεγχο υγείας και αρκεί να υποβάλει στην Generali συμπληρωμένη αίτηση ασφάλισης και αντίγραφο του βιβλιαρίου υγείας του. Η εταιρεία εξετάζει την αίτησή του και εφόσον κρίνει ότι μπορεί να ασφαλισθεί, είναι καλυμμένος από την επόμενη ημέρα και για πάντα για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας παρουσιαστεί. Προϋπόθεση για την ένταξη στο πρόγραμμα είναι η ύπαρξη θεωρημένου βιβλιαρίου υγείας κοινωνικού φορέα. Με το Medical Guarantee, η Generali δίνει μια νέα προοπτική στο πλέον κρίσιμο θέμα που απασχολεί όλους σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δυνατότητα πρόσβασης σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας σε περιβάλλον ελεγχόμενου κόστους. Θέμα που απασχολεί τον σύγχρονο άνθρωπο.

Με το Medical Guarantee, η ασφαλιστική εταιρεία, το νοσοκομειακό ίδρυμα, οι γιατροί και ο ασφαλισμένος βρίσκονται σε μια στενή, διάφανη συνεργασία με ξεκάθαρους όρους με ένα και μοναδικό σκοπό την ολοκληρωμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. 



Symposium Communications

Κάποια πράγματα γεννιούνται μοναδικά.

Medical *guarantee*

Μοναδική φροντίδα για την υγεία σας

Κάποια πράγματα γεννιούνται μοναδικά. Χωρίς όμοιό τους. Το Medical Guarantee είναι ένα απ' αυτά. Ένα νέο πρόγραμμα υγείας χωρίς ταίρι. Ασύγκριτο. Ένα πρόγραμμα υγείας που κάνει τα πάντα. Που καλύπτει κάθε περίπτωση και ισχύει σε κάθε περίπτωση*. Χωρίς περιορισμούς. Από την πρώτη στιγμή. Με ευελιξία πρωτοφανή. Με ισόβια διάρκεια. Σε συνεργασία με ένα από τα καλύτερα νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας. Ένα πρόγραμμα υγείας που φτιάχτηκε για να είναι και είναι μοναδικό.

***Το Medical Guarantee καλύπτει ακόμα και πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη.**

Προδιαβήτης και σακχαρώδης διαβήτης: νεότερα δεδομένα

Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ.) αποτελούν τη σύγχρονη παγκόσμια πανδημία, η οποία βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη. Μόνο στις ΗΠΑ ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη ανέρχεται σε 21,1 εκατομμύρια, παρουσιάζοντας αύξηση κατά περίπου 3 εκατομμύρια τα δύο τελευταία χρόνια, ενώ τουλάχιστον το 25% των ατόμων με διαβήτη στις ΗΠΑ δεν γνωρίζει ότι έχει Σ.Δ.



ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ,
παθολόγος - διαβητολόγος,
διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής,
Γενικό Νοσοκομείο Πειραιά «Τζάνειο»

Καθώς ο επιπολασμός του διαβήτη συνεχώς αυξάνεται, οι σχετιζόμενες με το διαβήτη νοσηρότητα και θνητότητα έχουν εξελιχθεί σε μείζονα ζητήματα της δημόσιας υγείας. Στη σύγχρονη εποχή, εκτός από τις κοινωνικές παραμέτρους της νόσου, υπάρχει ακόμα μια σημαντική παράμετρος: η οικονομική πλευρά του ζητήματος. Ο διαβήτης είναι μια ακριβή νόσος. Το ετήσιο σχετιζόμενο με το διαβήτη κόστος στις ΗΠΑ είναι \$174 δισεκατομμύρια (περίπου το 15% του εθνικού κόστους υγείας). Το άμεσα σχετιζόμενο με το διαβήτη κόστος, επιπλοκές και ιατρική περίθαλψη είναι \$116 δισεκατομμύρια, ενώ το έμμεσο κόστος της πάθησης, η αναπηρία και η πρόωγη θνητότητα ανέρχονται σε \$58 δισεκατομμύρια.

Οι ασθενείς με διαβήτη είναι επιρρεπείς σε πολυπληλές και σύνθετες επιπλοκές. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν τόσο την καρδιαγγειακή νόσο (καρδιακές παθήσεις, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και περιφερική αγγειακή νόσο) όσο και τη μικροαγγειακή νόσο (αμφιβληστρο-

ειδοπάθεια, νευροπάθεια και μικροαλβουρινουρία). Επιδημιολογικά δεδομένα της τελευταίας 5ετίας έχουν αποδείξει ότι οι επιπλοκές στο διαβήτη ξεκινούν νωρίς κατά τη «διαδρομή» από τη φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη έως την εμφάνιση του διαβήτη. Υπάρχει ένα διάστημα στη γλυκαιμική κατάσταση μεταξύ της φυσιολογικής ανοχής της γλυκόζης και του διαβήτη, οι τιμές του οποίου δεν είναι «αθώες» αλλά αποτελούν τον προάγγελό του διαβήτη και των επιπλοκών του.

Η πρώτη διαπίστωση και θεραπευτική παρέμβαση των ατόμων τα οποία βρίσκονται σε αυτή τη γλυκαιμική κατάσταση έχει τη δυναμική της μείωσης ή καθυστέρησης της εξέλιξης σε διαβήτη και της εμφάνισης

των σχετιζόμενων με αυτόν μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών.

Προδιαβήτης και πρόληψη του Σ.Δ. II

«Προδιαβήτης» χαρακτηρίζεται η διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (IFG) με σάκχαρο νηστείας 100-126 mg/dl και η διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (IGT) με σάκχαρο νηστείας εντός των φυσιολογικών ορίων και μετά τη δίωρη καμπύλη ανοχής γλυκόζης (OGTT) με σάκχαρο 140-199 mg/dl. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να εμφανίζονται ξεχωριστά ή και να συνυπάρχουν. Η διάγνωση του διαβήτη στις μέρες μας τίθεται όταν το σάκχαρο νηστείας σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις



είναι μεγαλύτερο από 126 mg/dl, όταν είναι μεγαλύτερο από 200 mg/dl 2 ώρες έπειτα από φόρτιση με γλυκόζη, όταν είναι >200 mg/dl σε τυχαία μέτρηση ή όταν η HbA1c είναι $\geq 6,5\%$, σύμφωνα με πρόσφατη δήλωση ομοφωνίας της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA).

Ο προδιαβήτης είναι αρχικό στάδιο στην εξέλιξη της φυσικής ιστορίας του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II. Η συγκεκριμένη μεταβολική διαταραχή, αν και δεν έχει κλινική συμπτωματολογία και δεν αποτελεί ιδιαίτερη νοσολογική οντότητα, πρέπει και να ανιχνεύεται έγκαιρα και να αντιμετωπίζεται με την ανάλογη σοβαρότητα, διότι εξελίσσεται σε σακχαρώδη διαβήτη και συνδέεται με καρδιαγγειακά συμβλήματα.

Έλεγχος προδιαβήτη

Το πρόβλημα του προδιαβήτη είναι μεγάλο και κατά τα πρότυπα του διαβήτη λαμβάνει σταδιακά διαστάσεις επιδημίας. Παγκοσμίως ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη είναι περίπου 314 εκατομμύρια, ενώ υπολογίζεται ότι το 2025 ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη θα ανέρχεται σε 418 εκατομμύρια. Είναι γνωστό ότι ο προδιαβήτης αυξάνει το βραχυπρόθεσμο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου II (Σ.Δ. τ. II) από 3 έως 10 φορές, με κάποιους πληθυσμούς να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από άλλους. Ο έλεγχος για προδιαβήτη πρέπει να γίνεται στον πληθυσμό εκείνο ο οποίος έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη που είναι:

- τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό Σ.Δ.
- τα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο
- τα άτομα με παχυσαρκία ή καθιστική ζωή
- τα άτομα με υπέρταση ή υπερλιπιδαιμία
- τα άτομα που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα
- οι γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης ή σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Η σημασία του γονιδιακού παράγοντα

Αν εξαιρέσουμε τις διάφορες μορφές του Σ.Δ. τ. II που εμφανίζονται από νεαρή ηλικία (Σ.Δ. τύπου MODY), μέχρι πριν από

μερικά χρόνια δεν είχαν βρεθεί συγκεκριμένα γονίδια υπεύθυνα για την κληρονομική προδιάθεση του Σ.Δ. τ. II. Τα τελευταία χρόνια όμως ξεκίνησαν φιλόδοξες προσπάθειες για την ανίχνευση γονιδίων τα οποία είναι υπεύθυνα για τον προδιαβήτη και για το Σ.Δ. τ. II. Οι προσπάθειες αυτές απέδωσαν και τώρα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αρκετά από τα γονίδια τα οποία εμπλέκονται στη διαταραχή της ομοιοστασίας της γλυκόζης. Έτσι σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε γονίδια τα οποία σχετίζονται με καταστάσεις οι οποίες εξελίσσονται σταδιακά σε Σ.Δ. τ. II, όπως η μείωση της μάζας των β-κυττάρων (HHEX, CDKAL1, CDKN2A/B, TCF7L2), η αντίσταση στην ινσουλίνη (WSF1, PPARG) και η παχυσαρκία (FTO).

Το μεγάλο ερώτημα, πάντως, εξακολουθεί να ισχύει: Η ανίχνευση των γονοτύπων αυτών προσθέτει προγνωστική ισχύ στα υπάρχοντα κλινικά score (όπως το Findris) πρόγνωσης της εμφάνισης του Σ.Δ. τ. II;

Τα αποτελέσματα των πρόσφατων μελετών δείχνουν ότι η συμβολή της γενετικής πληροφορίας στην πρόγνωση του κινδύνου εμφάνισης Σ.Δ. τ. II είναι προς το παρόν όχι ιδιαίτερα σημαντική. Επιβεβαιώνεται έτσι ότι ακρογωνιαίος λίθος για την αξιολόγηση της πρόγνωσης του Σ.Δ. τ. II είναι η κλινική πληροφορία, οι κλινικοί παράγοντες κινδύνου και τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά.

Θεραπευτική παρέμβαση

Η υγιεινοδιατροφική παρέμβαση είναι απαραίτητη σε όλες τις ηλικιακές ομάδες με εξατομικευμένες αλληλαγές και προσαρμογές. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε όμως, όπως άλλωστε έχουν αποδείξει πρόσφατες μελέτες, ότι για να έχει αποτέλεσμα η υγιεινοδιατροφική παρέμβαση πρέπει να περιλαμβάνει όλες τις πτυχές της (διατροφή, άσκηση, απώλεια βάρους), αφού φαίνεται ότι, αν χαθεί ένας κρίκος από την αλυσίδα της παρέμβασης, τότε τα οφέλη της –ειδικά σε περιπτώσεις διαταραχής ανοχής γλυκόζης– είναι αμφιλεγόμενα.

Πέρα από τους όποιους προβληματισμούς για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του προδιαβήτη, σύμφωνα με τις συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής



Εταιρείας, η χρήση μετφορμίνης συνιστάται μόνο όταν, εκτός του προδιαβήτη (IFG + IGT), συνυπάρχει κάποιος παράγοντας κινδύνου, όπως ηλικία <60 έτη, BMI ≥ 30 Kg/m², οικογενειακό ιστορικό διαβήτη σε 1^ο βαθμού συγγενείς, αυξημένα τριγλυκερίδια, μειωμένη HDL, αρτηριακή υπέρταση και HbA1c >6 %.

Παρακολούθηση και αξιολόγηση της εξέλιξης του προδιαβήτη

Όσον αφορά την εξέλιξη του προδιαβήτη, η παρακολούθηση εξαρτάται από το γενικότερο επίπεδο κινδύνου των ασθενών. Γενικά η παρακολούθηση των ασθενών αυτών πρέπει να περιλαμβάνει ετήσια μέτρηση της γλυκόζης νηστείας και της HbA1c και καμπύλη σακχάρου σε ασθενείς στους οποίους υποθέτουμε επιδείνωση. Τουλάχιστον μία φορά κάθε 12 μήνες έλεγχος μικροαλβουμινουρίας, συγκέντρωση λιπιδίων νηστείας και μέτρηση Α.Π. ▢

Στο μέλλον βιοδείκτες, γενετικοί παράγοντες και εργαλεία υπολογισμού του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη θα αξιολογούν τις σχετικές πιθανότητες και θα επιτρέπουν τη στοχευμένη παρακολούθηση και αντιμετώπιση των ασθενών με προδιαβήτη.

Η θεραπευτική προσέγγιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου II:

Η τελευταία 5ετία χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες εξελίξεις στη θεραπεία του διαβήτη τύπου II, καθώς αξιοποιήθηκαν οι νέες γνώσεις για την παθοφυσιολογία του διαβήτη τύπου II και προέκυψαν οι νέες αντιδιαβητικές αγωγές, οι ινκρετινικές αγωγές.

Πιο αναλυτικά, από τον κύριο παθοφυσιολογικό πυλώνα της ελλειμματικής λειτουργίας του β παγκρεατικού κυττάρου στην 20ετία που διανύθηκε περάσαμε στη γνώση του έτερου παθοφυσιολογικού πυλώνα δημιουργίας του διαβήτη, που είναι ο πυλώνας της ιστικής ινσουλινοαντίστασης. Και στην τρέχουσα δεκαετία φαίνεται να ολοκληρώνεται η γνώση του παθοφυσιολογικού παζλ του διαβήτη με την αναγνώριση της σημασίας που έχει η μειονεκτική λειτουργία των ινκρετινικών ορμονών στο διαβήτη και τη συνεπακόλουθη υπεργλυκαιγοναιμία. Οι νέες φαρμακευτικές αντιδιαβητικές κατηγορίες που αναπτύχθηκαν τα τελευταία πέντε χρόνια αντιστοιχούνται και αντιμετωπίζουν τις διάφορες παθοφυσιολογικές πτυχές που

αναφέρθηκαν. Συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι η χορηγούμενη από το στόμα γλυκόζη αυξάνει την ινσουλινοέκκριση από τα β κύτταρα του παγκρέατος πολύ περισσότερο από την αντίστοιχη αύξηση που επιτυγχάνει ενδοφλέβια χορηγούμενο ισογλυκαιμικό φορτίο γλυκόζης. Για το γεγονός αυτό, γνωστό και σαν «φαινόμενο ή δράση ινκρετίνης», φαίνεται ότι κυρίως υπεύθυνες είναι δύο γαστρεντερικές ορμόνες, η GLP-1 και η GIP, γνωστές και ως ινκρετινικές ορμόνες.

Οι γλυκορυθμιστικές δράσεις των GLP-1 και GIP διαμεσολαβούνται διαμέσου της σύνδεσης και δραστηριοποίησης των αντίστοιχων υποδοχέων (GLP-1R & GIP-R) που ευρίσκονται σε διάφορους ιστούς, μεταξύ των οποίων τα α- και β-παγκρεατικά κύτταρα, τα μυοκαρδιακά κύτταρα, οι πνεύμονες, ο εγκέφαλος, οι νεφροί κ.λπ.).

Η ινσουλινοτρόπος δράση του GLP-1 είναι γλυκοζοεξαρτώμενη, μειώνεται σημαντικά όταν οι συγκεντρώσεις της γλυκόζης στην κυκλοφορία προσεγγίσουν τα φυσιολογικά επίπεδα, με αποτέλεσμα να ελαχιστοποιείται ο κίνδυνος υπογλυκαιμίας. Αμφότερα τα ινσουλινοεκκριτικά αυτά πεπτιδία συμβάλλουν σημαντικά στη δράση ινκρετίνης, με αποτέλεσμα το 60% της ινσουλίνης που εκκρίνεται μεταγευματικά να οφείλεται στην ινσουλινοτρόπη δράση των εντερικών ορμονών.

Τα άτομα με Σ.Δ. τ. II παρουσιάζουν

σχεδόν πλήρη απώλεια του φαινομένου της ινκρετίνης. Σε σχετικές μελέτες έχει δείχτει ότι στα άτομα με Σ.Δ. υπάρχει σημαντικά μειωμένη έκκριση GLP-1, ενώ, όσον αφορά το GIP, εκκρίνονται μεν σχεδόν φυσιολογικές ποσότητες GIP, ωστόσο παρατηρείται απώλεια της ικανότητας του GIP να διεγείρει τη δεύτερη φάση έκκρισης της ινσουλίνης. Εκτός από τη δράση όμως των εντεροπεπτιδίων στα β-κύτταρα παγκρέατος, πολύ ενδιαφέρουσες είναι και οι υπόλοιπες επιδράσεις σε διάφορους ιστούς και λειτουργίες, κυρίως, του GLP-1, που συμβάλλουν στην ομοιοστασία της γλυκόζης: Αναστέλλει την έκκριση γλυκαγόνης, επιβραδύνει το ρυθμό κένωσης του στομάχου, αυξάνει το αίσθημα κορεσμού και μειώνει την πρόσληψη τροφής, ενώ σε πειραματόζωα έχει δείχτει ότι αναστέλλει την απόπτωση των β-κυττάρων και προάγει τη νεογένεση των παγκρεατικών νησιδίων.

Η χρήση των ινκρετινικών ορμονών στην θεραπεία του Σ.Δ. τ. II

Η χρήση όμως του GLP-1 στην κλινική πράξη είναι δύσκολη, αφού ο χρόνος ημίσειας ζωής του είναι μόνο 1-2 λεπτά, επειδή καταβολίζεται ταχύτατα από το ένζυμο DPP-IV (διπεπτιδν-πεπτιδάση). Η θεραπευτική χρήση του GLP-1 προϋποθέτει έτσι συνεχή ενδοφλέβια έγχυση.

Για να αντιμετωπιστεί το μεγάλο αυτό μειονέκτημα του ενδογενούς GLP-1 η φαρμακευτική έρευνα και βιομηχανία ανέπτυξε φάρμακα με δράση GLP-1 ανθεκτικά στη δράση του DPP-IV και φάρμακα που αναστέλλουν το ένζυμο DPP-IV.

Τα πρώτα είναι αγωνιστές των GLP-1 υποδοχέων, ονομάστηκαν GLP-1 μιμητικά ή ινκρετινομιμητικά και προκαλούν παράταση της δράσης του GLP-1 και ήδη είναι σε κυκλοφορία η Exenatide και η Liraglutide, τα δε δεύτερα ονομάζονται αναστολείς DPP-IV και χορηγούνται per os. Από τους αναστολείς DPP-IV ήδη κυκλοφορούν το sitagliptin, η Vildagliptin και η saxagliptin.

Τα ινκρετινομιμητικά φάρμακα και οι αναστολείς των DPP-IV αποτελούν το νέο ορίζοντα στη θεραπευτική αντιμετώπιση του Σ.Δ. τ. II.

Τα ινκρετινομιμητικά προκαλούν ση-



μαντική βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης με συνοδή απώλεια βάρους στην πλειοψηφία των θεραπευομένων, ενώ παρουσιάζουν και άλλες «πλειοτροπικές» δράσεις. Οι αναστολείς του DPP-IV αυξάνουν τα επίπεδα των ενδογενών βιολογικώς δραστικών ινκρετινών με θετικές συνέπειες στο γλυκαιμικό έλεγχο, χορηγούνται από το στόμα και δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερες παρενέργειες. Εάν, πάντως, τα ινκρετινομιμητικά ή οι αναστολείς DPP-IV θα είναι ικανά να διατηρούν αυτές τις δράσεις τους στους διαβητικούς ασθενείς έπειτα από χρόνια αγωγής δεν είναι αυτή τη στιγμή γνωστό. Προς το παρόν, φαίνεται ότι τα νέα αυτά φάρμακα έχουν τη δική τους θέση στο θεραπευτικό αλγόριθμο και ήδη στο νέο αλγόριθμο AACE-ACE 2009 τα ινκρετινομιμητικά και οι αναστολείς DPP-IV γίνονται αποδεκτά σαν μια από τις εναλλακτικές προτάσεις στο β' θεραπευτικό βήμα του αλγόριθμου αντιδιαβητικής αγωγής.

Πρόοδοι στην αντιμετώπιση του Σ.Δ. τ. Ι

Η ινσουλινοθεραπεία αποτελεί, ως γνωστόν, τη μοναδική επιλογή για την επίτευξη του σωστού γλυκαιμικού ελέγχου στο Σ.Δ. τύπου Ι και ίσως την εγκυρότερη επιλογή και στο Σ.Δ. τύπου ΙΙ, αφού είναι η μόνη αγωγή που μπορεί να τιτλοποιηθεί χωρίς όρια, προκειμένου να επιτευχθεί το επιδιωκόμενο θεραπευτικό αποτέλεσμα.

Η μετεξέλιξη των τελευταίων δύο δεκαετιών και η μετάβαση από τις ζωικές στις ανθρώπινου τύπου ινσουλίνες και μετά στα ανάλογα ινσουλίνες σφράγισε με καλύτερη ποιότητα την ασφάλεια και αποτελεσματικότητα της σύγχρονης ινσουλινοθεραπείας.

Τα ανάλογα ινσουλίνες διαφέρουν δομικά από τις ανθρώπινου τύπου ινσουλίνες είτε με την αντικατάσταση ενός αμινοξέος είτε με άλλες τροποποιήσεις του μορίου ινσουλίνης. Αυτές οι τροποποιήσεις είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να διαμορφώνουν επί το λειτουργικότερο διαφορετικό profile απορρόφησης των ινσουλινών.

Μίγμα αναλόγων (ταχύ και βραδύ ανάλογο) και χορήγηση δις ημερησίως προσφέρει κάποια πλεονεκτήματα

Η τελευταία 5ετία χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες εξελίξεις στη θεραπεία του διαβήτη τύπου ΙΙ, καθώς αξιοποιήθηκαν οι νέες γνώσεις για την παθοφυσιολογία του διαβήτη τύπου ΙΙ και προέκυψαν οι νέες αντιδιαβητικές αγωγές, οι ινκρετινικές αγωγές

συγκριτικά με τη συμβατική (μία ή δύο φορές ημερησίως χορήγηση ανθρώπινου τύπου ινσουλίνης ή μίγμα αυτών);

Εκ των πραγμάτων, πάντως, το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, το σχήμα basal bolus, ο συνδυασμός δηλαδή βασικής ινσουλίνης και προγευματικών ταχείας δράσης ινσουλινών, προβάλλει ως πειστική, αξιόπιστη απάντηση στα προκύπτοντα προβλήματα αποτελεσματικότητας και συμμόρφωσης.

Καταλυτικό ρόλο στην καλύτερη αποτελεσματικότητα του σχήματος αυτού διαδραμάτισε και η σημερινή δυνατότητα χρήσης βραδέων και ταχέων αναλόγων ινσουλίνης. Δυνατότητα που εξελίχθηκε και παγιώθηκε την τελευταία 5ετία.

