801 11 40200

BAYER

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 στάκου (HI/LOI
- 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™

BAYER Contour™
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

CONT-AD V 4 06/10

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

- Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ Πολυκλινική: « Οι κρατικοί φορείς δεν ενδιαφέρονται για το αν σε κάποιο χώρο γίνεται κάτι διαφορετικό που να αξίζει τον κόπο να ενισχυθεί »
- Η χρήση των αντιδιαβητικών δισκίων στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
- Ο οίνος ευφραίνει την υγεία και δίνει μακροβιότητα
- Μόντε Κάρλο, συνώνυμο της πολυτέλειας

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ

ΕΛΟΔΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

KwikPen™

(Κουίκπεν)

ΝΕΑ ΠΕΝΑ

Απλουστεύει τη χορήγηση της ινσουλίνης
Απλουστεύει τη ζωή σας

Humalog

(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

Humalog

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.

ΦΑΓΕ

ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

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: Τζένη Περγιαλιώτου
Λ. Αλεξάνδρας 207, 115 23 Αθήνα
τηλ: 210 6433883, φαξ: 210 6470095
Συντακτική & Δημιουργική Επιμέλεια-Παραγωγή:

Medivox Healthcare Communications

Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περγιαλιώτου
jp@medivox.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
cgeorgiou@medivox.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καφούση
anastasia@medivox.gr

Σύνταξη
Μαρία Γαρατζιώτη
Μαρία Χατζηδάκη

Διόρθωση Κειμένων
Δημήτρης Χατζησταύρου

Υποδοχή Διαφήμισης
Μαρία Μαρινάκη
info@medivox.gr

Συντονισμός Ύλης
Μαρία Χατζηδάκη
mhatzidaki@medivox.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**
Επικοινωνήστε μάζι 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. Παίδων «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 Λ. 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 «Μητέρα»*

Όλγα Κορδονούρη, *καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παίδων, Ανόβερο, Γερμανία*

Γεώργιος Κουκούλης, *αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

Χρήστος Μανές, *ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, αναπλ. διευθυντής Γ΄ Παθολογικής Κλινικής, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΠΝΘ «Παπαγεωργίου»*

Ασημίνα Μητράκου, *επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

Ζαδάλλα Μούσλεχ, *ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ*

Χρήστος Μπαρτσόκας, *ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου «Μητέρα»*

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

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

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, *καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παίδων Μοντρεάλ*

Σωτήριος Ράπτης, *καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδους Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ 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*

6 **ΠΡΟΟΙΜΙΟ**
Δημήτριος Π. Χιώτης
Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

8 **ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ** ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Μαριάννα Μπενρουμπή
«Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση για τον Διαβήτη (IDF) το ήμισυ του συνόλου των περιστατικών διαβήτη τύπου 2 δεν θα υπήρχαν, εάν μπορούσε να προληφθεί η αύξηση βάρους»

14 **ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ**
Νέα και ειδήσεις για το διαβήτη από την Ελλάδα και τον κόσμο

16 **ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ**
Ο οίνος ευφραίνει την υγεία και δίνει μακροβιότητα

20 **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ**
Συνέδρια, ημερίδες, σεμινάρια, εκδηλώσεις γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη

24 **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**
Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

26 **ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ**
Η χρήση των αντιδιαβητικών δισκίων στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

32 **ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ**
Ο όρκος του Ιπποκράτη επί της ουσίας

37 **ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**
Η τεχνολογία στην υπηρεσία του σακχαρώδη διαβήτη

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

40 **ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Νέα θεραπεία για το διαβήτη τύπου 1

44 **ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**
« Ποτέ δεν άφησα τίποτα και κανένα να με κάνει να νοιώσω διαφορετικά από ότι ήταν οι άλλοι γύρω μου »

48 **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ**
Ονυχομυκητίαση: πρόληψη, διάγνωση και θεραπεία

50 **ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ**
Αποτελεί η βιομηχανία τροφίμων συνοδοιπόρο στην αναζήτηση υγιεινής διατροφής;

52 **ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ**
Άνδρος, η αρχόντισσα του Αιγαίου

56 **ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**
Μόντε Κάρλο, συνώνυμο της πολυτέλειας

60 **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

61 **ΔΕΛΤΙΟ ΤΥΠΟΥ**

62 **ΧΡΗΣΤΙΚΑ**
Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

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

VITAL plus Q10
Η 1η σας επιλογή!
ΝΕΑ ΣΥΣΚΕΥΑΣΙΑ VITAL plus Q10
7 μέρες ΔΩΡΕΑΝ αγωγής!
Η ενέργεια που...
σας απελευθερώνει!
12 βιταμίνες,
11 μέταλλα και ιχνοστοιχεία,
2 σταθεροποιημένα εκχυλίσματα ginseng
και συνένζυμο Q10 σπάνε ...τα δεσμά!
VITAL plus Q10!
Το δραστικό πολυβιταμινούχο συμπλήρωμα με τη μοναδική σύνθεση, που σας προσφέρει καθημερινά την ενέργεια, την τόνωση, αλλά και την αντιοξειδωτική προστασία που χρειάζεται ο οργανισμός σας!
Συμβουλευτείτε τον γιατρό ή τον φαρμακοποιό σας!
Τη νέα συσκευασία με τις 7 δωρεάν κάψουλες μπορείτε να την βρείτε μόνο στα φαρμακεία. Ισχύει μέχρι εξάντλησης των αποθεμάτων.
Αρ. Αδείας κυκλοφορίας ΕΟΦ: 13188/1999
ΔΩΡΟ
Η συσκευασία των 7 καψουλών
ALAPIS we care
Τηλ. Επικοινωνίας: 210-8194200
VITAL
www.vital.gr
Το ζωτικό σας πλεονέκτημα!

Αγαπητοί αναγνώστες,

Το φθινόπωρο έφτασε με αρκετές αλλαγές, μεταξύ των οποίων και η ηγεσία στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ο νέος υπουργός Υγείας, κ. Ανδρέας Λοβέρδος, καλείται να εξοικονομήσει 5 δις ευρώ για τα ταμεία του δημοσίου. Ένας τέτοιος στόχος επιβάλλει αρκετές μεταρρυθμίσεις στη διαχείριση των νοσοκομείων, γεγονός που θα δημιουργήσει έντονες «επιπλοκές» στον απλό πολίτη, στον άνθρωπο που θα χρειαστεί να στηριχτεί στην κρατική πρόνοια για να τονώσει την υγεία του. Τελικά, η ποιότητα ζωής έχει γίνει πλέον σπάνιο αγαθό. Κι αν το φιλοσοφήσει κανείς ακόμη περισσότερο, γενικά τα πιο απλά και αυτονόητα πράγματα στη ζωή, μάλλον δεν είναι και τόσο αυτονόητα….

Με αφορμή τον παραπάνω συλλογισμό, καταρχήν εύχομαι ο νέος υπουργός Υγείας να ανταπεξέλθει στο δύσκολο έργο του και όλες οι μεταρρυθμίσεις να λειτουργήσουν με γνώμονα το όφελος των ασθενών. Όσο για την ποιότητα ζωής, που είναι και το ζητούμενο, όσον αφορά τουλάχιστον στα άτομα με διαβήτη, όλοι εμείς οι λειτουργοί του διαβήτη προσπαθούμε να σας την εξασφαλίσουμε. Από την άλλη πλευρά, θα πρέπει να βάλετε κι εσείς το δικό σας μικρό λιθαράκι σε αυτή την προσπάθεια: σωστή ρύθμιση σημαίνει συνέπεια στις οδηγίες του θεράποντα ιατρού, υγιεινή διατροφή και συστηματική άσκηση. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι θα πρέπει να στερηθείτε τις μικρές απολαύσεις της ζωής, όπως π.χ είναι ένα ποτηράκι κόκκινο κρασί.

Όπως θα δείτε και στην ενότητα «έρευνα και ανάπτυξη» του τεύχους που κρατάτε στα χέρια σας, ο επίκουρος καθηγητής κ. Παναγιώτης Χαλβατσιώτης αναφέρει ότι η κατανάλωση κόκκινου κρασιού θωρακίζει την καρδιά από καρδιαγγειακά προβλήματα, λόγω μιας πληθώρας αντιοξειδωτικών ουσιών που εμπεριέχονται σε αυτό.

Κλείνοντας αυτόν τον επίλογό μου, θα ήθελα να προτρέψω όλους εσάς τους λειτουργούς του διαβήτη, τους ανθρώπους που έχετε δώσει έναν σοβαρό όρκο στον Ιπποκράτη, να μοιραστείτε μαζί με την αγαπητή κα Ελένη Μπουτάτη, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας στο νοσοκομείο «Αττικόν», τους προβληματισμούς της γύρω από την πραγματική και ουσιαστική έννοια του όρκου, καθώς και την άσκηση του λειτουργήματός μας. Αυτή η πρωτότυπη ιστορική αναδρομή ίσως πυροδοτήσει στον καθένα από εσάς έναν εσωτερικό διάλογο, κάτι το οποίο, δεν σας κρύβω, συνέβη ακριβώς και σε μένα.

Καλό φθινόπωρο σε όλους, με υγεία και αρκετή δύναμη για να αντιμετωπίζουμε την απλή ή σύνθετη καθημερινότητά μας.

Δημήτριος Π. Χιώτης,
διευθυντής σύνταξης

[ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΜΠΕΝΡΟΥΜΠΗ]

Παθολόγος, διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΝ Αθηνών «Πολυκλινική»

« Δεν χρειάζεται να είναι κανείς ειδικός για να καταλάβει την τεράστια σπατάλη που γίνεται, όταν π.χ. για κάθε κουτί αναγωγικών ταινιών ο γιατρός του ΙΚΑ είναι υποχρεωμένος να συνταγογραφεί και ένα κουτί ινσουλίνες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μαζεύουν οι ασθενείς ποσότητα ινσουλίνης που λήγει και να αναγκάζονται να την πετάξουν πριν προλάβουν να τη χρησιμοποιήσουν »

ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ

Σύμφωνα και με τις τελευταίες δυσοίωνες 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 αλματώδη αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη;

Είναι η αρνητική πλευρά της ευημερίας. Οι πρόγονοί μας έτρωγαν λιτά και δούλευαν χειρωνακτικά. Σύμφωνα με τις κλινικές και επιδημιολογικές μελέτες η αύξηση του αριθμού των ασθενών με διαβήτη τύπου 2 παγκοσμίως και κατά συνέπεια και στην Ελλάδα, οφείλεται στη μεγάλη αύξηση της παχυσαρκίας και στην αλλαγή του τρόπου ζωής, δηλαδή στην έλλειψη σωματικής δραστηριότητας.

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

Στα δύο τελευταία χρόνια σπουδών μου στο πανεπιστήμιο άρχισα να ενδιαφέρομαι για την ψυχοσωματική ιατρική. Είχα αποφασίσει ότι θα έκανα παθολογία και στη συνέχεια θα έκανα, στο εξωτερικό, την εξειδίκευση στην ψυχοσωματική ιατρική. Στο διάστημα που περίμενα για να ξεκινήσω ειδικότητα στη θεραπευτική κλινική του «Αλεξάνδρα», πήγα σαν άμισθη (γινόταν τότε αυτό) στην πολυκλινική Αθηνών. Είχα γνωρίσει τον Τζων Αλιβιζάτο, που ήταν πρόεδρος και διευθυντής της παθολογικής- ενδοκρινολογικής κλινικής, από την Εταιρεία Μελέτης Ψυχοσωματικών Προβλημάτων, της οποίας ήμασταν και οι δύο ιδρυτικά μέλη. Τότε ήρθα για πρώτη φορά σε επαφή με το θέμα διαβήτης. Ο κ. Αλιβιζάτος ήταν ο πρώτος που ασχολήθηκε με τον διαβήτη στην Ελλάδα. Παράλληλα, είχα αρχίσει να συνειδητοποιώ ότι δεν θα μπορούσα να εξασκήσω στην Ελλάδα ψυχοσωματική ιατρική μέσα από την παθολογία. Ο διαβήτης σαν χρόνιο νόσημα στο οποίο ο ψυχοκοινωνικός παράγοντας εμπλέκεται καθοριστικά στην αντιμετώπισή του, ήταν για μένα η καλύτερη επιλογή σε σχέση με αυτό που ήθελα να κάνω.

Ως επικεφαλής τμήματος στην πολυκλινική Αθηνών, ποιες ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσατε όλα αυτά τα χρόνια της καριέρας σας και πώς καταφέρατε να τις ξεπεράσετε;

Μερικές τυχαίες συναντήσεις γίνονται καθοριστικές για το μέλλον. Αναφέρθηκα πριν στον Τζων Αλιβιζάτο. Όταν τελείωσα την ειδικότητα, πήρα υποτροφία για το Λονδίνο, όπου έκανα εξειδίκευση στον διαβήτη (Kings College). Με την επάνοδό μου, ο κ. Αλιβιζάτος μου ανέθεσε εν λευκώ τη δημιουργία και οργάνωση του διαβητολογικού κέντρου. Παράλληλα, λόγω της δυνατότητας που είχε σαν πρόεδρος του νοσοκομείου, μου παρείχε κάθε διευκόλυνση: χώρους, γραμματειακή υποστήριξη, επισκέπτρια υγείας, θέση ψυχολόγου κ.λπ. Ο ίδιος ήταν πάντα διαθέσιμος για οποιαδήποτε βοήθεια, χωρίς ποτέ να επέμβει στη λειτουργία του κέντρου.

Ήμουν πολύ τυχερή. Δεν νομίζω να έχει υπάρξει κάτι ανάλογο στον χώρο μας. Στη συνέχεια, όταν το νοσοκομείο εντάχθηκε στο ΕΣΥ, μετά από μερικά χρόνια, έφυγε ο κ. Αλιβιζάτος. Όπως ήταν αναμενόμενο, για τα ελληνικά δεδομένα, ίσως και λόγω του μικρού μεγέθους του νοσοκομείου, άρχισαν να μου έρχονται διάφορα μηνύματα όπως: «Γιατί το διαβητολογικό έχει αυτούς τους χώρους;», «είναι απαραίτητο να έχει γραμματέα;», καθώς και άλλα παρόμοια.

Εν τω μεταξύ αυτά ξεπεράστηκαν από το γεγονός ότι όσο ο κ. Αλιβιζάτος ήταν πρόεδρος του νοσοκομείου επί ΕΣΥ, το κέντρο είχε μεγαλώσει σε αριθμό εξεταζόμενων ασθενών (σήμερα παρακολουθούμε 11.000 εγγεγραμμένους). Είχαμε κάνει όλοι μαζί σημαντική δουλειά, όχι μόνο ποσοτικά, αλλά και ποιοτικά (κατά κύριο λόγο την εκπαίδευση των ασθενών). Οργανώσαμε εκπαιδευτικά σεμινάρια τόσο για επαγγελματίες υγείας όσο και για ασθενείς. Μας ζητήθηκε να παρουσιάσουμε τον τρόπο λειτουργίας του κέντρου στο Παγκόσμιο Διαβητολογικό Συνέδριο στη Μαδρίτη. Μετά τη διεθνή αναγνώριση ήταν δύσκολο να αμφισβητηθεί πια η δουλειά του κέντρου.

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

Οι κρατικοί φορείς δεν ενδιαφέρονται για το αν σε κάποιο χώρο γίνεται κάτι διαφορετικό που να αξίζει τον κόπο να ενισχυθεί, εξάλλου δεν υπάρχουν και οι ανάλογοι μηχανισμοί που θα αναδείξουν την οποιαδήποτε ιδιαιτερότητα ή πρωτοβουλία. Πρέπει, όμως, να αναγνωρίσω ότι οι εκπρόσωποι του κράτους, δηλαδή οι εκάστοτε διοικητές του νοσοκομείου, συνέβαλαν ώστε να μπορέσουμε να συνεχίσουμε ή και να βελτιώσουμε τη λειτουργία του κέντρου μας ή τουλάχιστον δεν μας εμπόδισαν.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί το ότι εδώ και 12 χρόνια λειτουργεί κάθε Τετάρτη απογευματινό ιατρείο για νέους, χωρίς οικονομική επιβάρυνση για τους ασθενείς. Αυτό έγινε επειδή αποδέχθηκε η διοίκηση δύο από μας, η ψυχολόγος και εγώ, να μην εργάζονται το πρωί και να γίνεται τακτικό, όχι ιδιωτικό, ιατρείο το απόγευμα.

Με τιμές μειωμένες έως και 27% πωλούνται τώρα τα φάρμακα. Το υπουργείο Οικονομίας ανακοίνωσε ότι προχωρά με διαδικασίες-εξπρές στην ανατιμολόγηση όλων των φαρμακευτικών σκευασμάτων που κυκλοφορούν στην Ελλάδα με συγκεκριμένα ποσοστά μείωσης των τιμών ανάλογα με τη σημερινή τρέχουσα τιμή τους. Οι βιομηχανίες φαρμάκων αντιδρούν, προειδοποιώντας ακόμα και για ελλείψεις στην αγορά, ενώ κρούουν τον «κώδωνα του κινδύνου» για ελλείψεις ακόμα και σε ινσουλίνες. Ποια είναι η γνώμη σας για τα μέτρα αυτά; Θεωρείτε ότι θα υπάρξει πρόβλημα στη διάθεση ορισμένων φαρμάκων που είναι πολύτιμα για τη σωστή ρύθμιση των διαβητικών ατόμων;

Το πρόβλημα με το «φάρμακο» και τη συνταγογραφία στην Ελλάδα είναι ως γνωστό τεράστιο και δεν θα ήθελα να κάνω προτάσεις για το πώς θα βελτιωθεί η κατάσταση. Πιστεύω ότι αυτά είναι θέματα ειδικών. Δεν χρειάζεται, όμως, να είναι κανείς ειδικός για να καταλάβει την τεράστια σπατάλη που γίνεται, όταν π.χ. για κάθε κουτί αναγωγικών ταινιών ο

« Οι κρατικοί φορείς δεν ενδιαφέρονται για το αν σε κάποιο χώρο γίνεται κάτι διαφορετικό που να αξίζει τον κόπο να ενισχυθεί, εξάλλου δεν υπάρχουν και οι ανάλογοι μηχανισμοί που θα αναδείξουν την οποιαδήποτε ιδιαιτερότητα ή πρωτοβουλία. Πρέπει, όμως, να αναγνωρίσω ότι οι εκπρόσωποι του κράτους, δηλαδή οι εκάστοτε διοικητές του νοσοκομείου, συνέβαλαν ώστε να μπορέσουμε να συνεχίσουμε ή και να βελτιώσουμε τη λειτουργία του κέντρου μας ή τουλάχιστον δεν μας εμπόδισαν »

γιατρός του ΙΚΑ είναι υποχρεωμένος να συνταγογραφεί και ένα κουτί ινσουλίνες. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να μαζεύουν οι ασθενείς ποσότητα ινσουλίνης που λήγει και να αναγκάζονται να την πετάξουν πριν προλάβουν να τη χρησιμοποιήσουν.

Όσον αφορά τη μείωση των τιμών, ελπίζω να μην αντιμετωπίσουμε το πρόβλημα ότι δεν θα υπάρχουν σκευάσματα στην Ελλάδα, γιατί οι φαρμακοποθήκες θα τα επανεξάγουν, ούτε το να μην μπορούμε να χορηγήσουμε σκευάσματα τελευταίας τεχνολογίας, γιατί δεν θα συμφέρει να πωλούνται στην Ελλάδα.

Ας μιλήσουμε λίγο για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι αποτελεί μια από τις επιδημίες του σύγχρονου κόσμου. Πού οφείλεται η αλματώδης εξάπλωσή του και τι μπορεί να κάνει ο καθένας από εμάς για να προλάβει την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου;

Την απάντηση στο ερώτημά σας έχει δώσει μια σημαντική μελέτη, η DPP (Diabetes Prevention Program). Στη μελέτη αυτή φάνηκε ότι η παθολογική καμπύλη των ατόμων που ήταν υπέρβαρα έγινε φυσιολογική σε ποσοστό 60% αυτών που παρακολουθήθηκαν, όταν αυτοί κατάφεραν να χάσουν το 5% του σωματικού τους βάρους (και να διατηρήσουν αυτήν την απώλεια) παράλληλα με σωματική δραστηριότητα του τύπου μισή ώρα περπάτημα 5-6 φορές την εβδομάδα.

Ο διαβήτης και η παχυσαρκία είναι αλληλοσυνδεόμενες επιδημίες. Αυτό που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι εμφανίζει τεράστια αύξηση η παχυσαρκία στα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να βλέπουμε διαβήτη τύπου 2 σε έφηβους, πράγμα αδιανόητο πριν μερικά χρόνια. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση για τον Διαβήτη (IDF) το ήμισυ του συνόλου των περιστατικών διαβήτη τύπου 2 δεν θα υπήρχαν, εάν μπορούσε να προληφθεί η αύξηση βάρους. Οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής, συμπεριλαμβανομένης της δίαιτας και της μέτριας σωματικής άσκησης, μπορούν να μειώσουν τον κίνδυνο για διαβήτη σε ποσοστά 40 έως 60%.

Πόσο εύκολο είναι τελικά να συμμορφωθούν τα άτομα με διαβήτη και ειδικά τα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά στις οδηγίες του θεράποντα γιατρού τους και πόσο δύσκολο είναι για τον θεράποντα γιατρό να τους πείσει να συμμορφωθούν με τις οδηγίες του, για να πετύχουν την καλύτερη ρύθμιση;

Για μένα στόχος δεν είναι να συμμορφωθούν οι ασθενείς μου με τις οδηγίες μου, αλλά: α) πως θα τους βοηθήσω να συνειδητοποιήσουν την αναγκαιότητα για την αλλαγή που τους ζητιέται να κάνουν, σε σχέση με τις μέχρι τώρα συνήθειες τους, β) να βάλουμε μαζί τους στόχους με βάση το τι μπορεί

Medtronic

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

www.medtronic-diabetes.gr

Medtronic Hellas AEE
Αγ. Βαρβάρας 5, 15231 Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 6779 099 Φαξ: 210 6779 399

« Ο διαβήτης και η παχυσαρκία είναι αλληλοσυνδεόμενες επιδημίες. Αυτό που είναι ιδιαίτερα ανησυχητικό είναι ότι εμφανίζει τεράστια αύξηση η παχυσαρκία στα παιδιά. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να βλέπουμε διαβήτη τύπου 2 σε έφηβους, πράγμα αδιανόητο πριν μερικά χρόνια »

να κάνει ο καθένας, αναγνωρίζοντας πόσο δύσκολο είναι για κάποιον που είναι παχύσαρκος να χάσει βάρος ή να αρχίσει να ασκείται.

Αν ξεκινήσει κανείς με αυτήν την προσέγγιση και όχι με το «να σου πω τι πρέπει να κάνεις γιατί αν δεν τα κάνεις.....», πιθανότερο είναι να έχουμε μια αλλαγή στον τρόπο ζωής, αν στην κατάστρωση του θεραπευτικού πλάνου συμμετέχει και ο ασθενής.

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;

Θεωρώ πολύ σημαντικό να καταφέρουμε όλοι όσοι ασχολούνται με τον διαβήτη, να απομυθοποιήσουμε την ινσουλίνη.

Έτσι, ο στόχος δεν θα είναι πως θα αποφύγουμε να δώσουμε το κατεξοχήν φάρμακο για τη ρύθμιση του διαβήτη, αλλά το πώς θα ρυθμίσουμε καλύτερα το ζάχαρο των ασθενών μας.

Τόσο στη Ελλάδα όσο και στις περισσότερες χώρες του εξωτερικού, όπως έχει φανεί από μελέτες παρατήρησης, καθυστερούμε πάρα πολύ στο να μετατάξουμε τους ασθενείς μας από τα δισκία στην ινσουλίνη. Η καθυστέρηση αυτή δεν οφείλεται μόνο στην προκατάληψη που έχουν τα άτομα με διαβήτη, αλλά και στην απροθυμία των γιατρών να την προτείνουν στον ασθενή τους. Φαίνεται ότι πολλοί γιατροί θεωρούν ότι αυτό αποτελεί απόδειξη ότι απέτυχαν να ρυθμίσουν τον διαβήτη με άλλα μέσα.

Η μεγάλη μελέτη γύρω από τον διαβήτη τύπου 2, η UKPDS έδειξε ότι στην πλειοψηφία των ασθενών με διαβήτη αυτού του τύπου, η έκπτωση της λειτουργικότητας του β κυττάρου είναι δεδομένη, άσχετα από το ποια αγωγή θα πάρει.

Φυσικά, είναι αυτονόητο ότι πρέπει από την αρχή και συνέχεια να δίνουμε βάρος στη σωστή διατροφή.

Η εκπαίδευση των φροντιστών του διαβήτη, είτε πρόκειται για το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείο 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;

Η εκπαίδευση στον διαβήτη έχει δύο σκέλη. Το ένα αφορά τις γνώσεις και τη συνεχή ενημέρωση γύρω από τις εξελίξεις που πρέπει να έχουν όλοι οι επαγγελματίες υγείας που ασχολούνται με τον διαβήτη.

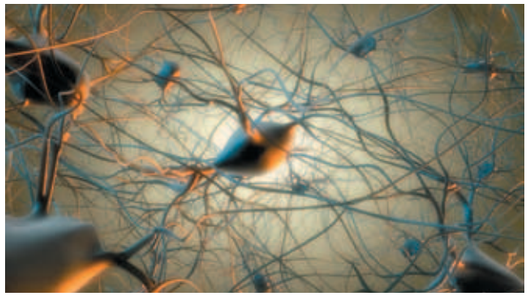
Το δεύτερο έχει να κάνει με το πώς θα εκπαιδευτούν οι επαγγελματίες υγείας στο να επικοινωνούν και να κινητοποιούν τους ασθενείς στο να εντάξουν στην καθημερινότητά τους όλα όσα χρειάζονται για την καλή ρύθμιση του διαβήτη τους. Πριν μερικά χρόνια πήρα την πρωτοβουλία και μαζί με άλλους συναδέλφους φτιάξαμε την πρώτη Ομάδα Εργασίας της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, την Ομάδα Θεραπευτικής Εκπαίδευσης. Στόχος της είναι ακριβώς το να εκπαιδεύσει τους επαγγελματίες υγείας στο να εκπαιδεύουν τους ασθενείς τους. Αυτό γίνεται με την ενεργητική συμμετοχή των εκπαιδευομένων και όχι μέσα από διαλέξεις και στρογγυλά τραπέζια. Πιστεύω ότι η εκπαίδευση, είτε πρόκειται για ασθενείς είτε για επαγγελματίες υγείας γίνεται πολύ πιο ενδιαφέρουσα όταν είναι διαδραστική, όταν δηλαδή δίνεται στον εκπαιδευόμενο η δυνατότητα να συμμετέχει ενεργητικά και βιωματικά στην όλη διαδικασία.

Οι γονιδιακές θεραπείες ακούγεται ότι σύντομα θα εισέλθουν και στον χώρο του διαβήτη. Ποια είναι η γνώμη σας για το θέμα αυτό;

Οι γονιδιακές θεραπείες, όταν εφαρμοσθούν ευρέως, θα αποτελέσουν επανάσταση, αλλά δεν νομίζω ότι αυτό θα γίνει σύντομα. Ας ελπίσουμε, σε κάποιο απώτερο μέλλον, να γίνουν «αχρείαστοι» οι διαβητολόγοι...

ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ, ιατρός

Η ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΙΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΚΑΛΕΙ Η ΑΝΟΙΑ



Σύμφωνα με σχετική μελέτη, τα μορφωμένα άτομα είναι και περισσότερο ικανά στο να αντιμετωπίζουν τις φυσικές συνέπειες της άνοιας. Ακόμα και ένα επιπλέον έτος ακαδημαϊκής εκπαίδευσης μπορεί να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο για την εξέλιξη της νόσου.

Συγκεκριμένα, βρέθηκε ότι τα άτομα που παρακολουθούν πανεπιστημιακές ή τεχνολογικές σχολές μετά το λύκειο, επηρεάζονται σε μικρότερο βαθμό από τις μεταβολές του εγκεφάλου που παρατηρούνται στην άνοια σε σχέση με τα άτομα που σταματούν νωρίτερα την εκπαίδευσή τους.

Τα ευρήματα αυτά μπορούν να έχουν σημαντικές προεκτάσεις και εφαρμογές σε επίπεδο δημόσιας υγείας, ειδικά σε μια χρονική στιγμή που ο πληθυσμός πολλών χωρών γερνά με ταχείς ρυθμούς καθώς το προσδόκιμο επιβίωσης αυξάνεται ολοένα και περισσότερο. Τα ποσοστά των ασθενών με άνοια αναμένεται να ακολουθήσουν την ίδια ανοδική πορεία. Ήταν γνωστή η προστασία που προσέφερε η εκπαίδευση έναντι της άνοιας, αλλά πλέον φαίνεται ότι συμβάλλει και στη καλύτερη αντιμετώπιση των μεταβολών που επιφέρει η συγκεκριμένη νόσος στον εγκέφαλο με ό, τι αυτές συνεπάγονται.

Πηγή - περισσότερες πληροφορίες: Brain 2010 133(8):2210-2216

ΣΤΥΛΟ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ ΜΕ ΤΗ ΜΟΡΦΗ ΕΠΙΘΕΜΑΤΟΣ

Η εταιρεία Calibra Medical ανακοίνωσε πρόσφατα την έγκριση για την κυκλοφορία του Finesse™. Πρόκειται για ένα στυλό ινσουλίνης με τη μορφή επιθέματος, το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί μέχρι και 3 ημέρες με την ινσουλίνη ταχείας δράσης Novo Nordisk's Novolog®. Το καινοτόμο αυτό επίθεμα συνδυάζει τα πλεονεκτήματα της αντλίας ινσουλίνης με την απλότητα και την οικονομία των στυλό.

Πρόκειται για μία μικρή επίπεδη συσκευή που μπορεί να φορεθεί κάτω από τα ρούχα σαν επίδεσμος και να παρέχει τη σωστή δόση ινσουλίνης σε δευτερόλεπτα. Ο ασθενείς "προγεμίζει" τη συσκευή με ινσουλίνη χρησιμοποιώντας μια κοινή σύριγγα και μπορεί να δώσει εντολή χορήγησης της ινσουλίνης πατώντας 2 κουμπιά που βρίσκονται πάνω στη συσκευή. Η ινσουλίνη χορηγείται μέσω ενός μικροσκοπικού σωληνίσκου, ο οποίος τοποθετείται υποδορίως. Η συσκευή εφαρμόζει πολύ καλά και παραμένει στη θέση της ακόμα και όταν ο ασθενής ασκείται, κοιμάται ή κάνει μπάνιο, διευκολύνοντας έτσι τις καθημερινές του δραστηριότητες.

Πηγή: Calibra Medical Inc.

ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΦΥΛΑΚΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΓΙΑ CMV ΣΕ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΘΕΝΤΕΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ο Οργανισμός Τροφίμων και Φαρμάκων των ΗΠΑ ενέκρινε την επιμήκυνση της διάρκειας προφυλακτικής αγωγής με valganciclovir hydrochloride (Valcyte) σε ενήλικες ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού και έχουν αυξημένο κίνδυνο να προσβληθούν από κυτταρομεγαλοϊό (CMV).

Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, η μεγαλύτερης διάρκειας προφυλακτική θεραπεία με valganciclovir hydrochloride μειώνει την επίπτωση της νόσου από 36.8% (για ασθενείς που έλαβαν θεραπεία 100 ημερών) σε 16.8% (για ασθενείς που έλαβαν θεραπεία 200 ημερών), ένα χρόνο μετά τη μεταμόσχευση νεφρού (P< .0001).

Η παράταση της διάρκειας χορήγησης του φαρμάκου δεν φαίνεται να συνοδεύεται από περισσότερες παρενέργειες σε σύγκριση με τη βραχύτερης διάρκειας χορήγηση. Οι συχνότερα παρατηρούμενες ανεπιθύμητες ενέργειες είναι λευκοπενία, διάρροια και περιφερικό οίδημα, ενώ οι πιο σοβαρές παρενέργειες από τη θεραπεία είναι υπέρταση, απόρριψη μοσχεύματος και τρόμος.

Κατά τη διάρκεια της μελέτης σημειώθηκαν 4 θάνατοι που δεν σχετίζονταν με τη θεραπεία (αποδόθηκαν σε αιμορραγία, σηπτικό σοκ και σηψαιμία).

Πηγή: Genentech

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΓΙΑ ΤΙΣ ΟΡΛΙΣΤΑΤΗ ΚΑΙ ΡΟΖΙΓΛΙΤΑΖΟΝΗ

Από τον Αμερικάνικο και τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων ανακοινώθηκαν νέα στοιχεία για τα δύο σκευάσματα που βοηθούν ασθενείς στην απώλεια βάρους.

Ο FDA ενημέρωσε επαγγελματίες υγείας και ασθενείς ότι τα σκευάσματα ορλιστάτης 60 mg (Alli) και 120 mg (Xenical) κυκλοφορούν με προειδοποίηση για περιπτώσεις σοβαρής ηπατικής βλάβης που σημειώθηκαν από τη χρήση τους.

Οι ασθενείς θα πρέπει να σταματήσουν αμέσως τη χρήση του φαρμάκου και να επικοινωνήσουν με το γιατρό τους σε περίπτωση που αντιληφθούν οποιοδήποτε σύμπτωμα ή σημείο σχετικό με ηπατική νόσο (κνησμό, ίκτερο, υπέρχρωση ούρων, αποχρωματισμό κοπράνων, απώλεια όρεξης).

Όσον αφορά τη ροσιγλιτιαζόνη, σε συνέχεια της αξιολόγησής της από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Φαρμάκων (EMA) και τον Αμερικανικό Οργανισμό Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA), οι δύο οργανισμοί ανακοίνωσαν ξεχωριστά τις αποφάσεις τους και τις ενέργειες που προκύπτουν από αυτές.

Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, αναστέλλεται η άδεια κυκλοφορίας για όλα τα φάρμακα που περιέχουν ροσιγλιτιαζόνη (Avandia®, Avandamet® and Avaglim®). Ως αποτέλεσμα, συστήνεται στους Ευρωπαίους επαγγελματίες υγείας να προτείνουν στους ασθενείς τους με διαβήτη τύπου 2, που επηρεάζονται από την απόφαση αυτή, εναλλακτικές θεραπευτικές επιλογές.

Ο EMA επίσης τονίζει ότι οι ασθενείς υπό αγωγή δεν πρέπει να σπεύσουν να διακόψουν την αγωγή τους χωρίς πρώτα να συνεννοηθούν με τον θεράποντα γιατρό, δήλωσε δε ότι η αναστολή θα ισχύει έως ότου γίνουν διαθέσιμα νέα πειστικά δεδομένα που θα προσδιορίσουν μία ομάδα ασθενών για τους οποίους τα οφέλη του φαρμάκου θα υπερτερούν των ενδεχομένων κινδύνων.

Στις Ηνωμένες Πολιτείες, όλα τα φάρμακα τα οποία περιέχουν ροσιγλιτιαζόνη (Avandia®, Avandamet® και Avandaryl®) θα παραμείνουν διαθέσιμα με επιπρόσθετους περιορισμούς στη χρήση καθώς και στην ένδειξη.

Ο FDA θα απαιτήσει επίσης ένα πρόγραμμα Αξιολόγησης Κινδύνου και Στρατηγικής (Risk Evaluation and Mitigation Strategy - REMS) με επιπλέον μέτρα, ώστε να διασφαλιστεί η ασφαλής χρήση του φαρμάκου. Σημειώνεται ότι από την κυκλοφορία του φαρμάκου από το 2002 αντενδείκνυτο η χρήση του σε ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια.

Πηγή: European Medicines Agency και FDA, www.ema.europa.eu, www.fda.gov.

Συνεργασία του Ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (JDRF) με την εταιρεία Sanofi-aventis

Η φαρμακευτική εταιρεία Sanofi-aventis και το Ίδρυμα Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (Juvenile Diabetes Research Foundation - JDRF) ανακοίνωσαν τον Ιούλιο τη συνεργασία τους, για την ανάπτυξη στρατηγικών πρόληψης και θεραπευτικής αγωγής για ασθενείς με διαβήτη τύπου 1, είτε πρωτοδιάγνωστο είτε υπό αγωγή.

Οι προσπάθειες θα επικεντρωθούν σε θεραπείες αναγέννησης β-κυττάρων και στην ανοσοθεραπεία.

Με τη νέα αυτή συνεργασία, η Sanofi-aventis και το JDRF θα χρηματοδοτούν από κοινού ακαδημαϊκούς ερευνητές και μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς ιατρικής έρευνας, ώστε οι να υλοποιηθούν σχετικά ερευνητικά προγράμματα. Μέσω της συνεργασίας, παρέχεται το δικαίωμα της πνευματικής ιδιοκτησίας στη Sanofi-aventis για τις θεραπείες που θα έχουν αναπτύξει ερευνητές, οι οποίοι θα λάβουν χρηματοδότηση μέσω του προγράμματος.

Σύμφωνα με δηλώσεις του Pierre Chancel, αντιπροέδρου του Τομέα Διαβήτη της Sanofi-aventis. «Η Sanofi-aventis δεσμεύεται να παρέχει θεραπευτικές λύσεις που καλύπτουν τις ανάγκες των διαβητικών ασθενών και των οικογενειών τους. Η ινσουλίνη μακράς διαρκείας δράσης που παράγουμε, είναι μία από τις κορυφαίες ινσουλίνες για ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και Τύπου 2 και γι' αυτό συνεχίζουμε να επενδύουμε στην έρευνα για επιπλέον θεραπευτικές αγωγές που θα καλύψουν τις ακάλυπτες ιατρικές ανάγκες των ασθενών. Η συνεργασία μας με το Ίδρυμα Έρευνας Νεανικού Διαβήτη θα μας δώσει την ευκαιρία να χρηματοδοτήσουμε πρωτοποριακές έρευνες που θα βελτιώσουν τις θεραπευτικές αγωγές και ίσως συμβάλλουν και στην ανακάλυψη της οριστικής θεραπείας του διαβήτη τύπου Ι». Εκ μέρους του JDRF, ο πρόεδρος και διευθύνων σύμβουλος Jeffrey Brewer δήλωσε «Το JDRF επικεντρώνεται στις ανοσοθεραπείες και την αναπαραγωγή κυττάρων, δύο σημαντικούς τομείς για την ανάπτυξη καλύτερων φαρμακευτικών αγωγών και θεραπειών για το διαβήτη. Η συνεργασία με μεγάλες επιχειρήσεις, όπως είναι η Sanofi-aventis, η οποία έχει τεράστια εμπειρία στην αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων προς όφελος των ασθενών, είναι ένας σημαντικός τρόπος μέσω του οποίου μπορούμε να επιταχύνουμε τους ρυθμούς της επιστήμης για την ανακάλυψη μιας θεραπείας».

Η παραπάνω συνεργασία αναμένεται να επιφέρει μεγάλες εξελίξεις στη μάχη κατά του διαβήτη. Μόνο το 2008, υπολογίστηκε ότι 246 εκατομμύρια άνθρωποι έπασχαν από διαβήτη σε ολόκληρο τον κόσμο, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) εκτιμά ότι αυτός ο αριθμός θα αυξηθεί σε 370 εκατομμύρια έως το 2030.

Σημειώνεται ότι το Ίδρυμα Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (JDRF), ιδρύθηκε το 1970 από γονείς διαβητικών παιδιών και αποτελεί το μεγαλύτερο φιλανθρωπικό χρηματοδότη και υποστηρικτή της Έρευνας για το διαβήτη τύπου Ι, καθώς έχει δώσει περισσότερα από 1,4 δισεκατομμύρια δολάρια από την ημέρα της ίδρυσής του.

Πηγή: Δελτίο Τύπου 20-07-2010
Περισσότερες πληροφορίες: www.sanofi-aventis.com

Ο οίνος ευφραίνει την υγεία και δίνει μακροβιότητα

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ,
επίκ. καθηγητής, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Διαβητολογικό Κέντρο, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Επιστημονικές ενώσεις αλλά και ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας στις διαιτητικές τους συστάσεις τονίζουν ότι είναι απαραίτητη η μείωση της πρόσληψης κεκορεσμένων λιπών για την μείωση της ανάπτυξης νοσημάτων από το καρδιαγγειακό σύστημα, όπως για παράδειγμα το έμφραγμα του μυοκαρδίου

Επιδημιολογικές όμως μελέτες στην Ευρώπη ήδη από την δεκαετία των '80 περιέγραψαν ένα παράξενο φαινόμενο το οποίο καταχωρήθηκε στη διεθνή βιβλιογραφία ως το «Γαλλικό παράδοξο». Το παράδοξο λοιπόν ήταν ότι ενώ το μέσο καθημερινό διαιτολόγιο του κατοίκου της Τουλούζης στην νότια Γαλλία περιελάμβανε σε ποσοστό 36-39% κεκορεσμένα λίπη και αντίστοιχα του κατοίκου του Μπέλφαστ στη βόρεια Ιρλανδία 38%, η θνητότητα από καρδιαγγειακά νοσήματα στην Ιρλανδία ήταν 280 περιστατικά ανά 100.000 κατοίκους και στη Γαλλία μόνο 53. Ανάλογες παρατηρήσεις με τεράστια απόκλιση στη συχνότητα εμφάνισης νοσημάτων από το καρδιαγγειακό σε άνδρες 55-64 ετών, διαπιστώθηκαν και στη σύγκριση κατοίκων της Φιλανδίας και Σκωτίας με πληθυσμούς από τη Λίλλ (βόρεια Γαλλία), το Στρασβούργο (βορειοδυτική Γαλλία), της Τουλούζης (νότια Γαλλία) αλλά και της Βαρκελώνης (Ισπανία). Έχουν τεθεί ποικίλες υποθέσεις για να εξηγήσουν αυτό το παράδοξο μα οι πιο πολλές συγκλίνουν στην άποψη της προστατευτικής δράσης του κρασιού και μάλιστα του κόκκινου, που καταναλώνει ο γαλλικός πληθυσμός σε μεγάλες ποσότητες.

Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων από πολλές ανάλογες μελέτες οδήγησε στο να εντοπισθεί η σχετική ωφέλεια της μέτριας κατανάλωσης κρασιού σε μια πληθώρα αντιοξει-

Όταν αισθάνεσαι "χαμηλά"...

GLUCO TABS®

...για Άμεση Ενέργεια

- Κάθε μασώμενη ταμπλέτα περιέχει 4 γρ. υδατάνθρακες
- Εύχρηστες και Πρακτικές Συσκευασίες με 10 ή 50 ταμπλέτες γλυκόζης γρήγορης δράσης
- Σε δύο υπέροχες γεύσεις Πορτοκάλι ή Φραμπουάζ!

Για περισσότερες πληροφορίες επικοινωνήστε στο 2105783080 ή στο info@atcare.gr
www.atcare.gr

ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

@care

δωτικών ουσιών που βρίσκονται στο κρασί και εκκινούν από την τοιχωματική μεμβράνη της ρόγας του σταφυλιού, με κύριο εκπρόσωπο τους τις πολυφαινόλες και με σημαντικό τους δραστικό παράγοντα τη ρεσβερατρόλη. Έτσι ενώ ο αλκοολισμός οδηγεί σε ηπατική ανεπάρκεια με κίρρωση, παγκρεατίτιδα, εγκεφαλικές βλάβες και ανοσοανεπάρκεια, αντίθετα η συνοδευτική στα γεύματα κατανάλωσή του, σε μέτρια πάντα ποσότητα και μάλιστα του κόκκινου, μειώνει την θνητότητα κυρίως από νοσήματα του καρδιαγγειακού. Όπως ήταν λογικό αυτές οι παρατηρήσεις οδήγησαν σε μια προσπάθεια διερεύνησης των πιθανών ευεργετικών αποτελεσμάτων της χορήγησης ρεσβερατρόλης σε κακοήθειες και σε νοσήματα που σχετίζονται με την ηλικία όπως τα νευροεκφυλιστικά, τα φλεγμονώδη και ο σακχαρώδης διαβήτης.

Η χορήγηση ολιγοθερμιδικής δίαιτας μακροχρόνια σε μια σειρά πειραματόζωων αλλά και πρωτευόντων θηλαστικών όπως οι πίθηκοι οδήγησε σε αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, μείωση της νοσηρότητας, αλλά και βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους. Θεωρείται ότι η χαμηλή πρόσληψη θερμίδων έχει σαν αποτέλεσμα ένα μειωμένο βασικό μεταβολισμό με συνεπακόλουθο την μειωμένη παραγωγή οξειδωτικών ριζών.

Τα οξειδωτικά αυτά σώματα είναι γνωστό ότι με την αθροιστική τους δράση, στο μάκρος του χρόνου, προκαλούν βλάβες σε όλα σχεδόν τα βιομόρια συμπεριλαμβανομένων και των γονιδίων με αποτέλεσμα την πυροδότηση μηχανισμών που οδηγούν στην ανάπτυξη κακοηθειών, την γήρανση και τελικά τον θάνατο. Έτσι η διατροφή «πείνας» σε ποντικούς οδήγησε σε μείωση κατά 30%των βλαβών του γενετικού τους υλικού στον εγκέφαλο, στους μύες και στην καρδιά λόγω της μείωσης στην παραγωγή των οξειδωτικών σωμάτων. Μελέτες πιστοποίησαν ότι η χορήγηση διαιτολογίου μειωμένων θερμίδων διεγείρει την έκφραση των σιρτουϊνών στον οργανισμό που με τη σειρά τους ασκούν τις προαναφερθείσες ευνοϊκές επιδράσεις ενώ παράλληλα βελτιώνουν τον μεταβολισμό των υδατανθράκων και την ινσουλινοαντίσταση.

Η ρεσβερατρόλη από το κόκκινο κρασί είναι ο ένας δραστικός ενεργοποιητής των ενδογενών σιρτουϊνών που οι επιδράσεις της μιμούνται τα αποτελέσματα της ολιγοθερμιδικής δίαιτας. Η χορήγησή της σε πειραματόζωα που διατρέφονταν με διαιτολόγιο πλούσιο σε λιπαρά και υψηλής θερμιδικής αξίας βελτίωσε την ινσουλινοαντίσταση. Οι επίμυες που δεν λάμβαναν ρεσβερατρόλη ανέπτυξαν διαβήτη και καρδιαγγειακά νοσήματα και απεβίωσαν σε νεαρά σχετικά ηλικία. Αντίθετα η ομάδα της ρεσβερατρόλης παρόλο που ελάμβανε «κακή» διατροφή δεν εμφάνισε ανάλογες νοσηρές καταστάσεις, και όλα τα πειραματόζωα βρίσκονταν σε άριστη φυσική κατάσταση, τρέχοντας με διπλάσια ταχύτητα από τα αδύνατα πειραματόζωα ενώ παρουσίασαν μείωση των θανάτων κατά 30% Σε άλλες μελέτες αποδείχθηκε ότι η χορήγηση ρεσβερατρόλης προστάτευσε τα πειραματόζωα από καρδιοπάθειες, καρκίνο, διαβήτη και νόσο του Alzheimer, νοσήματα που μειώνουν το προσδόκιμο επιβίωσης. Σε ένα είδος ιχθύων μάλιστα αύξησε το προσδόκιμο επιβίωσης κατά 59% που αν μεταφρασθεί στον άνθρωπο θα είναι ισοδύναμο με μέση επιβίωση 194 ετών.

Επειδή η ρεσβερατρόλη βρίσκεται στο κόκκινο κρασί δεν θα πρέπει να οδηγηθούμε στον αλκοολισμό για να τύχουμε των ευεργετικών της επιδράσεων. Για να λάβουμε το ισοδύναμο της ημερήσιας δόσης που χορηγήθηκε στα πειραματόζωα θα πρέπει να καταναλώσουμε 1.000 ποτήρια κρασί την ημέρα. Επομένως μέχρι την έγκριση κυκλοφορίας των σκευασμάτων των ενεργοποιητών των σιρτουϊνών, αφού βέβαια αποδειχθεί πρώτα η ασφάλεια και η δραστικότητά τους στον άνθρωπο, θα καταναλώνουμε κόκκινο κρασί στα γεύματα πάντα σε λογική ποσότητα και θα τηρούμε τα υγιεινά ολιγοθερμιδικά διαιτολόγια, χαμηλά σε λιπαρά, σύμφωνα με τα πρότυπα της μεσογειακής διατροφής και με αυξημένη φυσική δραστηριότητα γιατί μπορεί να μη γίνει σύντομα δυνατό να ζούμε περισσότερο αλλά μέχρι τότε θα πρέπει να επιδιώκουμε να έχουμε καλύτερη ποιότητα ζωής με λιγότερα προβλήματα για να ανήκουμε στους τυχερούς που θα επωφεληθούν των αποτελεσμάτων της έρευνας.

ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Donmez G, Guarente L. Aging and disease: connections to sirtuins. Aging Cell. 9(2):285-90, 2010
- Gronbaek M. Alcohol, type of alcohol and all cause and coronary heart disease mortality. Ann N Y Acad Sci 957:16-20, 2002
- Labinskyy N, Csiszar A, Veress G, Stef G, Pacher P, Oroszi G, Wu J, Ugvari Z. Vascular dysfunction in aging: Potential effects of resveratrol an anti-inflammatory phytoestrogen. Curr Med Chem 13(9):989-96, 2006
- Renaud S, de Lorgeril M, wine, alcohol, platelets and the French paradox for coronary heart disease. Lancet 339:1523-6, 1992

Οι καλοκαιρινές αποδράσεις των μικρών μας φίλων

Κάλαμος Αττικής & Χαλκιδική

Χαιρόμαστε ιδιαίτερα που δύο από τα σωματεία της ΕΛΟΔΙ, με πολλή μεγάλη επιτυχία, διοργανώνουν κατασκηνώσεις για τα μέλη τους. Η μία κατασκήνωση στη Θεσσαλονίκη, από την Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη και η άλλη στην Αθήνα, από την Πανελλήνια Ένωση Αγώνα κατά του Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΑΝΔ)

Η ΠΕΑΝΔ στην Αθήνα, διοργάνωσε και φέτος, για παιδιά ηλικίας από 5 μέχρι 15 ετών (μερικές φορές γίνονται εξαιρέσεις και για μικρότερους φίλους), κατασκηνώσεις υπό την εποπτεία ειδικευμένων γιατρών, νοσηλευτών και στελεχών, που οι περισσότεροι έχουν ξεκινήσει από τα πρώτα χρόνια ιδρύσεως του θεσμού. Η κατασκήνωση της Θεσσαλονίκης, ξεκίνησε πριν από 16 χρόνια και τα μέλη της ένωσης εντάσσονται στο σύνολο των παιδικών κατασκηνώσεων της ΧΑΝΘ, στη Χανιώτη Χαλκιδικής.

Περισσότερες λεπτομέρειες και ειδικότερα για τη φετινή περίοδο, αναφέρονται στα δύο άρθρα των μελών των ανωτέρω συλλόγων.

Δημήτρης Συκιώτης, πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Η κατασκήνωση της ΠΕΑΝΔ στον Κάλαμο Αττικής

Όλοι εμείς, παλιά αλλά και νέα στελέχη μαζί με τους κατασκηνωτές, κάθε χρόνο αποκτούμε και καινούριες εμπειρίες, κάθε χρόνο έχουμε να διηγηθούμε όλο και πιο ευχάριστα πράγματα. Και όλα αυτά μέσα σε 15 μέρες, που πολύ θα θέλαμε να κρατούσαν περισσότερο…

Φέτος, αυτό που μας χαροποίησε ιδιαίτερα ήταν το γεγονός ότι παρά τις οικονομικές δυσκολίες, οι γονείς κατάφεραν και έφεραν τα παιδιά τους, έστω και για μια βδομάδα. Άλλωστε, όλοι γνωρίζουμε ότι εκτός από τις φιλίες που αποκτούν και το δέσιμο που δημιουργείται, τα παιδιά φεύγοντας από την κατασκήνωση έχουν πλέον εξοικειωθεί με τον διαβήτη τους και έχουν μάθει πολλά καινούργια πράγματα.

Στις 18 Ιουλίου, λοιπόν, η κοινότητά μας γέμισε από κατασκηνωτές ηλικίας 5 έως 15 ετών. Φέτος, είχαμε και πολλά μικρά παιδάκια, ηλικίας 4,5, 5 και 5,5 ετών, τα οποία ήταν η πρώτη φορά που αποχωρίζονταν τους γονείς τους. Πέρασαν, όμως, τόσο ωραία, ζήσανε τόσο όμορφες στιγμές, που πριν φύγουν μας υποσχέθηκαν ότι θα έρθουν πάλι του χρόνου.

Τι να πρωτοπεί κανείς; Για τα βραβεία που πήραμε στα πρωταθλήματα, για τις υποκριτικές μας ικανότητες, για τις διακρίσεις μας στον χορό και το τραγούδι, για τη ζωντάνια και την ενεργητικότητα στις δραστηριότητες… Εκτός, όμως, όλων αυτών, η κοινότητά μας είχε την ευκαιρία να παρακολουθήσει μια θεατρική παράσταση μέσα στη φύση, με τη συνοδεία μουσικών οργάνων. Σε αυτήν την εκδήλωση, τα παιδιά κάνοντας ερωτήσεις και εκφράζοντας τις απορίες τους, έμαθαν αρκετά πράγματα για τη χρήση, καθώς και την κατασκευή των μουσικών οργάνων. Όλοι μαζί, λοιπόν, με κέφι και ανεβασμένη διάθεση, ζήσαμε ξεχωριστές στιγμές στην κατασκήνωση «Kinderland» στον Κάλαμο Αττικής. Οι 15 μέρες που περάσαμε ήταν αρκετές για να φέρουν σε όλους δάκρυα στα μάτια τη στιγμή του αποχωρισμού.

Άλλη μια κατασκηνωτική χρονιά, λοιπόν, τελείωσε την 1η Αυγούστου, έχοντας αποκομίσει τις καλύτερες εντυπώσεις και τις πιο όμορφες εμπειρίες. Όντως τελείωσε; Ή μήπως κάνουμε απλώς ένα διάλειμμα, μέχρι να έρθει το επόμενο καλοκαίρι; Ραντεβού, λοιπόν, όλοι πάλι του χρόνου!

Στο σημείο αυτό, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε ιδιαιτέρως τη Σοφία Μανέα, η οποία εδώ και έξι χρόνια, αφού διαδέχτηκε τον κ. Συκιώτη, είναι υπεύθυνη για τη διοργάνωση της κατασκήνωσης. Άλλωστε, είναι ένα από τα παλαιότερα στελέχη, που ξεκίνησε πριν από 20 χρόνια ως κατασκηνώτρια. Μια και αναφερόμαστε στα 20 χρόνια της κατασκήνωσης, θα ήταν παράλειψη να μην ευχαριστήσουμε τον ιδρυτή και τότε πρόεδρο της ΠΕΑΝΔ, καθηγητή Χρ. Μπαρτσόκα, που με δική του πρωτοβουλία ξεκίνησε ο θεσμός.

Ευχαριστούμε θερμότατα την Ανδρ. Βαζαίου, υπεύθυνη του Διαβητολογικού Κέντρου του νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», που κάθε χρόνο αναλαμβάνει την ιατρική εποπτεία του θεσμού της κατασκήνωσης και που χωρίς τη βοήθειά της θα ήταν αδύνατο να πραγματοποιηθεί. Επίσης, τη νοσηλεύτρια του Διαβητολογικού Κέντρου Ι. Θυμέλη, για την άριστη εκπαίδευση των γιατρών και νοσηλευτών.

Ευχαριστούμε τους γιατρούς και νοσηλευτές μας, Ελ. Βιτετζάκη, Σ. Κωνσταντακόπουλο, Αρτ. Φιλατόβ, Ισμ. Χαλιμούρδα και Γ. Τσιάμη, καθώς και τα στελέχη, παλαιά και νέα, Μ. Συκιώτου, Ν. Ποθητό, Σ. Κομνηνίδη, Ν. Ταλαίπωρο, Δ. Αναστασοπούλου, Σ. Οικονομάκου, Χρ. Βαϊνά, Μ. Μπελεχάκη, Ν. Μητρόπουλο και Θ. Μαυροειδάκο.

Τέλος, ευχαριστούμε και τις φαρμακευτικές εταιρείες «Bayer», «Novo Nordisk», «Menarini», «Roche», «Medtronic», BD και «Abbott», για τη βοήθεια τους (νοσηλευτικό υλικό και οικονομικές χορηγίες) και για την παρουσίαση των νέων προϊόντων τους.

Μαρία Συκιώτου

Η κατασκήνωση στη Χαλκιδική της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη

Το 1994 πραγματοποιήθηκε η πρώτη κατασκήνωση στη Χανιώτη Χαλκιδικής με μεγάλη προσπάθεια και προσωπική δουλειά από τα μέλη μας και με τη συνεχή συμπαράσταση και παρουσία των γιατρών μας.

Το εγχείρημα είχε μεγάλη επιτυχία και από την επόμενη χρονιά η κατασκήνωση βρήκε μόνιμη στέγη στις εγκαταστάσεις της ΧΑΝΘ στον Άγιο Νικόλαο Χαλκιδικής. Το 1995, ο γιατρός Νίκος Σάιλερ μαζί με γονείς έκαναν πρόταση ώστε η κατασκήνωση να δεχτεί και παιδιά με διαβήτη. Ο πρόεδρος της κατασκήνωσης Αντώνης Τουρνάς αποδέχτηκε την πρόταση και από τότε κατά τη διάρκεια της γ' περιόδου στις κατασκηνώσεις της ΧΑΝΘ λειτουργεί η καθιερωμένη περίοδος που συμμετέχουν παιδιά με διαβήτη.

Είναι ένας θεσμός που ξεκίνησε εδώ και 15 χρόνια και δεν θα μπορούσε να πετύχει αν δεν είχαμε τη συμπαράσταση των γιατρών, όπως της Μαρίας Παπαδοπούλου, της Μαρίας Παπαγιάννη κ.ά., οι οποίοι αφιερώνουν τον προσωπικό τους χρόνο ώστε η κατασκήνωση να μπορεί να φιλοξενήσει παιδιά με διαβήτη.

Στις κατασκηνώσεις της ΧΑΝΘ, οι κατασκηνωτές μπορούν να διασκεδάσουν, να κάνουν νέους φίλους, να μάθουν να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις επιτεύξεις τους, να κατανοούν τη σπουδαιότητα της ομαδικής δουλειάς, της υπευθυνότητας και της συνεργασίας. Τα παιδιά βιώνουν μια κατασκηνωτική εμπειρία και επιθυμούν να την επαναλάβουν το επόμενο καλοκαίρι. Την ίδια επιθυμία έχουν και τα παιδιά με διαβήτη, καθώς και οι γονείς τους, γιατί πιστεύουμε πως τα παιδιά με διαβήτη δεν υστερούν σε τίποτα από τα άλλα παιδιά και πρέπει να έχουν τις ίδιες ευκαιρίες. Σημαντικό είναι ότι τα παιδιά ενσωματώνονται στην κατασκήνωση και στο πρόγραμμά της χωρίς να αποτελούν ξεχωριστή ομάδα, δεν διαμένουν σε χωριστό θάλαμο και δεν εξαιρούνται από καμία δραστηριότητα. Σε κάθε σκηνή φιλοξενούνται ένα με δύο παιδιά με διαβήτη, με αποτέλεσμα τα υπόλοιπα να μπορούν να μάθουν τι είναι ο διαβήτης και πως μπορούν να βοηθήσουν ένα άτομο με διαβήτη σε περίπτωση υπογλυκαιμίας. Τα παιδιά μπορούν να πάρουν μέρος σε όλες τις δραστηριότητες, όπως: κολύμπι ελεύθερο, εκμάθηση κολύμβησης, ιστιοπλοΐα, κανό, καταδύσεις, μπανάνα, beach volley, κωπηλασία, μπάσκετ, βόλεϊ, hand ball, ποδόσφαιρο, τοξοβολία, πινγκ πονγκ, στίβος περιπέτειας, χειροτεχνίες-κατασκευές, ζωγραφική, σκάκι, πρώτες βοήθειες, μαγειρική, θέατρο, πάντα με την επίβλεψη των γιατρών, αλλά και των αρχηγών των σκηνών. Τα μεγαλύτερα παιδιά των 14-15-16 ετών, μπορούν να μείνουν ως το τέλος της κατασκηνωτικής περιόδου, εφόσον οι γιατροί τους κρίνουν πως είναι ικανοί να διαχειριστούν μόνοι τον διαβήτη (και είναι αρκετά τα παραδείγματα παιδιών που αποφασίζουν να μείνουν).

Από την Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια:
πληροφόρηση και παραπληροφόρηση

Ζούμε στην εποχή της πληροφορίας, η οποία διαχέεται με τρόπο εκθετικό μέσα στους κοινωνικούς μας ιστούς, μέσα στο «οικουμενικό μας χωριό». Η πληροφορία αυτή μεταφέρεται και ενισχύεται ποικιλότροπα μέσα στο ανθρώπινο δίκτυο και επηρεάζει άμεσα την καθημερινότητά μας. Επηρεάζει τις επιλογές μας, τον τρόπο που αντιμετωπίζουμε τη ρουτίνα της καθημερινότητας, αλλά και τη στάση μας απέναντι στην αρρώστια, ιδιαίτερα όταν αυτή είναι «χρόνια», όπως ο σακχαρώδης διαβήτης

ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΧΑΡΩΝΗΣ,
M.D., διπλ. American & European Boards of Ophthalmology, διευθυντής τμήματος αμφιβληστροειδούς, Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision

Η σχέση γιατρού και ασθενούς επαναπροσδιορίζεται με βάση την επιδημική «έκρηξη» της πληροφορίας, ιδιαίτερα όταν αυτή αφορά νεότερες θεραπείες δυσεπίλυτων προβλημάτων. Η ορθή αποτίμηση της πληροφορίας είναι πλέον το ζητούμενο, τόσο από πλευράς γιατρού όσο και ασθενούς.

Είναι σημαντικό να κατανοήσουμε πως η έξαρση της πληροφορίας δεν αντικατοπτρίζει μόνο τη λογαριθμική επιτάχυνση της παραγωγικής διαδικασίας (συνεχής έρευνα, τεχνολογικά επιτεύγματα), αλλά και την ολοένα αυξανόμενη προσβασιμότητα σε αυτήν (διαδίκτυο, κοινωνικά-ακαδημαϊκά δίκτυα).

Η μελέτη SHARED (Survey comparing Healthcare professionals and patients to Assess Real perceptions on Diabetes issues = Έρευνα σύγκρισης των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών για την εκτίμηση των πραγματικών αντιλήψεων που αναφέρονται στον διαβήτη) αναδεικνύει αυτήν ακριβώς την επιθυμία ενημέρωσης, τη «δίψα» για πληροφορία τόσο από την πλευρά του γιατρού όσο και από αυτήν του ασθενούς. Επιθυμούν δηλαδή, να γίνεται περισσότερο συζήτηση για τις θεραπευτικές επιλογές δεδομένων προβλημάτων.

Η μελέτη επίσης, καταδεικνύει την επιθυμία των διαβητικών ασθενών (σε ποσοστό 90% αυτών) να εμπλέκονται περισσότερο στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, με τους γιατρούς να εκτιμούν πως μόνο το 44% των ασθενών τους επιθυμεί κάτι τέτοιο. Η φαινομενική αυτή δυσαρμονία στοιχειοθετεί και την ανάγκη συνεχούς «επαναδιαπραγμάτευσης» της σχέσης ασθενούς-γιατρού μέσα σε ένα δυναμικό περιβάλλον πληροφόρησης.

Ένα περιβάλλον όμως, που μεγεθύνει τόσο τη «χρήσιμη» όσο και την «άχρηστη» πληροφορία με εκ διαμέτρου αντίστροφα αποτελέσματα βεβαίως.

Μέσα σε αυτήν την κοινωνία πληροφόρησης και παραπληροφόρησης καλούμαστε να αξιολογήσουμε τα νεότερα θεραπευτικά δεδομένα που αφορούν τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Επικαλούμαι εκ προοιμίου την ανάγκη εξατομικευμένης ιατρικής συμβουλής μέσα από αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης με τον θεράποντα οφθαλμίατρο. Παραθέτω τα νεότερα δεδομένα, την «πληροφορία», προκειμένου αυτή να «ενισχυθεί», προσπαθώντας να ικανοποιήσω την αποδεδειγμένη επιθυμία του διαβητικού ασθενούς για ενημέρωση. Τα δεδομένα αυτά βασίζονται σε πολυκεντρικές κλινικές μελέτες που βρίσκονται σε εξέλιξη, οι οποίες καταγράφουν προοπτικά την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια διαφορετικών θεραπειών.

Τι νεότερο, λοιπόν, υπάρχει στη θεραπεία της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας; Ένα θέμα που έχει συγκεντρώσει τη προσοχή μας είναι η αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας, πάθηση η οποία αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία απώλειας όρασης σε διαβητικούς ασθενείς.

Πρόκειται κατ' ουσία για τη συλλογή υγρού στην κεντρική περιοχή της όρασης (ωχρά κηλίδα), λόγω της υποκείμενης βλάβης των αγγείων του αμφιβληστροειδούς. Η θεραπεία αναφοράς για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια μέχρι πρόσφατα ήταν η εφαρμογή laser φωτοπηξίας στην ωχρά κηλίδα («μικροκαυτηριασμός» των παθολογικών αγγείων στην προσπάθεια μείωσης της «διαρροής»), θεραπεία η οποία στόχευε στη σταθεροποίηση, αλλά όχι και στη βελτίωση της όρασης των ασθενών μας.

Νεότερες μελέτες αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αλλά και ασφάλεια φαρμακευτικών παραγόντων που δρουν ενάντια σε έναν παράγοντα αυξημένης διαπερατότητας των αγγείων (αντι-VEGF). Οι παράγοντες αυτοί δίνονται ενδοϋαλοειδικά, με μια έγχυση δηλαδή μέσα στο εσωτερικό του ματιού και συχνά επαναλαμβάνονται προκειμένου να επιτευχθεί ένα μεσο-μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα. Συγκριτικές μελέτες έδειξαν επίσης, πως ο συνδυασμός τέτοιου είδους φαρμακοθεραπείας με το εστιακό laser έχει εξίσου ευεργετικά αποτελέσματα, καθώς το laser έχει το πλεονέκτημα της περισσότερο μακροχρόνιας δράσης. Τα ευρήματα πολλών κλινικών μελετών έχουν θέσει προ των πυλών της έγκρισης από τον αμερικανικό οργανισμό φαρμάκων (FDA) το ranibizumab, έναν αντι-VEGF παράγοντα που χρησιμοποιείται ευρέως στην ηλικιακή εκφύλιση της ωχράς κηλίδας.

Νεότερες μελέτες αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα αλλά και ασφάλεια φαρμακευτικών παραγόντων που δρουν ενάντια σε έναν παράγοντα αυξημένης διαπερατότητας των αγγείων (αντι-VEGF). Οι παράγοντες αυτοί δίνονται ενδοϋαλοειδικά, με μια έγχυση δηλαδή μέσα στο εσωτερικό του ματιού και συχνά επαναλαμβάνονται προκειμένου να επιτευχθεί ένα μεσο-μακροπρόθεσμο αποτέλεσμα. Συγκριτικές μελέτες έδειξαν επίσης, πως ο συνδυασμός τέτοιου είδους φαρμακοθεραπείας με το εστιακό laser έχει εξίσου ευεργετικά αποτελέσματα

Νεότερες μελέτες για τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, επίσης αναδεικνύουν την αποτελεσματικότητα ενθεμάτων βραδείας αποδέσμευσης σκευασμάτων κορτιζόνης στο εσωτερικό του ματιού στοχεύοντας στη μακροπρόθεσμη θεραπεία του οιδήματος της ωχράς. Τα ενθέματα αυτά έχουν εγκριθεί από τον FDA για παθήσεις της ωχράς, λόγω φλεβικών αποφράξεων του αμφιβληστροειδούς και βρίσκονται προ των πυλών για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος. Αποτελούν σαφώς μια νέα πλατφόρμα ενδοφθάλμιας φαρμακοθεραπείας που δεν αποκλείει θεραπευτικούς συνδυασμούς με το laser ή και την αντι-VEGF θεραπεία.

Η μικροχειρουργική επίσης της ωχράς κηλίδας σε «ανθεκτικά» οιδήματα της ωχράς κηλίδας με ελκτικό χαρακτήρα έχει θέση στον θεραπευτικό μας αλγόριθμο. Κοινός παρονομαστής όλων, βεβαίως, αποτελεί η βέλτιστη ρύθμιση του σακχάρου, της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερίνης, προκειμένου να έχουμε το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα σε βάθος χρόνου.

Οι εξελίξεις στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι συνεχείς και η προσπάθεια τόσο του γιατρού όσο και του ασθενούς να επιλέξει ανάμεσα σε θεραπευτικές κατευθύνσεις είναι αδιάκοπη. Η εξατομικευμένη ιατρική φροντίδα μέσα σε κλίμα αμοιβαίας εμπιστοσύνης οφείλει να καθοδηγήσει και τους δυο μέσα στο σημερινό μαζικό κίνημα πληροφόρησης και παραπληροφόρησης.

Αντιδιαβητικά δισκία

Τα αντιδιαβητικά δισκία χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, τουλάχιστον στα πρώτα στάδια της νόσου, στα οποία αυτός ο τύπος διαβήτη χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη και όχι από πραγματική έλλειψη παραγωγής της ορμόνης ινσουλίνης από τα β κύτταρα του παγκρέατος -όπως ο διαβήτης τύπου 1

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΣΑΠΟΓΑΣ,
παθολόγος με εξειδίκευση στον σακχαρώδη διαβήτη

Η αύξηση της γλυκόζης του αίματος προκαλείται από την υπερβολική λήψη υδατανθράκων σε συνδυασμό με τη μη επαρκή απομάκρυνσή της από το αίμα και την είσοδό της στα κύτταρα, που γίνεται με την ινσουλίνη.

Αντίσταση στην ινσουλίνη ονομάζουμε τη μη αποτελεσματική δράση της ινσουλίνης στα κύτταρα κυρίως των μυών και του λιπώδους ιστού, με αποτέλεσμα τη μη ελάττωση της γλυκόζης στο αίμα. Η ινσουλίνη αποτυγχάνει, επίσης, να περιορίσει τη νεογλυκογένεση στα ηπατικά κύτταρα (τη νέα παραγωγή γλυκόζης από το γλυκογόνο, που βρίσκεται αποθηκευμένο στο ήπαρ) όπως γίνεται φυσιολογικά. Αυτή είναι η ηπατική αντίσταση στην ινσουλίνη. Τα β κύτταρα του παγκρέατος προσπαθούν να αντιρροπήσουν αυτήν την ανεπάρκεια, παράγοντας ακόμη περισσότερη ινσουλίνη. Η παραγωγή αυτή εξαντλείται μετά από ένα χρονικό διάστημα και τότε η ρύθμιση του διαβήτη τύπου 2 επιβάλλει τη χρήση ινσουλίνης, είτε ως συμπληρωματική θεραπεία στην αγωγή με δισκία είτε μόνης.

Η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι μια σημαντική επιπλοκή της παχυσαρκίας και του καθιστικού τρόπου ζωής που χαρακτηρίζουν τον σημερινό άνθρωπο στις δυτικές κοινωνίες, όπως και στους καπνιστές ή εκείνους που χρησιμοποιούν ορισμένα φάρμακα και συνήθως υπάρχει ήδη πριν από την εμφάνιση διαβήτη. Μπορεί ακόμη να υπάρχει κληρονομική προδιάθεση. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο διαβήτης τύπου 2, αλλά και να προληφθεί η εμφάνισή του, η σωματική άσκηση και η κατάλληλη δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνονται στις οδηγίες που δίδονται στα άτομα που κινδυνεύουν ή πάσχουν από διαβήτη και σε κάθε επίσκεψη να τονίζεται η σημασία τους και να ενθαρρύνεται κάθε άτομο να τις εφαρμόζει.

Οι φαρμακευτικές ουσίες που χρησιμοποιούνται για τη ρύθμιση του διαβήτη τύπου 2 έχουν ως αντικείμενο τους μηχανισμούς που προκαλούν την εμφάνισή του. Αυτές δηλαδή στοχεύουν είτε να ελαττώσουν την είσοδο των υδατανθράκων στο αίμα (δράση στο έντερο) είτε να αυξήσουν την παραγωγή ινσουλίνης (δράση στα β κύτταρα του παγκρέατος) είτε να κάμψουν την αντίσταση στην ινσουλίνη (δράση στα κύτταρα των μυών και του λιπώδους ιστού) και να ελαττώσουν την νεογλυκογένεση (δράση στο ήπαρ), (εικόνα 1). Νεώτερα φάρμακα έχουν δημιουργηθεί με στόχο κι άλλους μηχανισμούς (δράση ινκρετινών) που συμμετέχουν στον διαβήτη. Ως δείκτης ρύθμισης χρησιμοποιείται η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), η εξέταση που δείχνει αδρά τη ρύθμιση του διαβήτη το τελευταίο τρίμηνο. Ως γενικός στόχος επιδιώκεται η HbA1c να διατηρείται μικρότερη του 7%. Μπορεί για αυτό να χορηγηθεί μόνο μια ουσία (μονοθεραπεία) ή να δοθεί συνδυασμένη θεραπεία (δύο ή περισσότερα φάρμακα), ενώ κυκλοφορούν και έτοιμοι συνδυασμοί δύο αντιδιαβητικών ουσιών σε ένα δισκίο.