Τα βραδέα ανάλογα (Glargine και Detemir) έχουν διάρκεια δράσης μέχρι 22-24 ώρες (κυρίως η Glargine), δεν παρουσιάζουν αιχμές δράσης και κατά συνέπεια ελαχιστοποιούν τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας (κυρίως η Detemir). Αποτελούν έτσι μια πολύ καλή πρόταση για την κάλυψη της βασικής ινσουλινοαιμίας (το basal στοιχείο) στο εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας. Βέβαια, και

οι ανθρώπινου τύπου ενδιάμεσες δράσης ινσουλίνες μπορούν να καλύψουν τη βασική αναγκαία ινσουλινοαιμία (χορηγούμενες όμως δις ημερησίως). Και σ' αυτή την περίπτωση όμως η παρουσία νυχτερινών υπογλυκαιμιών καθιστά μονόδρομο τη χρήση μακρού αναλόγου που τεκμηριωμένα παρουσιάζει λιγότερες υπογλυκαιμίες συγκριτικά με την ενδιάμεση (NPH) ινσουλίνη.

Τα ταχεία ανάλογα, από την άλλη πλευρά, (lispro, aspart, glulisine) μιμούνται τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης (ταχεία έναρξη δράσης στα 5-15 min αιχμή δράσης στην 1h ώρα μεταγευματικά), προσφέρουν καλύτερη μεταγευματική ρύθμιση, μειώνουν τις υπογλυκαιμίες συγκριτικά με τις ταχείες ανθρώπινες ινσουλίνες και βελτιώνουν τη συμμόρφωση των ασθενών, καθώς χορηγούνται αμέσως πριν από το γεύμα.

Τα σχήματα basal bolus όμως, εκτός του πιθανού μειονεκτήματος των πολλών καθημερινών ενέσεων, απαιτούν και εντατικοποιημένη (αυτο)παρακολούθηση των ασθενών, δηλαδή συχνές και τακτικές μετρήσεις του τριχοειδικού σακχάρου, όπως επίσης και συχνές αναπροσαρμογές των δόσεων. Αυτά προϋποθέτουν κινητοποιημένους, ενεργητικούς, πειθαρχημένους και εύστροφους ασθενείς, όπως επίσης και υποστηρικτικό περιβάλλον.

Το γεγονός αυτό, όπως και ο μεγαλύτερος κίνδυνος των υπογλυκαιμιών που συνοδεύει το εντατικοποιημένο σχήμα θεραπείας (τριπλάσιος ο κίνδυνος υπογλυκαιμιών στην DCCT μελέτη), οδηγούν σε σχετικό πρόβλημα συμμόρφωσης και αποτελεσματικότητας με την πάροδο του χρόνου.

Αντλίες ινσουλίνης

Η συνεχής υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion - CSII) μέσω των αντλιών χορήγησης ινσουλίνης αποτελεί σήμερα μια πολύ καλή, σύγχρονη επιλογή, απάντηση στον υπάρχοντα προβληματισμό για την άριστη γλυκαιμική ρύθμιση.

Με την αντλία ινσουλίνης προγραμματίζονται οι διαφορετικοί ρυθμοί έγχυσης της βασικής ινσουλίνης καθ' όλο το 24ωρο (basal program), ενώ παράλληλα

λα ρυθμίζεται η χορήγηση ινσουλίνης σε bolus προγευματικές δόσεις ανάλογα με τους υδατάνθρακες που θα καταναλώσει το άτομο που φέρει την αντλία.

Έτσι, το προκύπτον basal - bolus πρόγραμμα της αντλίας προσομοιάζει σημαντικά με το φυσιολογικό πρότυπο βασικής και προγευματικής έκκρισης ινσουλίνης που συμβαίνει στα μη διαβητικά άτομα. Αυτή η μίμηση του φυσιολογικού που επιτυγχάνεται με τη CSII είναι η βάση της επιτυχούς γλυκαιμικής ρύθμισης που γίνεται κατορθωτή με τις αντλίες.

Η τεχνολογική βελτίωση και αναβάθμιση της αντλίας χορήγησης ινσουλίνης οδήγησε σε αλματώδη αύξηση χρήσης παγκόσμια τα τελευταία χρόνια. Εκτιμάται έτσι σήμερα ότι περισσότερα από 1.000.000 άτομα παγκόσμια χρησιμοποιούν αντλίες ινσουλίνης.

Σε μεταανάλυση 22 μελετών που συνέκριναν αντλίες με εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας προέκυψαν τα εξής ενδιαφέροντα δεδομένα:

- α. Σαφώς καλύτερη η γλυκαιμική ρύθμιση που επιτυγχάνεται με τις αντλίες ινσουλίνης. Η μέση διαφορά στην HbA1c ήταν 0,62% (μικρότερη HbA1c με τις αντλίες).
- β. Οι σοβαρές υπογλυκαιμίες μειώθηκαν ιδιαίτερα με την αντλία ινσουλίνης σε σύγκριση με το σχήμα πολλαπλών ενέσεων (risk ratio 0,24, δηλαδή με την E.I υπήρχε 4,19 φορές μεγαλύτερος κίνδυνος σοβαρών υπογλυκαιμιών συγκριτικά με την αντλία ινσουλίνης).

Συστήματα συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης (CGMS)

Είναι γνωστή και απόλυτα τεκμηριωμένη (μετρήσεις και δεδομένα με τεχνητό πάγκρεας) η μεγάλη μεταβλητότητα των τιμών του σακχάρου κατά τη διάρκεια του 24ώρου, αφού μπορεί η τιμή του σακχάρου να αλλιάξει μέχρι 8.640 φορές! Προέκυψε έτσι ως προφανής η αναγκαιότητα συνεχούς παρακολούθησης και καταγραφής των αλλαγών των τιμών του σακχάρου, ιδίως στα άτομα που φέρουν αντλία ινσουλίνης, ώστε να καταστεί καλύτερη η θεραπευτική απόφαση και παρέμβαση. Σήμερα ήδη υπάρχουν δύο συστήματα συνεχούς παρακολούθησης

γλυκόζης (CGMS). Το Guardian Rt και το Glucoday.

Το CGMS περιλαμβάνει:

- α. Αισθητήρα
- β. Συσκευή συνεχούς παρακολούθησης γλυκόζης
- γ. Σταθμό επικοινωνίας. Η μονάδα διασύνδεσης, η οποία μεταδίδει δεδομένα από το CGMS σε έναν υπολογιστή
- δ. Λογισμικό. Ένα πρόγραμμα δημιουργίας αναφορών που συνίσταται σε γραφήματα και βασικά στατιστικά στοιχεία, τα οποία διευκολύνουν στην ανάλυση και ερμηνεία των προτύπων της γλυκόζης

Φαίνεται δε από σχετικές μελέτες ότι προκύπτουν σημαντικά οφέλη από την εφαρμογή των συστημάτων CGMS, όπως το άμεσο αποτέλεσμα, η δυνατότητα καλύτερης συνεχούς ρύθμισης, η πρόληψη της υπογλυκαιμίας, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η τροποποίηση της συμπεριφοράς.

Από το JDRF CG M Study Group δημοσιεύτηκε σχετικά πρόσφατα στο έγκριτο «NEJM» μελέτη σύγκρισης CGMS (Real Time CGMS) και αυτοπαρακολούθησης (SMBG).

Σύμφωνα με αυτά, οι ενήλικες >25 ετών της μελέτης που υποβλήθηκαν σε παρακολούθηση CGMS παρουσίασαν μέση μείωση της HbA1c κατά 0,5%, ενώ οι αντίστοιχοι ενήλικες με SMBG μικρή αύξηση κατά 0,02 της A1C ($p < 0,001$).

Το μέλλον στην αντιμετώπιση του Σ.Δ. τύπου Ι

Οι νέες τεχνολογίες, όπως οι αντλίες ινσουλίνης και τα συστήματα συνεχούς καταγραφής σακχάρου, άνοιξαν νέες προοπτικές στην προσπάθεια επίτευξης άριστης ρύθμισης στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Το όραμα του βιοτεχνικού πάγκρεατος δεν μοιάζει πλέον τόσο μακρινό.

Στο τεχνητό πάγκρεας θα συνδέεται η αντλία ινσουλίνης με σύστημα συνεχούς μέτρησης γλυκόζης (CGMS), ώστε με τη βοήθεια κατάλληλου λογισμικού ηλεκτρονικού υπολογιστή συνδεδεμένου με αντλία να παρέχεται η σωστή ποσότητα ινσουλίνης τη σωστή στιγμή, όπως συμ-

βαίνει με το πάγκρεας στα άτομα που δεν πάσχουν από διαβήτη. Ο λειτουργικός συνδυασμός αισθητήρα γλυκόζης - PC - αντλίας ινσουλίνης που καταλήγει σε χορήγηση της αναγκαίας ινσουλίνης αποτελεί αυτό που ονομάζεται «κλειστό κύκλωμα».

Ήδη πολλές μελέτες είναι σε εξέλιξη, η έρευνα σε λεπτομερειακά ζητήματα του τεχνητού πάγκρεατος ενθαρρύνεται και χρηματοδοτείται από μεγάλους οργανισμούς και υπάρχει αισιοδοξία ότι εντός 5ετίας το τεχνητό πάγκρεας θα μπορεί να είναι μια πραγματικότητα.

Το ερευνητικό ενδιαφέρον εστιάζεται κυρίως στους αισθητήρες γλυκόζης και στο λογισμικό ανάλυσης του συνδεδεμένου με την αντλία computer/personal data manager (PDM). Αναφορικά με τους αισθητήρες, διερευνάται η προτιμυτέα τοποθέτηση τους σε σχέση με τη δυνατότητα αποδοχής και μη απόρριψης (επιθηλιοποίηση - απενεργοποίηση) από τον οργανισμό για μεγάλο χρονικό διάστημα (εμφυτεύσιμη - ενδοφλέβια - ενδοπεριτοναϊκή).

Σχετικά με το λογισμικό, πολλά ιδρύματα επιχορηγούμενα κυρίως από το JDRF εργάζονται στην κατεύθυνση επεξεργασίας πολλών αλγορίθμων που συνεκτιμούν επίπεδα σακχάρου (από το CGMS), σύνθεση γεύματος και κατάσταση οργανισμού, για να δοθεί εντολή στην αντλία για αλλαγή έγχυσης ινσουλίνης. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στους αλγόριθμους της κατάστασης (εγρήγορης) του οργανισμού και γίνεται επεξεργασία αλγορίθμων που θα αντιστοιχούν σε πολλά είδη στρες. Οποιαδήποτε είναι πολλά τα ζητήματα που στην πορεία για το βιοτεχνικό πάγκρεας θα πρέπει να επιλυθούν (φορητότητα τεχνητού πάγκρεατος, ακρίβεια CGMS ιδίως στα χαμηλά σάκχαρα, ασφάλεια, δοκιμασμένοι πολλαπλοί αλγόριθμοι του λογισμικού κ.λπ.). Ωστόσο, ο στόχος είναι πλέον προσδιορισμένος, η τεχνολογία ιδιαίτερα ελπιδοφόρα και η υποστήριξη για να επιτευχθεί ο στόχος σημαντική και συνεχής.

Δικαιολογημένη, συνεπώς, η αισιοδοξία και η ελπιδοφόρος προσμονή για τις μελλοντικές εξελίξεις στο σημαντικό αυτό θέμα. ■

Σύστημα MiniMed Paradigm® Veo™

Νέα εποχή στην αντιμετώπιση του διαβήτη



Η Paradigm Veo με μια ματιά

Έλεγχος όλο το 24ωρο:

Η συνεχής καταγραφή γλυκόζης (CGM) σας παρέχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεστε προκειμένου να λάβετε τις σωστές αποφάσεις

Χρήσιμες συμβουλές:

Απλοί συναγερμοί σας προτρέπουν να ενεργήσετε προκειμένου να διατηρήσετε σταθερά τα επίπεδα γλυκόζης

Προστασία από τη σοβαρή υπογλυκαιμία:

Η χορήγηση ινσουλίνης διακόπτεται αν τα επίπεδα γλυκόζης είναι πολύ χαμηλά

Ακρίβεια:

Ένας ελάχιστος βασικός ρυθμός έγχυσης των 0.025 μονάδων ανά ώρα βελτιώνει την ευελιξία στη χορήγηση ινσουλίνης

Μοναδικότητα:

5 χρωματικές επιλογές και μια σειρά από ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΚΑΛΥΜΜΑΤΑ επιτρέπουν να δώσετε το δικό σας στυλ στην αντλία σας

Εκδήλωση του συλλόγου διαβητικών νομού Κοζάνης «Διαβητική Πορεία»

29 - 30 Μαΐου 2010, ξενοδοχείο «Παντελίδης», Πτολεμαΐδα



Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε στο ξενοδοχείο «Παντελίδης» στην Πτολεμαΐδα, στις 29 και 30 Μαΐου, εκδήλωση του συλλόγου διαβητικών νομού Κοζάνης «Διαβητική Πορεία». Στην εκδήλωση συμμετείχαν το προεδρείο της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και οι πρόεδροι και αντιπροσωπείες των συλλόγων ΠΕΑΝΔ Αθηνών, Ένωσης γονέων παιδιών και νέων με διαβήτη Β. Ελλάδας (Θεσσαλονίκης), Σερρών, Ιωαννίνων, Λάρισας, Φλώρινας, Νάουσας, Κατερίνης και Πάτρας

Οι εντυπώσεις μας άριστες, όχι μόνο από τη διαμονή και τη φιλοξενία αλλά και από την άρτια οργάνωση. Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους οι βουλευτές του Ν. Κοζάνης Πάρις Κουκουλιόπουλος και Γιώργος Κασαπίδης, οι δήμαρχοι Πτολεμαΐδας Γρηγόρης Τσιούμαρης, Μουρικού Παρασκευή Βρυζίδου και Αγίας Παρασκευής Σάββας Ζαμανίδης,

εκπρόσωποι της εκκλησίας, της τοπικής αυτοδιοίκησης και οι πρόεδροι των νοσοκομείων Κοζάνης και Πτολεμαΐδας. Την εκδήλωση άνοιξε ο πρόεδρος του συλλόγου Θανάσης Πετκίδης (φωτό 1), με ολιγόλεπτη ομιλία, τον οποίο και ευχαριστούμε θερμά.

Χαιρετισμούς απηύθυναν οι ακόλουθοι:

- Ο εκπρόσωπος του μητροπολίτη Φλωρίνης-Πρεσπών και Εορδαίας πατέρας Αθανάσιος (φωτό 2).
- Ο δήμαρχος Πτολεμαΐδας κ. Τσιούμαρης (φωτό 3).
- Ο διοικητής του «Μαμάτσειου» νοσοκομείου Κοζάνης κ. Κίτσιος (φωτό 4), ο οποίος υποσχέθηκε την επαναλειτουργία του διαβητολογικού ιατρείου στο νοσοκομείο Κοζάνης.



1 Ο πρόεδρος του συλλόγου διαβητικών νομού Κοζάνης «Διαβητική Πορεία» κ. Θανάσης Πετκίδης



2 Ο εκπρόσωπος του μητροπολίτη Φλωρίνης-Πρεσπών και Εορδαίας πατέρας Αθανάσιος



3 Ο δήμαρχος Πτολεμαΐδας κ. Γρηγόρης Τσιούμαρης



4 Ο διοικητής του «Μαμάτσειου» Νοσοκομείου Κοζάνης κ. Νικόλαος Κίτσιος



5 Η διοικητής του «Μποδοσάκειου» Νοσοκομείου Πτολεμαΐδας κ. Αναστασία Μπούρτσου



6 Ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης Συκιώτης

- Η διοικητής του «Μποδοσάκειου» νοσοκομείου Πτολεμαΐδας Αναστασία Μπούρτσου (φωτό 5), η οποία είπε ότι θα καταβάλει κάθε δυνατή προσπάθεια για τη λειτουργία εξωτερικού διαβητολογικού ιατρείου στο νοσοκομείο Πτολεμαΐδας.
- Ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ Δημήτρης Συκιώτης (φωτό 6).
- Ο πρώην βουλευτής του Ν. Κοζάνης Ρούλης Κοκελίδης (φωτό 7).
- Ο γιατρός και πρώην πρόεδρος της

ΕΛΟΔΙ Δημήτρης Χιώτης (φωτό 8).

- Ο βουλευτής του Ν. Κοζάνης κ. Κουκουλιόπουλος (φωτό 9), ο οποίος ανέφερε ότι ανταποκρινόμενος στο αίτημα του συλλόγου του Ν. Κοζάνης, έκλεισε συνάντηση των μελών του Δ.Σ. της ομοσπονδίας με τον υπουργό Εργασίας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων Ανδρέα Λοβέρδο για τις 3/6, προκειμένου να συζητηθούν τα προβλήματα των διαβητικών που εμπíπτουν στις αρμοδιότητές του.

- Στη συνέχεια παρακολουθήσαμε με ενδιαφέρον την ομιλία του γιατρού Απόστολου Τσάπα (φωτό 10), επίκουρου καθηγητή του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, με ειδικότητα παθολόγου-διαβητολόγου, ο οποίος με απλό και πλήρως κατανοητό λόγο μας έκανε μια ολοκληρωμένη ενημέρωση για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι και τύπου ΙΙ.
- Ακολούθησε η ομιλία του διαιτολόγου-διατροφολόγου Κωνστα-



7 Ο πρώην βουλευτής του Ν. Κοζάνης κ. Ρούλης Κοκελίδης



8 Ο γιατρός και πρώην πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης Χιώτης



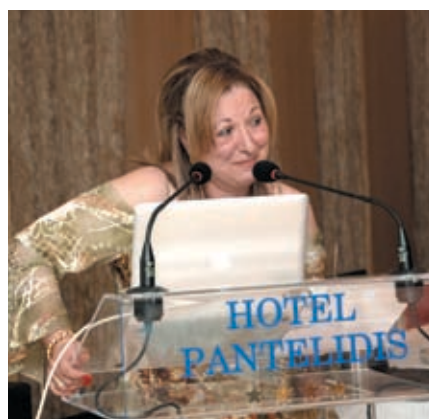
9 Ο βουλευτής του Ν. Κοζάνης κ. Πάρις Κουκουλιόπουλος



10 Ο κ. Απόστολος Τσάπας, επίκουρος καθηγητής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης



11 Ο κ. Κωνσταντίνος Μπουσούδης, διαιτολόγος-διατροφολόγος



12 Η κ. Αγγελική Καλλιπολίτου, υπεύθυνη δημοσίων σχέσεων και διοργάνωσης της εκδήλωσης

ντίνου Μπουσούδη, ο οποίος -για ακόμη μια φορά- τόνισε την αξία της υγιεινής διατροφής στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη (φωτό 11).

Αίσθηση προκάλεσε η πολύ ενδιαφέρουσα συζήτηση και ανταλλαγή απόψεων και εμπειριών από νέους που κάλεσε στο πάνελ ο γιατρός κ. Χιώτης.

Ο διοργανωτής σύλλογος στο τέλος της ημερίδας προσέφερε στους εκπροσώπους των φιλοξενούμενων συλλόγων αναμνηστικά βιβλία σχετικά με την ιστορία της περιοχής.

Μετά τη λήξη των εργασιών ακολούθησε δείπνο με ζωντανή μουσική. Μικροί και μεγάλοι διασκέδασαν όλο

το βράδυ, καθώς το γλέντι διήρκεσε μέχρι τις πρώτες πρωινές ώρες.

Την επόμενη μέρα επισκεφτήκαμε τον Ατμοηλεκτρικό Σταθμό Καρδιάς της ΔΕΗ και ξεναγηθήκαμε στις εγκαταστάσεις του. Ακολούθως επισκεφθήκαμε το εκθεσιακό κέντρο του Λιγνιτικού Κέντρου δυτικής Μακεδονίας της ΔΕΗ, όπου παρακολουθήσαμε σε μακέτα μέσω προσομοίωσης τη λειτουργία των ορυχείων παραγωγής λιγνίτη. Κατόπιν επισκεφθήκαμε το ορυχείο Μαυροπηγής και είδαμε επί τόπου τον τρόπο εξόρυξης του λιγνίτη. Εμπειρία πράγματι πρωτόγνωρη.

Η επίσκεψή μας έκλεισε με ένα πικνίκ σε ένα πολύ όμορφο και κατα-

πράσινο περιβάλλον δίπλα σε μια μικρή λίμνη. Κανείς δεν θα μπορούσε να φανταστεί ότι αυτό το μέρος ήταν το πρώτο ορυχείο λιγνίτη που έκλεισε και δημιουργήθηκε μετά από την ανάπλαση του εδάφους. Με τις καλύτερες εντυπώσεις και έχοντας αποκομίσει πολλά από την εκδήλωση αυτή πήραμε τον δρόμο του γυρισμού.

Στο σημείο αυτό θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε -για μια ακόμη φορά- τον πρόεδρο Θανάση Πετκίδη, την υπεύθυνη δημοσίων σχέσεων και διοργάνωσης της εκδήλωσης Αγγελική Καλλιπολίτου (φωτό 12) και στο πρόσωπό τους τον σύλλογο Πτολεμαΐδας «Διαβητική Πορεία» για την άριστη οργάνωση και φιλοξενία που μας παρέιχαν το διήμερο αυτό. x



BENETHΣ

60 χρόνια παράδοση
στην ποιότητα και στην επιτυχία

Από το 1948 η εταιρεία BENETH παράγει και διαθέτει μια πλήρη γκάμα προϊόντων αρτοποιίας και ζαχαροπλαστικής με απόλυτη προσήλωση στην παράδοση, την ποιότητα και την εξυπηρέτηση των πελατών της. Σήμερα, η εταιρεία διαθέτει ένα ευρύ δίκτυο 50 σημείων γνωστά ως «φούρνοι BENETH».

Για τους έλληνες καταναλωτές, ο «φούρνος BENETH» είναι συνώνυμος με την υψηλή ποιότητα, τη μυρωδιά του φρεσκοψημένου ψωμιού, την απόλαυση εξαιρετου γλυκού, καθώς και την εκτεταμένη ποικιλία από μια σειρά άλλων μοναδικών προϊόντων.

Η εταιρεία μας κοινωνικά ευαισθητοποιημένη και προσηλωμένη στην εξυπηρέτηση ειδικών πληθυσμιακών ομάδων με ιδιαίτερες διατροφικές ανάγκες, διαθέτει και συνεχώς εμπλουτίζει την ποικιλία της με προϊόντα ειδικής διατροφικής αξίας.



Οστεοαρθροπάθεια Charcot

Η οστεοαρθροπάθεια Charcot αποτελεί χρόνια προοδευτική νόσο των οστών και των αρθρώσεων, η οποία χαρακτηρίζεται από ανώδυνη (ή σπανιότερα επώδυνη) καταστροφή αυτών σε έδαφος νευροπάθειας. Σήμερα το συχνότερο αίτιό της είναι ο σακχαρώδης διαβήτης



ΝΙΚΟΣ ΠΑΠΑΝΑΣ,

επίκουρος καθηγητής παθολογίας
εξωτερικό ιατρείο διαβητικού ποδιού
Β' Παθολογική Κλινική
Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης

Η συχνότητα της οστεοαρθροπάθειας Charcot υπολογίζεται στο 0,8-8%, με αυξητική τάση στις νεότερες μελέτες, ενώ δεν φαίνεται να υπάρχει συσχέτιση με το φύλο. Οι περισσότεροι ασθενείς βρίσκονται στην 5η και 6η δεκαετία της ζωής τους και το 80% περίπου έχει διάρκεια σακχαρώδης διαβήτη άνω των 10 ετών.

Δύο είναι οι κύριες θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για την παθογένεια. Η νευροαγγειακή ή γαληνική θεωρία και η νευροτραυματική ή γερμανική θεωρία. Σύμφωνα με την πρώτη, η βλάβη των «τροφικών» νευρών οδηγεί σε αυξημένη αιμάτωση, με αποτέλεσμα την οστεοπόρωση. Η βλάβη των νευρών αφορά, λοιπόν, το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Η τοπική υπερκινητική κυκλοφορία μαρτυρείται και από το θερμό ερυθρό πόδι ενώ, αντίθετα, η περιφερική αρτηριοπάθεια φαίνεται ότι προστατεύει από οστεοαρθροπάθεια Charcot. Πράγματι, η χειρουργική βελτίωση της κυκλοφορίας μπορεί να αποτελέσει εκλυτικό παράγοντα οστεοαρθροπάθειας Charcot.

Σύμφωνα με τη δεύτερη θεωρία, η απώλεια της αισθητικότητας επιτρέπει τους επαναλαμβανόμενους μικροτραυματισμούς της άρθρωσης, με αποτέλεσμα τη φθορά της. Η βλάβη των νευρών αφορά, λοιπόν, το περιφερικό νευρικό σύστημα. Κυρίαρχο ρόλο παίζει η έλλειψη της αισθητικότητας και η μειωμένη αντίληψη του πόνου. Ως αποτέλεσμα το πόδι υφίσταται επανειλημμένους τραυματισμούς. Πράγματι, τραυματισμός μπορεί να αναφέρεται στο πρόσφατο ιστορικό σε ποσοστό 25-50%.

Η πιο σύγχρονη άποψη επικεντρώνεται στην έντονη και ανεξέλεγκτη φλεγμονώδη απάντηση στο τραύμα. Υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς παρουσιάζουν

ακριβώς αυξημένη φλεγμονώδη απάντηση με παραγωγή προφλεγμονωδών κυτταροκινών. Οι προφλεγμονώδεις κυτταροκίνες (Tumour necrosis factor alpha, TNFα; Interleukin 1beta, IL-1β) οδηγούν σε αύξηση του RANKL (receptor activator of nuclear factor kappa B ligand), με αποτέλεσμα την ενεργοποίηση του NF-κΒ (Nuclear factor κΒ), που με τη σειρά του αυξάνει την οστεοκλαστική δραστηριότητα.

Τα κυριότερα συστήματα ταξινόμησης είναι το κλινικό, το ανατομικό και το ακτινολογικό. Κλινικά, η οστεοαρθροπάθεια Charcot διακρίνεται σε οξεία και χρόνια. Στην οξεία φάση χαρακτηριστικά ευρήματα είναι το οίδημα, η αυξημένη θερμοκρασία και οι εξελισσόμενες ακτινολογικές αλλοιώσεις. Στη χρόνια φάση η θερμοκρασία μειώνεται και η ακτινολογική εικόνα μονιμοποιείται.

Σύμφωνα με την ανατομική ταξινόμηση (Sanders και Frykberg) διακρίνουμε πέντε τύπους εντόπισης ως εξής: Τύπος 1 (μεσοφαλαγγικές και μεταταρσοφαλαγγικές αρθρώσεις), τύπος 2 (ταρσομετατάρσιες αρθρώσεις), τύπος 3 (αρθρώσεις του ταρσού), τύπος 4 (άρθρωση του αστραγάλου), τύπος 5 (πτέρνα). Συχνότερος είναι ο τύπος 2, ενώ σπανιότερος είναι ο τύπος 5. Από την άποψη της πρόγνωσης, ο τύπος 1 έχει την καλύτερη και ο τύπος 5 τη χειρότερη πρόγνωση.

Η ακτινολογική ταξινόμηση (Eichenholtz) περιλαμβάνει τρία στάδια: **1)** στάδιο εγκατάστασης (οξύ), **2)** στάδιο ύφεσης (ύποξυ) και **3)** στάδιο σταθεροποίησης (χρόνιο). Στο πρώτο στάδιο βρίσκουμε διάχυτο οίδημα, χαλάρωση της άρθρωσης, υπεξάρθρωμα, κατακερματισμό και οστικά ράκν. Το δεύτερο στάδιο διακρίνεται από απορρόφηση των οστικών ρακών με σκλήρυνση και ακινη-



τοποίηση των αρθρώσεων. Στο τελευταίο στάδιο επέρχεται οστική ανακατασκευή.

Η κλινική εικόνα στην οξεία φάση χαρακτηρίζεται από θερμή και ερυθρή, οίδηματώδη άρθρωση με εντυπωσιακά ελάχιστο πόνο. Μπορεί να καταργηθεί η ποδική καμάρα, με αποτέλεσμα δύο χαρακτηριστικές παραμορφώσεις: κατάργηση της ποδικής καμάρας (rockerbottom deformity) και κυρτότητα του έσω χείλους του ποδός (medial convexity). Στη χρόνια φάση η αύξηση της θερμοκρασίας και η ερυθρότητα υποχωρούν, ενώ μπορεί να εγκατασταθούν μόνιμες παραμορφώσεις και μόνιμες ακτινολογικές βλάβες.

Η διάγνωση στηρίζεται κατά πολύ στην κλινική εικόνα: ερυθρή και θερμή (> 2 βαθμοί αύξηση θερμοκρασίας) άρθρωση, συννηθέστερα ανώδυνη είναι τα κύρια

κλινικά χαρακτηριστικά που θέτουν την υπόνοια. Οι απλές ακτινογραφίες είναι χαμηλής ευαισθησίας και ειδικότητας. Χαρακτηριστική είναι, πάντως, η προσδευτική τους επιδείνωση. Στο πρόσθιο τμήμα του άκρου ποδός διαπιστώνονται αφαλάτωση, οστική καταστροφή, μικροκατάγματα, κατακερματισμός των κεφαλών των μεταταρσίων κ.ά. Στο οπίσθιο τμήμα του άκρου ποδός διαπιστώνονται υπεξάρθρωμα της ατραγαλοκνημικής, βλάβη της τροχιλίας του αστραγάλου κ.ά. Το χαρακτηριστικότερο πρώιμο εύρημα είναι η διάσταση μεταξύ 1ου-2ου σφηνοειδούς και συστοίχων μεταταρσίων και/ή μικροκάταγμα βάσης 2ου μεταταρσίου. Το σπινθηρογράφημα τριών φάσεων παρουσιάζει αυξημένη πρόσληψη σε όλες τις φάσεις. Η ευαισθησία είναι υψηλή, αλλά η ειδικότητα μέτρια και χρειάζεται κλινική συνεκτίμηση. Στη μαγνητική τομογραφία, στην οξεία φάση παρατηρείται μειωμένο σήμα στην T1 και αυξημένο σήμα στην T2 ακολουθία. Στη χρόνια φάση παρατηρείται διάχυτα μειωμένο σήμα του μυελού. Η αντιμετώπιση διακρίνεται στη συντηρητική, που αποτελεί τη βάση της θεραπείας, και στη χειρουργική, η οποία έχει θέση στη χρόνια φάση, έπειτα από κατάλληλο προγραμματισμό.

Συντηρητική αντιμετώπιση: Χρειάζεται άμεση αποφόρτιση για την αποφυγή περαιτέρω επιβάρυνσης της άρθρωσης. Η άμεση αποφόρτιση πρέπει να αρχίζει με την κλινική υποψία, ακόμα και με φυσιο-

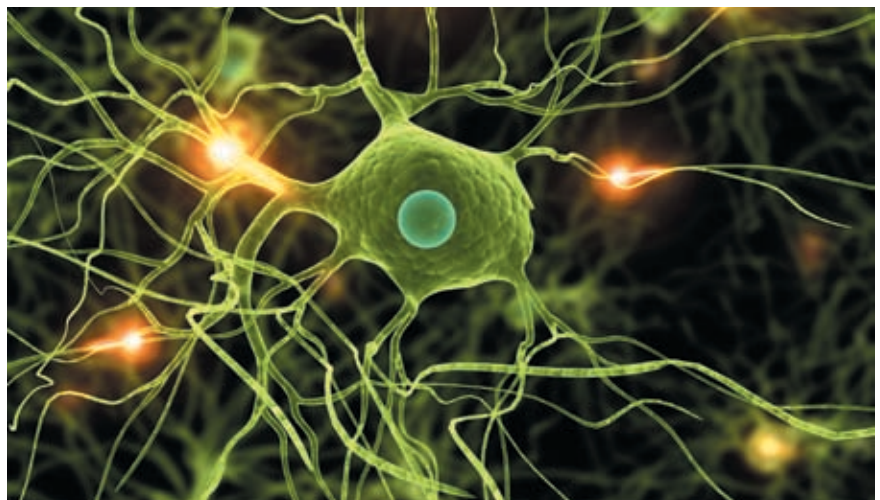
λογικές ακτινογραφίες, εν αναμονή σπινθηρογραφήματος. Η αποφόρτιση γίνεται με ειδικούς νάρθηκες, κυριότερος από τους οποίους είναι ο νάρθηκας ολικής επαφής και συνεχίζεται μέχρι την ύφεση θερμοκρασίας και την ακτινολογική σταθεροποίηση. Παράλληλα συνιστάται μείωση της κινητικότητας του ασθενούς. Η επανέναξη της κινητοποίησης γίνεται πάντοτε βαθμιαία. Στη χρόνια φάση χρειάζεται αποφόρτιση-ακίνητοποίηση έπειτα από χειρουργική επέμβαση.

Χειρουργική αντιμετώπιση: Διακρίνουμε ελάσσονες (οστετομή, επιμήκυνση αχιλλείου τένοντα) και μείζονες επεμβάσεις (αρθρόδεση, ακρωτηριασμός). Πραγματοποιούνται σε αποτυχία της συντηρητικής αντιμετώπισης, αστάθεια της άρθρωσης, σοβαρή μόνιμη παραμόρφωση και/ή επίμονη ή υποτροπιάζουσα εξέλκωση.

Συμπεράσματα

Ο γιατρός πρέπει να υποψιαστεί την οστεοαρθροπάθεια Charcot σε κάθε ασθενή με διαβητική νευροπάθεια και θερμή, ερυθρή άρθρωση. Στην πράξη η διάγνωση παραμένει κλινική, αλλά μπορεί να επιβεβαιωθεί με τις σύγχρονες απεικονιστικές μεθόδους. Η αντιμετώπιση διακρίνεται στη συντηρητική, που αποτελεί τη βάση της θεραπείας, και στη χειρουργική, η οποία έχει θέση στη χρόνια φάση, έπειτα από κατάλληλο προγραμματισμό. ✕

Ο γιατρός πρέπει να υποψιαστεί την οστεοαρθροπάθεια Charcot σε κάθε ασθενή με διαβητική νευροπάθεια και θερμή, ερυθρή άρθρωση



Πόσο επικίνδυνη είναι η υπογλυκαιμία για μένα που έχω σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;



ΖΑΔΑΛΛΑ ΜΟΥΣΛΕΧ,

ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

«Είμαι 55 χρόνων και πάσχω από σακχαρώδη διαβήτη εδώ και τέσσερα χρόνια. Το επάγγελμά μου είναι οδηγός φορτηγού και μένω μόνος μου. Είμαι 105 κιλά και έχω ύψος 181 εκατοστά. Εδώ και ένα χρόνο παίρνω δύο φάρμακα με τα οποία έχω καλή ρύθμιση -σύμφωνα με τον γιατρό μου- και η γλυκοζυλιωμένη μου είναι 7,2%. Το πρόβλημά μου είναι οι συχνές υπογλυκαιμίες και μάλιστα πρόσφατα είχα σοβαρή υπογλυκαιμία κατά τη διάρκεια της οδήγησης. Επιπρόσθετα σε αυτόν τον χρόνο που παίρνω αυτά τα φάρμακα, αυξήθηκε το βάρος μου κατά πέντε κιλά. Πώς μπορείτε να με βοηθήσετε;»

Η υπογλυκαιμία συμβαίνει όταν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα πέφτουν τόσο χαμηλά, ώστε δεν μπορούν να παρέχουν αρκετή ενέργεια για τις δραστηριότητες του σώματος (κάτω από 70 mg/dl). Ενήλικες και παιδιά δεν παρουσιάζουν υπογλυκαιμία παρά μόνο σαν επιπλοκή της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη είτε από τα χάπια είτε από την ινσουλίνη.

Σε ανθρώπους που παίρνουν φάρμακα για σακχαρώδη διαβήτη, το σάκχαρο μπορεί να είναι πολύ χαμηλό για πολλούς λόγους:

- Όταν τα γεύματα είναι πολύ μικρά ή καθυστερούν ή παραλείπονται
- Όταν η δόση των φαρμάκων ή της ινσουλίνης είναι μεγάλη
- Όταν λαμβάνουν φάρμακα που διεγείρουν την έκκριση της ινσουλίνης, όπως οι σουλφονουριδίες
- Από αυξημένη φυσική δραστηριότητα ή άσκηση
- Από υπερβολική κατανάλωση αλκοολούχων ποτών

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας είναι: αίσθημα πείνας, νευρικότητα, τρόμος, ιδρώτας, ζάλη, αδυναμία συγκέντρωσης, υπνηλία, σύγχυση, δυσκολία στην ομιλία, αίσθημα άγχους ή αδυναμίας και τέλος κώμα. Επίσης, η υπογλυκαιμία μπορεί να συμβεί και κατά τη διάρκεια του ύπνου όπου το άτομο που πάσχει από διαβήτη μπορεί να φωνάζει, να έχει εφιδρώσεις, μπορεί να σεντόνια ή τα ρούχα να είναι υγρά από τον ιδρώτα, καθώς και να αισθάνεται κούραση, ευερεθιστότητα ή σύγχυση όταν ξυπνάει.

Για την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας θα πρέπει το άτομο με διαβήτη να εφαρμόζει τον κανόνα του 15, όπου το άτομο λαμβάνει 15 γραμμάρια γρήγορους υδατάνθρακες (π.χ. 1/2 ποτήρι χυμό) και να μετρηθεί σε 15 λεπτά. Αν και πάλι το σάκχαρο

είναι χαμηλό, τότε επαναλαμβάνεται η παραπάνω διαδικασία. Στο σημείο αυτό, πρέπει να τονίσουμε ότι ο κανόνας πρέπει να εφαρμόζεται κατά γράμμα και να μη λαμβάνει το άτομο επιπλέον ποσότητα υδατανθράκων.

Στον ασθενή μας φαίνεται ότι η αιτία των υπογλυκαιμιών του οφείλεται στη λήψη φαρμάκων που διεγείρουν την έκκριση της ινσουλίνης. Σε αυτήν την περίπτωση θα πρέπει να γίνει αλλαγή της θεραπείας, πάντα σε συνεννόηση με τον γιατρό, διότι στο άτομο αυτό υπάρχουν δύο σημαντικοί παράγοντες που καθιστούν την υπογλυκαιμία σοβαρή και επικίνδυνη κατάσταση. Αυτοί είναι το επάγγελμά του (οδηγός φορτηγού) και το γεγονός ότι ζει μόνος του. Επιπρόσθετα, αυτό το άτομο με διαβήτη έχει αυξήσει το βάρος του, πράγμα που δεν θέλουμε, επειδή η παχυσαρκία εμποδίζει τη ρύθμιση του σακχάρου.

Τα τελευταία χρόνια έχουμε στη διάθεσή μας μια νέα κατηγορία φαρμάκων που λαμβάνονται από το στόμα και δρουν στο ενδοκρινικό σύστημα. Αναστέλλουν ένα ένζυμο και με αυτόν τον τρόπο βοηθούν στην παραγωγή ινσουλίνης μόνο όταν έχουμε αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη τύπου 2.

Αυτά τα φάρμακα, εκτός της αποδεδειγμένης αποτελεσματικότητάς τους έχουν επιπλέον δύο βασικά πλεονεκτήματα που έχουν φανεί από τις κλινικές μελέτες και τη χρήση τους σε πολλούς διαβητικούς:

- Δεν προκαλούν υπογλυκαιμία, γιατί δρουν όταν το σάκχαρο είναι ανεβασμένο
- Δεν αυξάνουν το βάρος

Στην περίπτωση μας, θα μπορούσε να χορηγηθεί ένας παράγοντας αυτής της κατηγορίας αντί για τη σουλφονουριδία, για την αντιμετώπιση των σοβαρών υπογλυκαιμιών του και τη συνεχιζόμενη αύξηση του βάρους του. ❏



ΜΑΘΕ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΟΥ

Παρατηρείτε;



Πρόσληψη
Βάρους

Αισθάνεστε;



Υπογλυκαιμία

Νιώθετε;



Εξάντληση

Οι αλλαγές στο σύγχρονο τρόπο διαβίωσης έχουν συμβάλλει στην αύξηση των διαβητικών τύπου 2 ασθενών, οι οποίοι για τον έλεγχο της νόσου ακολουθούν κάποια αντιδιαβητική αγωγή.

Αν ενώ λαμβάνετε κάποια θεραπεία διαπιστώσετε **πρόσληψη βάρους, υπογλυκαιμία ή εξάντληση**, τότε συμβουλευτείτε τον γιατρό σας.

Λεύκη: Τι είναι, πώς θεραπεύεται και ποια η σχέση της με το σακχαρώδη διαβήτη

Η λεύκη αποτελεί τη συχνότερη επίκτητη διαταραχή της χροιάς του δέρματος, η οποία παρατηρείται σε όλες τις ηλικίες και φυλές, ενώ φαίνεται να πληττει ένα ποσοστό της τάξης του 2% του πληθυσμού της χώρας μας, κυρίως στις ηλικίες μεταξύ 10-30 ετών. Χαρακτηρίζεται από την αιφνίδια εμφάνιση καλώς περιγεγραμμένων, λευκών περιοχών του δέρματος εξαιτίας της απώλειας των μελανοκυττάρων τους και ενώ ως πάθηση δεν συνδέεται με άλλα συστηματικά συμπτώματα, μπορεί λόγω της αισθητικής δυσμορφίας που προκαλεί, να επηρεάσει ιδιαίτερα αρνητικά τη ζωή και την ψυχική υγεία των πασχόντων



δρ ΚΟΡΙΝΑ ΤΖΙΜΑ,

δερματολόγος-αφροδισιολόγος και δερματοχειρουργός, επιστημονικός συνεργάτης Β' Πανεπιστημιακής Δερματολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Πώς αναγνωρίζουμε κλινικά τη λεύκη;

Τα αρχικά συμπτώματα της λεύκης, όπως υποδηλώνει και το ίδιο το όνομα της δερματοπάθειας αυτής αφορούν την ξαφνική εμφάνιση λίγων συνήθως, καλώς περιγεγραμμένων κηλίδων σε περιοχές του δέρματος που πρωτίτερα εμφάνιζαν φυσιολογικό χρώμα. Οι αποχρωματισμένες αυτές περιοχές παίρνουν το χρώμα του γάλακτος, ενώ αποχρωματίζονται και οι τρίχες που περικλείονται σε αυτές και το δέρμα που τις περιβάλλει γίνεται συνήθως σκουρότερο του φυσιολογικού. Οι περιοχές του σώματος, που κατά κανόνα προσβάλλονται, είναι: τα σημεία γύρω από τα μάτια, τη μύτη, το στόμα και τον ομφαλό, τα ακάλυπτα σημεία του σώματος, όπως είναι τα χέρια, το πρόσωπο, ο λαιμός, η ραχιαία επιφάνεια των ποδιών, οι περιοχές τριβής και πίεσης όπως είναι τα γόνατα, οι αγκώνες, η μέση, οι πλευρές, αλλά και σημεία του δέρματος στα οποία προξενούνται τραυματισμοί, καθώς και η περιοχή των γεννητικών οργάνων. Η πορεία που ακολουθεί η δερματοπάθεια αυτή είναι συνήθως προοδευτική, καθώς οι προσβεβλημένες περιοχές τείνουν να αυξηθούν σε αριθμό και μέγεθος, συρρέουν και ενώνονται καταλαμβάνοντας μεγάλο εμβαδό της επιφάνειας του δέρματος. Η μορφή αυτή της λεύκης ονομάζεται γενικευμένη και είναι και η πλέον συχνή, ενώ πολύ σπάνια μπορεί να μετατραπεί σε καθολική με πλήρη αποχρωματισμό του δέρματος και των τριχών. Υπάρχει ωστόσο και ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών που μπορεί να εμφανίζουν για πολλά χρόνια μόνο μια εντοπισμένη μορφή που χαρακτηρίζεται από την παρουσία λίγων λευκών κηλίδων και δεν εξελίσσεται.

Πού οφείλεται η ανάπτυξη της λεύκης;

Το ερώτημα αυτό, παρά τις έρευνες που έχουν γίνει για την παθογένεια της δερματοπάθειας αυτής, δεν έχει δυστυχώς απαντηθεί. Ασφαλώς οφείλεται στην εξαφάνιση των μελανοκυττάρων του άηλότε υγιούς δέρματος, ενώ η κληρονομική προδιάθεση παίζει σημαντικότερο ρόλο, καθώς ένας στους πέντε νέους ασθενείς αναφέρει την ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού με λεύκη.

Οι μέχρι σήμερα μελέτες φαίνεται να καταλήγουν σε τρεις διαφορετικούς μηχανισμούς:

- Η αυτοάνοση θεωρία είναι η επικρατέστερη και βασίζεται στην υπόθεση της δράσης του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι των μελανοκυττάρων, τα οποία παράγουν τη γνωστή μας μελανίνη στη δράση της οποίας οφείλεται κατά κύριο λόγο η χροιά του δέρματος. Η υπόθεση αυτή υποστηρίζεται από το γεγονός ότι έχουν απομονωθεί εργαστηριακά στους πάσχοντες από λεύκη αυτοαντισώματα που στρέφονται εναντίον των μελανοκυττάρων τους, αλλά και από το γεγονός ότι οι πάσχοντες από λεύκη φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένο ρυθμό παραγωγής κι άλλου τύπου αυτοαντισωμάτων, με αποτέλεσμα να συνυπάρχουν συχνά σε αυτούς κι άλλα αυτοάνοσα νοσήματα. Τέτοιου τύπου αυτοάνοσα νοσήματα είναι ο υποθυρεοειδισμός (θυρεοειδίτιδα Hashimoto), ο υποπαραθυρεοειδισμός, η μυασθένεια Gravis, η νόσος του Addison, η γυροειδής αλωπεκία, αλλά και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Φαίνεται δηλαδή, ότι στους πάσχοντες από λεύκη είναι μεγαλύτερος ο κίνδυνος συνύπαρξης ή αργότερα ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη, στην παθογένεια του οποίου όπως είναι πλέον γνωστό, παίζουν επίσης σημαντικό ρόλο οι αυτοάνοσοι μηχανισμοί με την ανάπτυξη αντισωμάτων έναντι των κυττάρων του παγκρέατος. Για τον λόγο αυτό οι ασθενείς που προσέρχονται στον ειδικό δερματολόγο με πρόσφατη εμφάνιση λεύκης, θα πρέπει να εξετάζονται ενδελεχώς κλινικά και εργαστηριακά για το ενδεχόμενο

συνύπαρξης σακχαρώδους διαβήτη ή και διαταραχής της ανοχής στη γλυκόζη, αλλά και των υπολοίπων αυτοάνοσων νοσημάτων που προαναφέρθηκαν. Ειδικά δε για το ενδεχόμενο της ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη με την πάροδο του χρόνου, οι ασθενείς θα πρέπει να προσέρχονται για τακτικούς ελέγχους.