Εικόνα 1. Κύριοι στόχοι αντιδιαβητικών φαρμάκων (πλην ινσουλίνης)

Αντενδείξεις των αντιδιαβητικών δισκίων

Καθώς η δράση των δισκίων απαιτεί την ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης, η παρουσία διαβήτη τύπου 1 αποτελεί αντένδειξη για τη χρήση τους. Ως γενικός κανόνας, δισκία δεν χορηγούνται σε περιπτώσεις υπεργλυκαιμίας επικίνδυνης για τη ζωή του ασθενούς ή στο διαβητικό κώμα και τη διαβητική κετοξέωση, σε καταστάσεις σημαντικού σωματικού στρες, σε βαριές λοιμώξεις ή σε σοβαρό τραύμα, επί οξέος εμφράγματος ή μετά από πρόσφατο έμφραγμα, επί φλοιοεπινεφριδιακής ανεπάρκειας, ούτε σε άτομα με σημαντική νεφρική, ηπατική ή καρδιακή ανεπάρκεια ή στον οξύ ή χρόνιο αλκοολισμό. Αντιδιαβητικά δισκία δεν χορηγούνται σε εγκύους ή σε γυναίκες που βρίσκονται σε γαλουχία, ούτε σε άτομα με υπερευαισθησία στις αντιδιαβητικές ουσίες.

Περιορισμός της εισόδου υδατανθράκων στο αίμα (ακαρβόζη)

Οι υδατάνθρακες λαμβάνονται με τις τροφές είτε ως απλά σάκχαρα (μονοσακχαρίτες: γλυκόζη, φρουκτόζη, γαλακτόζη) είτε ως δισακχαρίτες: σακχαρόζη, δηλαδή η κοινή ζάχαρη (ένα μόριο φρουκτόζης και ένα γλυκόζης), λακτόζη του γάλακτος (γαλακτόζη και γλυκόζη) και η μαλτόζη (δύο μόρια γλυκόζης) ή ολιγο- ή πολυσακχαρίτες (άμυλο, αμυλοπηκτίνες κ.λπ.). Προκειμένου να απορροφηθούν στο έντερο, οι δισακχαρίτες και οι άλλες ενώσεις υδατανθράκων πρέπει να διασπαστούν σε απλά σάκχαρα κι αυτό γίνεται με ένζυμα, την αλφα-γλυκοσιδάση του εντέρου και την αλφα-αμυλάση του παγκρέατος.

Κυκλοφορούν φάρμακα που αναστέλλουν τη δράση των ενζύμων αυτών και εμποδίζουν τη διάσπαση των δισακχαριτών και των πιο σύμπλοκων υδατανθράκων και άρα την απορρόφησή τους. Στην Ελλάδα κυκλοφορεί η ακαρβόζη (Glucobay, δισκία 50 και 100 mg). Η ουσία αυτή μιμείται λειτουργικά τους υδατάνθρακες (ψευδοτετρασακχαρίτης) και τα ένζυμα προτιμούν να έλκονται από αυτήν και να μη διασπούν τους πραγματικούς σύμπλοκους υδατάνθρακες. Αυτοί παραμένουν άπεπτοι στο έντερο και αποβάλλονται με τα κόπρανα. Το φάρμακο ελαττώνει το σάκχαρο μετά τα γεύματα, για αυτό χορηγείται πριν από κάθε γεύμα.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μπορεί να ελαττωθεί κατά 0,5-0,8%. Η ακαρβόζη μπορεί να χορηγηθεί ως μονοθεραπεία, αν μόνο τα μεταγευματικά σάκχαρα είναι αυξημένα, αλλά η δράση της είναι περιορισμένη και για αυτό συνήθως δίδεται σε συνδυασμό με κάποιο άλλο αντιδιαβητικό φάρμακο. Ορισμένοι χορηγούν ακαρβόζη σε άτομα που έχουν μεγάλη πιθανότητα να εμφανίσουν διαβήτη (προδιαβήτης) προκειμένου να καθυστερήσουν την εμφάνισή του. Γενικά η ακαρβόζη δεν προκαλεί υπογλυκαιμίες όταν χορηγείται μόνη της. Όταν όμως χορηγείται μαζί με άλλα αντιδιαβητικά, μπορεί να εμφανισθούν υπογλυκαιμίες. Η ακαρβόζη δεν επιτρέπει να χρησιμοποιηθεί η ζάχαρη ως αντίδοτό τους, για αυτό, όταν λαμβάνεται ακαρβόζη πρέπει, για τη διόρθωση τυχόν υπογλυκαιμίας, να χρησιμοποιείται γλυκόζη (ως καραμέλες γλυκόζης ή σε ρευστή μορφή).

Στις επιπλοκές του φαρμάκου περιλαμβάνεται η αύξηση του όγκου των κοπράνων και μπορεί να εμφανισθεί διάρροια, μετεωρισμός και μεγάλη παραγωγή αερίων, καταστάσεις που οδηγούν μεγάλο ποσοστό ασθενών στη διακοπή του, ενώ η ακαρβόζη έχει κατηγορηθεί και για επιπλοκές από το ήπαρ. Με τον ίδιο μηχανισμό δρουν οι ουσίες μιγλιτόλη (Diastabol 30mg) και βογλιμπόζη (Volix, Bazen, δεν κυκλοφορεί στην Ελλάδα).

Αύξηση της παραγωγής ινσουλίνης (ινσουλινοεκκριτικά ή ινσουλινοεκκριταγωγά φάρμακα)

Δύο κατηγορίες φαρμάκων αυξάνουν την παραγωγή ινσουλίνης, με δράση στα β κύτταρα του παγκρέατος: οι σουλφονυλουρίες και τα γλινίδια ή γλινίδες. Και οι δύο δρουν στη μεμβράνη των β κυττάρων, πάνω σε μόρια-υποδοχείς ειδικά για κάθε φάρμακο. Οι υποδοχείς αυτοί προκαλούν μεταβολές στο ηλεκτρικό φορτίο της μεμβράνης και είσοδο ιόντων ασβεστίου μέσα στο κύτταρο. Το ασβέστιο κινητοποιεί την ινσουλίνη που είναι αποθηκευμένη σε κοκκία μέσα στο κύτταρο και τα ωθεί προς την επιφάνεια του κυττάρου, εκλύοντας ινσουλίνη προς τα έξω. Οι σουλφονυλουρίες αυξάνουν την ινσουλίνη του αίματος όλο το 24ωρο, τόσο πριν όσο και μετά τα γεύματα, ενώ τα γλινίδια μόνο μετά τα γεύματα και για λίγες ώρες.

Οι παλαιότερες σουλφονυλουρίες, ήδη σε χρήση από τη δεκαετία του 1950 (1ης γενιάς: χλωροπροπαμίδη, τολ βουτα-

Προκειμένου να αντιμετωπιστεί ο διαβήτης τύπου 2, αλλά και να προληφθεί η εμφάνισή του, η σωματική άσκηση και η κατάλληλη δίαιτα πρέπει να περιλαμβάνονται στις οδηγίες που δίδονται στα άτομα που κινδυνεύουν ή πάσχουν από διαβήτη και σε κάθε επίσκεψη να τονίζεται η σημασία τους και να ενθαρρύνεται κάθε άτομο να τις εφαρμόζει.

μίδη, ακετοεξαμίδη, τολαζαμίδη) δεν χρησιμοποιούνται πλέον λόγω πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών κυρίως από τους ενεργούς μεταβολίτες τους (δηλαδή ουσίες που προέρχονται από τη διάσπαση των σουλφονυλουριών), που προκαλούν βαριές υπογλυκαιμίες.

Χρησιμοποιούνται οι σουλφονυλουρίες 2ης γενιάς: γλιβενκλαμίδη (Daonil δισκία 5 mg, 1-2 φορές την ημέρα), γλικλαζίδη (Diamicron, δισκία 80 mg, 0,5-2 δισκία δύο φορές την ημέρα, Diamicron MR 30 mg, 1-4 δισκία μία φορά την ημέρα), γλιπιζίδη (Minodiab) και η γλιμεπιρίδη (Solosa κι άλλες ονομασίες, 1, 2, 3, 4 mg, 1-6 mg πριν από το μεγαλύτερο γεύμα, μία φορά την ημέρα), που ορισμένοι θεωρούν σουλφονυλουρία 3ης γενιάς. Συνιστάται να δίδονται 20 λεπτά περίπου προ του γεύματος. Είναι πολύ αποτελεσματικά φάρμακα και ελαττώνουν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κατά 1-2%. Προκαλούν υπογλυκαιμίες αν παραλειφθούν γεύματα. Μάλιστα, οι υπογλυκαιμίες από σουλφονυλουρία μπορεί να είναι σοβαρές και παρατεταμένες, ανάλογα με τον χρόνο ημιζωής της κάθε ουσίας. Ενεργούς μεταβολίτες που προκαλούν σοβαρή υπογλυκαιμία έχει και η γλιβενκλαμίδη.

Οι δράσεις των σουλφονυλουριών στο καρδιαγγειακό σύστημα (στην οξυγόνωση του μυοκαρδίου ή του εγκεφάλου ή στον καρδιακό ρυθμό) είναι αντικείμενο συνεχούς έρευνας, ενώ η γλιμεπιρίδη, που αρχικά θεωρήθηκε ότι δεν έχει δράση εκτός παγκρέατος, φαίνεται ότι κι αυτή έχει δράση και σε άλλους ιστούς. Πάντως, η γλιμεπιρίδη μεταβολίζεται πιο γρήγορα από τις άλλες σουλφονυλουρίες και δεν έχει ενεργούς μεταβολίτες (άρα ενοχοποιείται λιγότερο για βαριές υπογλυκαιμίες) και για αυτό μπορεί να δίδεται (με προσοχή) σε άτομα που έχουν μέτρια νεφρική ανεπάρκεια. Γενικά, πάντως, η νεφρική και ηπατική ανεπάρκεια είναι αντενδείξεις για τη χρήση τους. Οι σουλφονυλουρίες αυξάνουν το βάρος του σώματος είτε λόγω του περιορισμού της γλυκοζουρίας (της αποβολής γλυκόζης στα ούρα) είτε λόγω της υπερινσουλιναιμίας είτε λόγω της αυξημένης λήψης τροφής προκειμένου να προληφθούν ή να διορθωθούν υπογλυκαιμίες. Η ευρύτατη χρήση τους τείνει να περιοριστεί, καθώς θεωρείται ότι εξαντλεί το πάγκρεας με την υπερβολική έκκριση ινσουλίνης που προκαλούν, αλλά και λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών τους.

Τα γλινίδια ή μεγλιτινίδες ή γλινίδες (ρεπαγλινίδη, Novonorm 0,5, 1, 2 mg και νατεγλινίδη, Starlix 60, 120, 180 mg κυκλοφόρησαν αντίστοιχα το 1997 και το 2000) χορηγούνται 1-20 λεπτά μετά από κάθε γεύμα και ρυθμίζουν τα μεταγευματικά σάκχαρα. Αν παραλειφθεί ένα γεύμα, παραλείπεται το δισκίο. Η ελάττωση της γλυκοζυλιωμένης θεραπείας από τη μονοθεραπεία με γλινίδια είναι της τάξης του 1-1,5% (η ρεπαγλινίδη έχει ίσως ισχυρότερη δράση από τη νατεγλινίδη). Αυτά τα φάρμακα προκαλούν υπογλυκαιμίες αν ληφθούν χωρίς αντίστοιχη ποσότητα υδατανθράκων -αν και πολύ λιγότερες από τις σουλφονυλουρίες- και δεν αυξάνουν το σωματικό βάρος, όπως οι σουλφονυλουρίες. Η νατεγλινίδη δεν έχει λάβει ένδειξη χορήγησης ως μονοθεραπεία.

Αύξηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη (ευαισθητοποιητές ινσουλίνης)

Δύο κατηγορίες φαρμάκων ελαττώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη: τα διγουανίδια (μετφορμίνη και φαινφορμίνη) και οι θειαζολιδινεδιόνες (ροσιγλιταζόνη και πιογλιταζόνη), τα οποία δρουν με διαφορετικούς μηχανισμούς.

Η μετφορμίνη (Glucophage και άλλα ονόματα: δισκία 500, 850, 1.000 mg και σε συνδυασμούς με άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα. Έναρξη με 500-850 mg μία ή δύο φορές την ημέρα και βαθμιαία αύξηση κάθε 7-15 μέρες. Ανώτερη δόση 2.000 mg την ημέρα) κυκλοφορεί από τα μέσα της δεκαετίας του 1950 και δρα τόσο στα ηπατικά κύτταρα, μέσω ενεργοποίησης ενός ηπατικού ενζύμου, περιορίζοντας έτσι την ηπατική νεογλυκογένεση όσο και στους μυς και το λίπος, αυξάνοντας τη χρησιμοποίηση της γλυκόζης σε αυτούς τους ιστούς (αυξάνοντας δηλαδή την ευαισθησία των ιστών αυτών στην ινσουλίνη).

Ακόμη φαίνεται ότι ελαττώνει την απορρόφηση γλυκόζης από το πεπτικό σύστημα. Ελαττώνει τόσο τις προγευματικές τιμές γλυκόζης όσο και τις μεταγευματικές. Η δράση της είναι σημαντική, αφού ελαττώνει τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μέχρι 2%, ενώ δεν προκαλεί βαριές υπογλυκαιμίες όταν χορηγείται μόνη και δεν προκαλεί αύξηση του σωματικού βάρους. Ενδείκνυται ιδιαίτερα σε υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα με διαβήτη, αφού αυτά χαρακτηρίζονται από μεγάλη αντίσταση στην ινσουλίνη.

Όλοι οι σύγχρονοι θεραπευτικοί αλγόριθμοι για τον διαβήτη τοποθετούν τη μετφορμίνη ως φάρμακο πρώτης επιλογής, μαζί με τη σωματική άσκηση και τη δίαιτα και δεν συνιστούν τη διακοπή της όταν χρειαστούν κι άλλα φάρμακα ή ινσουλίνη, παρά μόνον αν υπάρξουν ανεπιθύμητες ενέργειες είτε οι αντενδείξεις που αναφέρονται στη συνέχεια. Η μετφορμίνη είναι φάρμακο εκλογής για το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, ενώ έχει και ευεργετική δράση επί λιπώδους ήπατος. Ελαττώνει επίσης τα τριγλυκερίδια (και λιγότερο την LDL-χοληστερόλη, ενώ αυξάνει λίγο την HDL-χοληστερόλη) και φαίνεται ότι έχει ωφέλιμη δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα. Πολλοί τη χορηγούν και σε περιπτώσεις προδιαβήτη.

Νεώτερες έρευνες θεωρούν τη δράση της προστατευτική για ορισμένους καρκίνους. Μπορεί κατά την έναρξη της θεραπείας ή κατά την αύξηση της δόσης της να προκαλέσει γαστρεντερικές διαταραχές (μεταλλική γεύση, δυσπεπτικά ενοχλήματα, ναυτία, πόνο στο στομάχι ή διάρροιες) συνήθως αυτοπεριοριζόμενες σε 2-3 εβδομάδες, αίσθημα κόπωσης, ή έλλειψη βιταμίνης B12. Λόγω της σημαντικής δράσης της και της συνήθους υποχώρησης των ανεπιθύμητων ενεργειών της δεν συνιστάται η διακοπή της, αλλά η λήψη της με τροφή (που ελαττώνει την ένταση των ενοχλημάτων) και έναρξη με μικρότερες δόσεις και βραδεία αύξηση, ώστε να γίνει καλύτερα ανεκτή.

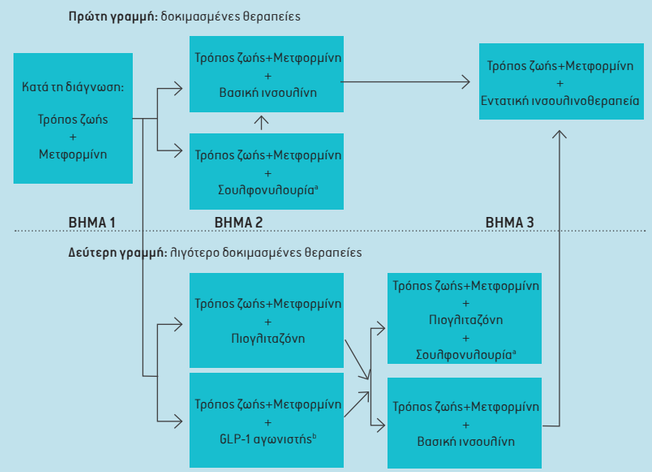
Δεν επιτρέπεται να χορηγείται η μετφορμίνη σε πάσχοντες από νεφρική ανεπάρκεια, ηπατική ή καρδιακή ανεπάρκεια ή επί αλκοολισμού γιατί μπορεί συσσωρευόμενη να προκαλέσει γαλακτική οξέωση, μια σπάνια αλλά βαριά επιπλοκή που απαιτεί νοσηλεία και συχνά είναι θανατηφόρα. Απαγορεύεται η χορήγησή της σε εγκύους. Η ουσία φαινφορμίνη δεν κυκλοφορεί πλέον λόγω των συχνών επεισοδίων γαλακτικής οξέωσης που προκαλεί.

Οι θειαζολιδινεδιόνες ή γλιτιζόνες (ροσιγλιτιζόνη, Avandia δισκία 4 και 8 mg, δύο φορές την ημέρα. Σε συνδυασμό με μετφορμίνη: Avandamet σε διάφορους συνδυασμούς δόσεων. Σε συνδυασμό με γλιμεπιρίδη: Avglim 8+4 mg.

Πιογλιτιζόνη Actos 15, 30 και 45 mg μία φορά την ημέρα και σε συνδυασμό με μετφορμίνη: Competact 15+850 mg-αναμένεται και στην Ελλάδα) δρουν στον πυρήνα των κυττάρων του μυϊκού και του λιπώδους ιστού και του ήπατος, όπου αλληλεπιδρούν με μόρια-υποδοχείς αυξάνοντας την ευαισθησία των ιστών αυτών στην ινσουλίνη. Προκαλούν μέτρια ελάττωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (0,5-1,5%) όταν χορηγούνται ως μονοθεραπεία, ενώ είναι σαφώς αποτελεσματικότερα σε συνδυασμό με μετφορμίνη.

Φαίνεται ότι οι γλιτιζόνες έχουν σημαντικές ωφέλιμες δράσεις στο ενδοθήλιο των αγγείων, ελαττώνουν διάφορους φλεγμονώδεις δείκτες (μικρολευκωματίνη ούρων, PAI-I κ.ά.), επηρεάζουν με ωφέλιμο τρόπο τα λιπίδια (με διαφορές η μία από την άλλη ουσία) και βελτιώνουν την αρτηριακή πίεση. Όμως οι γλιτιζόνες προκαλούν αύξηση του σωματικού βάρους, κατακράτηση υγρών και οίδημα και έτσι ενοχοποιούνται (κυρίως η ροσιγλιτιζόνη) για επιδείνωση ή και εμφάνιση καρδιακής ανεπάρκειας. Μπορεί να προκαλέσουν αναιμία. Η χρήση τους έχει συσχετισθεί με κατάγματα.

θεραπευτικός αλγόριθμος ADA/EASD για το διαβήτη τύπου 2



Σε κάθε επίσκεψη επαναλαμβάνετε τις οδηγίες για υγιεινό τρόπο ζωής και μετρήστε την HbA_{1c} κάθε 3 μήνες μέχρι να είναι <7% και μετά τουλάχιστον κάθε 6 μήνες. Αν HbA_{1c} ≥7% πρέπει να προσαρμόζονται οι οδηγίες

[a]Σουνφονυλουρία πλην γλιβενκλαμίδης ή χλωροπροπαμίδης

[b]Η κλινική εμπειρία είναι μικρή για οριστικές οδηγίες σχετικές με την ασφάλεια χορήγησης

Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. *Diabetes Care.* 2009;32:193-203

Εικόνα 2. Θεραπευτικός αλγόριθμος ADA/ EASD για το διαβήτη τύπου 2. HbA1c : γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Μηχανισμός δράσης ινκρετινών (αγωνιστές GLP-1 ή ινκρετινομιμητικά και αναστολείς DPP-4)

Ινκρετίνες ονομάζονται ορμόνες που παράγονται στο λεπτό έντερο και προκαλούν έκκριση ινσουλίνης όταν αυξάνεται η γλυκόζη αίματος, ενώ ελαττώνουν την έκκριση γλυκαγόνης (ορμόνη των α κυττάρων του παγκρέατος, αυξημένη σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, η οποία προκαλεί ηπατική νεογλυκογένεση κι έτσι αυξάνει το σάκχαρο του αίματος). Είναι δύο πρωτεΐνες: το GLP-1 (Glucagon-like Peptide 1) και το GIP (Glucose-dependent Insulinotropic Peptide) που καταστρέφονται σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα μετά την έξοδό τους στο αίμα, από ένα ένζυμο, το DPP-4.

Προκειμένου να ξεπεραστεί αυτό το εμπόδιο ανακαλύφθηκαν ουσίες που δεν καταστρέφονται από το DPP-4, αλλά διαθέτουν τις δράσεις του GLP-1 (ανάλογα GLP-1). Το 2008 κυκλοφόρησε το φάρμακο εξενατίδη (Byetta), για υποδόρια ένεση δύο φορές την ημέρα σε δόσεις 5-10 mg και το 2009 το φάρμακο λιραγλουτίδη (Victoza), επίσης για υποδόρια ένεση, αλλά μία φορά την ημέρα σε δόση 0,6-1,8 mg. Μειώνουν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κατά 0,8-1,8%.

Τα φάρμακα αυτά συνιστάται να χορηγούνται σε συνδυασμό με κάποιο από τα προηγούμενα αντιδιαβητικά δισκία (ινσουλινοεκκριτικά, μετφορμίνη ή συνδυασμό τους, θειαζολιδινεδιόνη ή συνδυασμό της με μετφορμίνη), ενώ διεξάγονται μελέτες για τον συνδυασμό τους με ινσουλίνη, με θετικά αλλά πρώιμα ακόμη συμπεράσματα.

Εκτός από τις ανωτέρω άμεσες δράσεις των ινκρετινών, οι ορμόνες αυτές (και τα ανάλογα φάρμακα) προκαλούν καθυστέρηση της απορρόφησης της τροφής, αύξηση της αίσθησης κορεσμού και μείωση του σωματικού βάρους. Ενδεχομένως να βελτιώνουν την παραγωγή ινσουλίνης από τα β κύτταρα του παγκρέατος, όπως δείχνουν διάφορες πειραματικές εργασίες. Δεν προκαλούν υπογλυκαιμίες (εκτός εάν χορηγούνται με κάποιο ινσουλινοεκκριταγωγό), αφού η δράση τους στην αύξηση παραγωγής ινσουλίνης εκδηλώνεται μόνον όταν το σάκχαρο αίματος είναι αυξημένο. Μπορεί όμως να προκαλέσουν ναυτία και έμετο κατά την έναρξη της θεραπείας, συμπτώματα που υποχωρούν μετά από λίγες ημέρες. Πρέπει να αποφεύγεται η χρήση τους σε άτομα με επηρεασμένη νεφρική και ηπατική λειτουργία, σε παιδιά κάτω των 18 ετών, σε εγκύους και γυναίκες σε γαλουχία, καθώς δεν υπάρχουν ακόμα μελέτες για αυτές τις ομάδες ασθενών. Μελέτες, επίσης, γίνονται για να βρεθεί αν τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας σχετίζονται με τα σποραδικά περιστατικά παγκρεατίτιδος που έχουν αναφερθεί.