- Η νευρογενής θεωρία υποστηρίζει ότι κάποιος χημικός παράγοντας που ελευθερώνεται στις απολήξεις των νευρών ευθύνεται για την καταστροφή των μελανοκυττάρων και την απώλεια του χρώματος. Η θεωρία αυτή βασίζεται στην παρατήρηση ότι πολλοί πάσχοντες αναφέρουν ένα επεισόδιο έντονου στρες, συγκίνησης ή τραυματισμού πριν την εμφάνιση των πρώτων συμπτωμάτων της λεύκης, γεγονός που σημαίνει ότι κάποια ουσία που απελευθερώνεται στις απολήξεις των νευρών στις συνθήκες αυτές δρα καταστροφικά για τα δερματικά κύτταρα, με συνέπεια την απώλεια της χροιάς.
- Τέλος, η θεωρία αυτοκαταστροφής των μελανοκυττάρων υποστηρίζει ότι τα μελανοκύτταρα των πασχόντων παρουσιάζουν ελλειψότητες και ατέλειες των φυσικών μηχανισμών προστασίας, που φυσιολογικά θα έπρεπε να διαθέτουν απέναντι σε διάφορες περιβαλλοντικές τοξικές ουσίες.

Διάγνωση και πορεία της λεύκης

Η διάγνωση της λεύκης μετά την παρουσία των πρώτων υποχρωμικών κηλίδων, θα πρέπει να γίνει με τη συνεργασία ενός ειδικού δερματολόγου, καθότι υπάρχουν και πολλές άλλες διαταραχές της χροιάς του δέρματος που ομοιάζουν με τη λεύκη και οι οποίες μπορεί να είναι τελείως αθώες, όπως είναι η λευκή πιτυρίαση στα ατοπικά άτομα, η ποικιλόχρους πιτυρίαση που αποτελεί μια επιφανειακή μυκητίαση του δέρματος ή και η μεταφλεγμονώδης υπομελάγχρωση μετά από τραυματισμούς και δερματικές φλεγμονές. Μπορεί όμως οι υποχρωμικές περιοχές να αποτελούν σημείο κάποιας άλλης πιο σοβαρής δερματοπάθειας όπως είναι η σκληροδερμία, η οζώδης σκλήρυνση ή ο σκληροατροφικός λειχήνας, όπου στις περιπτώσεις αυτές είναι καίριας σημασίας η έγκαιρη διάγνωση και η θεραπευτική αντιμετώπιση.

Όσον αφορά την πορεία της νόσου, αυτή είναι συνήθως αργή και προοδευτική, δύναται όμως σε κάποιες περιπτώσεις να πα-

ρουσιάζει γρήγορη και απρόβλεπτη εξέλιξη, καταλαμβάνοντας μεγάλες επιφάνειες του ανθρώπινου δέρματος, κυρίως στις περιοχές του προσώπου, των άκρων και στη γεννητική χώρα. Το αισθητικό πρόβλημα που δημιουργείται είναι δυστυχώς σε πολλές περιπτώσεις τέτοιο που διαταράσσεται πολύ σοβαρά η ψυχική υγεία και η αυτοεκτίμηση των πασχόντων, με αποτέλεσμα να επηρεάζεται η προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή.

Ποιες είναι σήμερα οι θεραπευτικές επιλογές στη λεύκη;

Καταρχήν στο σημείο αυτό, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι παρά το γεγονός ότι η λεύκη είναι μια δερματοπάθεια που παρουσιάζει ανθεκτικότητα και της οποίας η θεραπεία μπορεί να είναι δύσκολη και μακρόχρονη, υπάρχουν σήμερα πολλές θεραπευτικές επιλογές που μας δίνουν σημαντικά ποσοστά βελτίωσης. Οπότε οι ασθενείς θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να ενθαρρύνονται να επισκέπτονται τον δερματολόγο τους και μαζί να αποφασίζουν για την πλέον κατάλληλη θεραπευτική μέθοδο.

Ορισμένα σημαντικά σημεία της θεραπείας που θα πρέπει να έχει υπόψη του ο ασθενής είναι ότι:

1. ο επαναχρωματισμός του δέρματος, όποια θεραπευτική μέθοδος και να επιλεγεί, αποτελεί μια μακρόχρονη διαδικασία, επομένως οι ασθενείς δεν θα πρέπει να απογοητεύονται εύκολα και να εγκαταλείπουν τη θεραπευτική προσπάθεια,
2. οι ασθενείς θα πρέπει να αποφεύγουν τους τραυματισμούς, καθώς τα σημεία του δέρματος που τραυματίζονται αποτελούν υποψήφιες θέσεις για την ανάπτυξη λεύκης. Επιπλέον, θα πρέπει να χρησιμοποιούν σχολαστικά αντιηλιακή προστασία, επειδή οι πάσχουσες περιοχές στερούνται μελανοκυττάρων και επομένως μπορούν πολύ ευκολότερα να υποστούν ηλιακά εγκαύματα,
3. το πρόσωπο, ο λαιμός, το σώμα και οι έντριχες περιοχές ανταποκρίνονται πολύ καλύτερα στη θεραπεία από ό,τι τα χέρια, οι αγκώνες, τα γόνατα και οι άτριχες περιοχές του σώματος.

Όσον αφορά τώρα στη θεραπευτική μέθοδο που θα επιλεγεί, αυτή αποτελεί συνάρτηση πολλών παραγόντων, όπως είναι η έκταση της λεύκης, η ηλικία του ασθενούς και το ψυχολογικό



Η θεραπεία της λεύκης μπορεί να είναι δύσκολη και μακρόχρονη, όμως οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται να προσέρχονται στον γιατρό τους και να επιλέγουν μαζί την καταλληλότερη για αυτούς μέθοδο που θα τους προσδώσει το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα

φορτίο που του προκαλεί η πάθησή του. Και αυτό το αναφέρουμε, διότι στις περιπτώσεις που η λεύκη είναι εντοπισμένη σε μια μικρή περιοχή και φαίνεται να μην απασχολεί αισθητικά τον ασθενή, δεν είναι υποχρεωτική η έναρξη θεραπείας. Αρκεί στις περιπτώσεις αυτές η κάλυψη των βλαβών με ειδικά προϊόντα make-up που είναι αδιάβροχα και σταθερά για πολλές ώρες και τα οποία όταν ο ασθενής μάθει να εφαρμόζει σωστά επιτυγχάνουν πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα, διευκολύνοντας την καθημερινότητά του. Βέβαια στις περιπτώσεις αυτές δεν θα πρέπει να παραλείπεται η τακτική παρακολούθηση και ο ενδοκρινολογικός έλεγχος που προαναφέραμε.

Ωστόσο, στις περιπτώσεις των ασθενών που η λεύκη φαίνεται να επεκτείνεται σε μεγάλες επιφάνειες, στην περίπτωση των παιδιών με λεύκη και όταν οι πάσχοντες παρουσιάζουν σημαντική ψυχολογική επιβάρυνση, η έναρξη της θεραπείας είναι επιβεβλημένη. Στην περίπτωση αυτή μπορούν να χρησιμοποιηθούν:

- Σκευάσματα τοπικών κορτικοστεροειδών, μέσης ή μεγάλης ισχύος, που εφαρμόζονται για 2-5 μήνες υπό συνεχή παρακολούθηση για να αποφευχθεί ο κίνδυνος ανάπτυξης ατροφίας του δέρματος (η μέθοδος αυτή μπορεί να εφαρμοστεί και σε παιδιά),
- σκευάσματα τοπικών ανοσοτροποποιητικών (tacrolimus και pimecrolimus), τα οποία μπορούν να εφαρμοστούν και σε παιδιά για μεγάλα χρονικά διαστήματα, χωρίς τις παρενέργειες των κορτικοστεροειδών. Επιτυγχάνουν δε μέσω της αναστολής της αυτοάνοσης διαδικασίας πολύ καλό θεραπευτικό αποτέλεσμα,
- συστηματικά κορτικοστεροειδή σε χαμηλή δόση, για 6-24 μήνες, όταν η νόσος εξελίσσεται πολύ γρήγορα,
- η φωτοχημειοθεραπεία (PUVA), κατά την οποία ο ασθενής λαμβάνει συστηματικά ή εφαρμόζεται σε αυτόν τοπικά μια φωτοευαισθητοποιούσα ουσία (ψωραληνία) και στη συνέχεια ακτινοβολείται με UVA ακτινοβολία, με στόχο να διεγερθούν

τα εναπομείναντα μελανοκύτταρα και να παράγουν μελανίνη, οδηγώντας σε αποκατάσταση της χροιάς του δέρματος. Η μέθοδος αυτή επιτυγχάνει σημαντικότερη βελτίωση στο 50-70% των ασθενών, αλλά πρέπει να εφαρμόζεται μόνο από εξειδικευμένους δερματολόγους που θα αποφασίζουν για την προοδευτική αύξηση της δόσης της ακτινοβολίας και τη διάρκεια της θεραπείας και πάντα υπό στενή παρακολούθηση, καθώς ελλοχεύουν οι κίνδυνοι ναυτίας, εγκαυμάτων, φωτογήρανσης και φωτοτοξικότητας, καταρράκτη και ανάπτυξης δερματικών καρκίνων,

- πολύ καλά αποτελέσματα αν και πιο αργά σε σχέση με την PUVA θεραπεία επιτυγχάνονται και με την ακτινοβολία των προσβεβλημένων περιοχών του ασθενούς με την UVB ακτινοβολία (narrow band UVB) και με το excimer laser. Η αρχή λειτουργίας και των δύο μεθόδων βασίζεται και πάλι στη διέγερση των μελανοκυττάρων, χωρίς ωστόσο τη χρήση φωτοευαισθητοποιών ουσιών, με αποτέλεσμα να αποφεύγεται σημαντικά η φωτοτοξικότητα και οι μέθοδοι αυτοί να θεωρούνται ασφαλείς και για παιδιά, εγκύους, ηπατοπαθείς και νεφροπαθείς,
- στην περίπτωση μικρών, σταθερών σε μέγεθος βλαβών μπορούν να χρησιμοποιηθούν χειρουργικά και μικρομοσχεύματα υγιούς δέρματος, τα οποία τοποθετούνται στην προσβεβλημένη περιοχή και ακολουθεί ακτινοβολία με στόχο την αποκατάσταση της μελάγχρωσης.

Τέλος, υπάρχουν δυστυχώς και οι περιπτώσεις όπου η πάθηση έχει πλέον καταλάβει πολύ μεγάλο μέρος της επιφάνειας του σώματος και ανθίσταται σε κάθε θεραπευτική προσπάθεια. Στα περιστατικά αυτά και μόνο εφόσον πρόκειται για ασθενείς μεγάλης ηλικίας μπορεί να προταθεί ο μόνιμος αποχρωματισμός του εναπομείναντος υγιούς δέρματος με τη χρήση τοπικού σκευάσματος υδροκινόνης 20% ή με την εφαρμογή του Q-switched ruby laser, έτσι ώστε ο ασθενής να αποκτήσει μια ομοιόμορφη λευκωπή χροιά δέρματος και να απαλλαγεί από τις ενοχλητικές δυσχρωμίες.

Καταλήγοντας, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η λεύκη είναι μια δερματοπάθεια που παρουσιάζεται στον πληθυσμό αρκετά συχνότερα από ό,τι πιστεύουμε και παρότι αποτελεί επί της ουσίας αισθητικό πρόβλημα, μπορεί να επηρεάσει σημαντικότερα την ψυχολογική κατάσταση του πάσχοντα, μειώνοντας την αυτοπεποίθησή του και καθιστώντας την καθημερινότητά του και την επαφή με τους γύρω του ιδιαίτερα προβληματική. Επιπλέον, όπως προαναφέρθηκε, η παρουσία λεύκης μπορεί να αποτελεί ένδειξη εμφάνισης κι άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων και ενδοκρινοπαθειών, οπότε οι ασθενείς αυτοί πρέπει να βρίσκονται υπό παρακολούθηση από ομάδα λειτουργών υγείας που να αποτελείται από δερματολόγο, ενδοκρινολόγο και ψυχολόγο. Η θεραπεία της λεύκης μπορεί μεν να είναι δύσκολη και μακρόχρονη, όμως καθώς όλο και περισσότερες εναλλακτικές και πειραματικές θεραπείες έρχονται στο προσκήνιο, οι ασθενείς θα πρέπει να ενθαρρύνονται σε κάθε περίπτωση να προσέρχονται στον γιατρό τους και να επιλέγουν μαζί την καταλληλότερη για αυτούς μέθοδο που θα τους προσδώσει το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα. x

Dialevel®

Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου

Στα πρώιμα στάδια του διαβήτη

Dialevel®

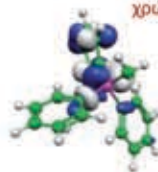
- ✓ Βοηθά να γίνει ευκολότερη η ζωή αυτών που έχουν διαβήτη σε πρώιμο στάδιο.
- ✓ Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου του αίματος.
- ✓ Κατάλληλο και για διαβητική νευροπάθεια.
- ✓ Βοηθά το σώμα να χρησιμοποιεί την ινσουλίνη καλύτερα.
- ✓ Επηρεάζει τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα.
- ✓ Περιέχει ενεργά συστατικά σε κλινικά αποδεδειγμένες δόσεις.



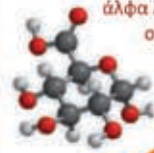
κανέλα



χρώμιο



άλφα λιποϊκό
οξύ



**ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ
ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ**

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟ

Λιανική τιμή: 25,30 €

Από φυτικά εκχυλίσματα!

Κουτί με 60 ταμπλέτες
Κάθε ταμπλέτα περιέχει:

Alpha-lipoic acid (ALA)	200,0 mg
Cinnamon extract	55,6 mg
Chromium	60,0 µg

WALMARK®

Α.Π.Γ. ΕΟΦ: 83537/23-11-2009



HACCP
Hazard Analysis Critical Control Point



ΒΙΒΑΦΑΡΜ Α.Ε.
Αποκλειστικός αντιπρόσωπος για την Ελλάδα
Αγίου Ιωάννου 2, Μελίτσα, Τ.Κ. 151 27
Τηλ.: 210 8034403, Fax: 210 8034495
www.vivapharm.gr, e-mail: vivapharm@hol.gr





Σακχαρώδης διαβήτης και οφθαλμός

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια διαρκής απειλή για την όραση και αποτελεί στις δυτικές κοινωνίες τη συχνότερη αιτία απώλειας όρασης στις παραγωγικές ηλικίες ανάμεσα στα 20 και τα 64 έτη. Είκοσι έτη μετά τη διάγνωση της νόσου το σύνολο σχεδόν των ασθενών με ινσουλινοεξαρτώμενο ή νεανικό διαβήτη τύπου I έχουν ευρήματα από τους οφθαλμούς, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό για τους ασθενείς με μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη τύπου II είναι περίπου 60%. Ένα σημαντικό μέρος των επιπλοκών αυτών όμως, μπορούν να προληφθούν με την κατάλληλη ιατρική φροντίδα



ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΦΙΛΙΠΠΟΠΟΥΛΟΣ,

M.D., χειρουργός οφθαλμίατρος, Associate in Ophthalmology
Harvard Medical School Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Athens Vision

Συνεπώς, επιβεβλημένη είναι η τακτική οφθαλμολογική παρακολούθηση και ο αυστηρός έλεγχος του σακχάρου για την πρόληψη όχι μόνο των οφθαλμολογικών επιπλοκών αλλά και των υπολοίπων κινδύνων που απορρέουν από τον διαβήτη, όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, το αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο ή η διαβητική νεφροπάθεια. Σκοπός του άρθρου αυτού είναι η ενημέρωση ασθενών και των οικείων τους, ώστε να μπορούν να συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων που επηρεάζουν τη ζωή τους.

Μηχανισμοί της νόσου

Ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει τα αιμοφόρα αγγεία που μεταφέρουν οξυγόνο προς τα όργανα και τους ιστούς του ανθρώπινου οργανισμού. Η βαρύτητα των αλλοιώσεων που προκαλούνται είναι ευθέως ανάλογη του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα αλλά και της διάρκειας της νόσου. Ειδικότερα, επηρεάζεται το μέγεθος του αυλού των αγγείων, με αποτέλεσμα να περιορίζεται η παροχή αίματος προς τους ιστούς. Η μειωμένη παροχή αίματος (**ισχαιμία**) έχει σαν αποτέλεσμα να προκαλείται έλλειψη οξυγόνου που με τη σειρά της οδηγεί σε ελαττωματική μεταβολική λειτουργία και κυτταρικές βλάβες. Παράλληλα επηρεάζεται και η **στεγανότητα των αγγείων**, με αποτέλεσμα να διαρρέουν από τα αγγεία προς τους ιστούς μεταβολικά προϊόντα (λιποπρωτεΐνες) και υγρά που φυσιολογικά οφείλουν να παραμείνουν μέσα στα αγγεία. Προκαλείται κατά συνέπεια οίδημα (πρήξιμο) στους ιστούς και επηρεάζεται η εύρυθμη λειτουργία τους.

Στον οφθαλμό, ο ιστός ο οποίος δέχεται τις σοβαρότερες επιδράσεις είναι ο αμφιβληστροειδής χιτώνας (**εικόνα 1**), η φωτοευαίσθητη δηλαδή στοιβάδα που επενδύει το εσωτερικό του οφθαλμού και προσλαμβάνει τα φωτεινά ερεθίσματα, όπως το φωτογραφικό φιλμ αποτυπώνει την εικόνα που αποθανατίζουμε. Η ισχαιμία αναγκάζει τον αμφιβληστροειδή να δημιουργήσει νέα αιμοφόρα αγγεία (**νεοαγγείωση**) με σκοπό να εξασφαλίσει περισσότερο οξυγόνο. Δυστυχώς όμως, τα νέα αγγεία δημιουργούνται σε θέσεις που δεν τους αρμόζει και είναι εύθραυστα. Το αποτέλεσμα είναι οι γνωστές οφθαλμολογικές επιπλοκές του διαβήτη όπως η **αιμορραγία**, που οφείλεται σε ρήξη εύθραυστων νέων αγγείων, η **ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδή**, που οφείλεται σε ρίκνωση αγγείων που αναπτύσσονται όχι στην επιφάνεια του αμφιβληστροειδή αλλά στην υαλοειδική εσωτερική κοιλότητα του οφθαλμού (**εικόνα 1**) και το **νεοαγγειακό γλαύκωμα** (υψηλή πίεση εντός του οφθαλμού), που οφείλεται στην ανάπτυξη αγγείων και απόφραξη δομών επιφορτισμένων με τη λειτουργία να απομακρύνουν το υγρό που ο οφθαλμός συνεχώς παράγει.

Επιπρόσθετα, η απώλεια στεγανότητας των αγγείων προκαλεί εναπόθεση λιπιδίων, μεταβολικών προϊόντων και υγρού στον αμφιβληστροειδή διαταράσσοντας τη φυσιολογική αρχιτεκτονική του και προκαλώντας **διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας**. Η ωχρά κηλίδα βρίσκεται στην κεντρική μοίρα του αμφιβληστροειδή και είναι επιφορτισμένη με το καθήκον της ευκρινούς όρασης. Όταν παρατηρούμε με ευθεία μαύρη γραμμή σε λευκό φόντο, μια αντίστοιχη ευθεία γραμμή αποτυπώνεται πάνω στην ωχρά κηλίδα. Όταν υπάρχει διαβητικό οίδημα (ηρήξιμο) στην ωχρά κηλίδα, η ευθεία γραμμή απεικονίζεται παραμορφωμένη, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται η ευκρίνεια των αντικειμένων και να ελαττώνεται η οπτική οξύτητα του ασθενή.

Νοσολογικές οντότητες

Η παρουσία αλλοιώσεων στον αμφιβληστροειδή (π.χ. αιμορραγίες, ορατές αλλοιώσεις στα αγγεία, οίδημα, εναποθέσεις

-σκληρά εξιδρώματα- στον αμφιβληστροειδή κ.ά.) ονομάζεται **διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια**. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια χωρίζεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες, την πιο επικίνδυνη **παραγωγική** που χαρακτηρίζεται από την παρουσία νέων αγγείων λόγω ισχαιμίας και την πρώιμη **μη παραγωγική**. Όταν ο ασθενής φτάσει στο στάδιο της παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, είναι αναγκαία η άμεση θεραπεία, διότι σε διαφορετική περίπτωση σημειώνονται σοβαρές επιπλοκές, όπως για παράδειγμα αιμορραγία στην υαλοειδική κοιλότητα, ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδή ή νεοαγγειακό γλαύκωμα, που σχεδόν πάντα οδηγούν σε απώλεια όρασης. Η μη παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια χωρίζεται σε τέσσερα διαφορετικά στάδια βαρύτητας που καθορίζουν τη συχνότητα παρακολούθησης από τον οφθαλμίατρο. Σε γενικές γραμμές η βαθμιαία μετάβαση από το ένα στάδιο βαρύτητας στο επόμενο υπαγορεύει πιο συχνή παρακολούθηση και συνεπώς αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών. Όταν πλέον ο ασθενής βρίσκεται στο τέταρτο στάδιο βαρύτητας της μη παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, τότε ο κίνδυνος μετάβασης στην παραγωγική είναι 45% κάθε ένα έτος.

Με οποιοδήποτε στάδιο διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (εξαιρέση αποτελεί η ήπια μη παραγωγική) ενδέχεται να συνυπάρχει διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας. Η επίπτωση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας κυμαίνεται από 2-75% ανάλογα με το στάδιο της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και τη χρονική διάρκεια του διαβήτη. Από τη στιγμή που το οίδημα στην ωχρά κηλίδα πληροί κάποια μορφολογικά κριτήρια (χαρακτηρίζεται τότε ως **κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας**), είναι επιβεβλημένη η θεραπεία ακόμα και αν δεν έχει ελαττωθεί η οπτική οξύτητα.

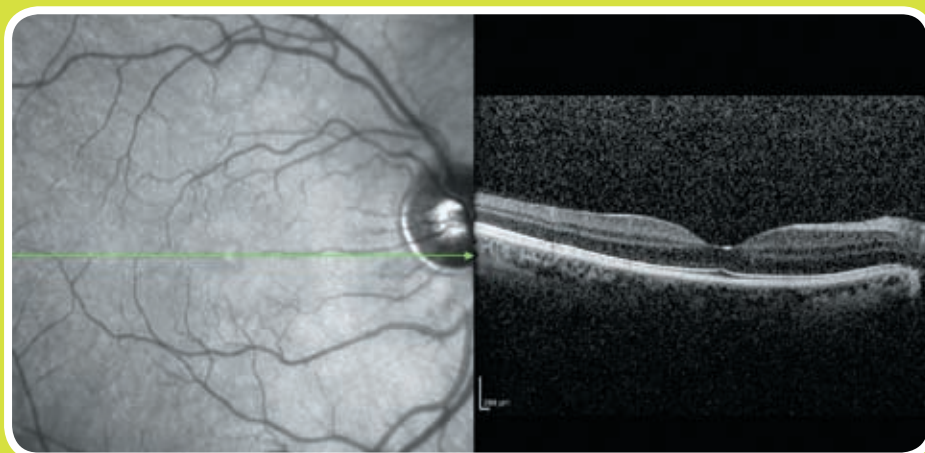
Διαγνωστικές εξετάσεις

Κάθε διαβητικός ασθενής οφείλει να υποβάλλεται σε **βυθοσκόπηση**, σε λεπτομερή επισκόπηση δηλαδή του αμφιβληστροειδή, που πραγματοποιείται με σταγόνες που μεγαλύνουν την



Εικόνα 1: Σχηματική αναπαράσταση των δομών του οφθαλμού

Εικόνα 2: Ασπρόμαυρη απεικόνιση του αμφιβληστροειδή αριστερά και οπτική τομογραφία συνοχής (OCT) της ωχράς κηλίδας δεξιά με λεπτομερή αναπαράσταση των στοιβάδων της >



κόρη του οφθαλμού (μυδρίαση) και θολώνουν την όραση για τρεις με τέσσερις ώρες. Αυτό είναι απαραίτητο τουλάχιστον μία φορά τον χρόνο ακόμα και χωρίς κανένα παθολογικό εύρημα στον οφθαλμό. Αν διαπιστωθεί διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, τότε αναγκαία είναι πιο συχνή παρακολούθηση ανάλογα με τη βαρύτητα των ευρημάτων όπως συνοψίζεται στον **πίνακα 1**. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου I σπανίως έχουν οφθαλμολογικά ευρήματα κατά τα πέντε πρώτα έτη από τη διάγνωσή τους. Αντίθετα οι ασθενείς με διαβήτη τύπου II αρκετά συχνά έχουν ευρήματα ήδη από τη στιγμή της διάγνωσης, δεδο-

Ο διαβητικός ασθενής τοποθετεί τη φροντίδα του διαβήτη στο επίκεντρο της καθημερινότητάς του, εντούτοις συνεχίζει να χρειάζεται θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές η άρνηση είναι μια δικαιολογημένη, αλλά όχι χρήσιμη αντίδραση

Πίνακας συνιστώμενης οφθαλμιατρικής παρακολούθησης ανάλογα με το στάδιο της νόσου	
Βαρύτητα διαβητικών οφθαλμικών ευρημάτων	Συχνότητα παρακολούθησης
Φυσιολογική βυθοσκόπηση	κάθε ένα έτος
Ήπια διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (μη παραγωγική)	κάθε εννέα μήνες
Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μέτριας βαρύτητας (μη παραγωγική)	κάθε έξι μήνες
Σοβαρή διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (μη παραγωγική)	κάθε τέσσερις μήνες
Κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας	κάθε 2-4 μήνες
Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια	κάθε 2-3 μήνες

μένου ότι το υψηλό σάκχαρο μπορεί να διαφύγει της προσοχής για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης, η εγκυμοσύνη ενδέχεται να προκαλέσει επιδείνωση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαία μια προληπτική εξέταση στο πρώτο τρίμηνο της κύησης για όλες τις διαβητικές εγκυμονούσες.

Μια εξέταση που επιστρατεύεται αρκετά συχνά είναι η **φθουροαγγειογραφία**. Κατά την εξέταση αυτή χορηγείται μια φθορίζουσα ουσία ενδοφλέβια και λαμβάνονται διαδοχικές φωτογραφίες του αμφιβληστροειδούς που επιτρέπουν την αξιολόγηση της επάρκειας της αιμάτωσής του, της ακεραιότητας των αγγείων και τη διαπίστωση νέων αγγείων που οφείλονται σε ισχαιμία (νεοαγγείωση). Η φθουροαγγειογραφία μπορεί να προκαλέσει σε μικρό ποσοστό ασθενών τάση για εμετό που παρέχεται σε διάστημα λίγων λεπτών ή αλλεργική αντίδραση που στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ήπια.

Όταν σοβαρή αιμορραγία εντός του οφθαλμού δεν επιτρέπει την εξέταση του αμφιβληστροειδούς, ιδιαίτερα χρήσιμο είναι το **υπερηχογράφημα** β επιπέδου, το οποίο μας δίνει σημαντικές πληροφορίες σε ότι αφορά την ανατομία του οφθαλμού.

Τέλος, μια σχετικά πρόσφατη τεχνολογική εφαρμογή είναι η **οπτική τομογραφία συνοχής (OCT: Optical Coherence Tomography)** που επιτρέπει τη λήψη απεικονίσεων του αμφιβληστροειδούς με λεπτομέρειες αντίστοιχες ιστολογικής εικόνας στο μικροσκόπιο (**εικόνα 2**). Με την εξέταση αυτή διαπιστώνουμε την παρουσία και τη βαρύτητα αλλοιώσεων της αρχιτεκτονικής του αμφιβληστροειδούς, όπως συμβαίνει για παράδειγμα σε περιπτώσεις διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας, αλλά και την ανταπόκριση της νόσου στη θεραπεία.

Θεραπεία

Η παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αντιμετωπίζεται με **παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία**, η οποία πραγματοποιείται σε δύο ή τρεις συνεδρίες. Εφόσον τα αγγεία του αμφιβληστροειδούς δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες του σε οξυγόνο, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται παθολογικά νέα αγγεία, ελαττώνουμε τις μεταβολικές ανάγκες του αμφιβληστροειδούς σε οξυγόνο και προκαλούμε υποστροφή των παθολογικών αγγείων. Αυτό επιτυγχάνεται με την επιλεκτική καταστροφή περιφερικών τμημάτων του αμφιβληστροειδούς προς όφελος των κεντρικών ζωτικών περιοχών. Το χρονικό διάστημα που απαιτείται για την υποστροφή των παθολογικών αγγείων είναι έξι με οκτώ εβδομάδες. Η θεραπευτική αυτή παρέμβαση σπανίως έχει παρενέργειες εφόσον πραγματοποιηθεί σωστά, ενδέχεται όμως να επηρεάσει τη νυχτερινή όραση του ασθενή. Επίσης, ενδέχεται να επιδεινώσει τυχόν υφιστάμενο διαβητικό οίδημα της ωχράς, υπάρχουν στρατηγικές όμως που περιορίζουν την πιθανότητα μιας τέτοιας εξέλιξης.

Ορισμένες φορές, όταν η ανάπτυξη νέων αγγείων επεκτείνεται πάνω στην ίριδα (το χρωματιστό διάφραγμα του οφθαλμού -**εικόνα 1**) με συνέπεια τη σημαντική άνοδο της πίεσης εντός του οφθαλμού (νεοαγγειακό γλαύκωμα), άμεση υποστροφή

Για ν' απολαμβάνετε τη ζωή, έτσι όπως σας αξίζει...

Το Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision δημιουργήθηκε από την συνεργασία έξι καταξιωμένων Οφθαλμιάτρων, με σημαντική εμπειρία ο καθένας στον τομέα του και τουλάχιστον δεκαετή επικυρωμένη διαδρομή στην κλινική Οφθαλμολογία, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό.

Με αποκλειστικό γνώμονα την φροντίδα των ματιών των ασθενών και οπλισμένοι με την εμπιστοσύνη, την αφοσίωση και την αγάπη τους, δημιουργήσαμε ένα από τα πιο σύγχρονα, μεγαλύτερα και επιστημονικά άρτια Οφθαλμολογικά κέντρα στην Ευρώπη.

Το Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision απευθύνεται τόσο σε ανθρώπους με απλές οφθαλμολογικές ανάγκες όσο και σε εκείνους με τις πλέον εξειδικευμένες θεραπευτικές απαιτήσεις.

Επίκεντρο της φιλοσοφίας μας είναι η εξατομικευμένη προσέγγιση της θεραπείας του κάθε ασθενούς, αλλά και της οικογένειάς του σε ένα οργανωμένο και φιλικό περιβάλλον, με έμφαση την αρμονική συνεργασία Οφθαλμιάτρων διαφορετικών υποειδικοτήτων για την αντιμετώπιση και των πιο περίπλοκων παθήσεων.



Τμήματα

- Οφθαλμολογικού Check up
- Καταρράκτη
- Γλαυκώματος
- Διαθλαστικής Χειρουργικής
- Κερατοειδούς
- Αισθητικής Οφθαλμολογίας
- Βλεφάρων - Κόγχου
- Δακρυϊκής Συσκευής

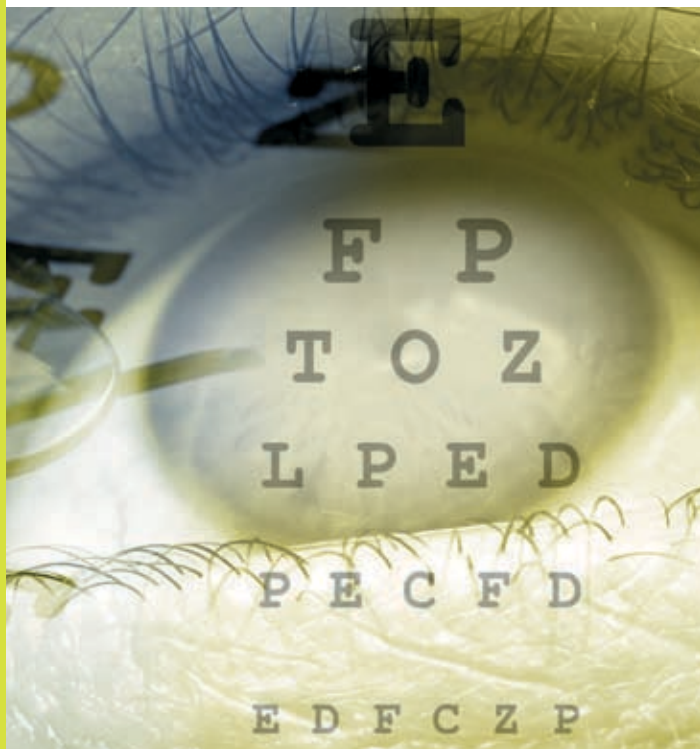
- Αμφιβλυστροειδούς
- Παιδοφθαλμολογίας-Στραβισμού
- Οφθαλμικής Γενετικής
- Οφθαλμικών Απεικονίσεων
- Οφθαλμικών Φλεγμονών
- Εφαρμογής Φακών Επαφής
- Βοηθημάτων Χαμηλής Όρασης

Χειρουργοί Οφθαλμιάτροι

- Γρηγόρης Γεωργαρίου, MD
- Γιώργος Χαρώνης, MD
- Αναστάσιος Χαρώνης, MD
- Γεράσιμος Κοψίνης, MD
- Αλέξανδρος Χαρώνης, MD
- Θεόδωρος Φιλιππόπουλος, MD
- Νικόλαος Ευαγγέλου, MD



Κεντρικό: Λεωφ. Συγγρού 328-330, 17673 Καλλιθέα, Τηλ. Κέντρο: 210 95.95.215 Fax: 210 95.15.120 Αμαρουσίου: Λ. Κηφισίας 76 & Πάρνωνος (είσοδος από Πάρνωνος), 15125 Μαρούσι, Τηλ: 210 61.25.325 Fax: 210 61.22.570 www.athensvision.gr – info@athensvision.gr



των νέων αγγείων είναι επιβεβλημένη. Σε τέτοιες περιπτώσεις η υποστροφή των νέων αγγείων επιτυγχάνεται με την ενδοβόλβια χορήγηση ενός φαρμακευτικού αντι-αγγειογενετικού παράγοντα, ο οποίος προκαλεί υποστροφή των παθολογικών αγγείων σε λίγες μέρες.

Επιπλέον κάποιες φορές είτε εξαιτίας του καταιγιστικού ρυθμού με τον οποίο αναπτύσσονται νέα αγγεία είτε λόγω της πλημμελούς παρακολούθησης του ασθενή, η θεραπεία δεν έρχεται στην ώρα της και τα νέα αγγεία αιμορραγούν μέσα στον οφθαλμό, με αποτέλεσμα να επέρχεται άμεση και σημαντική έκπτωση της όρασης. Στις περιπτώσεις αυτές δεν είναι δυνατή η εξωτερική εφαρμογή της φωτοπηξίας, διότι ο αμφιβληστροειδής δεν είναι ορατός. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται βραχεία αναμονή (έναν με έξι μήνες) με την ελπίδα ότι ο οργανισμός θα απορροφήσει την αιμορραγία. Αν αυτό δεν συμβεί, τότε μπορούμε χειρουργικά με μια επέμβαση, η οποία καλείται υαλοειδεκτομή ή βιτρεκτομή, να καθαρίσουμε την αιμορραγία και ταυτόχρονα να εφαρμόσουμε τη φωτοπηξία που απαιτείται κατά τη διάρκεια της επέμβασης.

Μια από τις πιο σοβαρές για την όραση επιπλοκές της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας είναι η ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς. Εδώ πλέον τα νέα αγγεία αναπτύσσονται προς την υαλοειδική κοιλότητα, έλκουν και αποκολλούν τον αμφιβληστροειδή. Χωρίς άμεση αντιμετώπιση η όραση είναι καταδικασμένη. Ανάλογα με την περίπτωση η επιπλοκή αυτή αντιμετωπίζεται με συνδυασμό υαλοειδεκτομής και παναμφιβληστροειδικής φωτοπηξίας, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις είναι

απαραίτητη και η τοποθέτηση σιλικόνης εντός του οφθαλμού για να διατηρηθεί ο αμφιβληστροειδής στη θέση του.

Το διαβητικό οίδημα της ωχράς απαιτεί και αυτό επισταμένη μέριμνα. Από τη στιγμή που το οίδημα στην ωχρά κηλίδα απειλεί την κεντρική όραση (κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς κηλίδας), η αντιμετώπισή του με εστιακό laser-φωτοπηξία παρέχει συγκεκριμένα οφέλη στον ασθενή. Το laser αφενός επικεντρώνεται σε συγκεκριμένες αγγειακές ανωμαλίες που θεωρούμε ότι δεν είναι υδατοστεγείς και προκαλούν το οίδημα και αφετέρου συμβάλλει στην απορρόφηση υγρού από τον αμφιβληστροειδή. Νεότερες θεραπευτικές προσεγγίσεις αποτελούν η ενδοβόλβια χορήγηση ενός κορτικοστεροειδούς φαρμάκου (τριαμσινολόν) ή/και ενός αντι-αγγειογενετικού παράγοντα, διότι και οι δύο φαρμακευτικές ουσίες θεωρητικά περιορίζουν τη διαρροή υγρού από τα αγγεία του αμφιβληστροειδούς. Οι προσεγγίσεις αυτές ενδέχεται να είναι πιο αποτελεσματικές σε ότι αφορά την ταχεία ελάττωση του οιδήματος και τη βελτίωση της όρασης, πρέπει να σημειωθεί όμως ότι δεν φείδονται προβλημάτων όπως η επιδείνωση του καταράκτη και η πιθανή άνοδος της πίεσης του οφθαλμού. Επιπρόσθετα η επανάληψη της χορήγησης του φαρμακευτικού παράγοντα είναι αρκετά πιθανή μετά την πάροδο λίγων μηνών. Μακροπρόθεσμα όμως τουλάχιστον η τριαμσινολόν για την οποία υπάρχουν περισσότερα στοιχεία δεν φαίνεται να υπερτερεί της παραδοσιακής θεραπείας.

Επίλογος

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος και ως τέτοια απαιτεί επιμονή και υπομονή. Είναι δεδομένο ότι ο οφθαλμίατρος δεν μπορεί να θεραπεύσει τον διαβήτη και απλά προσπαθεί να περιορίσει τις συνέπειες που αυτός έχει στον αμφιβληστροειδή και την όραση. Το γεγονός αυτό δημιουργεί ένα αίσθημα απογοήτευσης διότι, ενώ ο διαβητικός ασθενής τοποθετεί τη φροντίδα του διαβήτη στο επίκεντρο της καθημερινότητάς του, εντούτοις συνεχίζει να χρειάζεται θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στις περιπτώσεις αυτές η άρνηση είναι μια δικαιολογημένη, αλλά όχι χρήσιμη αντίδραση. Ο ασθενής συχνά φοβάται να μάθει αυτά που πρόκειται να ακολουθήσουν και επιλέγει την απομόνωση. Αρκετά συχνά αντιμετωπίζω στο ιατρείο μου ασθενείς που, ενώ έχουν δεχθεί βέλτιστη ιατρική μέριμνα για πολλά έτη, αποφασίζουν να μην επισκεφθούν τον οφθαλμίατρο για δυσανάλογα μεγάλο διάστημα. Επανερχονται, λοιπόν, όταν έχουν ήδη συμβεί ανεπανόρθωτες βλάβες στους οφθαλμούς, βλάβες που θα είχαν προληφθεί με έγκαιρα θεραπευτικά μέτρα.

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο ιατρός οφείλει να είναι συνοδοιπόρος στη μακρά πορεία του διαβητικού ασθενή, η καλή πληροφόρηση θωρακίζει τη σχέση ιατρού και ασθενή και η επικοινωνία και η ανταλλαγή εμπειριών με άλλους ασθενείς μπορεί να αποδειχθεί ωφέλιμη, δεδομένου ότι οι ανησυχίες και τα προβλήματα είναι κοινά. Με λίγη καλή προσπάθεια ο διαβητικός ασθενής μπορεί να διατηρήσει εξαιρετική όραση και να απολαμβάνει μια πολύ καλή ποιότητα ζωής. Ας εργαστούμε, λοιπόν, όλοι προς αυτήν την κατεύθυνση. x



ΝΕΟ ΑΘΗΝΑΙΟΝ M.D. HOSPITAL A.E.

- Πρωτοποριακή ιατρική τεχνολογία
- Κορυφαίοι Ιατροί και Νοσηλευτές
- Υψηλής ποιότητας υλικοτεχνική υποδομή
- Προσέγγιση του ασθενούς με σεβασμό και χαμόγελο



**Νέο Όραμα
για την Υγεία σας**

Αστυδάμαντος 83, 116 34 Αθήνα
Τηλ.: 210 7228 511 - 515, fax: 210 7241 833
e-mail: info@neoathinaion.gr
www.neoathinaion.gr

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επτά Κλινών
- Μονάδα Ενδαγγειακής Χειρουργικής
- Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας
- Μονάδα Επεμβατικής Καρδιολογίας
- Μονάδα Μαστού
- Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας
- Μονάδα Άκρου Ποδός
- Μονάδα Μελέτης Ύπνου
- Μονάδα Ενδοσκοπικής ΩΡΛ Χειρουργικής
- Μονάδα Βαριατρικής, Θεραπεία Παχυσαρκίας
- Μονάδα Εξωτερικών Ιατρείων και Έκτακτων Περιστατικών

Ο διαβήτης και εγώ

Η αρμονική σχέση του διαβητικού ατόμου με το διαβήτη είναι το μυστικό για μια ελεγχόμενη ζωή, χωρίς στερήσεις. Η Σταυρούλα Σιδηροκαστρίτη, προγραμμάτισε υπέροχα πράγματα για τη ζωή της και τα έκανε πράξη. Εκτός από καλούς και εκλεκτούς φίλους, απέκτησε και έναν υπέροχο σύντροφο. Σε λίγο καιρό θα φέρει στον κόσμο το πρώτο τους παιδί. Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν στάθηκε ποτέ εμπόδιο για τα όνειρα της



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: **ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ**

Πλησίαζε η Κυριακή του Πάσχα, πριν από 26 χρόνια, που, όπως όλα τα παιδιά στην ηλικία των 12 ετών, θα τρώγαμε το πασχαλινό αυγό. Εκείνες όμως τις ημέρες βλέποντας η οικογένειά μου ότι κάτι δεν πάει καλά (χάσιμο κιλών - πολυδιψία - πολυουρία) αποφάσισαν να μου κάνουν εξετάσεις. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι είχα υψηλό σάκχαρο στο αίμα και την ίδια μέρα μεταφέρθηκα στο νοσοκομείο Παιδών όπου με ανέλαβε η κα Δάκου με την ομάδα της. Η διάγνωση, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.

Ήταν κάτι καινούργιο και άγνωστο για μένα και την οικογένειά μου. Ξαφνικά στην ηλικία των 12 ετών έπρεπε να προσαρμοστώ σε ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής: συγκεκριμένη διατροφή σε καθορισμένες ώρες, έλεγχος σακχάρου, ενέσεις κ.λπ. Αυτό το «διαφορετικό» τότε μου φάνηκε πολύ δύσκολο. Ήμουν στη φάση της εξερεύνησης, η οποία ήταν γεμάτη με ερωτήματα και προβληματισμούς: «Γιατί να συμβεί σε μένα αυτό;», «τι θα αλλάξει στη ζωή μου με την εμφάνιση του διαβήτη;», «θα μπορώ να καταφέρω ότι στόχους έχω βάλει;». Τα συναισθήματα ήταν ανάμεικτα εκείνη την εποχή. Απομόνωση από τους φίλους, στεναχώρια και ενοχή «γιατί εγώ», ανασφάλεια αν όλα τα κάνω σωστά, απόρριψη από άτομα που δεν γνώριζαν τι είναι ο διαβήτης, υπερπροστασία από την οικογένεια και λήπηση από το περιβάλλον. Τότε ήμουν εγώ και η ζωή μου από μια μεριά και ο διαβήτης από την άλλη.

Στη συνέχεια όμως όσο ζούσα με τον διαβήτη και τον γνώριζα τα πράγματα άλλαξαν. Το αποδεχόμουν σιγά-σιγά, το έκανα κομμάτι δικό μου και όσο συνεργάζομαι μαζί του τόσο ένιωθα καλύτερα και τόσο οι προβληματισμοί μου έμπαιναν σε μια τάξη. Τότε τα μπερδεμένα συναισθήματα άρχισαν να ξεκαθαρίζουν και να γίνονται πιο κατανοητά.

Η απομόνωση από το κοινωνικό σύνολο αντικαταστάθηκε από την ένταξη στις διάφορες κοινωνικές ομάδες: φίλοι, σχολικές ομάδες, αθλήματα κτλ. Η στεναχώρια και η ανασφάλεια εξαλείφτηκε από τη μάθηση να ακολουθώ ένα σωστό πρόγραμμα καθημερινά. Η απόρριψη γινόταν μόνο από εκείνους που δεν ήθελαν να μάθουν ποτέ τι είναι ο διαβήτης ή από εκείνους που κάποια στιγμή θα με απέρριπταν ή θα τους απέρριπτα εγώ γιατί δεν υπήρχε επικοινωνία. Η υπερπροστασία και η λήπηση απομακρύνονταν, γιατί κατάφερα να ζω με τον διαβήτη και να τον χειρίζομαι μόνη μου και να γνωρίζω τις ανάγκες που δημιουργούνται για τη ρύθμισή του.

Έτσι κατάφερα να αλλάξω στάση ζωής και τρόπο σκέψης



και έγιναν εγώ και η ζωή μου ένα μαζί με τον σακχαρώδη διαβήτη. Η καθημερινότητά μου μετά τη διάγνωση και καθώς περνούσαν τα χρόνια έγινε πιο οργανωμένη και πιο πειθαρχημένη. Στα εφηβικά χρόνια η αλήθεια είναι ότι ήταν λίγο δύσκολη, γιατί δεν υπήρχε η ανεμελιά. Αυτό όμως σιγά-σιγά συνηθίζεται και γίνεται τρόπος ζωής. Στην ενήλικη ζωή αυτή η οργάνωση με βοήθησε και στα υπόλοιπα στάδια της ζωής μου (σπουδές, επάγγελμα, κοινωνική ζωή, οικογένεια).