Παράλληλα κυκλοφόρησαν σε δισκία ουσίες που αναστέλλουν τη δράση του ενζύμου DPP-4. Είναι τα φάρμακα σιταγλιπτίνη (Januvia δισκία 100 mg για μια δόση την ημέρα και σε συνδυασμό με μετφορμίνη: Janumet 50+850 mg), βιλδαγλιπτίνη (Galvus δισκία 50 mg σε μία δόση το πρωί ή πρωί και βράδυ και σε συνδυασμό με μετφορμίνη: Eucreas 50+1000 ή 50+850mg) και σαξαγλιπτίνη (Onglyza δισκία 5 mg για μία ημερήσια δόση). Συνιστάται να χορηγούνται σε συνδυασμό με άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα, ενώ για ορισμένα επιτρέπεται να χορηγούνται και ως μονοθεραπεία.

Η σιταγλιπτίνη έχει ένδειξη συγχορήγησης με ινσουλίνη, ενώ για τα υπόλοιπα φάρμακα οι σχετικές μελέτες συνεχίζονται. Οι αναστολείς DPP-4 ελαττώνουν τόσο τις προγευματικές όσο και τις μεταγευματικές τιμές γλυκόζης. Μειώνουν τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κατά 0,5-1,5%, ενώ δεν επηρεάζουν το σωματικό βάρος. Τα φάρμακα αυτά μπορεί να χρησιμοποιηθούν σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Ρινοφαρυγγίτιδα, ουρολοιμώξεις και κεφαλαλγία είναι οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως μονοθεραπεία δεν προκαλούν υπογλυκαιμία ή πολύ σπάνια.

θεραπευτικοί αλγόριθμοι

Οι επιστημονικές εταιρείες βασιζόμενες σε μεγάλες κλινικές μελέτες, αλλά και την εμπειρία σημαντικών ερευνητών, έχουν συντάξει θεραπευτικούς αλγόριθμους για την αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2 και έχουν εντάξει τις φαρμακευτικές ουσίες σε αυτούς. Ο αλγόριθμος **(στην εικόνα 2)** δημοσιεύθηκε τον Δεκέμβριο του 2009 και έγινε γενικά αποδεκτός από την αμερικανική (ADA) και την ευρωπαϊκή εταιρεία διαβήτη (EASD). Η γνώση των φαρμάκων, του τρόπου δράσης των ενδείξεων, της δοσολογίας και των ανεπιθύμητων ενέργειών τους, όπως και των αλληλεπιδράσεών τους με άλλα φάρμακα, επιβάλλεται τόσο στους γιατρούς όσο και σε εκείνους που τα χρησιμοποιούν.

Εν πάση περιπτώσει η ολοκληρωμένη γνώση του ασθενούς από τον γιατρό του, όσον αφορά τόσο το ιστορικό του όσο και τα τυχόν ευρήματα από την κλινική εξέταση και τις εργαστηριακές εξετάσεις, οδηγούν τον θεράποντα γιατρό να ορίσει μια εξατομικευμένη αντιδιαβητική θεραπεία και στη συνέχεια να την προσαρμόσει ανάλογα με την εξέλιξη του διαβήτη.

Ο όρκος του Ιπποκράτη επί της ουσίας

Ο γιατρός τηρεί τον όρκο του Ιπποκράτη, ασκεί το έργο του σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία και πρέπει, κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, να αποφεύγει κάθε πράξη ή παράλειψη, η οποία μπορεί να βλάψει την τιμή και την αξιοπρέπεια του γιατρού και να κλονίσει την πίστη του κοινού προς το ιατρικό επάγγελμα. Οφείλει, επίσης, να διατηρεί σε υψηλό επίπεδο την επαγγελματική του συμπεριφορά, ώστε να καταξιώνεται στη συνείδηση του κοινωνικού συνόλου και να προάγει το κύρος και την αξιοπιστία του ιατρικού σώματος. Ο ιατρός πρέπει να επιδεικνύει τη συμπεριφορά αυτή όχι μόνον κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, αλλά και στο πλαίσιο της γενικότερης κοινωνικής έκφανσης της προσωπικότητάς του

ΕΛΕΝΗ Ι. ΜΠΟΥΤΑΤΗ,
επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας
Β΄ Παθολογική Κλινική
Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό
Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Άρθρο 2. Η άσκηση της ιατρικής ως λειτούργημα. *ΝΟΜΟΣ 3418 Φ.Ε.Κ. Α΄287/28-11-2005. ΚΩΔΙΚΑΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ*

Ερέθισμα για το συγκεκριμένο άρθρο στάθηκε η αναφορά σε ένα εξαίσιο λογοτεχνικό βιβλίο, στο «Ιμαρέτ», στους κομπογιαννίτες και την «τέχνη» τους[1]. Αναρωτήθηκα λοιπόν και έψαξα να βρω στοιχεία για τον ευρέως αποδιδόμενο, κυρίως στους κακούς λειτουργούς της ιατρικής, χαρακτηρισμό.

Στο Ζαγόρι της Ηπείρου κατά την περίοδο της Τουρκοκρατίας ήκμασαν διάσημοι πρακτικοί γιατροί, γνωστοί με το όνομα Βικογιατροί ή Κομπογιαννίτες, αλλά και Ματσουκάδες (από το μπαστούνι, τη ράβδο ή το ματσούκι). Ήθελαν να θεωρούνται απόγονοι των αρχαίων Ασκληπιάδων, αφού σύμφωνα με τη μυθολογία ο Μαχάων, γιος του Ασκληπιού, γεννήθηκε στην Πίνδο. Δεδομένου ότι χρησιμοποιούσαν άνθη, φύλλα και κοτσάνια από βότανα, που μάζευαν ως επί το πλείστον από το φαράγγι του Βίκου, ονομάστηκαν και Βικογιατροί (Βίκος + γιατρός). Ως προς την ετυμολογία του ονόματος Κομπογιαννίτες υπάρχουν διάφορες ερμηνείες. Επειδή θεράπευαν τους αρρώστους με ρίζες (κόμπους), η πρώτη εκδοχή για την ετυμολογία του Κομπογιαννίτης προέρχεται από το: κόμπος + έγιανα. Άλλη εκδοχή θέλει το όνομα να συνδέεται με το γεγονός ότι οι γιατροί από τα Γιάννενα μετέφεραν τα βότανα σε κόμπους στο μαντήλι τους. Πιθανή είναι και η εκδοχή το Κομπογιαννίτης να σημαίνει ψευτογιατρός, αγυρτογιατρός, προερχόμενο από το αοριστικό θέμα γιάν+ω του γιαίνω (γιατρεύω) και με πρώτο συνθετικό το μεσαιωνικό κομβώνω (ξεγελώ) («πάτησε πολλούς και εκόμβωσε πολλούς», Μαλάλας Α' 395), (κομβωτής απατεώνας, κομβολύτης για λωποδύτες).[2]

Αποτελούσαν είδος αδελφότητας όπου τα γιατροσόφια και τα πορίσματα της εμπειρίας τους, αλλά και διάφορα φλιτούρια (χαρτιά) και μαγικά ξόρκια περνούσαν κατά κανόνα προφορικά από πατέρα σε γιο ή σε μαθητή. Μερικά γιατροσόφια γράφτηκαν αργότερα με τη συνεργασία μοναχών και προστέθηκαν σε αυτά προσευχές και εξορκισμοί. Διαιρούνταν σε δύο τάξεις: τους εξοχότατους και τους παρακατιανούς. Οι εξοχότατοι ήταν οι ικανότεροι, ποτέ δεν αμφέβαλαν και παρείχαν πάντα το ασφαλές φάρμακο. Οι παρακατιανοί έκαναν εξορκισμούς ή χορηγούσαν αγιασμένα άνθη (Επιτάφιου, Άγιων Τόπων κ.λπ.).

Οι Ζαγορίσιοι «καλογιατροί» συναγωνίζονταν τους σπουδαιότερους Έλληνες και Ευρωπαίους περιοδεύοντες γιατρούς. Ο Γάλλος πρόξενος Françcois Pouqueville στη δεύτερη περιηγητική του εξόρμηση (1806-1816) στα Ζαγοροχώρια τους περιγράφει ως εξής: «Στην περιοχή Λιασκοβέτσι[2] είναι το φυτώριο και το σχολείο των εμπειρικών γιατρών, των καλούμενων καλογιατρών... Διδάσκονται από τις παραδόσεις, που μεταφέρονται από πατέρα σε γιο ή από τους μαθητές των καλογιατρών.

Πραγματοποιούσαν ορισμένες επεμβάσεις (κι ας μην είχαν καμιά γνώση ανατομικής) με δεξιοτεχνία, που προκαλούσε κατάπληξη και στους πιο ικανούς χειρουργούς. Τα εργαλεία τους ήταν ένα σιδερένιο ραβδάκι, που χρησιμοποιούταν ως καθετήρας, μια πένσα με ράμφος κοράκου για την εξαγωγή των αποσχίδων από τα κατάγματα των οστών και μία άλλη δακτυλιωτή πένσα και μερικά ξυράφια αντί για νυστέρια. Διέπρεπαν κυρίως στην εγχείρηση της βουβωνοκήλης. Πληρώνονταν προκαταβολικά τη μισή αμοιβή και έπαιρναν πάντοτε τον κηλικό σάκο, τον οποίο φούσκωναν, τον κρεμούσαν σε ένα καλάμι και τον παρουσίαζαν σαν σύμβολο της τέχνης τους, βάζοντας τους υπηρέτες τους να φωνάζουν μπαίνοντας στις πόλεις και στα χωριά: «Εδώ ο καλός γιατρός, έφτασε ο μεγάλος γιατρός που γιατρεύει τα σπασίματα και έχει τόσες... φούσκες»[3].

Όταν ο εμπειρικός γιατρός εξέταζε, έπαιρνε σοβαρό ύφος, παράγγελνε στον ασθενή να βγάλει έξω τη γλώσσα του για να τη δει, ψηλαφούσε τον σφυγμό του, αφού έστρεφε το πρόσωπό του προς τους οικείους του, ενώ ο ίδιος στύλωνε το βλέμμα του προς το ταβάνι. Μετά από κάποιες ακαταλαβίστικες λέξεις που πρόφερε, έλεγε τη διάγνωσή του. Όμως αυτή ήταν πάντοτε δυσάρεστη, γιατί με αυτόν τον τρόπο αποκτούσε υπόληψη και διατηρούσε το κύρος του.

Το επόμενο βήμα κατά κανόνα ήταν η φλεβοτομή. Ο Διονύσιος Πύρρος, το 1831, γράφει χαρακτηριστικά για τις υπερβολικές αφαιμάξεις που γινόταν από αυτούς: «Όσα αίματα ελληνικά έχυσαν αυτοί οι ιατροί, δεν τα έχυσαν όλοι οι Άραβες του Ιμπραήμ και όσους ανθρώπους έστειλαν εις τον άλλον κόσμον, ούτε όλος ο πόλεμος έπεμψε τόσους». Σε περίπτωση που η γλώσσα του αρρώστου ήταν κιτρινωπή, έδινε καθαρτικό, ενώ αν η κοιλιά του ήταν μετεωρισμένη, έδινε «καθάρσιο». Έπειτα έδινε οδηγίες στις γυναίκες του σπιτιού για το πως θα παίρνει ο άρρωστος τα φάρμακά του, αφού τα έβγαζε πρώτα όλα επάνω στο τραπέζι και τα ζύγιζε σε μια ζυγαριά, που κουβαλούσε μαζί του, με ασημένια σταθμά. Μετά από λίγες μέρες, εφ' όσον ο άρρωστος εξακο-

> Άλλοτε οι κομπογιαννίτες θεωρούνται ως πληγή της Ελλάδος που συνιστούσε για την αντιμετώπιση του προβλήματος στους δημογέροντες και στους επισκόπους να στέλνουν με έξοδά τους στην Ευρώπη νέους να σπουδάζουν ιατρική, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι εμπειρικοί αυτοί γιατροί εκτιμώνται από την επίσημη διοίκηση ισάξιοι με τους σπουδασμένους συναδέλφους τους

λουθούσε να ζει, επέστρεφε και έφερνε μαζί του σκόνες και βάμματα που χρωμάτιζαν και αρωμάτιζαν το νερό.

Στα ιατρικά συμβούλια οι «καλογιατροί» μιλούσαν μπροστά στους αρρώστους και τους συγγενείς τους ιδιαίτερη γλώσσα, τα γνωστά κομπογιαννίτικα, που τους προσέδιδαν μεγάλη επισημότητα και κύρος.

Ο Μανόλης Τριανταφυλλίδης αναφέρει σχετικά με τη χρήση κρυφής συνθηματικής γλώσσας από τους κομπογιαννίτες: «Θ' απορήση ίσως κανείς που ακόμη και γιατροί, μαθητές του Ασκληπιού και του Ιπποκράτη, βρίσκονται ανακατεμένοι με τους κρυφογλωσσίτες, όπως απορούσα και εγώ μια φορά, όταν είχα την ευκαιρία να μυηθώ μια νυχτιά στη Δουμνίστα της Δωρίδας από ένα περιφερόμενο εμπειρικό γιατρό από τον Τέρνο για την κρυφή τους γλώσσα. Ίσως θα ήθελε κανείς να εξηγήση τη μυστική γλώσσα των γιατρών από την επιθυμία τους να μην καταλαβαίνη ο άρρωστος, όταν μιλούν μπροστά του για την αρρώστια. Μήπως δε χρησίμευαν άλλοτε τα λατινικά για τον ίδιο σκοπό;»[4].

Πολλές φορές ανάμεσα σε αυτούς τους πρακτικούς γιατρούς απαντώνται και κάποιοι «σπουδασμένοι» γιατροί, που ήταν όμως «τσαρλατάνοι» και πάσχιζαν με την εντυπωσιακή εμφάνισή τους να κερδίσουν την εμπιστοσύνη των πελατών τους. Ονομάζονταν κι αυτοί «καλογιατροί». Για αυτούς τους τελευταίους ο ιστοριοδίφης Κωνσταντίνος Σάθας γράφει: «Οι αρειμάνιοι αυτοί αγύρται ως επί το πλείστον Ιταλοί και Επτανήσιοι, περιβεβλημένοι πλατύγυρα επανωτά μπάρα, των οποίων αι μεν τριγωνοειδείς άκραι περιεδινούντο απαύστως ως γλωσσίδες ψαλίδος, αι δε πρόσθετοι επωμίδες ανεμιζόμεναι, εκροτάλιζον εκ των δίκην παρασήμων επικειμένων πλατέων μεταλλικών κομβίων και φορούντες μικρά υποδήματα περιεσφιγμένα δια θεατρικών κροσσίων και στενόν πανταλόνιον πεποικιλμένου δι' οφιοειδώς περιεγραμμένων σειρητίων, ωμοίαζον προς Ισπανούς ταυρομάχους. Αλλά το χαρακτηριστικότερον γνώρισμα του "καλογιατρού" ήν το αριστοτελικώς εξυρισμένον αυτού πρόσωπον, το οποίον κωμικώς μορφάζων ανεδεύετο εντός πλατυτάτου περιλαιμίου ως κεφαλή χελώνης εξερχομένης και εισερχομένης εν τω οστράκω αυτής. Έσερναν πάντοτε όνον βαστάζοντα εν είδει μιναρέ σανίδωμα εν ω επέκειντο σειραί πολυχρώμων φιαλιδίων και πυξιδίων βενετικής θηριακής. Καταλύων εν τω χανίω της κώμης ο καλογιατρός έβαλεν αμέσως τα χρωματιστά ομματογυάλια και εβυθίζετο εις ανάγνωσιν χονδροτάτου βιβλίου, ενώ ό του χωρίου κήρυξ συνήγε τους πάσχοντας βοών: Ήρθε και σε λίγο μισεύει ο καλός γιατρός της Φραγκιάς».

> Επωδή ή επαοιδή είναι ο λόγος που άδεται, τραγουδιέται ή ψάλλεται. Στις επωδές ανήκουν τα ξόρκια και οι γητειές. Οι επωδές ήταν ήδη γνωστές από τον Όμηρο και τους Βυζαντινούς. Συχνά οι επωδές δεν χρησιμοποιούνταν μόνες του, αλλά σε συνδυασμό με τις φυσικές ιατρικές μεθόδους

Κατά μια άλλη περιγραφή του Κωνσταντίνου Σάθα, ο Ζαγορίσιος «καλογιατρός» εμφανιζόταν ως «περιβεβλημένος μέλαιναν μαλλιαρήν σεγούναν δια πράσινης ταινίας περιδέσμιων την εις δασείς πλοκάμους κυμαίνουσαν χαίτην του, λαλών την ακατανόητον κορακιστικήν γλώσσαν, συνοφρυωμένος και εν τη μορφή και τη χειρονομία. Και αφού εμοίραζε εις μεν τους πάσχοντας πράσινα σκονάκια, εις δε τους υγιείς το μυστηριώδες φιδόχορτον απήρχετο συνοδευόμενος υπό γενναίων προσφορών και γενναιοτέρων ευλογιών». Και συνεχίζει... «έφεραν μεθ' εαυτών βακτηρίαν το μεν ίνα προστατεύονται από των κυνών, το δε ίνα ανταπεξέρχονται προς τας επιθέσεις των μη θεραπευομένων πελατών και εφύλασσον τα φάρμακα εντός σάκκων, εξ ου και εκαλούντο "σακκουλαραίοι", τα προσόντα του κομπογιαννίτη ήταν σοβαροφάνεια και ολιγολογία για να καλύπτεται η αμάθειά του, πονηρία, επιτήδευση τρόπων, ικανότητα ψεύδους και αποστήθισης μερικών κεφαλαίων από ιατροσόφια, που εξετόξευε όπου εγνώριζε ότι θα εντυπωσιάσουν, με τελικό σκοπό πάντα το χρηματισμό»[5].

Άλλοτε οι κομπογιαννίτες θεωρούνται, όπως από τον Αδαμάντιο Κοραή ως πληγή της Ελλάδος που συνιστούσε για την αντιμετώπιση του προβλήματος στους δημογέροντες και στους επισκόπους να στέλνουν με έξοδά τους στην Ευρώπη νέους να σπουδάζουν ιατρική, ενώ σε κάποιες περιπτώσεις οι εμπειρικοί αυτοί γιατροί εκτιμώνται από την επίσημη διοίκηση ισάξιοι με τους σπουδασμένους συναδέλφους τους. Από τον Δημήτριο Πυρρή στο χρονικό του για την πανούκλα του 1728 στη Ζάκυνθο σημειώνεται χαρακτηριστικά: «Στις 28 Φεβρουαρίου έκαμαν κονσούλτα (=συμβούλιο) ο Προβλεπτής (ή Προβλέπτης ή Proveditore = ανώτερος διοικητικός αξιωματούχος της Γαληνοτάτης Δημοκρατίας της Βενετίας), Σανιτάδες (=Υγειονόμοι, διοικητική Υπηρεσία) και οι "γιοτροί". Λίγο αργότερα στις 2 Μαρτίου η υπηρέτρια ενός ασθενή έγινε κακά... με κεφαλάργια, αναγούλα και ξεματό και της επονούσαν και τα δύο παραδάγκαλα (=αδένες του λαιμού) και επρηστίκανε. Επήγαν και εις αυτήν οι Σανιτάδες και οι Γιατροί και την είδαν και είπαν πως δεν έχει κακό και πως τα παραδάγκαλα επρήστηκαν από το μαστέλλο (=βυτιοειδές δοχείο). Ο δε Σαμαρίας ο Εβραίος, έμπειρος γιατρός, ορδινάρισε (=διέταξε) ένα γιατρικό και της έδωσε και είπε πως αν έχει πανούκλα, απόψε πεθαίνει, ειδέ και απόψε δεν πεθαίνει, δεν είναι πανούκλα. Όμως της έδωσαν το γιατρικό και τη νύχτα εκείνη απέθανε. Και ετότες έγινε μεγάλη σύγχυση εις τη χώρα».

Από τα θεατρικά έργα της εποχής, όπως η «Κωμωδία των Ψευτογιατρών» που γράφτηκε το 1745 από τον Σαβόγια Ρούσμελη ή Σουρμελή, έχουμε πληροφορίες για τους Ζαγορίσιους κομπογιαννίτες. Σύμφωνα με το έργο, τέσσερις εμπειρικοί γιατροί από την Ήπειρο φθάνουν στη Ζάκυνθο, δισταστικοί γιατί γνωρίζουν ότι εκεί εξασκούν την ιατρική επιστήμονες με σπουδές στα ευρωπαϊκά πανεπιστήμια. Αποφασίζουν να μείνουν αποκλείοντας την πιθανότητα μετάβασης στην αφιλόξενη Κέρκυρα, ή το νησί των πονηρών, την Κεφαλονιά, και καλούν τους κατοίκους κοντά τους εκθέτοντας την τέχνη τους, δηλαδή αυτοδιαφημιζόμενοι. Παίρνουν προκαταβολή από όλους είτε σε νομίσματα είτε σε κοσμήματα. Οι πελάτες τους, αντιπροσωπευτικοί τύποι της τότε κοινωνίας, υποφέρουν από τις πιο συνηθισμένες αρρώστιες της εποχής. Εκτός από την αποκατάσταση της κήλης και τη θεραπεία της φυματίωσης, υπόσχονται αντιμετώπιση ορθοπεδικών, δερματολογικών και ψυχολογικών παθήσεων. Ασχολούνται ακόμη με τη στειρότητα των γυναικών, την αποκατάσταση της χαμένης παρθενιάς των κοριτσιών, ένα ζήτημα με κοινωνικές διαστάσεις, ισχυρίζονται ακόμη ότι θεραπεύουν τα αφροδίσια.

Μέσα από το έργο που παρουσιάζει ρεαλιστική την κοινωνία της Ζακύνθου, προκύπτουν ιστορικά στοιχεία, όπως ονόματα γιατρών. Κάθε ήρωας του έργου αντιπροσωπεύει ένα συγκεκριμένο πρόβλημα υγείας. Έχουμε τον φυματικό με τις αιμοπτύσεις, αυτόν που πάσχει από κήλη, τον κιτρινιάρη, τον τυφλό, τον ραχιτικό, το ζευγάρι με την προχωρημένη σύφιλη. Εξηγούν στον κάθε άρρωστο τη θεραπευτική μέθοδο που θα ακολουθήσουν. Τον άρρωστο με την κήλη τον δένουν και του συνιστούν υπομονή για την ταλαιπωρία και τους πόνους, κάνουν τομή, αφαιρούν τον

> Αναμφισβήτητα ο τρόπος άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος αντανακλά το status των κοινωνικών αξιών. Οποτεδήποτε υπήρξε «σκοταδισμός» και απαξίωση ιδεών μέσα σε ένα σαθρό πλαίσιο αξιών, άνθισε η εκμετάλλευση του αδυνάμου από τον ισχυρό

κηλικό σάκο, καυτηριάζουν την πληγή, βάζουν επιθέματα από επουλωτικά βάλσαμα. Στον «χλεμπονιάρη», δηλαδή αυτόν που έχει καχεξία, συνιστούν περιορισμένο αλλά εκλεκτό φαγητό, αποφυγή αλμυρών, αποχή από το νερό και τη σεξουαλική επαφή. Συστήνουν και γενικά θεραπευτικά μέσα (υποκλυσμό, έμπλαστρα, καθαρτικά). Τα θύματα της σύφιλης, της «μαλαφράντζας» βεβαιώνουν ότι θα αποκατασταθούν πλήρως με τη χρήση υδράργυρου, φυτικές ουσίες και καθαρτικά. Στο φυματικό, τον «χτικιασμένο» προτείνουν συνδυασμό φαρμάκων, αφεψημάτων, βαμμάτων. Στον καμπούρη, «το σγόμπο», περιγράφουν ένα είδος νάρθηκα και «αχνίσματα» με λίπος φώκιας επί 40 ημέρες.

Γενικά στα Επτάνησα την περίοδο της Ενετοκρατίας οι επιστημονικές θεραπευτικές μέθοδοι συναντούν τις παραδοσιακές. Στις παραδοσιακές θεραπευτικές συγκαταλέγονται οι βεντούζες, οι βδέλλες, τα έμπλαστρα, τα τσιρότα, τα καταπλάσματα, τα εκδόρια. Τα Επτάνησα όμως είχαν το προβάδισμα στις επωδές.