Οι στόχοι που έβαζα και συνεχίζω να βάζω, τους πραγματοποιώ, καθώς και τα όνειρα που είχα τα υλοποίησα. Έζησα μόνη μου τέσσερα χρόνια στο εξωτερικό (Γαλλία) όπου ολοκλήρωσα τις σπουδές μου ως ψυχολόγος. Ήταν ένα όνειρο που με τη βοήθεια της οικογένειάς μου πραγματοποιήθηκε επιτυχώς μέχρι το τέλος. Υπήρχε η εμπιστοσύνη από την πλευρά τους και η ελευθερία να χειριστώ τη ζωή μου με τον διαβήτη μόνη μου. Δεν σας κρύβω ότι δεν ήταν πολύ εύκολα τα πράγματα. Από τη μια μεριά τα μαθήματα ήταν δύσκολα και απαιτούσαν πολλές ώρες μελέτης και από την άλλη ήταν ο διαβήτης που και αυτός χρειαζόταν πολύ φροντίδα, όπως σωστή προετοιμασία για να υπάρχει σωστή διατροφή, συγκεκριμένο ωράριο για τον έλεγχο του, καθώς και χρόνος αφιερωμένος στην άσκηση.

Αυτό είναι το τρίπτυχο της επιτυχίας για τον διαβήτη, όπου για να είναι σίγουρη πρέπει να υπάρχει συγχρόνως αποδοχή, αισιοδοξία και γενικότερα να βρίσκμαστε σε καλή ψυχολογική κατάσταση.

Η διαμονή μου στο εξωτερικό ήταν ένα μεγάλο κοινωνικό σχολείο για τη συνέχεια της ζωής μου. Επιστρέφοντας στην Ελλάδα πέρασα από διάφορους χώρους εργασίας, όπου δούλεψα κάτω από εύκολες αλλή και δύσκολες συνθήκες. Δεν εκμεταλλεύτηκα ποτέ το πρόβλημά μου για να έχω καλύτερη μεταχείριση ή διευκόλυνση στη δουλειά μου. Δυστυχώς δεν το ανακοίνωνα όταν ξεκινούσα μια νέα δουλειά, διότι ακόμα η ελληνική κοινωνία δεν γνώριζε τι είναι ο διαβήτης και αυτό θα ήταν εμπόδιο για να ξεκινήσει μια νέα συνεργασία. Όταν περνούσε ένα εύλογο διάστημα τους το έλεγα για να τους κάνω γνωστό ότι ένα άτομο με διαβήτη μπορεί να εργαστεί όπως και τα υπόλοιπα, χωρίς να υστερεί κάπου. Με αυτόν τον τρόπο τους κινούσα την περιέργεια να αρχίζουν να ρωτάνε τι είναι ο διαβήτης, τι θεραπεία έχει, σε ποιους συμβαίνει, καθώς κι άλλες ερωτήσεις. Έτσι σιγά-σιγά μάθαινε ο κόσμος για τον σακχαρώδη διαβήτη, κάτι το οποίο θα του φανεί χρήσιμο, γιατί η εξάπλωσή του είναι ραγδαία και σχεδόν πάντα υπάρχει ένα περιστατικό στο άμεσο ή στο έμμεσο περιβάλλον κάθε οικογένειας.

Τόσο στις κοινωνικές μου όσο και στις προσωπικές μου σχέσεις έχω συναναστραφεί με αξιόλογους και όχι τόσο αξιόλογους ανθρώπους. Στις πραγματικές σχέσεις (κοινωνικές ή προσωπικές) ο διαβήτης ήταν ένα γεγονός που δεν εμπόδιζε καμία από τις δυο πλευρές να εκφράζονται αληθινά και να είναι ο εαυτός τους. Και αναφέρω τις αληθινές, επειδή σε κά-



ποιες σχέσεις – επιφανειακές - υπήρχε η πρόφαση ότι λόγω του διαβήτη δεν μπορούσαμε να συνυπάρχουμε σε κοινές ενέργειες.

Όμως όσο περνάνε τα χρόνια και οι σχέσεις όλων μας είναι πιο ουσιαστικές και τις επιλέγουμε πιο ώριμα, αυτή η αφορμή που ονομάζεται διαβήτης δεν ισχύει. Έτσι κατάφερα σήμερα να έχω πολύ καλούς φίλους και το σημαντικότερο να έχω δίπλα μου ένα υπέροχο σύζυγο με τον οποίο δημιουργήσαμε τη δική μας οικογένεια που θα τη μεγαλώσουμε σε τρεις μήνες με τη γέννηση του πρώτου μας παιδιού.

Όλοι θα θεωρούσαμε ότι ο διαβήτης σαν μια χρόνια πάθηση θα έχει δυσκολίες και στερήσεις. Άλλοι θα λέγαμε ότι οι δυσκολίες είναι οι πολλές μετρήσεις ή οι πολλές ενέσεις ή η αυστηρότητα στη διατροφή ή οι συχνές εξετάσεις. Από τη δικιά μου τη μεριά όλα τα παραπάνω δεν είναι ούτε στερήσεις ούτε δυσκολίες, γιατί είναι κομμάτια της καθημερινότητας, είναι συνήθεια, είναι πια τρόπος ζωής. Η στέρηση και η δυσκολία θα υπήρχαν, αν δεν γνώριζα τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, αν δεν μπορούσα να τον ελέγξω, αν γενικά παρέμενε το άγνωστο και το ασαφές που δεν θα μπορούσα να



« Πρέπει να υπάρχει μια αρμονική σχέση μεταξύ του διαβήτη και του ατόμου που τον έχει. Όσο ελέγχει και χειρίζεται ένα άτομο τον διαβήτη τόσο και ο διαβήτης δεν θα τον προδώσει. Μαθαίνει να γνωρίζει το σώμα του και τις αντιδράσεις του και έτσι ξεπερνάει οποιοδήποτε εμπόδιο παρουσιαστεί μπροστά του. Πρέπει να υπάρχει κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης. Γιατί το έργο μπροστά μας δεν είναι ποτέ τόσο μεγάλο όσο η δύναμη μέσα μας »

το αντιμετωπίσω και κυρίως αν δεν πραγματοποιούσα όλους τους στόχους που βάζω.

Σε αυτό συμβάλλουν σημαντικά και η προσωπική δουλειά μαζί με το προσωπικό πείσμα, η παρακολούθηση από τους γιατρούς αλλά και οι διάφοροι σύλλογοι που υπάρχουν και καταφέρνουν με την ενημέρωση και την προσφορά που κάνουν να βοηθήσουν τα ίδια τα άτομα και τις οικογένειές τους να μάθουν όσο περισσότερα μπορούν πάνω στο θέμα διαβήτη.

Ένας τέτοιος σύλλογος είναι ο «Γαληνός», που με την αзамάτη βοήθεια των γιατρών εδώ και 20 χρόνια προσπαθεί μέσα από διάφορα σεμινάρια και συνέδρια να ενημερώσει τα άτομα. Σε αυτόν τον σύλλογο από την αρχή ήμουν απλό μέλος και τα δύο τελευταία χρόνια είμαι πιο ενεργά ως ταμίας. Ο «Γαληνός» συνδυάζοντας τις γνώσεις των γιατρών, τις εμπειρίες των παλιών μελών αλλά και τις ιδέες των νέων ατό-

μων με διαβήτη προσπαθεί να ακούσει τα προβλήματα και να βοηθήσει στη λύση τους σε όσους ενδιαφέρονται, αλλά και γενικότερα να πληροφορήσει τον κόσμο για τον διαβήτη.

Τελειώνοντας αυτήν την ανασκόπηση της ζωής μου με τον διαβήτη, θα ήθελα να μεταφέρω ένα μήνυμα στον κόσμο: ότι πρέπει να υπάρχει μια αρμονική σχέση μεταξύ του διαβήτη και του ατόμου που τον έχει. Όσο ελέγχει και χειρίζεται ένα άτομο τον διαβήτη τόσο και ο διαβήτης δεν θα τον προδώσει. Μαθαίνει να γνωρίζει το σώμα του και τις αντιδράσεις του και έτσι ξεπερνάει οποιοδήποτε εμπόδιο παρουσιαστεί μπροστά του. Πρέπει να υπάρχει κλίμα συνεργασίας και αλληλεγγύης.

Γιατί «το έργο μπροστά μας δεν είναι ποτέ τόσο μεγάλο όσο η δύναμη μέσα μας»! ✎

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]



ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ, Ιατρός



NUTRITIONAL HEALTH

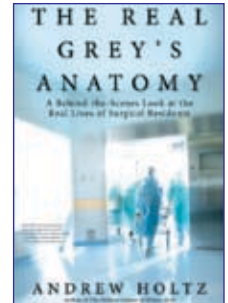
- **Συγγραφείς:** Ted Wilson, Norman J. Temple
- **Ημερομηνία έκδοσης:** Δεκέμβριος 2009 • **Εκδόσεις:** Springer-Verlag New York, LLC
- **Σειρά:** Nutrition and Health Series • **Σελίδες:** 356 • **ISBN:** 0896038645

Το βιβλίο αυτό προσφέρει μια σύνοψη των σημαντικότερων ασθενειών σε συνδυασμό με τα διατροφικά συστατικά που συμβάλλουν στην παθοφυσιολογία τους. Στόχος του είναι να παρέχει στους επαγγελματίες υγείας τις απαραίτητες πληροφορίες για την πρόληψη των νοσημάτων στο πλαίσιο της δημόσιας υγείας. Η συμβολή του προς αυτήν την κατεύθυνση είναι πολύτιμη αν αναλογιστεί κανείς την πλειάδα και την πολυπλοκότητα των ερευνών που υπάρχουν πάνω σε θέματα διατροφής.

Ο σχεδιασμός στρατηγικών πρόληψης εξυπηρετεί τελικά τον σκοπό αυτού του βιβλίου. Απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας όλων των επιπέδων, από φοιτητές ιατρικής μέχρι ειδικευμένους ιατρούς αλλά και διαιτολόγους και νοσηλευτές. Τα κεφάλαιά του είναι σωστά δομημένα και παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες με τρόπο σαφή και κατανοητό. Στο τέλος του κάθε κεφαλαίου υπάρχει περίληψη με γρήγορες αναφορές πάνω σε θέματα όπως ο κίνδυνος για την ανάπτυξη υπέρτασης ή καρκίνου. Βέβαια, μερικά από τα κεφάλαια δεν ακολουθούν τις ταχύτατες εξελίξεις στον τομέα της έρευνας. Ωστόσο, το βιβλίο παραμένει ένα χρήσιμο εγχειρίδιο για όσους δεν επιθυμούν να δαπανήσουν πολύ χρόνο για να βρουν τις πληροφορίες που χρειάζονται πάνω σε θέματα διατροφής και πρόληψης ασθενειών.

THE REAL GREY'S ANATOMY: A BEHIND-THE-SCENES LOOK AT THE REAL LIVES OF SURGICAL RESIDENTS

- **Συγγραφέας:** Andrew Holtz
- **Ημερομηνία έκδοσης:** Ιανουάριος 2010 • **Εκδόσεις:** Penguin Group (USA)
- **Σελίδες:** 336 • **ISBN:** 04252321145



Από τη στιγμή της πρώτης προβολής της, η σειρά του ABC «Grey's Anatomy» έχει προκαλέσει το ενδιαφέρον του κοινού και τη διατύπωση ερωτημάτων όπως, το αν οι χειρουργοί μιλούν πράγματι για τα συναισθηματικά τους αδιέξοδα πάνω από το χειρουργικό τραπέζι, για τον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στον θάνατο ή για το πώς αντιδρούν όταν καλούνται να σώσουν τη ζωή ενός εγκληματία. Δίνοντας έμφαση στην προσωπική ζωή μιας σειράς ειδικευόμενων γιατρών και επιμελητών χειρουργικής, έχει προκαλέσει την περιέργεια των τηλεθεατών σχετικά με τον πραγματικό τρόπο με τον οποίο οι ιατροί καταφέρνουν να ανταπεξέλθουν στο εντατικό εργασιακό και εκπαιδευτικό τους πρόγραμμα.

Στο βιβλίο του, ο ιατρικός δημοσιογράφος Andrew Holtz παρακολουθεί μια ομάδα νεοσύληκτων ειδικευόμενων χειρουργικής, καθώς αγωνίζονται να αντιμετωπίσουν τις ατέλειωτες ώρες των εφημεριών, τις συναρπαστικές χειρουργικές επεμβάσεις και τις συναισθηματικές μεταπτώσεις που συνοδεύουν την επαγγελματική τους καθημερινότητα. Φαίνεται πως τελικά η πραγματικότητα απέχει ελάχιστα από την ιατρική σαπουνόπερα που κέρδισε εκατομμύρια θεατές σε παγκόσμια κλίμακα. Ο Holtz περιγράφει στο βιβλίο του περιστατικά που δεν χαρακτηρίζονται από ιδιαίτερη πρωτοτυπία, αλλά καταφέρνει να τους προσθέσει κάτι από τη λάμψη του Hollywood.



ΜΑΘΕ ΠΟΙΟΣ ΣΤ' ΑΛΗΘΕΙΑ ΕΙΣΑΙ

- **Συγγραφέας:** Lise Bourbeau • **Μετάφραση:** Πόλυ Μοσχοπούλου
- **Εκδόσεις:** Διόπτρα • **Σελίδες:** 264 • **ISBN:** 978-960-364-409-5

Η Lise Bourbeau, γνωστή στον τομέα της έρευνας σε θέματα ψυχολογίας και μεταφυσικής, δίνει τις απαντήσεις στα ερωτήματα που σας απασχολούν. Μάθε ποιος στα αλήθεια είσαι...

- Κάθε άνθρωπος κρύβει μέσα του μια ιδιαίτερη δύναμη, έναν εσωτερικό Θεό.
- Κάθε πόνος, κάθε ασθένεια έχει μια πραγματική εξήγηση.
- Οι επιλογές στη διατροφή, το ντύσιμο, τη διαρρύθμιση του σπιτιού αντικατοπτρίζουν τον εσωτερικό σας εαυτό.
- Οι διάφορες φάσεις της ζωής αντανakλούν την ψυχική σας διάθεση.

Τίποτα δεν είναι τυχαίο. Όλα στη ζωή έχουν την εξήγησή τους και η Lise Bourbeau σας βοηθάει να τα ερμηνεύσετε

Δέκα συμβουλές για τα μάτια σας



ΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΜΑΛΛΙΑΣ,

χειρουργός οφθαλμίατρος, διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών,
μετεκπαιδευθείς στο Πανεπιστήμιο Columbia των ΗΠΑ

2η συμβουλή

Βάψτε την τακτική σωματική άσκηση στο καθημερινό σας πρόγραμμα. Είναι επιστημονικά τεκμηριωμένο ότι το περπάτημα ελαττώνει την ενδοφθάλμια πίεση, προστατεύει τα αγγεία στο σώμα και γενικά βοηθά στην καλή όραση και την καλή υγεία γενικότερα

3η συμβουλή

Ελέγχετε περιοδικά την αρτηριακή σας πίεση και αν είναι αυξημένη τότε ρυθμίστε τη με τη βοήθεια του παθολόγου ή του καρδιολόγου σας. Είναι αποδεδειγμένο ότι η αρτηριακή υπέρταση προκαλεί βλάβες στον αμφιβληστροειδή και αυξάνει την πιθανότητα να πάθει κανείς γλαύκωμα

4η συμβουλή

Μην καπνίζετε. Το κάπνισμα προκαλεί καταρράκτη και βλάβες στον αμφιβληστροειδή χιτώνα, όπως εκφύλιση της ωχράς κηλίδας

5η συμβουλή

Ελέγχετε περιοδικά τη χοληστερόλη και το σάκχαρο στο αίμα σας. Οι υψηλές τιμές χοληστερόλης σχετίζονται με αυξημένη πιθανότητα εκφύλισης της ωχράς κηλίδας κι άλλων αγγειακών παθήσεων του αμφιβληστροειδούς. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια δυστυχώς είναι από τις πρώτες αιτίες τύφλωσης στον δυτικό κόσμο. Η καλή ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα είναι καθοριστικός παράγοντας για την εξέλιξη της πάθησης αυτής

1η συμβουλή

Να προστατεύετε πάντοτε τα μάτια σας από τον ήλιο φορώντας απορροφητικά γυαλιά και καπέλο. Είναι επιστημονικά αποδεδειγμένο ότι η υπεριώδης ακτινοβολία επιφέρει βλάβες στα μάτια, προκαλώντας καταρράκτη και εκφύλιση της ωχράς κηλίδας



6η συμβουλή

Να επισκέπτεστε σε τακτικά διαστήματα τον οφθαλμίατρό σας έστω και αν δεν έχετε συμπτώματα. Πολλές παθήσεις των ματιών, όπως είναι το γλαύκωμα, είναι ασυμπτωματικές στα αρχικά στάδια. Η πρώιμη διάγνωση είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της πάθησης αυτής

7η συμβουλή

Τα παιδιά θα πρέπει να εξετάζονται προληπτικά πριν πάνε στο σχολείο. Η έγκαιρη διάγνωση στραβισμού ή αμβλυωπίας θα έχει σαν αποτέλεσμα την εφαρμογή της κατάλληλης θεραπείας με πολύ καλά αποτελέσματα



8η συμβουλή

Αν κάνετε χρήση ηλεκτρονικού υπολογιστή για πολλές ώρες, φροντίστε να κάνετε συχνά διάλειμμα για μερικά λεπτά, να βλεφαρίζετε (Blink reflex) συχνά και να χρησιμοποιείτε τεχνητά δάκρυα για να μη στεγνώσουν τα μάτια σας

9η συμβουλή

Φροντίστε τη διαίτά σας και ρυθμίστε το σωματικό σας βάρος. Δίαιτα πλούσια σε λαχανικά και φρούτα, ψάρι, κοτόπουλο είναι ευεργετική για την όρασή σας. Να αποφεύγετε την υπερβολική κατανάλωση κρέατος και ακόρεστων λιπών

10η συμβουλή

Μετριάστε το άγχος της καθημερινότητας. Υπάρχουν παθήσεις όπως η κεντρική ορώδης αμφιβληστροειδοπάθεια, των οποίων η παθογένεια σχετίζεται με το υπερβολικό άγχος



Μια βόλτα στην Αθήνα

Ένας περίπατος δύο ωρών είναι ίσως από την καλύτερη άσκηση που μπορεί να κάνει κάποιος. Το συνιστούν γιατροί και γυμναστές ως ελαφριά και αποτελεσματική γυμναστική. Εμείς αναζητήσαμε διαδρομές που συνδυάζουν εκπαίδευση, ευχαρίστηση και ηρεμία για να κάνουμε τη βόλτα μας



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Για να είναι όμως αποτελεσματικός ένας περίπατος, θα πρέπει να συνδυάζει γρήγορο βάδισμα ούτως ώστε να ανεβάσουμε ελαφριά τους χτύπους της καρδιάς μας γύρω στα 90 παλμούς το λεπτό. Ας ξεκινήσουμε λοιπόν.

Παναθηναϊκό Στάδιο

Με αφετηρία το Παναθηναϊκό στάδιο ξεκινάμε τη βόλτα μας, αφού πρώτα μάθουμε λίγα στοιχεία για το ιστορικό αυτό στάδιο. Αρχικά το σημείο που φτιάχτηκε το στάδιο ήταν μια φυσική κοιλάδα του εδάφους ανάμεσα σε δύο υψώματα, τους λόφους Άγρα και Αρδηττό. Διευθετήθηκε ως στάδιο από τον Λυκούργο το 330-329 π.Χ. για τους αθλητικούς αγώνες στις εορτές των Μεγάλων Παναθηναίων. Στην τετραετία 140-144

μ.Χ., ο Ηρώδης Αττικός ανακαίνισε το στάδιο, στη μορφή που η ανασκαφή του 1870 απέκλυψε. Ήταν πεταλόσχημο, συνολικού μήκους στίβου 204,07 μ. και πλάτους 33,35 μ. Υπολογίζεται ότι χωρούσε 50.000 θεατές. Στη σφενδόνη υπήρχε στοά με δωρικούς κίονες, όπως επίσης στοά υπήρχε και στην πρόσοψη. Ο Ηρώδης ανακαίνισε πιθανόν και τη γέφυρα του Ιλίουσσου στην είσοδο του σταδίου. Την έκανε μεγαλύτερη, με τρία τόξα. Ήταν ορατή έως το 1778, τμήμα της δε αποκαλύφθηκε σε ανασκαφή του 1958. Στα ρωμαϊκά χρόνια μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως αρένα, με προσθήκη ενός ημικυκλικού τοίχου προς βόρεια που αντιστοιχούσε στη σφενδόνη της νότιας πλευράς.

Πύλη του Αδριανού

Στη συνέχεια περπατάμε με κατεύθυνση την «Πύλη του Αδριανού». Αφού περάσουμε το υπέροχο πάρκο του Ζαπφείου και απολαύσουμε την ηρεμία και τη δροσιά των δέντρων, φτάνουμε στην «Πύλη του Αδριανού».





Λίγα λόγια για τη θριαμβική αυτή ασίδα. Κτίστηκε από του Αθηναίους το 131 μ.Χ., σε έναν αρχαίο δρόμο που οδηγούσε από την παλαιά πόλη στην αδριάνεια προέκτασή της, για να τιμήσουν τον ευεργέτη αυτοκράτορα Αδριανό. Το επιστύλιο φέρει δύο επιγραφές. Μία από την πλευρά της Ακρόπολης: «Εδώ είναι η Αθήνα, η αρχαία πόλη του Θησέα» και μια δεύτερη, από την αντίθετη: «Αυτή είναι η πόλη του Αδριανού και όχι του Θησέα». Η Πύλη είναι κατασκευασμένη από πεντελικό μάρμαρο. Έχει κεντρικό τοξωτό άνοιγμα που στηρίζεται σε παραστάδες με κορινθιακά επίκρανα. Όμοιες παραστάδες υπάρχουν και στις δύο πλευρές. Σε κάθε όψη υπάρχουν από δύο κορινθιακοί κίονες πάνω σε βάσεις, ενώ πάνω από το τόξο, κίονες και παραστάδες κορινθιακού ρυθμού, με ιωνικό επιστύλιο στις άκρες και στη μέση θριγκός με τριγωνικό αέτωμα.

Πλατεία Καπνικαρέα

Έπειτα ακολουθούμε τη διαδρομή με κατεύθυνση την Πλάκα. Στα αρχαία αυτά σοκάκια, θα θαυμάσετε τα μικρά μαγαζάκια με τουριστικά είδη, κοσμήματα και ρούχα. Μην ξελλογιαστείτε από αυτήν την εντυπωσιακή εικόνα, διατηρήστε τον ρυθμό σας και κατευθυνθείτε προς τη Μητρόπολη της Αθήνας. Γρήγορα, αλλά σταθερά η διαδρομή αυτή θα σας οδηγήσει

στην πλατεία Καπνικαρέα. Εκεί θα συναντήσετε την ομώνυμη εκκλησία. Ο ναός αυτός είναι αφιερωμένος στην Παναγία. Έχει οικοδομηθεί στα ερείπια αρχαίου ναού, αφιερωμένου σε μια γυναικεία θεότητα, πιθανότατα στην Αθηνά ή τη Δήμητρα. Ιδρύθηκε στην αρχή του 11ου αιώνα (περίπου 1050 μ.Χ.) και μάλλον ονομάστηκε έτσι από τον δωρητή της.

Ο ναός ανήκει στο σύνθετο τετρακίονιο, σταυροειδή εγγεγραμμένο τύπο, με τρεις ασίδες στην ανατολική πλευρά και νάρθηκα στη δυτική. Στη βόρεια πλευρά προστέθηκε αργότερα μονόχωρο τρουλλαίο πρόσκτισμα, το παρεκκλήσιο της Αγίας Βαρβάρας.

Λίγο αργότερα, μπροστά και από τις δύο εκκλησίες κτίστηκε ο εξωνάρθηκας, με τρεις συνεχόμενες τετρακλιείς στέγες. Αρχικά είχε τη μορφή ανοιχτής στοάς, αλλά ένα μικρό πρόθυλο με δύο κίονες προστέθηκε στη νότια πλευρά του, μάλλον στον 12ο αιώνα μ.Χ., συγχρόνως με το μωσαϊκό επάνω από την είσοδο.

Οι τοίχοι του ναού είναι κτισμένοι με την τυπική πλινθοπερίκλειστη τοιχοδομία και έχουν λιτό κεραμοπλαστικό (Κουφικό) διάκοσμο. Οι περισσότερες τοιχογραφίες που κοσμούν το εσωτερικό του ναού είναι έργο του σύγχρονου καλλιτέχνη Φώτη Κόντογλου, υπογεγραμμένο το 1955. 





Αποδράστε στο νησί του Ομήρου

Ήος το νησί του Ομήρου. Σύμφωνα με το Ηρόδοτο, σε αυτό το πανέμορφο νησί γεννήθηκε και ετάφη ο μεγάλος αυτό Έλληνας. Το νησί της Ίου ανήκει στο σύμπλεγμα των Κυκλάδων και βρίσκεται ανάμεσα στην Νάξο και τη Σαντορίνη, 107 ναυτικά μίλια από τον Πειραιά



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Ηλος είναι ξακουστή στα πέρατα του κόσμου για την έντονη νυχτερινή ζωή της. Δεν είναι υπερβολή να πούμε ότι η Ίλος μαζί με την Μύκονο και την Πάρο, συγκαταλέγονται στα πιο διάσημα και πρώτα στην προτίμηση των νέων νησιά. Προσφέρει έντονη νυχτερινή ζωή σε κάθε επισκέπτη που θα επιλέξει να διασκεδάσει στην πρωτεύουσα του νησιού, στα εκατοντάδες μπαράκια και clubs που βρίσκονται εκεί.

Αν αναζητάτε ηρεμία και ψυχία, τότε θα πρέπει να καταφύγετε στις δεκάδες παραλίες που περιβάλλουν το νησί. Στις αμμουδερές παραλίες που εκτείνονται σε ακτές πολλών χιλιομέτρων θα κολυμπήσετε στα κρυστάλλινα νερά και θα απολαύσετε τον υπέροχο ήλιο.

Η χώρα που είναι η πρωτεύουσα της Ίλου, είναι ο μοναδικός οικισμός που κατοικείται κατά τη διάρκεια του χρόνου. Ξεχωρίζει για τα γραφικά της σοκάκια και τα πανέμορφα λευκά και γαλάζια οικήματα. Ο Όρμος είναι το φυσικό λιμάνι της Ίλου. Έχει αναπτυχθεί αμφιθεατρικά στις πλαγιές ενός λόφου που βρίσκεται στο ομώνυμο ακρωτήριο και, μετά την Ίλο, είναι ο δεύτερος μεγαλύτερος οικισμός του νησιού. Οι τουριστικές υποδομές του Όρμου είναι χτισμένες σύμφωνα με τις κυκλαδίτικες προδιαγραφές και εξασφαλίζουν σε κάθε επισκέπτη άνετη διαμονή και πολλές ευκαιρίες διασκέδασης. Στη κεντρική της πλατεία θα βρείτε σούπερ-μάρκετ, κοσμηματοπωλεία και μαγαζιά με είδη σουβενίρ. Στη περιοχή Γιαλός, δίπλα στο λιμάνι, λειτουργούν πάρα πολλή εστιατόρια και μπαρ, καλύπτοντας όλη την έκταση από τη μαρίνα των γιότ μέχρι την παραλία Γιαλός.

Σε μόλις 3 χλμ. νότια της Χώρας εκτείνεται ο τουριστικός οικισμός του Μυλοποτά. Εδώ θα βρείτε οικοδομικά αριστουργήματα που θα σας φιλοξενήσουν για να περάσετε ευχάριστα στο νησί. Η πολυσύχναστη πλαζ του Μυλοποτά είναι άρτια οργανωμένη: οι παραθεριστές μπορούν να ενοικιάσουν ξαπλώστρες και να εξασκηθούν στα θαλάσσια σπορ. σώζονται στην κορυφή του λόφου. Την ονειρεμένη εικόνα συμπληρώνουν οι 14 γραφικοί ανεμόμυλοι που γυρίζουν αγέρωχοι και απόλυτα παραδομένοι στα χέρια του ανέμου. Η Ίλος διαθέτει αναμφισβήτητη έναν από τους πιο μαγευτικούς οικισμούς των Κυκλάδων και η διοίκηση του νησιού έχει πάρει μια σειρά από μέτρα για να μην αλλοιωθεί η φυσιογνωμία του. ▣





Η Ίος διαθέτει πολλές ειδυλλιακές παραλίες, οι οποίες καταλαμβάνουν αρκετά χιλιόμετρα ακτών. Είναι αμμουδερές και βρέχονται από σμαραγδένια νερά. Οι περισσότερες παραλίες δεν έχουν καταληφθεί από παράταιρες ξαπλώστρες και ομπρέλες, κάτι που αποτελεί σπάνιο φαινόμενο για τα ελληνικά δεδομένα. Φυσικά υπάρχουν και αρκετές άρτια οργανωμένες παραλίες.

Στην τοποθεσία Πλακωτό ανακαλύφθηκαν αρχαίοι τάφοι, ένας από τους οποίους αναφέρεται σαν τάφος του περιώνυμου ποιητή.

Η Παναγία της Γκρεμνιώτισσας είναι χτισμένη στο υψηλότερο σημείο της Χώρας της Ίου. Πρόκειται για μια ασβεστωμένη εκκλησία με λιτές γραμμές και δύο μπλε θόλους, πάνω από τους οποίους υψώνονται δύο άσπροι σταυροί. Κυριευόμαστε εδώ από την αστείρευτη ομορφιά της απλότητας. Η Παναγία διακρίνεται χάρη σε έναν φοίνικα που βρίσκεται ακριβώς στο πλάι της. Από το σημείο αυτό η πανοραμική θέα στη πόλη με τα αστραφτερά σπιτάκια πλαισιωμένα στο βάθος από το απέραντο γαλάζιο είναι πραγματικά μαγευτική. Η Παναγία της Γκρεμνιώτισσας είναι το πιο πολυφωτογραφημένο αξιοθέατο της Ίου και αποτελεί το σήμα κατατεθέν της.

Ο Άγιος Ιωάννης Πρόδρομος, είναι μια υπέροχη εκκλησία

που βρίσκεται στη Χώρα. Αποτελεί τυπικό έργο κυκλαδίτικης αρχιτεκτονικής. Είναι βαμμένη στα άσπρα και λάμπει κάτω από τον Μεσογειακό ήλιο.

Ο Καθεδρικό ναός της Ίου υψώνεται στο κέντρο της πρωτεύουσας. Πρόκειται για ένα επιβλητικό κτίριο βαμμένο άσπρο, σύμφωνα με τα κυκλαδίτικα πρότυπα. Το εσωτερικό του ναού είναι λαμπρά διακοσμημένο, εδώ φυλάσσονται πολλές ωραίες εικόνες. Βρίσκεται πάνω από το λιμάνι του Όρμου. Η πρόσβαση σε αυτή γίνεται με τα πόδια. Ο γαλάζιος ουρανός και τα κόκκινα βράχια δημιουργούν μια ωραία αντίθεση με τον ολόλευκο ναό. Η Αγία Ειρήνη είναι ένα από τα πρώτα πράγματα που βλέπει ο ταξιδιώτης καθώς πλησιάζει στον Γιαλό. Η Παναγία η Παλιοκαστρίτισσα, το μικρό αυτό βυζαντινό παρεκκλήσι βρίσκεται στο ανατολικό τμήμα της Ίου, πάνω σε έναν μικρό λόφο, μέσα στα ερείπια ενός ενετικού κάστρου. Η πρόσβαση σε αυτό γίνεται διβαίνοντας επί 15 λεπτά πεζή ένα μονοπάτι που ξεκινάει από τον κύριο δρόμο, πάνω από τη Ψάθη. Για εσάς που ενδιαφέρεστε για αρχαιολογικούς χώρους και μουσεία σας προτείνουμε να επισκεφτείτε το μουσείο του νησιού στο οποίο θα μπορείτε να δείτε, προϊστορικά εργαλεία, κυκλαδικά ειδώλια, ρωμαϊκά αντικείμενα και επιγραφές. Η είσοδος του μουσείου είναι ελεύθερη. x

NEW

Trident
senses

**Pop up
the freshness**

**FRESHNESS
CRYSTALS**





Στονμπάι... για πόλη από χρυσάφι

Αν αγαπάτε τα ψώνια σε πολυτελή εμπορικά κέντρα, αν αναζητάτε ανατολίτικο σκηνικό και χρώμα δεν έχετε παρά να πετάξετε μέχρι το Ντουμπάι. Τα παλαιά φρούρια, τα μουσεία με τη μακραίωνη ιστορία τους, τα μεταξωτά και τα μεθυστικά μπαχαρικά που ευωδιάζουν και προδιαθέτουν ανάλογα, σε προκαλούν να τα επισκεφτείς. Ιδανικός τόπος για να ζήσετε μοναδικές εμπειρίες, να απολαύσετε τον ήλιο, να κολυμπήσετε σε πεντακάθαρους καταγάλανους θάλασσες και να ανακαλύψετε τις κρυφές ομορφιές της ερήμου



MARIA ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Σας προτρέπουμε να κάνετε μια βόλτα με καμήλα στους κατάλευκους αμμόλοφους αναζητώντας οάσεις ή να κάνετε μια βαρκάδα με ένα παραδοσιακό πλοιάριο σε μαγευτικές παραλίες.

Εκεί που οι κουρσάροι έγραφαν τη δική τους πειρατική ιστορία, εκεί σας προσκαλούμε να γράψετε και εσείς τη δική σας. Τα πλούσια ξενοδοχειακά συγκροτήματα προσφέρουν ό,τι ονειρευθήκατε, ό,τι φανταζόσασταν, ό,τι θέλετε να ζήσετε, ό,τι μπορείτε να αντέξετε. Με το ανάλογο χρηματικό ποσό μπορείτε να τα αποκτήσετε.

Το κοσμοπολίτικο Ντουμπάι είναι αναμφισβήτητο η πρωτεύουσα όλης της Μέσης Ανατολής στη διασκέδαση, τις αγορές, τα σπορ και τη γαστρονομία. Εκεί θα βρείτε εξαιρετικά εστιατόρια, έντονη νυχτερινή ζωή, μοναδικές αφορολόγητες αγορές, τέσσερα επαγγελματικά γήπεδα γκολφ, μίλια χρυσής παραλίας, μια τεράστια ποικιλία θαλασσίων σπορ, εκδρομών και δραστηριοτήτων που κυμαίνονται από μια ρομαντική κρουαζιέρα για δείπνο μέχρι σαφάρι στην έρημο και τα βουνά. Η εξαιρετική παραδοσιακή

κουζίνα και η ιδιαίτερα ελκυστική αγορά με τη μεγάλη ποικιλία προϊόντων σε πολύ χαμηλές τιμές, καθιστούν το Ντουμπάι τον πλέον ανερχόμενο προορισμό διακοπών στη Μέση Ανατολή.

Η διασκέδαση κυμαίνεται από παραδοσιακούς χορούς της κοιλάς μέχρι μοντέρνα κλαμπ. Ο συνδυασμός του ήλιου, της θάλασσας και της άμμου είναι ιδανικός για παραθαλάσσιες διακοπές, ενώ τα ζεστά νερά του Αραβικού κόλπου είναι τέλεια για ιστιοπλοΐα, windsurfing, θαλάσσιο σκι, paragliding, ψάρεμα, snorkeling και φυσικά για καταδύσεις. Αλλά το ζεστό κλίμα και οι υπέροχες παραλίες δεν είναι τα μόνο που μπορείτε να απολαύσετε εκεί. Οι λάτρεις της περιπέτειας θα εξερευνήσουν τα βουνά Hajar και την απεραντοσύνη της ερήμου. Στα σαφάρι με 4X4 που ταξιδεύουν μέσα από αρχαίους δρόμους καραβανιών, θα έχετε την ευκαιρία να εκτιμήσετε την ηρεμία και την ομορφιά της ερήμου. Ίσως και να συναντήσετε τη φυλή Bedu (βεδουΐνοι), στις τέντες των οποίων μπορείτε να δοκιμάσετε τσάι και καφέ.

Για τους λάτρεις των αγορών έχουμε αφήσει για το τέλος το ▣



καλύτερο. Μπορείτε να επισκεφτείτε τα δεκάδες κλιματιζόμενα εμπορικά κέντρα που θυμίζουν πόλεις σε μέγεθος και έκταση. Εκεί θα βρείτε ότι ποθήσατε πολύ και σε μοναδικά χαμηλές τιμές. Θα βρείτε ρούχα και αξεσουάρ διάσημων σχεδιαστών σε πολύ λογικές τιμές. Στο χρυσό Souk θα βρείτε τεράστια ποικιλία από κοσμήματα, ενώ στα άλλα souks μπορείτε να αγοράσετε τα πάντα, από μεταξωτά και μπαχαρικά, μέχρι αρώματα. Όποτε και να επισκεφθείτε το Ντουμπάι, θα βρείτε μοναδικές ευκαιρίες. Κατά τη διάρκεια όμως του ετήσιου Dubai Shopping Festival, που διαρκεί ένα μήνα, οι προσφορές, οι εκπτώσεις και τα κουπόνια σας προσφέρουν τιμές χαμηλότερες μέχρι και 70%, όπως επίσης και ένα πλήρες φεστιβάλ με πολιτιστικές κι άλλες εκδηλώσεις. Οι καλοκαιρινές εκπλήξεις του Ντουμπάι (Dubai Summer Surprises), που πραγματοποιούνται από Ιούνιο μέχρι Σεπτέμβριο, προσφέρουν δραστηριότητες για τα παιδιά, όπως επίσης θεματικές εβδομάδες, προβολές, διασκέδαση, δραστηριότητες και διαγωνισμούς.

Εάν ανήκετε σε εκείνους που αναζητούν τη δράση και την πολυτέλεια, τότε σας προτείνουμε να επισκεφθείτε το ξενοδοχείο

Atlantis με την ανακτορική, θαλάσσια θεματολογία του βρίσκεται στην καρδιά του Palm Jumeirah Island στο Ντουμπάι. Εκτός από την 5 αστέρων πολυτελή διαμονή, διαθέτει ένα πολύ μεγάλο water park και ένα ενυδρείο στα οποία η είσοδος για τους επισκέπτες είναι δωρεάν. Τα δωμάτια του Atlantis είναι διακοσμημένα με ένα στυλ που συνδυάζει τις Αραβικές με τις θαλάσσιες επιρροές. Το εκτενές Water park του Atlantis περιλαμβάνει νεροτσουλήθρες, διαδρομές σε ποτάμι και μια ιδιωτική παραλία με τον περιβάλλοντα χώρο να θυμίζει τροπικό κήπο. Η λιμνοθάλασσα Dolphin Bay του Atlantis δίνει τη δυνατότητα στους επισκέπτες να κολυμήσουν και να συνυπάρξουν με τα δελφίνια στο Atlantis. Το ξενοδοχείο διαθέτει spa, γυμναστήριο με εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας, με δυνατότητα προσωπικών γυμναστών για ατομική εκγύμναση, 17 εστιατόρια, μπαρ και lounges που προσφέρουν μεγάλη ποικιλία από διεθνή κουζίνα από σεφ βραβευμένους με αστέρι Michelin. Τέλος, στο ξενοδοχείο θα βρείτε το δικό του εμπορικό κέντρο με επώνυμες εταιρείες μόδας και design, καθώς και τοπικά προϊόντα χειροτεχνίας. x

Trident
senses

TRIDENTSENSES

Απελευθέρωσε τις αισθήσεις σου!

Η εκλεπτυσμένη κασετίνα, το έντονο άρωμα που αναδύεται με το άνοιγμα της συσκευασίας και η υφή της μαλακής τσίγκας είναι μόνο λίγοι από τους λόγους που την κάνουν τόσο ξεχωριστή. Ανακαλύψτε τον κόσμο της Trident Senses...



Από την εμφάνισή της στην αγορά, η **Trident Senses** ανέτρεψε τα δεδομένα και δημιούργησε μια νέα κατηγορία αποκτώντας πιστούς καταναλωτές. Η αρχή έγινε τον Νοέμβριο του 2007, όταν η Trident Senses παρουσιάστηκε στο κοινό με τρεις χρωματιστούς κωδικούς και έκτοτε έχει κατακτήσει την προτίμηση των καταναλωτών. Η πορεία που διέγραψε από τους πρώτους κιόλας μήνες κυκλοφορίας της ήταν εκπληκτική, αγγίζοντας μερίδιο 16,1%* τον Απρίλιο του 2008!

Τον Φεβρουάριο του 2009, η Trident Senses εισήγαγε για άλλη μια φορά την καινοτομία στην αγορά, ανανεώνοντας το κωδικολόγιό της με δύο νέα προϊόντα σε μαύρη συσκευασία. Οι δύο γεύσεις **Watermelon Sunrise** και **Blue Dream Mint** έγιναν αμέσως ανάρπαστες οδηγώντας το μερίδιο της Trident Senses σε ύψη ρεκόρ: 21,3%* σε τρεις μόνο μήνες από το λανσάρισμά τους!

Ιδιαίτερα η επικοινωνιακή στρατηγική έπαιξε, και συνεχίζει να παίζει, σημαντικό ρόλο στην επιτυχία που σημείωσε το προϊόν στην αγορά, αλλά και στη συνεχή ανοδική πορεία του. Το δυνατό πρόγραμμα υποστήριξης προς τον καταναλωτή που ξεκίνησε από το λανσάρισμα, περιελάμβανε ένα ολοκληρωμένο συνδυασμό μέσων: τηλεοπτική και ραδιοφωνική παρουσία, υπαίθρια διαφήμιση, μαζική

δειγματοδιανομή και διοργάνωση event. Σε μια αγορά που χαρακτηρίζεται ως αυθόρμητη και παρορμητική, η Trident Senses ξεχώρισε στο σημείο αγοράς με πλούσιο προωθητικό υλικό και ενέργειες επικοινωνίας που μεγιστοποίησαν την προβολή της στα καταστήματα και τη δυνατότητα επιλογής της από τους καταναλωτές.

Η επιτυχία της Trident Senses κορυφώθηκε κατά τη διάρκεια της **χορηγίας του Σάκη Ρουβά**, που συνέδεσε το όνομά της με αυτό του δημοφιλέστερου έλληνα καλλιτέχνη. Η συνεργασία, που μετράει ήδη ενάμιση χρόνο, έχει συνοδέψει τον Σάκη στα μεγαλύτερα μουσικά event, διοργανώνοντας διαγωνισμούς, συναυλίες και ενέργειες σε ολόκληρη την Ελλάδα. Παράλληλα, το διαφημιστικό σποτ που βγήκε στον αέρα τον Μάρτιο του 2009, έχει καθιερώσει την Trident Senses ως την αγαπημένη τσίγκλα του Σάκη.

Συνεχίζοντας την ανανέωσή της, ο Μάρτιος του 2010 βρήκε την Trident Senses πιο μυστηριώδη από ποτέ, αφού στην οικογένειά της προστίθενται δύο νέοι κωδικοί με πρωτοποριακή τεχνολογία κρυστάλλων φρεσκάδας που προκαλούν αλητεπάληλη δροσιστικές εκρήξεις στο στόμα. Οι δύο νέοι κωδικοί **Lemon Mystery** και **Mint Mystery** είναι η απόδειξη ότι η Trident επενδύει στην καινοτομία και οδηγεί

γεί τις εξελίξεις σε ολόκληρη την κατηγορία.

Σήμερα, οι οκτώ υπέροχες γεύσεις της Trident Senses μεταφέρουν τον καταναλωτή σε ένα μοναδικό ταξίδι γεύσεων προσφέροντας μια ολοκληρωμένη πρόταση κατανάλωσης:

- Trident Senses Lemon Mystery
- Trident Senses Mint Mystery
- Trident Senses Watermelon Sunrise
- Trident Senses Cinnamon Fever
- Trident Senses Rainforest Mint
- Trident Senses Tropical Mix
- Trident Senses Sweet Mint
- Trident Senses Strawberry Passion

Ξεπερνώντας κάθε ρεκόρ μεριδίου στην ελληνική αγορά τα τελευταία χρόνια, η Trident Senses απέδειξε πως η επιτυχία της οφείλεται τόσο στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της όσο και στη δυνατή υποστήριξη που τη συνοδεύει. Καθιερώθηκε έτσι, ως το πιο επιτυχημένο* λανσάρισμα όλων των εποχών στην κατηγορία της τσίγκας. x



Σουκραλόζη:

Αυτά που πρέπει να ξέρετε

Συχνά γίνεται λόγος για την ασφάλεια των προϊόντων που περιέχουν γλυκαντικές ουσίες. Ωστόσο, χάρη στις γλυκαντικές ουσίες τα άτομα που ακολουθούν πρόγραμμα διατροφής για απώλεια βάρους ή άτομα με σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να απολαμβάνουν γλυκές γεύσεις στην καθημερινή τους διατροφή, χωρίς να έχουν επιπτώσεις στο βάρος τους ή στα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα τους αντίστοιχα



ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ,

MSc, κλινικός διατροφολόγος - διατροφολόγος, επιστημονικός διευθυντής απισχνάνσις - λόγω διατροφής, Κέντρο Διαιτολογικής Υποστήριξης & Μεταβολικού Ελέγχου

Οι γλυκαντικές ουσίες, στις οποίες ανήκει και η **σουκραλόζη**, χρησιμοποιούνται στη διατροφή προκειμένου να αντικαταστήσουν τη ζάχαρη στα τρόφιμα, στην παραγωγή τροφίμων με μειωμένες θερμίδες, τροφίμων χωρίς πρόσθετα σάκχαρα, καθώς και προϊόντων με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη ή διαιτητικών προϊόντων. Οι γλυκαντικές ουσίες γίνονται όλο και περισσότερο δημοφιλείς. Οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τους κινδύνους της μεγάλης κατανάλωσης της ζάχαρης, επιλέγουν τρόφιμα με γλυκαντικές ουσίες ή τις προσθέτουν στα ροφήματά τους αντί ζάχαρης προκειμένου να έχουν τη γλυκιά γεύση χωρίς τις ανεπιθύμητες θερμίδες.