Επωδή ή επαοιδή είναι ο λόγος που άδεται, τραγουδιέται ή ψάλλεται. Στις επωδές ανήκουν τα ξόρκια και οι γητειές. Οι επωδές ήταν ήδη γνωστές από τον Όμηρο και τους Βυζαντινούς. Συχνά οι επωδές δεν χρησιμοποιούνταν μόνες του, αλλά σε συνδυασμό με τις φυσικές ιατρικές μεθόδους. Άλλοτε είχαν διαγνωστικό σκοπό, άλλοτε προγνωστικό, άλλοτε αποτελούσαν μέσα προστασίας από κάθε κακό (αρρώστιες, πνεύματα). Στις επωδές έχουμε επίκληση θείων δυνάμεων, αναφορές στην ασθένεια που θέλουμε να θεραπεύσουμε ή λόγια παρηγοριάς προς τον πάσχοντα.

Η ποιητική φύση των επτανησίων ίσως είναι η αιτία για τις αριστουργηματικές επωδές, θέτοντας απέναντι στην άσχημη αρρώστια τον ωραίο λόγο. Ουσιαστικά δεν υπήρχε πάθημα, που να μην έχει το αντίστοιχο ξόρκι του. Στις περισσότερες επωδές επιδιώκεται μόνο η απομάκρυνση της αρρώστιας. Έτσι παρόλο που η Βενετία με την ίδρυση φαρμακείων στα Επτάνησα συνέβαλε στη συρρίκνωση των λαϊκών θεραπευτικών μέσων, δεν μπόρεσε να επέμβει στη βαθιά εμπιστοσύνη που έδειχνε ο λαός στα ξόρκια του.

Τις αρρώστιες τις περιέβαλλαν πολλές φορές με δεισιδαιμονίες. Η επιληψία ή ο σεληνιασμός περιβάλλεται από ιερό φόβο. Η βασκανία θεωρείται σοβαρή αιτία αρρώστιας. Σκελίδες σκόρδου και φυλακτά είναι τα μαγικά αντικείμενα που θα διώξουν το «κακό μάτι» ή αντί για αυτά οι γυναίκες φτύνουν στον κόρφο τους. Τα φυλακτά είχαν ακόμη ιαματική και προφυλακτική δύναμη.

Η δυσειδαιμονική και μαγική πίστη μαζί με την επίσημη θρησκεία ήταν πολλές φορές μία διέξοδος που ανακούφιζε ψυχολογικά και έδινε ελπίδα μέσα από κάποιες ενέργειες που οδηγούσαν σε πιθανή απομάκρυνση του κακού. Για να απομακρύνει τις βαριές αρρώστιες ο λαός κάνει λιτανείες ή τάματα στους Αγίους. Κάποιοι Άγιοι θεωρούνται γιατροί ενός ειδικού νοσήματος, όπως ο Άγιος Σπυρίδων των αυτιών και των «σπυριών» των μικρών παιδιών, ο Άγιος Χαράλαμπος της λοιμικής ή σκορδούλας και των νόσων των ζώων, ο Άγιος Παντελεήμων είναι γιατρός των αρρώστων αλλά και των μικρών παιδιών. Γιατροί Άγιοι είναι ο Άγιος Τρύφωνας και οι Άγιοι Ανάργυροι «οι πρώτοι γιατροί του κόσμου», «γιατροί για όλες τις αρρώστιες που δεν αμείβονται». Η παρουσία της Παναγίας στη λαϊκή θεραπευτική είναι πολύ συχνή και η τελευταία ελπίδα του αρρώστου. Ακόμη το διάβασμα του ιερέα πίστευαν ότι προσέφεραν μεγάλη βοήθεια στον άρρωστο[6].

Αναμφισβήτητα ο τρόπος άσκησης του ιατρικού λειτουργήματος αντανακλά το status των κοινωνικών αξιών. Οποτεδήποτε υπήρξε «σκοταδισμός» και απαξίωση ιδεών μέσα σε ένα σαθρό πλαίσιο αξιών, άνθισε η εκμετάλλευση του αδυνάμου από τον ισχυρό. Στις μέρες μας που κλυδωνίζονται από ανακατατάξεις εννοιών και αξιών, οι κατευθύνσεις του ιπποκράτειου όρκου είναι πιο επίκαιρες από ποτέ.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. «Ιμαρέτ. Στη σκιά του ρολογιού». Γιάννης Καλπούζος. Έτος έκδοσης: 11/2008. Εκδόσεις Μεταίχμιο.
2. Λιασκοβέτσι =σημερινή Λεπτοκαρυά Ζαγορίου
3. Pouqueville F.-C.-H.-L. Pouqueville: Ταξίδι στην Ελλάδα. Τα Ηπειρωτικά. Προλεγόμενα - Μετάφραση: Κώστας Π. Βλάχος. Τομ. Ι, Ιωάννινα 1994.
4. Τριανταφυλλίδης, Μ. [1947] 1963. Ελληνικές συνθηματικές γλώσσες. Στο 'Απαντα, 2ος τόμ. Θεσσαλονίκη: Ινστιτούτο Νεοελληνικών Σπουδών ['Ιδρυμα Μανόλη Τριανταφυλλίδη], ΑΠΘ., 302-310.
5. Κωνσταντίνος Σάθας (1868). Νεοελληνική Φιλολογία, Βιογραφίαι των εν τοις γράμμασι διαλαμψάντων Ελλήνων από της καταλύσεως της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας μέχρι της Ελληνικής Εθνεγερσίας 1453-1821. http://books.google.com/books?id=agsyAAAAIAAJ&oe=UTF-8
6. http://www.corfuhistory.eu/11404/

Η τεχνολογία στην υπηρεσία του σακχαρώδη διαβήτη

Είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι η συνεχής υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης με αντλία αποτελεί τον πιο πιστό τρόπο μίμησης της φυσιολογικής λειτουργίας του παγκρέατος στα άτομα με διαβήτη τύπου 1

ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ,
διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής,
υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝ Πειραιά «ΤΖΑΝΕΙΟ»

Επιδημικές διαστάσεις λαμβάνει η ανάπτυξη του διαβήτη παγκοσμίως. Οι χρόνιες επιπλοκές του διαβήτη είναι ο μεγάλος ιατρικός και κοινωνικός εφιάλτης, απόρροια και συνεπαγόμενο αποτέλεσμα αυτής της ανάπτυξης. Ασπίδα κατά των επιπλοκών του διαβήτη αποτελεί η όσο το δυνατόν καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση.

Η συνεχής υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης (Continuous Subcutaneous Insulin Infusion -CSII) μέσω των αντλιών ινσουλίνης αποτελεί σήμερα μια πολύ καλή και σύγχρονη απάντηση στον υπάρχοντα προβληματισμό για την άριστη γλυκαιμική ρύθμιση. Με την αντλία ινσουλίνης προγραμματίζονται οι διαφορετικοί ρυθμοί εγχύσεως της βασικής ινσουλίνης καθ' όλο το 24ωρο (basal program), ενώ παράλληλα 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 της φυσιολογικής λειτουργίας του παγκρέατος που επιτυγχάνεται με την CSII αποτελεί τη βάση της επιτυχούς γλυκαιμικής ρύθμισης που γίνεται εφικτή με τις αντλίες.

Η ικανοποιητική έως και άριστη γλυκαιμική ρύθμιση που επιτυγχάνεται με τη θεραπεία CSII έχει επιβεβαιωθεί από πολλές ερευνητικές ομάδες και συνοδεύεται από συστηματική βελτίωση ενδιάμεσων μεταβλητών όπως κετονών, λιπιδίων, γαλακτικού οξέος και αμινοξέων. Μετανάλυση 22 μελετών με στόχο τη σύγκριση της θεραπείας CSII με την E.I. (Εντατικοποιημένη Ινσουλινοθεραπεία) έδειξε ότι με την CSII επιτυγχάνεται καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση και βελτίωση της HbA1C κατά 0,62%. Στην ίδια μετανάλυση οι σοβαρές υπογλυκαιμίες μειώθηκαν σε σημαντικό βαθμό με την αντλία ινσουλίνης σε σύγκριση με το σχήμα πολλαπλών ενέσεων. Σε μια άλλη μετανάλυση 12 μελετών με τον ίδιο στόχο παρατηρήθηκε εξίσου σημαντική μείωση της HbA1C στην ομάδα της αντλίας αλλά και 14% μείωση της απαιτούμενης δόσης ινσουλίνης σε σύγκριση με την ομάδα E.I.

Άλλα πλεονεκτήματα της θεραπείας με αντλία είναι η μικρότερη διακύμανση των ημερησίων τιμών σακχάρου, η σταθερότερη δράση της ινσουλίνης, η εξαφάνιση της υποδόριας αποθήκευσης ινσουλίνης, η ευκολία στη χρήση, η ευελιξία και η ποιότητα ζωής που προσφέρει στους ασθενείς.

Τα οφέλη της θεραπείας με αντλία ινσουλίνης δεν έγιναν βέβαια τώρα γνωστά. Παρόλ' αυτά, ακόμα και σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Γερμανία (χώρες με τους περισσότερους χρήστες αντλιών), αντλία χρησιμοποιεί μόνο το 20-30% των ατόμων με διαβήτη τύπου 1. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, βασικοί λόγοι είναι η ανάγκη να φοριέται συνεχώς ένα «ξένο σώμα» και ο «περίπλοκος» χειρισμός της αντλίας. Κάποιοι ασθενείς αναφέρουν ότι η συνεχή παρουσία της αντλίας σε κάθε δραστηριότητά τους και η έλλειψη διακριτικότητας μπορεί να γίνει δυσάρεστη και κουραστική (κοινωνική ζωή, αθλητική δραστηριότητα, σεξουαλική ζωή κ.λπ.). Κάποιοι ακόμη πιστεύουν ότι η αντλία μπορεί να είναι και επικίνδυνη λόγω μιας επιπλοκής του διαβήτη, τη διαβητική κετοξέωση που παρουσιάζεται μόλις τέσσερις ώρες μετά τη διακοπή λειτουργίας της αντλίας. Οι γονείς μικρών παιδιών με διαβήτη ισχυρίστηκαν επιπλέον ότι ανησυχούν ότι το παιδί παίζοντας με την αντλία θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπεία του.

Αυτά κι άλλα κενά έρχεται να καλύψει η τεχνολογία των

νέων αντλιών. Η καινοτομία και τα μεγάλα πλεονεκτήματα των νέων συστημάτων στηρίζονται στην αμφίδρομη επικοινωνία αντλίας και μετρητή με απόλυτα ασφαλή τεχνολογία Bluetooth. Όλες οι λειτουργίες της αντλίας (και ο πλήρης χειρισμός της) εκτελούνται και από τον μετρητή, ενώ τα δεδομένα αποθηκεύονται και στις δύο συσκευές. Δεν απαιτείται η παραμικρή επαφή με την ίδια την αντλία και συνεπώς η διακριτικότητα εξασφαλίζεται πλήρως.

Είναι γνωστό ότι όλα τα άτομα με διαβήτη δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στην ινσουλίνη. Για αυτό η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται. Τα πρωτοποριακά συστήματα «συμβούλων bolus» (bolus advisor) νέας γενιάς προτείνουν στον χρήστη να δώσει μια συγκεκριμένη ποσότητα ινσουλίνης bolus, αφού ληφθούν υπόψη όλες οι σημαντικές παράμετροι: ευαισθησία στην ινσουλίνη, χρονική περίοδος της ημέρας, σάκχαρο αίματος, ποσότητα υδατανθράκων τροφής, πιθανή σωματική άσκηση, αλλά και η λεγόμενη «ενεργή ινσουλίνη», δηλαδή ινσουλίνη που υπάρχει ήδη και δρα στον οργανισμό. Μελέτες έχουν δείξει ότι η δυνατότητα ενός συμβούλου bolus να υπολογίζει την «πραγματικά ενεργή ινσουλίνη», δηλαδή την ινσουλίνη που δόθηκε ως διορθωτική δόση bolus για τη μείωση του σακχάρου στο αίμα και όχι την ινσουλίνη που δόθηκε ως bolus γεύματος για την κατανάλωση υδατανθράκων, μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη μεταγευματικών υπεργλυκαιμιών, γνωστό προγνωστικό παράγοντα καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Η ευκολία στη διαχείριση της θεραπείας του διαβήτη αποτελούσε ανέκαθεν στόχο των νέων συστημάτων. Λειτουργίες όπως η μέτρηση γλυκόζης αίματος, η συμβουλή bolus (από το «σύμβουλο bolus») και η χορήγηση της συνιστώμενης (ή άλλης) δόσης bolus μπορούν να γίνουν από τον μετρητή σε λιγότερο από ένα λεπτό και χωρίς **καμία επαφή** με την αντλία. Ακόμη, ο μετρητής έχει τη δυνατότητα να κάνει αναλύσεις των δεδομένων των μετρήσεων ή της αντλίας με τη μορφή έγχρωμων γραφημάτων και γραφημάτων τύπου «πίτας». Αν είναι επιθυμητό βέβαια, όλα τα δεδομένα μπορούν να μεταφερθούν απλά με τεχνολογία υπερύθρων με συσκευές, όπως π.χ. το Smart Pix σε Η/Υ με πολλαπλές πλέον δυνατότητες στατιστικής ανάλυσης.

Η ασφάλεια αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα των νέων αντλιών. Ποικιλία υπενθυμίσεων (π.χ. αλλαγή καθετήρα, μέτρησης γλυκόζης αίματος), προειδοποιήσεων (π.χ. υπολειπόμενη ινσουλίνη, ημερομηνία λήξης εγγύησης, λήξης αντλίας, εξάντλησης ισχύος μπαταρίας) και συναγερμών, ηχητικών ή και με δόνηση είναι χαρακτηριστικά πλέον διαθέσιμα στα περισσότερα συστήματα. Ένα από τα πιο σημαντικά χαρακτηριστικά ασφάλειας είναι ο **«συναγερμός φραγής»** τον οποίο διαθέτουν όλες οι αντλίες με τη διαφορά ότι δεν είναι σε όλες το ίδιο «ευαίσθητος». Σήμερα υπάρχει ειδικό σύστημα ανίχνευσης φραγής που είναι εξαιρετικά ευαίσθητο και σημαίνει συναγερμό τόσο γρήγορα, ώστε, ακόμη και σε χαμηλό ρυθμό χορήγησης της ινσουλίνης, να μη «χάνονται» περισσότερες από 1,3 μονάδες ινσουλίνης, ποσότητα που σε καμία περίπτωση δεν εκθέτει το άτομο σε κίνδυνο διαβητικής κετοξέωσης.

Σήμερα εκτιμάται ότι περισσότερα από 1.000.000 άτομα παγκοσμίως χρησιμοποιούν αντλίες ινσουλίνης

Υπέρ της αναζήτησης μεθόδων για την επίτευξη καλύτερης γλυκαιμικής ρύθμισης τάσσονται και τα συστήματα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης (CGMS), τα οποία καταγράφουν τα δεδομένα της γλυκόζης κατά τις φυσιολογικές δραστηριότητες του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των γευμάτων, της άσκησης, της εργασίας και του ύπνου. Μετά τη μεταφορά των δεδομένων από τη συσκευή παρακολούθησης στον υπολογιστή, παράγεται μια πλήρης αναφορά της διακύμανσης της γλυκόζης. Περιέχει γραφήματα των επιπέδων της γλυκόζης ανά χρονική στιγμή και ανά ημέρα, συνοπτικά στατιστικά στοιχεία και ένα πλήρες αρχείο όλων των μετρήσεων και των καταγεγραμμένων συμβάντων.

Η αναφορά έχει πολλές εφαρμογές και μπορεί να χρησιμοποιηθεί επικουρικά για την εισήγηση τροποποιήσεων της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς που παρουσιάζουν δυσκολία στον έλεγχο της γλυκόζης και οι οποίοι έχουν προδιάθεση για συχνά επεισόδια υπογλυκαιμίας (συμπεριλαμβανομένης της απώλειας των προειδοποιητικών συμπτωμάτων και της επερχόμενης νυχτερινής υπογλυκαιμίας) και για ασθενείς που ξεκινούν θεραπεία με αντλία ινσουλίνης.

Συνοψίζοντας. η τεχνολογική βελτίωση και αναβάθμιση των αντλιών χορήγησης ινσουλίνης οδήγησε σε αλματώδη αύξηση χρήσης τα τελευταία χρόνια. Σήμερα εκτιμάται ότι περισσότερα από 1.000.000 άτομα παγκοσμίως χρησιμοποιούν αντλίες ινσουλίνης. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να μεγαλώσει, καθώς τα νέα συστήματα συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης σχεδιάζονται με γνώμονα τις ολοένα και αυξανόμενες σύγχρονες ανάγκες των ατόμων με διαβήτη.

Νέα θεραπεία για το διαβήτη τύπου 1

Γνωρίζουμε ότι ο διαβήτης τύπου 1 είναι μια αυτοάνοση νόσος. Τα Τ λεμφοκύτταρα φαίνεται ότι συμμετέχουν στην ανοσολογική απάντηση που προκαλεί τον διαβήτη τύπου 1. Ας δούμε πως

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ,
παιδίατρος-ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος
Παιδοενδοκρινολογικού ιατρείου
Νοσοκομείου «Μητέρα»

Τα Τ κύτταρα είναι λεμφοκύτταρα που ξεκινούν από τον μυελό των οστών και μετακινούνται στον θύμο αδένα, όπου ωριμάζουν. Ένας τύπος Τ κυττάρων καταστρέφει το αντιγόνο, που παρουσιάζεται από το ανοσοποιητικό σύστημα και ένας άλλος τύπος Τ κυττάρων, αργότερα, καταστέλλει αυτήν τη δράση: τα Τ κύτταρα που καταστρέφουν ονομάζονται Τ effector ή «κύτταρα- δολοφόνοι» και τα Τ κύτταρα που καταστέλλουν αυτήν τη δράση ώστε να μην υπερδιεγερθεί το ανοσοποιητικό σύστημα, ονομάζονται Τ ρυθμιστικά.

Οι **υποδοχείς των Τ κυττάρων** βρίσκονται στην επιφάνεια όλων των Τ κυττάρων και περιέχουν μια πρωτεΐνη, που ονομάζεται CD3, σε όλα τα ώριμα κύτταρα.

Σε άτομα με γενετική προδιάθεση και πιθανώς λόγω ενός πιθανού περιβαλλοντολογικού ερεθίσματος, τα Τ effector κύτταρα επιτίθενται στα β κύτταρα του παγκρέατος. Αυτό δεν συμβαίνει σε μια στιγμή. Η προοδευτική έκπτωση της λειτουργίας των β κυττάρων σημαίνει ότι το άτομο θα χρειαστεί ινσουλίνη για πάντα. Αυτήν τη στιγμή υπάρχουν κλινικές μελέτες που… τρέχουν και αποσκοπούν στο να σταματήσουν την ανοσολογική απάντηση και να διατηρήσουν τη λειτουργία των β κυττάρων.

Δύο μελέτες προσπαθούν να σταματήσουν την αυτοάνοση απάντηση με μονοκλωνικά αντισώματα (mAb), πιο ειδικά αντί-CD3 αντισώματα. Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται ότι ελαττώνουν τη δραστικότητα των Τ effector κυττάρων και ευοδώνουν τη δραστικότητα των Τ ρυθμιστικών κυττάρων. Κάνοντας αυτό πιστεύεται ότι μπορεί να διατηρηθεί η λειτουργικότητα των β κυττάρων και να προληφθούν μελλοντικές επιθέσεις και ζημιά στα πάγκρεας, ώστε οι ασθενείς να συνεχίζουν να παράγουν ινσουλίνη και να χρειάζονται σημαντικά λιγότερη εξωγενή ινσουλίνη, να έχουν λιγότερες διακυμάνσεις στο σάκχαρο αίματος και να έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής.

Αυτού του είδους οι μελέτες δίνουν ελπίδα σε νεοδιαγνωσμένους ασθενείς, καθώς και σε γονείς παιδιών με νεο-

διαγνωσμένο διαβήτη τύπου 1. Το φάρμακο Otelixizumab (πειραματικό αντί-CD3 μονοκλωνικό αντίσωμα), που αρχικές μελέτες έχουν δείξει ότι αναστέλλει την καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, ξεκινά μελέτες φάσης III. Οι μελέτες αυτές θα εκτιμήσουν τα αποτελέσματα του Otelixizumab στη διατήρηση της ενδογενούς παραγωγής ινσουλίνης.

Η Tolerx Inc. είναι μια βιοφαρμακευτική εταιρεία, που ασχολείται με την ανακάλυψη νέων θεραπειών για ασθένειες ανοσολογικής αιτιολογίας. Ξεκίνησε τη διενέργεια μιας μελέτης φάσης III για το Otelixizumab σε νεοδιαγνωσμένους διαβητικούς τύπου 1, 9-12 μήνες. Το Tolerx (Otelixizumab) ξεκινά αυτήν τη μελέτη, αφού ολοκληρώθηκε η ανασκόπηση των αποτελεσμάτων της φάσης II μελέτης από το FDA.

Αυτή η μελέτη φάσης III, που είναι γνωστή σαν DEFEND (Durable Response Therapy Evaluation For Early or New Onset Type 1 Diabetes), θα διεξαχθεί σε πολλά κέντρα στη βόρεια Αμερική και στην Ευρώπη (μελέτη «Protégé Encore») και θα εκτιμήσει αν ένα θεραπευτικό σχήμα με otelixizumab ελαττώνει την ποσότητα της χορηγούμενης ινσουλίνης για τον έλεγχο του σακχάρου αίματος, αναστέλλοντας την καταστροφή των β-κυττάρων. Η διατήρηση της λειτουργικότητας των β-κυττάρων έχει συσχετιστεί με βελτιωμένο γλυκαιμικό έλεγχο (επίπεδα της HbA1c), λιγότερες υπογλυκαιμίες και μείωση των μακροχρόνιων επιπλοκών σε διαβητικούς στη μελέτη Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).

Η εγγραφή στην DEFEND έχει ξεκινήσει και έχει ήδη προχωρήσει από τις αρχές του 2009. Οι σχεδιαστές της DEFEND είναι εξαιρετικά ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματα της φάσης II μελέτης, που τους έδωσε πάρα πολλά επιστημονικά δεδομένα ώστε να προχωρήσουν στον σχεδιασμό DEFEND, με το βέλτιστο δοσολογικό σχήμα, που μπορεί εύκολα να μετατραπεί σε σχήμα για τη θεραπεία του τύπου 1 διαβήτη. Όλα αυτά έγιναν σε συνεργασία και υπό τον έλεγχο του FDA.

Δύο μελέτες προσπαθούν να σταματήσουν την αυτοάνοση απάντηση με μονοκλωνικά αντισώματα (mAb), πιο ειδικά αντί-CD3 αντισώματα. Αυτοί οι παράγοντες φαίνεται ότι ελαττώνουν τη δραστικότητα των T effector κυττάρων και ευοδώνουν τη δραστικότητα των T ρυθμιστικών κυττάρων. Κάνοντας αυτό πιστεύεται ότι μπορεί να διατηρηθεί η λειτουργικότητα των β κυττάρων και να προληφθούν μελλοντικές επιθέσεις και ζημιά στο πάγκρεας, ώστε οι ασθενείς να συνεχίζουν να παράγουν ινσουλίνη και να χρειάζονται σημαντικά λιγότερη εξωγενή ινσουλίνη

Τα τελικά σημεία της DEFEND αντικατοπτρίζουν τον τρόπο δράσης του otelixizumab, στοχεύοντας στα επίπεδα του C-πεπτιδίου, μετά τη χορήγηση του φαρμάκου.

Το Otelixizumab είναι ένα μονοκλωνικό αντίσωμα που προσκολλάται στα κύτταρα CD3, σε έναν υποδοχέα των T λεμφοκυττάρων που συμμετέχει στη δημιουργία μηνυμάτων μεταξύ φυσιολογικών κυττάρων.

Το Otelixizumab πιστεύεται ότι δουλεύει μπλοκάροντας τη λειτουργία των T effector κυττάρων που επιτίθενται στους κυτταρικούς ιστούς του σώματος και προκαλούν αυτοάνοσες ασθένειες, καθώς επίσης και διεγείροντας την παραγωγή μιας υποομάδας T κυττάρων: τα ρυθμιστικά T κύτταρα. Πιστεύεται ότι τα T ρυθμιστικά κύτταρα ίσως προστατεύουν από τη «ζημιά» των T effector κυττάρων για σημαντικό καιρό μετά την απομάκρυνση του φαρμάκου από το σώμα. Η εταιρεία συνεχίζει να εκτιμά το Otelixizumab σε ασθενείς με τύπου 1 διαβήτη στη μελέτη TTEDD (TRX4 Therapeutic Evaluation of Different Dosing Regimens), μια συνεχιζόμενη φάση II μελέτη.