Οι γλυκαντικές ουσίες είναι πολύ πιο γλυκές από τη ζάχαρη. Έτσι, για να επιτευχθεί η ίδια γλυκιά γεύση σε ένα τρόφιμο χρειάζεται πολύ λιγότερη ποσότητα γλυκαντικής ουσίας. Αυτός είναι ένας από τους λόγους για τους οποίους τα τρόφιμα που περιέχουν τις ουσίες αυτές αντί της ζάχαρης αποδίδουν πολύ λιγότερες θερμίδες. Οι γλυκαντικές ουσίες όπως η σουκραλόζη, δεν μεταβολίζονται από τον οργανισμό και έτσι δεν αυξάνουν τα

επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Επομένως, μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τους διαβητικούς και από άτομα που θέλουν να χάσουν βάρος ή να διατηρήσουν ένα ιδανικό βάρος.

Η σουκραλόζη

Η σουκραλόζη ανακαλύφθηκε το 1976. Παρασκευάζεται από τη ζάχαρη μέσω μιας επεξεργασίας, η οποία αλλοιώνει τη δομή του μορίου της, καταλήγοντας στη γλυκαντική αυτή ουσία, της οποίας η γλυκύτητα ξεπερνά αυτήν της ζάχαρης κατά **600 φορές**. Το 1998, ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ενέκρινε τη χρήση της σε 15 κατηγορίες τροφίμων και ποτών. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι, για πρώτη φορά, μια γλυκαντική ουσία πήρε έγκριση για τόσο μεγάλο αριθμό προϊόντων εξαρχής. Από το 1999 θεωρείται «γλυκαντικό γενικής χρήσης». Έκτοτε, περισσότερες από 80 χώρες έχουν εγκρίνει τη χρήση της σε διάφορα προϊόντα. Περισσότερες από 100 επιστημονικές μελέτες που έγιναν την τελευταία εικοσαετία πιστοποιούν την ασφάλεια της σουκραλόζης. Επίσης, είναι σημαντικό ότι δεν προάγει την τερνδόνα και είναι πολύ σταθερή στην αλληλαγή της θερμοκρασίας και στα διαφορετικά pH, σε αντίθεση με άλλες γλυκαντικές ουσίες.

Η σουκραλόζη μπορεί να καταναλώνεται από γυναίκες κατά την περίοδο της εγκυμοσύνης αλλά και από τα παιδιά.

Επίσης, μπορεί άφοβα να καταναλώνεται από διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι πρέπει καθημερινά να ελέγχουν την ποσότητα υδατανθράκων και ιδιαίτερα της ζάχαρης, που προσλαμβάνουν μέσα από τη διατροφή τους. Μπορούν έτσι, να απολαμβάνουν προϊόντα με γλυκιά γεύση όπως επιδόρπια, χωρίς να ανησυχούν για πιθανή διαταραχή των επιπέδων γλυκόζης του αίματος.

Η σουκραλόζη αποτελεί βασικό συστατικό σε πολλά προϊόντα (επιδόρπια) του εξωτερικού και πρόσφατα και της Ελλάδας (π.χ. Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ). Σύμφωνα με πρόσφατη ελληνική κλινική έρευνα, η μεταβολή της μεταγευματικής αύξησης του σακχάρου που παρουσίασαν άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που κατανάλωναν έως και τέσσερις φορές την εβδομάδα επιδόρπια που δεν περιείχαν ζάχαρη αλλά σουκραλόζη, στο πλαίσιο ενός ισορροπημένου υποθερμικού προγράμματος διατροφής, ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Το γεγονός ότι γνώριζαν ότι μπορούν να καταναλώσουν επιδόρπια τακτικά, βοήθησε να συμμορφωθούν πλήρως στο πρόγραμμά τους, με αποτέλεσμα και τη σημαντική απώλεια βάρους.

Μπορούμε λοιπόν άφοβα να καταναλώνουμε προϊόντα που περιέχουν «μη θερμιδογόνες» γλυκαντικές ουσίες όπως η σουκραλόζη, πάντα βέβαια στο πλαίσιο μιας σωστής και ισορροπημένης διατροφής.

Το νέο σύστημα μέτρησης σακχάρου -χωρίς ταινίες- **Accu-Chek Mobile...** σας πάει διακοπές!

Στις αρχές του 2010 ολοκληρώθηκε το Experience Program (Πρόγραμμα Αξιολόγησης) του νέου μετρητή Accu-Chek Mobile. Σύμφωνα με τον σχεδιασμό της ενέργειας, η εταιρεία Roche Diagnostics (Hellas) Α.Ε. συνέλεξε συμπληρωμένα ερωτηματολόγια από χρήστες του νέου συστήματος μέτρησης σακχάρου -χωρίς ταινίες- στα οποία είχαν συμπληρώσει εντυπώσεις από την εμπειρία τους με τον νέο μετρητή

Η συντριπτική πλειοψηφία των χρηστών του καινοτόμου συστήματος βρήκε τον νέο μετρητή «εκπληκτικό» και τη δυνατότητα μέτρησης σακχάρου χωρίς τη χρήση δοκιμαστικών ταινιών «ανεπανάληπτη». Οι συμμετέ-

χοντες ουσιαστικά επιβεβαίωσαν με τις απαντήσεις τους τη μοναδικότητα του νέου συστήματος, όσον αφορά την ευελιξία του στον τρόπο ζωής τους, την ευκολία της μέτρησης και τελικά τη συμβολή του στην επίτευξη καλύτερου γλυκαιμικού ελέγχου.

Με την ευκαιρία θα θέλαμε να καταθέσουμε και τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας για τον συγκεκριμένο μετρητή, οι οποίοι στην ίδια έρευνα εντυπώσεων δήλωσαν απερίφραστα την εμπιστοσύνη τους στο σύστημα Accu-Chek Mobile ώστε τα άτομα με διαβήτη που παρακολουθούν, να πετύχουν καλύτερα επίπεδα συμμόρφωσης τόσο λόγω της ευκολίας χρήσης που παρέχει όσο και λόγω της ουσιαστικά ανώδυνης δειγματοληψίας αίματος, που εξασφαλίζουν όλα τα συλβήματα Accu-Chek.

Στις 10 Ιουνίου πραγματοποιήθηκε στα γραφεία της εταιρείας, παρουσία συμβολαιογράφου, κλήρωση των συμμετεχόντων στο παραπάνω πρόγραμμα για την ανάδειξη ενός τυχερού που θα

κέρδιζε ένα ταξίδι για δύο άτομα, αξίας 600 ευρώ σε προορισμό και χρόνο της αρεσκείας του.

Εκτός της συμβολαιογράφου κας Βαγιάτη, παραβρέθηκαν στην κλήρωση όπως εμφανίζονται στη φωτογραφία από αριστερά προς τα δεξιά, η κ. Κωνσταντίνα Πατρικίου (product manager), ο κ. Γιώργος Μεκλής (product manager), η κ. Ρούλα Λάγιου (Π.Ο.Σ.Σ.Α.Σ.ΔΙΑ), η κ. Γκόλφω Γεμιστού (Σύλλογος Πειραιά), ο κ. Δημήτρης Συκιώτης (ΕΛΟΔΙ), ο κ. Κωνσταντίνος Καζάνης (γενικός διευθυντής), ο κ. Άγγελος Χανιάς (key account manager), ο κ. Μίλτος Λάσκος (διοικητικός διευθυντής) και ο κ. Ευάγγελος Διακουμάκος (διευθυντής πωλήσεων), που απathanάτισε τη στιγμή.

Ευχαριστούμε πολύ όλους όσους παραβρέθηκαν στην κλήρωση και όλους όσους συμμετείχαν στο πρόγραμμα αξιολόγησης για την πολύτιμη συμβολή τους στην επιτυχία του. Επίσης, συγχαίρουμε τη νικήτρια Μαρία Ράπτου-Μιχαηλίδου από τη Θεσσαλονίκη και της ευχόμαστε καλή διασκέδαση στις διακοπές της. ✕



Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμνι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία», Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467473 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα», Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770431, 210 3381182 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7776321
- > Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο», Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 210 7775605 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7473787
- > Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7796461
- > Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839
- > Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7237578
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ποσειδωνική», Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944
- > Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα», Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 210 2776612, fax: 210 2776230
- > Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Μονάδα Σακχαρώδη Διαβήτη, Μεταβολισμού, Δυσλιπιδαιμιών & Αθηροσκληρώσεως, Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Βασ. Σοφίας 80, ΤΚ 11528 Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, τηλ.: 210 3381392 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7770473, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8049422
- > Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», Δημ. Μαντουβαίου 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- > Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννιο», Αφεντούλη & Τζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709
- > Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Λεωφόρος Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μαγούλα, Τ: 210 5534200, 210 5534774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

- > Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ», Α' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 993111, 2310 993371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994608
- > Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 89200, 2310 892101, 2310 892616, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 856075
- > Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Γ' Παθολογική Κλινική, περιφ. οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 693000, (εξωτ. 4226 ή 4248), (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 693181

ΠΑΤΡΑ

- > Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Πατρών, ΤΚ 26110, Πάτρα, Τ: 2610 999111, 2610 969149 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2610 969168

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, τηλ.: 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > Μαιευτικό Γυναικολογικό Κέντρο Αθηνών «Ελένα Ε. Βενιζέλου» ηλ. Ε. Βενιζέλου 2, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), (ενδοκρινολογικό), fax: 210 6411156
- > Π.Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7790990
- > Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο», Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- > 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσίων), τέρμα Ζοΐμη, ΤΚ 15127, Μελίσσια, Τ: 210 8106200, 210 8037820 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- > 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χολοαργός, Τ: 210 7463399, 210 7464093 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7715690
- > Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία», Μεσογείων 152, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7778611-19, 210 7763194 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7778838
- > Γ.Ν. Αθηνών «Σισμανόγλειο», Σισμανογλείου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- > Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Ελπίς», Δημοτσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445646
- > Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο», Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 210 8923000, 210 8923197 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8923326
- > Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός», Ι. Δραγούμη 5, ΤΚ 16121, Αθήνα, Τ: 210 7265000, 210 7265218 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7235546
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία», Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649
- > Γ.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Δ. Μουντουβαίου 3, ΤΚ 18454, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 213 2076709
- > Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά», Μπότσαρη 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 210 4284444, fax: 210 4599774
- > Γ.Ν.Α. «Γιώργος Γεννηματάς», Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 210 7768646 (εξωτ. ιατρείο) (Τρίτη-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

- > Ν.Γ.Ν. Θηβών, Τσεβά 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, εσωτερικό 25406 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. ΔΩΡΙΔΟΣ

- > Ν.Γ.Ν. Αμφισσας Οικισμός Δροσοχωρίου, ΤΚ 33100, Αμφισσα, Τ: 22650 28460, διαβητολογικό (εξωτ.: 171), fax: 22650 22086

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

- > Κ.Υ. Καρύστου, Ποθ. Κάτσια 56, ΤΚ 34001, Κάρυστος, Ν. Ευβοίας, Τ: 22240 24001-2, 22240 29189 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22240 22207
- > Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας, ΤΚ 34100, Χαλκίδα, Ν. Ευβοίας, Τ: 22210 21901-10, 22210 35459 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22210 85131

Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

- > Ν.Γ.Ν. Λαμίας, Παπασιοπούλου Τέρμα, ΤΚ 35100, Λαμία, τηλ.: 22310 63000, 22310 63087 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22310 63324

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»**, Ελένης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 969100, 2310 969427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 206015
- > **Ν.Α.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**, Εθνικής Αντίστασης 161, Φοίνικας, ΤΚ 54625, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 493400 (τηλ. κέντρο), 2310 49353 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 451727
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσ/νίκη, Τ: 2310 993111, 2310 993375-6 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994803
- > **Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» (κεντρικό)**, Εθνικής Αμύνης 41, ΤΚ 54635, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 211221, fax: 2310 210401
- > **Β΄ Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης (Παναγία)**, Ν. Πλαστήρα 22, ΤΚ 55132, Ν.Κρήνη, Τ: 2310 479600, Fax: 2310 438122
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α΄ Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892462 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 992784
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 819758
- > **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Α΄ Παθολογική Κλινική**, Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 693000, 2310 693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 693181
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»**, ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

- > **Νοσοκομείο Γουμένισσας**, Μαυροπούλου 9, ΤΚ 61300, Γουμένισσα, Ν. Κιλκίς, Τ: 23430 41411, 23430 20531 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23430 20531
- > **Ν.Γ.Ν. Κιλκίς**, Νοσοκομείου 1, ΤΚ 61100, Κιλκίς, Τ: 23410 38400, 23410 38671 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23410 38627

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Κατερίνης**, 7ης Μεραρχίας 26, ΤΚ 60100, Κατερίνη, Τ: 23510 57200, 23510 57258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23510 57250

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Χαλκιδικής**, ΤΚ 63100, Πολύγυρος, Τ: 23710 24020, 23710 20367 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23710 23781

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

- > **Γ.Ν.Ν. Δράμας**, Τέρμα Ιπποκράτους, ΤΚ 66100, Δράμα, Τ: 25210 23351-55, 25210 61458, 61433, (εξωτ. ιατρείο), fax: 25210 21883

Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Καβάλας**, Αμερικανικού Ερυθρού Σταυρού 63, ΤΚ 65201, Καβάλα, Τ: 2510 292000, 2510 292672 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2510 830747

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

- > **Ν.Γ.Ν. Σερρών**, 3ο χλμ Σερρών - Δράμας, ΤΚ 62100, Σέρρες, Τ: 23210 94500, 23210 94567 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23210 94713

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

- > **Γ.Ν.Ν. Βέροιας Ασωμάτων Βεροίας**, ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23310 51141 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23310 29920
- > **Ν.Γ.Ν. Νάουσας**, Νοσοκομείου 3, ΤΚ 59200, Νάουσα, Τ: 23320 22200, 23320 59241 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23320 23422

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»**, Μαμάτσειο 1, ΤΚ 50100, Κοζάνη, Τ: 24610 67600, 24610 64726 (εξωτ. ιατρείο), fax: 24610 67618

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Γιαννιτσών, Τέρμα Λάμπρου Κατσώνη**, ΤΚ 58100, Γιαννιτσά, Τ: 23820 56200, 23820 56536 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23820 26553

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

- > **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»**, Ε. Βοστάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700,

εσωτ. 5340 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 41500

Ν. ΣΑΜΟΥ

- > **Ν.Γ.Ν. Σάμου «Άγιος Παντελεήμων»**, Κεφαλοπούλου 17, ΤΚ 83100, Σάμος, Τ: 22730 83100 (τηλ. κέντρο), 22730 83499 - 83136 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22730 28968 - Στο Κέντρο Υγείας Καρδιοβασιού 22730 32222

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

- > **Πανεπιστημιακό Γ.Ν. Ιωαννίνων**, Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, ΤΚ 45500, Ιωάννινα, Τ: 26510 99111, 26510 99227 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26510 46617
- > **Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»**, Λεωφόρος Μακρυγιάννη, ΤΚ 45001, Ιωάννινα, Τ: 26510 80111, 26510 80444 - 80475 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26510 31414

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

- > **Γ.Ν. Λάρισας**, Πολυτεχνείου 24, ΤΚ 41334, Λάρισα, Τ: 2410 230031, 2410 560384 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2410 611004

Ν. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Βόλου «Αχιλλοπούλειο»**, Πολυμέρη 134, ΤΚ 38222, Βόλος, Τ: 24210 94200, 24213 51115 (εξωτ. ιατρείο), fax: 24210 36870

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

- > **Ν.Γ.Ν. Τρίκαλων**, Καρδίτσας 56, ΤΚ 42100, Τρίκαλα, Τ: 24310 45100, 24310 45721 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 24310 37392

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Καρδίτσας**, Τέρμα Ταυρωπού, 43100 Καρδίτσα, Τ: 24410 65555, fax.: 24410 26313

ΘΡΑΚΗ / Ν. ΕΒΡΟΥ

- > **Π.Γ.Ν. Αλεξανδρούπολης, Δραγάνα**, ΤΚ 68100, Αλεξανδρούπολη, Τ: 25510 74000, 25510 75520 (εξωτ. ιατρείο), fax: 25510 76420

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Ξάνθης**, Νεάπολη Ξάνθης, ΤΚ 67100, Ξάνθη, Τ: 25410 47100, 25410 47261-262 (εξωτ. ιατρείο), fax: 25410 72139

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Κομοτηνής**, Σισμανόγλου 45, ΤΚ 69100, Κομοτηνή, Τ: 25310 22222, 25310 57465 (εξωτ. ιατρείο), fax: 25310 30009

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

- > **Ν.Γ.Ν. Ζακύνθου**, ΤΚ 59200, Ζάκυνθος, Τ: 26950 59100, fax: 26950 42515

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Λευκάδας**, Βαθσαρώτου 24, ΤΚ 31100, Λευκάδα, Τ: 26450 25371, 26450 31065 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26450 25377

ΚΡΗΤΗ / Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

- > **Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»**, Λ. Κνωσσού 363, ΤΚ 71409, Ηράκλειο Κρήτης, Τ: 2810 368000, 2810 368174 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2810 368175

Ν. ΧΑΝΙΩΝ

- > **Ν.Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»**, Δημοκρατίας 81, 73134, Χανιά, Τ: 28210 22000, 28210 22594 (εξωτ. ιατρείο), fax: 28210 71112

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ / Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Άργους**, Κορίνθου 191, ΤΚ 21200, Άργος, Τ: 27510 64290, 27510 64128 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27510 24644

Ν. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Τρίπολης «Ευαγγελίστρια»**, Ερ. Σταυρού (τέρμα), ΤΚ 22100, Τρίπολη, Τ: 27103 71700, 27103 71809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27103 38175

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Κορίνθου**, Λ. Αθηνών 53, ΤΚ 20100, Κόρινθος, Τ: 27413 61400, 27410 20188 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27410 20529

Mas ρωτάτε - Σας απαντάμε



■ **Το παιδί μου είναι πέντε ετών και διαγνώστηκε με διαβήτη πριν τρεις μήνες. Μου ζητάει συνέχεια σοκολάτες. Πώς να το αντιμετωπίσω;**

Η ψυχολογία των χρόνιων νοσημάτων λέει ότι αυτό που αισθανόμαστε ότι μας στερούν, αυτό αναζητούμε, ανεξάρτητα από τη χρησιμότητά του! Οι στερητικές δίαιτες του διαβήτη είναι παρελθόν. Με κατάλληλη τροποποίηση της δόσης ινσουλίνης, σε συνεργασία με τον γιατρό της κόρης σας, ίσως είναι εφικτό να της δώσετε λίγη σοκολάτα κάποια στιγμή. Όμως, θα είναι ευκαιρία να εισαγάγετε και την έννοια του μέτρου, καθώς δεν είναι δυνατόν να τρώει συνεχώς σοκολάτες. Περιέχουν σημαντική ποσότητα υδατανθράκων και λίπους και ο έλεγχος του σακχάρου αίματος θα είναι πιο δύσκολος. «Παν μέτρον άριστον», όπως έλεγαν και οι αρχαίοι πρόγονοί μας!

■ **Η κόρη μου είναι έξι χρόνων και έχει διαβήτη εδώ και δύο χρόνια. Ο έλεγχός της είναι μέτριος. Ο γιατρός της πρότεινε αντλία ινσουλίνης, αλλά εγώ φοβάμαι. Είναι κάτι ξένο πάνω της, είναι μικρή...**

Η αντλία ινσουλίνης είναι ένας διαφορετικός τρόπος χορήγησης ινσουλίνης στους διαβητικούς. Έχει ως στόχο να προσομοιώσει τον φυσιολογικό τρόπο έκκρισης ινσουλίνης, όσο αυτό είναι εφικτό, παρακάμπτοντας όλα τα μειονεκτήματα των ενέσεων: τη διαδικασία των ενέσεων, την εξάλειψη του φαινόμένου depot (παραμονή ινσουλίνης στον υποδόριο ιστό), ευελιξία στο ωράριο. Οι ανησυχίες που έχετε μπορεί να

είναι μειονεκτήματα στη χρήση αντλίων. Όμως, δεν γνωρίζετε πως θα το δει η κόρη σας. Αυτό που για σας είναι αδιανόητο, για την κόρη σας μπορεί να είναι αυτονόητο! Ας τη δει κι αποφασίσετε μετά!

■ **Ο γιος μου είναι 11 ετών και έχει διαβήτη εδώ και δυόμισι χρόνια. Πηγαίνει σε παιδικά πάρτι συνέχεια και δεν με θέλει μαζί του. Γυρίζει πίσω με υψηλό σάκχαρο κάθε φορά. Τι να κάνω;**

Τα πάρτι δεν απαγορεύονται στα παιδιά με διαβήτη! Το γεγονός ότι ο γιος σας γυρίζει με υψηλό σάκχαρο από αυτά σημαίνει ότι χρειάζεται τροποποίηση της ινσουλίνης που λαμβάνει για το φαγητό των πάρτι, ακόμη και για τούρτα. Επίσης, θα πρέπει σιγά σιγά να συνειδητοποιήσει την έννοια του μέτρου στο φαγητό, που αναφέραμε πιο πάνω. Σε συνεργασία με τον γιατρό του είναι η ευκαιρία να ξεκινήσετε σιγά σιγά να του μαθαίνετε τη συσχέτιση ινσουλίνης και φαγητού, καθώς και την εκτέλεση των ενέσεων, αν δεν τις κάνει ήδη! Η χρήση των στυλό ινσουλίνης είναι πάρα πολύ εύκολη. Αν δεν επιθυμεί να το κάνει, τότε θα είναι υποχρεωμένος να δεχτεί την παρουσία της μαμάς στο πάρτι!

■ **Το παιδί μου είναι έξι χρόνων και έχει διαβήτη εδώ και δύο χρόνια. Ξεκίνησε σχολείο πριν από λίγους μήνες. Πόσο το έχει επηρεάσει ψυχολογικά και πόσο εύκολα θα μπορέσει να προσαρμοστεί στις συνθήκες του σχολείου;**

Το πόσο θα επηρεαστεί το παιδί σας, θα εξαρτηθεί από τη στάση της οικογένειας απέναντι στον διαβήτη του. Θα πρέπει να το αντιμετωπίσετε σαν κάθε παιδί που πάει σχολείο. Θα το κουβεντιάσετε με τον δάσκαλο και θα τους καθοδηγήσετε τι θα κάνει στα διαλείμματα και σε πιθανές «επείγουσες καταστάσεις». Για αποφυγή υπογλυκαιμιών, ίσως χρειαστεί να τροποποιήσετε τη δόση ινσουλίνης ή των σνακ τις ημέρες του σχολείου, σε συνεργασία με τον γιατρό σας. Ο διαβητής δεν πρέπει να επηρεάσει την απόδοσή του ή την ψυχολογία του στο σχολείο, αν και εσείς το αντιμετωπίζετε σαν κάτι φυσιολογικό. Να θυμάστε: δεν υπάρχει τίποτα που το παιδί σας δεν μπορεί να κάνει, ίσως με κάποια βοήθεια, στο σχολείο! x

Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας
στο e-mail: jp@medivox.gr
ή στο fax 210-6470095