Βασικός στόχος της TTEDD ήταν να εκτιμήσει διαφορετικά δοσολογικά σχήματα, σε μια προσπάθεια να ελαττωθούν οι παρενέργειες και να μάθουμε περισσότερα για τη δραστικότητα του Otelixizumab. Η εταιρεία Tolerx έχει διεξάγει μελέτες για τη δοσολογία του Otelixizumab σε τύπου 1 διαβητικούς και έχει βρει την κατάλληλη δόση, με σημαντική μείωση των παρενεργειών και παράλληλα με διατήρηση της βιολογικής δραστικότητας. Αυτή η δοσολογία θα χρησιμοποιηθεί και στη φάση III μελέτη DEFEND.

Φαίνεται ότι έρευνα με την ανοσοτροποποιητική θεραπεία είναι ότι πιο «καυτό» υπάρχει αυτήν τη στιγμή για τη θεραπεία του διαβήτη τύπου 1. Στην αρχική φάση φαίνεται να στοχεύουν σε νεοδιαγνωσμένες περιπτώσεις, αλλά δεν γνωρίζουμε που θα καταλήξει η έρευνα. Αναμένουμε τα στοιχεία μετά την ολοκλήρωση της φάσης III μελέτη, προκειμένου να ξεκινήσει η ευρεία χρήση.

Χρυσή αθλήτρια στην κολύμβηση, χρυσή πρωταθλήτρια στη μάχη κατά του διαβήτη

Η 33χρονη Ιφιγένεια Χατζηδάκη, κολύμπησε στα «βαθιά» νερά της ζωής και κατάφερε να βρεθεί στην επιφάνεια. Ο διαβήτης δεν στάθηκε εμπόδιο ποτέ στη ζωή της, αντιθέτως την μετέτρεψε σε ένα «πεισματάρικο» πλάσμα, που κατάφερε να ανέβει αρκετές φορές στο βάθρο της επιτυχίας

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: **ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ**

Ονομάζομαι Χατζηδάκη Ιφιγένεια είμαι 33 ετών, γεννήθηκα και μεγάλωσα στα Χανιά της Κρήτης. Από μικρή ηλικία δοκίμασα μια σειρά από αθλήματα (ενόργανη, ρυθμική, στίβο) αλλά στα 8 μου χρόνια αυτό που με κέρδισε ήταν το κολύμπι! Όταν ήμουν 10 ετών, μου παρουσιάστηκε ο νεανικός διαβήτης χωρίς να υπάρχει κάποιο οικογενειακό ιστορικό ή άλλος λόγος.

Τα συμπτώματα; Αυτά που ξέρουμε όλοι: πολυδιψία, πολυουρία, ξηροστομία, αίσθημα κόπωσης, απώλεια σωματικού βάρους. Αμέσως οι γονείς μου με πήραν και με πήγαν στην Αθήνα στο Παίδων Αγία Σοφία όπου νοσηλεύτηκα εκεί περίπου για 10 μέρες με διάγνωση νεανικός διαβήτης τύπου 1. Φαντάζομαι ότι το μεγαλύτερο άγχος και τρέξιμο το πέρασαν οι γονείς μου αν αναλογιστείς την ηλικία μου και ότι ήταν κάτι πρωτάκουστο για αυτούς οπότε όλα ξεκινούσαν από το μηδέν.

Μετά από 23 χρόνια σαν άτομο με διαβήτη επιμένω να υποστηρίζω ότι η θετική αντιμετώπιση των «γεγονότων» που προκύπτουν στη ζωή παίζει καθοριστικό ρόλο για το ξεκίνημα και για την εξέλιξη τους. Και αυτό το λέω γιατί δεν θυμάμαι ποτέ τον εαυτό μου να κάθεται έξω από βιτρίνα ζαχαροπλαστείου ή ψυγείου με παγωτά ακόμα και τώρα και να λαχταρώ ένα γλυκό ή ένα παγωτό. Πάντα ήξερα ότι όλα επιτρέπονται με μέτρο και προϋποθέσεις. Αυτό που θυμάμαι σίγουρα όμως είναι τα γεύματα μου να μπαίνουν σε πρόγραμμα, χωρίς να στερούμαι τίποτα. Ακόμα και η ιδέα των ενέσεων ινσουλίνης έγινε τρόπος ζωής, χωρίς φόβο και χωρίς το αίσθημα του καταναγκασμού!

Μετά την διάγνωση και το πέρασμα της μεταβατικής φάσης του νέου τρόπου ζωής και γνωρίζοντας ότι ο αθλητισμός μόνο καλό θα μπορούσε να μου προσφέρει, η κολύμβηση έγινε αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής μου.

Με πολύ θέληση και πείσμα ξεκίνησαν οι διακρίσεις μου ξεκινώντας από τις μικρές ηλικίες που κατείχα την 1η θέση στα αγωνίσματα μου (50 μέτρα ελεύθερο, 50 μέτρα πεταλούδα) στους παγκρήτιους αγώνες καθώς και στα πανελλήνια σχολικά πρωταθλήματα! Από τη ηλικία των 13 ετών που αγωνιζόμουν στα πανελλήνια πρωταθλήματα (καλοκαιρινά και χειμερινά) κατηγοριών και μέχρι την ηλικία των 18 ετών κατείχα και εκεί την 1η θέση αντίστοιχα. Επιδόσεις που με βοήθησαν να λαμβάνω μέρος σε αγώνες και με την εθνική Ελλάδας! Αισθανόμουν ωραία, έπαιρνα δύναμη, όλα δούλευαν «ρολόι» αλλά κυρίως δεν στερήθηκα τίποτα.

Δύο πράγματα μου θυμάμαι έντονα από τότε: το πρώτο είναι το γλυκό που έτρωγα πριν από κάθε προπόνηση προκειμένου να ανταπεξέλθω στις απαιτήσεις της και το δεύτερο έχει να κάνει με τους αγώνες όπου κάθε πρωί περίμενα να μου φέρουν την θήκη με τις ινσουλίνες από το ψυγείο για να μπορέσω να ξεκινήσω την αθλητική μου προετοιμασία.

Αθλητισμός και διαβήτης για εμένα εδώ και χρόνια είχαν γίνει ένα! Οπότε δεν ήταν δύσκολο να αποφασίσω με τι ήθελα ν' ασχοληθώ στον επαγγελματικό τομέα! Η γυμναστική ακαδημία ήταν όνειρο ζωής. Έτσι με τα πριμ που είχα από τις διακρίσεις μου πέρασα στα ΤΕΦΑΑ Αθηνών όπου και συνέχισα την αθλητική μου δραστηριότητα κάνοντας προπονήσεις σε συλλόγους της Αθήνας πετυχαίνονται έτσι διακρίσεις σε πανεπιστημιακό επίπεδο πλέον για μια σειρά τέσσερα φοιτητικών ετών με την 1η θέση στις πανεπιστημιάδες.

Στο τελευταίο έτος φοίτησης μου και λαμβάνοντας ειδικότατα κολύμβησης αποφάσισα να κάνω την πτυχιακή μου με θέμα «κολύμπι και άτομα με ειδικές ανάγκες» αντικείμενο πάνω στο οποίο δουλεύω ακόμα και σήμερα.

Ακόμα και στα φοιτητικά μου χρόνια που ήμουν μακριά από το σπίτι μου (σπιτικό φαγητό, προσεγμένο φαγητό, οικογενειακή συμπαράσταση), την γιατρό μου, και τον τυποποιημένο προγραμματισμό ετών, πατώντας πλέον στα πόδια μου, συνέχισα σωστά με νέα αισιόδοξη διάθεση.

Τελειώνοντας τη σχολή μου ξεκίνησα να δουλεύω σαν προπονήτρια κολύμβησης σε διάφορους συλλόγους της Αθήνας και της επαρχίας ξεκινώντας τα καλοκαίρια μου από την ομάδα των Χανίων αλλά και ως ναυαγοσώστρια σε θάλασσες και πάρκα με νεροτσουλήθρες.

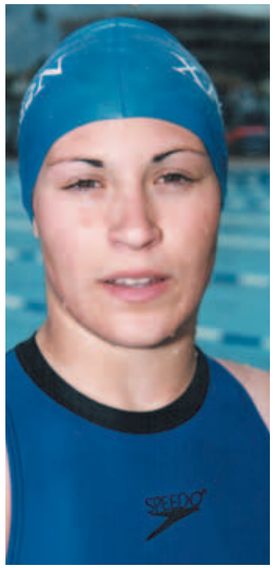
Τα τελευταία περίπου τέσσερα χρόνια και λόγω έγγαμου βίου ζω στη Λαμία και εργάζομαι ως υπεύθυνη κολυμβητηρίου αλλά και ως προπονήτρια κολύμβησης σε ένα από τα μεγαλύτερα γυμναστήρια-κολυμβητήρια της κεντρικής Ελλάδας.

Το είχα πάντα ως αρχή και το θεωρούσα αναγκαίο στο χώρο εργασίας μου τουλάχιστον δύο συνάδελφοι-φίλοι να γνωρίζουν ότι είμαι διαβητική σε περίπτωση που χρειαζόμουν την βοήθεια τους.

Θα σας έλεγα ψέματα αν υποστήριζα ότι δεν υπήρξε περίοδος της ζωής μου που να μην είχα κουραστεί και δήλωνα άρνηση όσο αφορά τον προγραμματισμό και την σχολαστικότητα που απαιτούσε ο διαβήτης με αποτέλεσμα όπου για εμένα είχε δυο πλευρές: την θετική του που ακόμα κάνω τον σταυρό μου που δεν μου παρουσιάστηκαν επιπλοκές αλλά από την αρνητική του όπου τα επίπεδα γλυκοζυλιωμενης ξέφυγαν κατά πολύ από τα φυσιολογικά όρια (8,2) και όλα αυτά όχι γιατί δεν ήξερα τι έπρεπε να κάνω αλλά γιατί την συγκεκριμένη στιγμή μου έλλειπε το κίνητρο για να ξαναδώσω το 100% μου.

Και το κίνητρο αυτό δεν άργησε να έρθει. Στην δίκια μας την περίπτωση η απόκτηση ενός παιδιού ήταν το πιο δυνατό.

Έτσι βάζοντας τα και πάλι όλα σε πρόγραμμα αρχίσαμε να επισκεπτόμαστε συστηματικά τον μέχρι τώρα διαβητολόγο μου κ. Παναγιώτη Χαλβατσιώτη, με τον οποίο αναθεώρησα πολλά, άλλαξα τρόπο αντιμετώπισης σε ακόμα περισσότερα, αλλά και έμαθα παρά πολλά βάζοντας νέα δεδομένα στη ζωή μου όσο αφόρα τον διαβήτη όπου νιώθοντας και πάλι έτοιμη ο ερχομός μιας εγκυμοσύνης μετά από μικρό χρονικό διάστημα ήταν γεγονός! Η κουβέντα του κ. Χαλβατσιώτη ότι «πάντα ήξερες τι πρέπει να κάνεις, αλλά έψαχνες για κίνητρο προκειμένου να



« Αν έκανα έναν μικρό απολογισμό αυτή τη στιγμή, από αυτά τα 23 χρόνια ως διαβητική, θα μου έμενε μια «γλυκιά» γεύση, γιατί ποτέ δεν άφησα τίποτα και κανένα να με κάνει να νοιώσω διαφορετικά από ότι ήταν οι άλλοι γύρω μου »

το πραγματοποιήσεις» πράγματι με βοήθησε πάρα πολύ στο να το βάλω πείσμα και τελικά να κατεβάσω αλλά κυρίως να σταθεροποιήσω τα επίπεδα γλυκοζυλιωμενης μου στο 5,7.

Από εκείνη την στιγμή ξαναέκανα την εξεύρεση κινήτρου στόχο ζωής.

Αυτή τη στιγμή διανύω τον 9ο μήνα της εγκυμοσύνης μου και συμφώνα με τους γιατρούς μου σε λίγες μέρες θα φέρω στον κόσμο ένα υγιέστατο και φυσιολογικό σε βάρος αγοράκι. Τι καλύτερο;

Σίγουρα στην αρχή της εγκυμοσύνης υπήρχε ένα άγχος διότι έπρεπε να σκέπτομαι και να ζω πλέον για δυο, αλλά η εξοικείωση ήταν θέμα χρόνου με την καθοδήγηση του διαβητολόγου, του γυναικολόγου αλλά και την βοήθεια του συζύγου μου. Υπήρξαν πολλές αλλαγές όσον αφορά τις δοσολογίες της ινσουλίνης που έπρεπε να πάρω καθώς και μια απόλυτα προγραμματισμένη ανά τακτά χρονικά διαστήματα διαδικασία μέτρησης των επιπέδων ζαχάρου μου σε συνδυασμό με την λήψη γευμάτων, φτάνοντας να παίρνω τα ιδανικά για μια διαβητική εγκυμονούσα κιλά αλλά κυρίως να υιοθετήσω ένα νέο τρόπο ζωής καθημερινής αντιμετώπισης του διαβήτη διατηρώντας την υγεία μου και αισιόδοξη για ακόμα μια φορά για την συνέχεια.

Αν έκανα έναν μικρό απολογισμό αυτή τη στιγμή, από αυτά τα 23 χρόνια ως διαβητική, θα μου έμενε μια «γλυκιά» γεύση, γιατί ποτέ δεν άφησα τίποτα και κανένα να με κάνει να νοιώσω διαφορετικά από ότι ήταν οι άλλοι γύρω μου.

Ο οργανισμός μας υπό την προστασία του!

Τα κύτταρά μας κινδυνεύουν από την οξείδωση όπως κινδυνεύει να σκουριάσει κάτι που αφήνουμε στη βροχή. Το Vie ξεχειλίζει από φρούτα και λαχανικά, πλούσια σε φυσικά αντιοξειδωτικά που λειτουργούν σαν μια ομπρέλα προστασίας κατά της φθοράς και της γήρανσης των κυττάρων μας.

Ονυχομυκητίαση

ΛΕΥΤΕΡΗΣ ΒΟΓΙΑΤΖΟΓΛΟΥ,
ποδολόγος, MSc Clinical Biomechanics, BSc (Hons) Podiatry,
συνεργάτης νοσοκομείου «Κυανούς Σταυρός»

Τι είναι η ονυχομυκητίαση

Ονυχομυκητίαση ορίζεται ως η μυκητιασική λοίμωξη των νυχιών. Προσβάλλει κυρίως τα νύχια των ποδιών, ενώ παρουσιάζεται ως η πιο συχνή πάθηση των νυχιών γενικότερα. Η συχνότητα της πάθησης ανέρχεται στο 6-10% του ενήλικου πληθυσμού του δυτικού κόσμου. Οι ένοχοι μύκητες για τη μόλυνση αυτή, είναι κυρίως τα δερματόφυτα, όπως ο Trichophyton Rubrum και ο Trichophyton Interdigitale. Το γένος Candida albicans θα εμφανιστεί σπανιότερα και ιδιαίτερα σε χώρες με τροπικό κλίμα.

Τύποι ονυχομυκητίασης

1. Περιφερική ονυχομυκητίαση, η οποία προσβάλλει το ελεύθερο άκρο του νυχιού **(φωτογραφία 1)**.
2. Λευκή επιφανειακή ονυχομυκητίαση, η οποία προσβάλλει μόνο την επιφάνεια της ονυχαίας πλάκας.
3. Εγγύς υπονύχια ονυχομυκητίαση, η οποία προσβάλλει το εγγύς άκρο (τη βάση) του νυχιού **(φωτογραφία 2)**.
4. Ολική ονυχομυκητίαση, η οποία προσβάλλει το νύχι σε όλο το μήκος και πάχος του **(φωτογραφία 3)**.

Αίτια

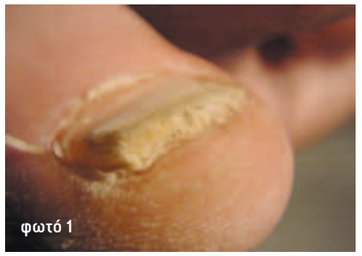
Η ανάπτυξη της ονυχομυκητίασης ευνοείται από συνθήκες παρατεταμένης υγρασίας, όπως και από επανειλημμένους τραυματισμούς. Η αύξηση της επίπτωσης των ονυχομυκητιάσεων τα τελευταία 50 χρόνια οφείλεται στη συστηματική χρήση κλειστών υποδημάτων για πολλές ώρες, η οποία προάγει τις προαναφερθείσες συνθήκες. Επίσης, άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, αρτηριακή ή φλεβική δυσλειτουργία και λοιπές ανοσολογικές διαταραχές έχουν μεγαλύτερη προδιάθεση να αναπτύξουν την πάθηση αυτή συγκριτικά με τον υγιή πληθυσμό.

Συμπτώματα - διάγνωση

Η ονυχομυκητίαση δεν προκαλεί συμπτώματα πόνου, εκτός αν η λοίμωξη είναι ιδιαίτερα σοβαρή. Τα νύχια που έχουν μολυνθεί από μύκητα, θα εμφανίσουν μια έντονη κίτρινη ή καφέ δυσχρωμία. Παράλληλα αυξάνονται σε πάχος, γίνονται εύθρυπτα και δύσοσμα. Η διάγνωση μπορεί να γίνει βάσει της κλινικής εικόνας του νυχιού. Για την αποτελεσματικότερη όμως διαφορική διάγνωση (όπως ψωρίαση ή τραύμα) η πιο διαδεδομένη μέθοδος παραμένει η καλλιέργεια, παρόλο που το ποσοστό ψευδώς αρνητικών καλλιεργειών φθάνει το 30%. Κρίσιμη προϋπόθεση για την αξιοπιστία της καλλιέργειας αποτελεί η λήψη υλικού όσο το δυνατόν πιο κοντά στο όριο της προσβεβλημένης περιοχής.

Θεραπεία

Η θεραπεία της ονυχομυκητίασης εξαρτάται από τον τύπο της πάθησης. Η εγγύς υπονύχια και η ολική ονυχομυκητίαση απαιτούν συστηματικά χορηγούμενα φάρμακα (φάρμακα από το στόμα - ιτρακοναζόλη και τερμπιναφίνη), ενώ οι άλλοι δύο τύποι θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν και με τοπικά χρησιμοποιούμενα φάρμακα (αμορολφίνη 5%, μια φορά την εβδομάδα, κυκλοπυροξίνη 8%, μια φορά την ημέρα). Είναι σημαντικό, αφετηρία της τοπικής θεραπείας να αποτελεί η απομάκρυνση του προσβεβλημένου τμήματος του νυχιού από κάποιον ειδικό. Βεβαίως η συγχορήγηση της συστηματικής με την τοπική θεραπεία θα αυξήσει στις περισσότερες περιπτώσεις θεαματικά τα ποσοστά αντιμετώπισης του μύκητα. Παρά τη νέα γενιά αντιμυκητιασικών φαρμάκων που διατίθενται σήμερα για τη θεραπεία της, η ονυχομυκητίαση εξακολουθεί να είναι ένα χρόνιο νόσημα με τάση για υποτροπή, ενώ σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών (20-30%) η θεραπεία αποτυγχάνει. Έτσι, η απόφαση για θεραπεία θα πρέπει να παίρνεται κατόπιν πλήρους κατανόησης του κόστους της, των παραγόντων κινδύνου αλλά και της υψηλής πιθανότητας υποτροπής.


φωτό 1

φωτό 2

φωτό 3

Αποτελεί η βιομηχανία τροφίμων συνοδοιπόρο στην αναζήτηση υγιεινής διατροφής;

Μολονότι όλοι είμαστε ευτυχείς όταν μας φέρνουν αγνά τρόφιμα «από το χωριό» και αισθανόμαστε πως τρώμε κάτι υγιεινό, ξέρουμε ταυτόχρονα πως αυτό είναι αδύνατον να συμβαίνει συνεχώς και για όλους, διότι απλά τότε τα χωριά θα είχαν γίνει με τη σειρά τους πόλεις

ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΡΙΧΤΕΡ,
MD, FESC, FAHA,
διευθυντής Β' Καρδιολογικής Κλινικής Ευρωκλινικής Αθηνών

Η μαζικότητα της παραγωγής τροφίμων σήμερα δεν συμβαδίζει πάντα με την ποιότητα αυτής, αλλά τα τελευταία χρόνια η προσπάθεια του καταναλωτή να διασφαλίσει ένα όσο γίνεται υγιεινότερο πιάτο στο τραπέζι του, βοηθά ώστε να παράγονται ολοένα και περισσότερα τρόφιμα, τα οποία να έχουν σχεδιαστεί με σκοπό να βοηθούν το καρδιαγγειακό μας σύστημα.

Όλες οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες διατροφής **προτρέπουν να μειώσουμε όσο γίνεται περισσότερο τα κορεσμένα λίπη στη διατροφή μας και να τα αντικαταστήσουμε με μονοακόρεστα και πολυακόρεστα λίπη**. Ακόμη, συνιστάται να προτιμούμε τα προϊόντα τα οποία είναι φτωχά σε νάτριο και πλούσια σε κάλιο. Τα τελευταία χρόνια -και ειδικά στις Ηνωμένες Πολιτείες- μετά την έντονη προτροπή των καρδιολογικών εταιρειών προς το κοινό για μείωση της κατανάλωσης λιπών και νατρίου και αύξησης φρούτων, λαχανικών και φυτικών ινών βλέπουμε μια στροφή του πληθυσμού προς την επιλογή φαγητών με λιγότερες θερμίδες και λίπη.

Στη Νέα Υόρκη πρόσφατα θεσπίστηκε νόμος που υποχρεώνει τα εστιατόρια, περιλαμβανομένων των ταχυφαγείων, να αναγράφουν δίπλα σε κάθε μερίδα που έχουν στον κατάλογο τον συνολικό αριθμό θερμίδων που αυτή περιέχει. Προσωπικά εντυπωσιάστηκα όταν σε αεροδρόμιο των ΗΠΑ είδα πως η κλασική μερίδα φαστ φουντ με χάμπουργκερ, πατάτες τηγανητές και κόκα κόλα ξεπερνούσε τις χίλιες θερμίδες, δηλαδή το 50% των θερμίδων που θα έπρεπε να προσλάβει κανείς ημερησίως. Αυτή είναι η αρνητική πλευρά της βιομηχανίας τροφίμων.

Υπάρχει σήμερα θετική πλευρά της βιομηχανίας τροφίμων;

Η βιομηχανία τροφίμων, όπως κάθε βιομηχανία έχει σαν κύριο στόχο τις πωλήσεις. Όσο το κοινό ζητά συγκεκριμένα είδη προϊόντων τόσο η προσφορά τέτοιων ειδών αυξάνεται. Μέσα από αυτήν τη διαδικασία βλέπουμε την τελευταία δεκαετία σημαντικές θετικές μεταβολές.

Ξεκινώντας από την ολοένα και αυξανόμενη προσφορά βιολογικών προϊόντων, βλέπουμε και τη διάθεση νεώτερων προϊόντων, τα οποία μπορούν να έχουν θετικό αντίκτυπο στην καρδιαγγειακή μας υγεία.

Τα γνωστά τρόφιμα, τα οποία είναι εμπλουτισμένα με στερόλες και στανόλες, αποτελούν ένα χαρακτηριστικό τέτοιο παράδειγμα. Η δράση τους αυτή στηρίζεται στο γεγονός ότι τόσο οι στερόλες όσο και οι στανόλες μειώνουν τη χοληστερόλη που απορροφάει ο οργανισμός από το έντερο (ικανότητα μείωσης της χοληστερόλης κατά 8-13% περίπου).

Η προσθήκη στερολών και στανολών προτείνεται όταν μόνο με αλλαγές στη δίαιτα και την άσκηση δεν επιτυγχάνεται η επιθυμητή μείωση στα λιπίδια του αίματος και αποτελεί ενδιάμεση παρέμβαση πριν ο γιατρός προτείνει φαρμακευτική αγωγή για την υπερλιπιδαιμία.

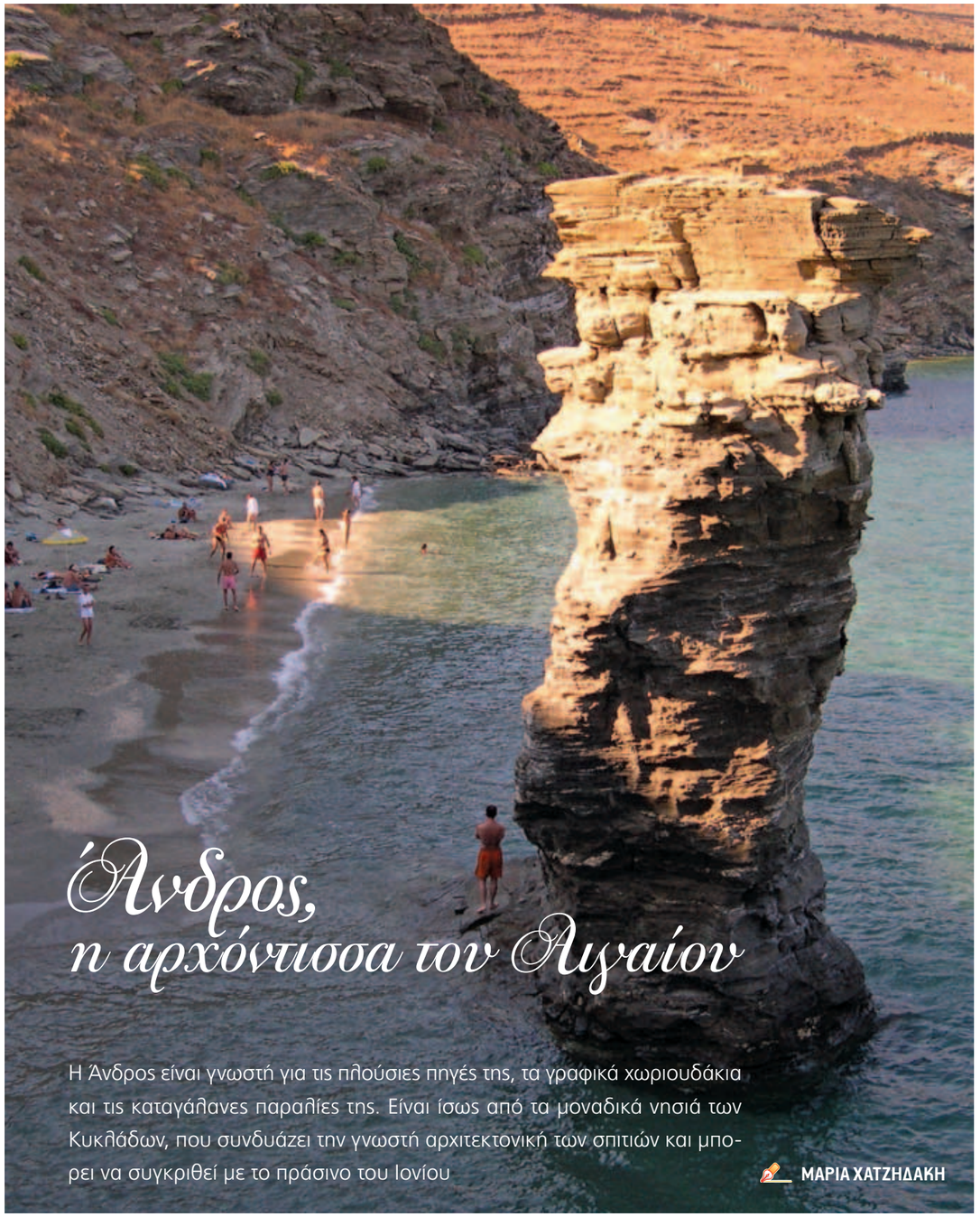
Άλλο παράδειγμα αποτελούν ροφήματα με συμπυκνωμένα φρούτα ή λαχανικά, τα οποία δίνουν στοιχεία που λείπουν σε όσους αποκλείουν τα τρόφιμα αυτά από την καθημερινή τους διατροφή.

Τέλος, στα αλλαντικά βλέπουμε να κυκλοφορούν ολοένα και συχνότερα είδη με πολύ χαμηλά ποσοστά λιπαρών και τελευταία είδαμε και αλλαντικά, τα οποία αντικαθιστούν μερικώς τα ζωικά λίπη με ελαιόλαδο, βελτιώνοντας στα ήδη χαμηλά λιπαρά τη σχέση πολυακόρεστων με κορεσμένα λίπη.

Οι μεταβολές αυτές είναι πολύ σημαντικές διότι σε μακροπρόθεσμη βάση, μικρές αλλαγές στη σύσταση των τροφίμων που καταναλώνουμε συστηματικά μπορούν να έχουν μεγάλο αντίκτυπο στην καρδιαγγειακή μας υγεία.

Εφόσον το καταναλωτικό κοινό αρχίσει να διαβάζει τις ετικέτες των τροφίμων και να προτιμάει αυτά που έχουν **μικρότερη περιεκτικότητα** σε ζάχαρη, **νάτριο, κορεσμένα λίπη (ζωικό λίπος)**, αυτά θα διαδίδονται ολοένα και περισσότερο και ταυτόχρονα θα γίνονται ολοένα και πιο προσιτά.

Διότι δυστυχώς σήμερα είμαστε στη δυσάρεστη θέση το υγιεινό να είναι ακριβότερο από το ανθυγιεινό φαγητό. Μακροπρόθεσμα, οι επιλογές μας θα καθορίσουν πιο κομμάτι της βιομηχανίας τροφίμων θα αναπτυχθεί περισσότερο. Μήπως πρέπει να αρχίσουμε να διαβάζουμε συχνότερα τις ετικέτες με τα συστατικά των τροφίμων πριν τα καταναλώσουμε;



Άνδρος, η αρχόντισσα του Αιγαίου

Η Άνδρος είναι γνωστή για τις πλούσιες πηγές της, τα γραφικά χωριουδάκια και τις καταγάλανες παραλίες της. Είναι ίσως από τα μοναδικά νησιά των Κυκλάδων, που συνδυάζει την γνωστή αρχιτεκτονική των σπιτιών και μπορεί να συγκριθεί με το πράσινο του Ιονίου

ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Η φιλόξενη Άνδρος είναι το δεύτερο μεγαλύτερο νησί σε έκταση, 374 τ.χ.λμ., μετά τη Νάξο. Έχει πληθυσμό γύρω στους 9.000 κατοίκους και χωρίζεται σε τρεις δήμους, την Άνδρο, το Κορθίο και την Υδρούσα. Το λιμάνι του νησιού βρίσκεται στο Γαύριο και υποδέχεται σε καθημερινή βάση τα πλοία που έρχονται από τη Ραφήνα, ενώ τα λιμάνια Μπατσί και Κόρθι διαθέτουν κατάλληλο χώρο για τον ελλιμενισμό των ιδιωτικών και αλιευτικών σκαφών.

Η πιο αξιοποιημένη πλευρά του νησιού είναι η δυτική, όπου οργανωμένες αμμώδεις παραλίες περιμένουν κάθε καλοκαίρι Έλληνες και ξένους τουρίστες.

Η δυτική και νότια πλευρά του νησιού είναι ιδιαίτερα αγαπητή από τους επισκέπτες εκείνους που αναζητούν ησυχία και άγρια ομορφιά.

Στο νησί υπάρχουν πολλές δροσερές πηγές, ρέματα και χείμαρροι. Ένα τέτοιο μέρος με τόσα πολλά νερά δεν θα μπορούσε παρά να είναι γεμάτο από πλατάνια, καρυδιές και βελανιδιές.

Οι εκατοντάδες «αιμασιές» (οι λεγόμενες ξερολιθιές) κοσμούν τις πλαγιές του νησιού και συνθέτουν ένα όμορφο παζλ, αφού είναι γεμάτες από ελαιόδεντρα, κτήματα με λεμονιές και περιβόλια με μποστάνια.

Στη βορειοδυτική πλευρά του νησιού, η βλάστηση είναι θαμνώδης και μπορεί κανείς να συναντήσει πέρδικες, γεράκια ή και σπανιότερα είδη αρπακτικών πουλιών, όπως ο σπιζαετός, ενώ στις απόκρημνες ακτές του νησιού φωλιάζουν αγριοπερίστερα και πετροχελίδονα.

Η ιστορία του νησιού

Το όνομα του νησιού προέρχεται κατά πάσα πιθανότητα από τον στρατηγό Άνδρο από την Κρήτη, μυθικό οικιστή της μινωικής περιόδου. Οι αρχαιολογικές ανασκαφές αποδεικνύουν την ύπαρξη αναπτυγμένων οικισμών από τους μυκηναϊκούς χρόνους ή και παλαιότερα. Το νησί έρχεται στο προσκήνιο της Ιστορίας κατά τη Γεωμετρική περίοδο (9ος-7ος αιώνας π.Χ.), όπως μαρτυρούν ίχνη οικισμού που σώζεται στη Ζαγορά, στη ΝΔ. ακτή του νησιού κοντά στο Ζαγανιάρι.

Γραφικά χωριουδάκια, φιλόξενες παραλίες και αντιθέσεις του φυσικού τοπίου συνθέτουν το παζλ απαράμιλλης ομορφιάς του νησιού

Πρωτεύουσα της Άνδρου κατά τη διάρκεια της κλασικής εποχής ήταν η Παλαιόπολη. Η ευημερία της περιόδου αυτής φαίνεται από την πλούσια νομισματοκοπία. Σχετικά ευρήματα μαζί με τον Ερμή της Άνδρου φιλοξενούνται στο Αρχαιολογικό Μουσείο στη Χώρα. Τον 7ο αιώνα π.Χ., η Άνδρος συμμετείχε με τους Χαλκιδείς στον αποικισμό της Χαλκιδικής και των παράλιων περιοχών της Θράκης.

Ακολουθώντας μαζί με τα άλλα νησιά του Αιγαίου τη μοίρα της ηπειρωτικής χώρας, βρέθηκε διαδοχικά υπό την κατοχή των Ρωμαίων, των Φράγκων και των Οθωμανών. Από τον 11ο αιώνα μ.Χ. χρονολογούνται οι βυζαντινού ρυθμού εκκλησίες, όπως ο Ταξιάρχης του Υψηλού στη Μελίδα και τη Μεσαριά και η Κοίμηση της Θεοτόκου στο Μεσαθούρι.

Τον 14ο αιώνα ιδρύθηκε το μοναστήρι της Αγίας (Ζωοδόχος Πηγή) κοντά στο Μπατσί, ενώ η Μονή Αγίου Νικολάου θεμελιώθηκε το 1560 και ανακατασκευάστηκε τον 18ο αιώνα. Η Μονή Παναχράντου ιδρύθηκε στα μέσα του 17ου αιώνα. Στην Αγία Τριάδα στο Κόρθι στεγαζόταν από το 1813 το πρώτο προεπαναστατικό σχολείο της Άνδρου, που ιδρύθηκε από τον Σαμουήλ Πλασίμη, και το οποίο διαθέτει ανεξάρτητο κτίσμα που φιλοξενούσε τους δασκάλους, καθώς και σπουδαία βιβλιοθήκη.

Η δυτική και νότια πλευρά του νησιού είναι ιδιαίτερα αγαπητή από τους επισκέπτες εκείνους που αναζητούν ησυχία και άγρια ομορφιά

Στις 10 Μαΐου 1821 ο Θεόφιλος Καΐρης ύψωσε το λάβαρο της Επανάστασης, γεγονός που σηματοδοτεί τη νεότερη ιστορία του νησιού, κατά την οποία η Άνδρος βρέθηκε στον κολοφώνα της οικονομικής της ευημερίας, χάρη στην ισχυρή ναυτιλία της. Αξίζει εδώ να σημειωθεί ότι ο Ανδριώτης Δημήτρης Μωραΐτης εγκαινίασε τη γραμμή Ελλάδας-Βορείου Αμερικής στις αρχές του 20ού αιώνα, ενώ το 1939 η Άνδρος ήταν δεύτερη, μετά τον Πειραιά, σε αριθμό νηολόγησης πλοίων. Βαριά ιστορία για ένα τόσο μικρό νησί του Αιγαίου.

Η Χώρα του νησιού

Η πρωτεύουσα του νησιού κρατά τα αδιαφιλονίκητα σκήπτρα της αρχοντιάς. Τα μεσαιωνικά, νεοκλασικά και νησιώτικα σπίτια της, τα στενά δρομάκια, τα μουσεία και οι παραλίες της αποτελούν μεγάλο πόλο έλξης των επισκεπτών. Πολύ κοντά στη Χώρα βρίσκεται η Μεσαριά, το μεσαιωνικό κέντρο του νησιού, που φιλοξενεί τον Ταξιάρχη Μιχαήλ, μια σπουδαία βυζαντινή εκκλησία χτισμένη το 1158. Οι Μένητες είναι ένα καταπράσινο χωριό με άφθονα τρεχούμενα νερά, περιβόλια και μεγάλα πλατάνια. Οι Στενιές θα σας εντυπωσιάσουν, μια και είναι ένα από τα ομορφότερα χωριά του νησιού, με ωραία αρχοντικά. Λίγο ψηλότερα βρίσκονται τα Αποίκια, χωριό γνωστό από την πηγή Σάριζα, αλλά και από την Πυθάρα, έναν βιότοπο εκπληκτικής ομορφιάς με λίμνες και καταρράκτες.

Στο βόρειο τμήμα του νησιού θα συναντήσετε τους δύο κύριους οικισμούς, το Γαύριο και το Μπατσί. Ο πρώτος φιλοξενεί το λιμάνι, ενώ και οι δύο μαζί διαθέτουν την κύρια τουριστική υποδομή του νησιού. Γραφικά χωριά με πολλές ταβέρνες και καφενεδάκια, που μπορούν να προσφέρουν στον επισκέπτη κάθε είδους υπηρεσία και διασκέδαση. Προχωρώντας βορειότερα θα συναντήσετε πλήθος οικισμών, όπως Χάρτες, Καλυβάρι, Βαρίδι, Αμόλοχος, Βιτάλι, Μακροτάνταλο, Άγ. Πέτρος. Οικισμοί αγροτικοί σε ένα ορεινό τοπίο, το οποίο καταλήγει σε όμορφες απόμερες παραλίες. Ανηφορίζοντας πάνω από το Μπατσί, ο επισκέπτης θα συναντήσει την Κατάκοιλο, το Απροβάτου, την Άρνη, αλλά και το Ατένι στην ανατολική ακτή. Στα μισά της διαδρομής προς Χώρα βρίσκεται η Παλαιόπολη, η αρχαία πρωτεύουσα της Άνδρου, ένα καταπράσινο χωριό στην απότομη πλαγιά του βουνού, με σημαντικά αρχαία ευρήματα, τα οποία θα δείτε στο Αρχαιολογικό Μουσείο.

Στο νότιο τμήμα του νησιού δεσπόζει ο Όρμος, ένα ήσυχο γραφικό χωριό με μεγάλη παραλία. Σε κοντινή απόσταση βρίσκονται τα Απδόνια με τα πυργόσπιτα, η Πίσω Μεριά, το γραφικό Κόρθι, η Καπαριά, η Αλαμανιά, οι Χώνες. Ανηφορίζοντας προς το εντυπωσιακό Κάστρο Φανερωμένης θα συναντήσουμε το Πισκοπειό, τη Λαρδιά, το Γιαννισαίο, το Μέσα και Έξω Βουνί και το Κοχύλου. Στο τέλος του φαραγγιού «Διποτάματα» βρίσκεται το Συνετί.

Diabecinn extra
ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΚΑΝΕΛΑΣ

Κανέλα
για τον διαβήτη

Diabecinn Extra. Η ασφαλής λύση!

Diabecinn
CHOLESTEROL

Για υγιή επίπεδα χοληστερίνης!

"Αποτελεσματική δράση από τον πρώτο κιόλας μήνα"

Ελβετική Ποιότητα

Οι κάψουλες κανέλας DIABECINN EXTRA περιέχουν ένα ειδικό εκχύλισμα κανέλας υδατικής βάσης (ZN112) που προσφέρει καλή απορρόφηση από τον οργανισμό, ελαχιστοποιώντας την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων. Η δράση της κανέλας έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για τους διαβητικούς αλλά και όσους εμφανίζουν συμπτώματα του Μεταβολικού συνδρόμου (πχ. παχυσαρκία, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλό επίπεδο χοληστερίνης, σακχαρώδη διαβήτη κ.α.).

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ (τύπου 2)

- Περιέχει πρόσθετα αντιοξειδωτικά (Βιτ. C και E), τις βιταμίνες B3 και B6 που ενισχύουν την ενέργεια του οργανισμού και έχουν θετική επίδραση στην χοληστερόλη και ηλεκτρολύτες που βοηθούν να ξεπεραστεί το οξειδωτικό στρες και οι θρεπτικές ανεπάρκειες που σχετίζονται με τον διαβήτη.
- Κατάλληλο για δίαιτα διαβητικών τύπου 2.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή για τον διαβήτη τύπου 2.

Αρ. Πρωτ. Γνωστ. ΕΟΦ: 69425/24-10-2007
Διατίθεται σε φαρμακεία

Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής

Το Diabecinn® Cholesterol αποτελεί φυσικό, θρεπτικό συμπλήρωμα διατροφής, το οποίο βασίζεται στη δράση του ζυμωμένου κόκκινου ρυζιού και του αποστάγματος κανέλλας, που αποδεδειγμένα έχουν θετική επίδραση στα επίπεδα της Συνολικής Χοληστερόλης, στην LDL-Χοληστερόλη, στο επίπεδο των τριγλυκεριδίων (λιπίδια) καθώς και στο επίπεδο σακχάρου στο αίμα.

Περιέχει 9 διαφορετικά είδη μονακολινών (δράση ανάλογη με τις στατίνες, αλλά χωρίς τις αρνητικές τοξικές επιδράσεις), φυτοστερόλες (περιορίζουν την απορρόφηση χοληστερόλης στα έντερα), ισοφλαβόνες, μη κεκορεσμένα λιπαρά οξέα (βοηθούν στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης), καθώς και αντιοξειδωτικές ουσίες (προστατευτική επίδραση ενάντια στην οξείδωση της LDL-Χοληστερόλης που καταστρέφει τα αγγειακά τοιχώματα).

Θα το λατρέψει η καρδιά σας!

Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής

Αρ. Πρωτ. Γνωστ. ΕΟΦ: 49498/23-7-2008
Διατίθεται σε φαρμακεία

ΕΛΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΑ Α.Ε.

Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος Ελλάδας: ΕΛΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΑ Α.Ε.
Νικάνορος 33-35, Χαριλάου-Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 856233
e-mail: info@elovari.gr, elovari@otenet.gr, www.elovari.gr

Μόντε Κάρλο

Συνώνυμο της πολυτέλειας του πλούτου και της ακριβής διασκέδασης το πασίγνωστο θέρετρο επωνύμων και μη, προκαλεί να το επισκεφτούμε

ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Το Μόντε Κάρλο ιδρύθηκε το 1866. Ονομάστηκε έτσι από ένα βουνό που βρίσκεται κοντά στην πόλη – η ιταλική εκδοχή για το Μον Σαρλ, το οποίο με τη σειρά του ονομάστηκε έτσι από τον πρίγκιπα Κάρολο Γ' του Μονακό. Το Μόντε Κάρλο ανήκε στον οίκο των Γκριμάλντι κατά την περίοδο 1950-1953, ενώ το 2003 ολοκληρώθηκε η νέα αποβάθρα της πόλης. Οι Γκριμάλντι κυβερνούν τον τόπο από τον 14ο αιώνα. Το παλάτι χρονολογείται από τον 16ο-17ο αιώνα, αλλά οι πύργοι του είναι γενοβέζικοι του 1215.

Σύμφωνα με το Σύνταγμα του Μονακό, φρουρείται από Γάλλους καραμπινιέρους. Το παλάτι ανοίγει για το κοινό μόνο όταν λείπει ο πρίγκιπας (την ημέρα που πήγαμε πάντως, ήταν ανοικτό για το κοινό). Το μουσείο του παλατιού συνδυάζει εκθέματα που συνδέονται με την τοπική ιστορία και αναμνηστικά της εποχής του Ναπολέοντα. Το μεγάλο οικογενειακό δέντρο ανιχνεύει τους δεσμούς μεταξύ των Γκριμάλντι και των Βοναπάρτηδων, ενώ στο ισόγειο, το οποίο είναι αφιερωμένο στον Ναπολέοντα, υπάρχει μια προτομή δική του και άλλη μια της Ιωσηφίνας.

Το Μόντε Κάρλο είναι η πλέον γνωστή περιοχή του Μονακό. Οι επισκέπτες συρρέουν για το ράλι αυτοκινήτων κάθε Ιανουάριο και πολλοί από τους μεγαλύτερους τραγουδιστές της όπερας δίνουν παραστάσεις στην περιοχή. Το Μόντε Κάρλο πήρε το όνομά του από τον Κάρολο Γ', ο οποίος άνοιξε το πρώτο καζίνο το 1865, προκειμένου να σωθεί από τη χρεοκοπία.

Ενώ το 1850 το Μονακό ήταν το φτωχότερο κρατίδιο της Ευρώπης, με τη λειτουργία του πρώτου καζίνου αναπτύχθηκε ταχύτατα. Η κίνηση του Καρόλου Γ' ήταν τόσο

επιτυχημένη, που πέντε χρόνια αργότερα κατάργησε τη φορολογία. Μολονότι η βασίλισσα Βικτωρία θεωρούσε το Μόντε Κάρλο άντρο ακολασίας, πολλοί αριστοκράτες, συμπεριλαμβανομένου του Εδουάρδου Ζ', δεν συμφωνούσαν μαζί της. Κατά το πρόσταγμα της μόδας, όλοι έσπευδαν να απολαύσουν τη χλιδή, ενώ έχαναν ή κέρδιζαν περιουσίες. Το καζίνο και η όπερα (1875) έχουν κτιστεί από τον Σαρλ Γκαρνιέ, αρχιτέκτονα της όπερας του Παρισιού.

Ανάμεσα στο Μονακό-Βιλ και το Μόντε Κάρλο βρίσκεται το Λα Κονταμίν, το εμπορικό κέντρο γύρω από τη μαρίνα και τα σκάφη. Οι προκυμαίες, από τις οποίες μπορείτε να θαυμάσετε τα σκάφη, διαμορφώθηκαν από τον Αλβέρτο Α'. Ο Ρενιέ, πατέρας του Αλβέρτου Γ', πρόσθεσε την πισίνα για θαλάσσια σπορ. Επίσης, σε αυτό το σημείο τοποθετούνται συχνά εγκαταστάσεις λούνα παρκ.

Εξωτικός Κήπος

Είναι ένας από τους ομορφότερους κήπους της Ευρώπης, με ποικιλία τροπικών και υποτροπικών φυτών. Εδώ ευδοκιμούν φυτά που έχουν εισαχθεί από περιοχές με πιο ήπια κλίματα. Έξω από τον κήπο βρίσκεται το Grotte de l' Observatoire, όπου πριν από 200.000 χρόνια οι σπηλιές κατοικούνταν από προϊστορικούς ανθρώπους και ζώα. Το Μουσείο Προϊστορικής Ανθρωπολογίας στεγάζει μια συλλογή με προϊστορικά εργαλεία, ειδώλια, οστά και ρωμαϊκούς θησαυρούς.

Το καζίνο

Σχεδιάστηκε το 1878 από τον Σαρλ Γκαρνιέ, αρχιτέκτονα της όπερας του Παρισιού. Το εσωτερικό του είναι ακόμα διακοσμημένο στο στυλ της μπελ επόκ, τότε που η αριστοκρατία συνωστιζόταν στα τραπέζια του. Στην πολυτελή Σάλα της Ευρώπης οι πελάτες παίζουν ρουλέτα, ενώ στη Σάλα των Αμερικάνικων Παιχνιδιών υπάρχουν κουλοχέρηδες.

Η οροφή του κομψού μπαρ στο Σαλόν Ροζ είναι διακοσμημένη με μορφές γυμνών γυναικών που καπνίζουν πούρα. Το 1891, ο Σαρλ Ντεβίλ Γουέλς, έχοντας 4.000 δολάρια, κέρδισε εκατομμύρια φράγκα αφού πόνταρε στη ρουλέτα με απίστευτη ευστοχία (τη μια μέρα είχε κερδίσει στα 23 από τα 30 πονταρίσματα και άλλη μέρα πόνταρε πέντε φορές συνεχόμενες στο 5 και η μπίλια έκατσε στο 5 και τις πέντε φορές!).

Πού να φάτε...

Le Louis XV

Place du Casino, Monte Carlo, τηλ.0492163001, ανοιχτά: Πέμπτη-Δευτέρα (και Τετάρτη το καλοκαίρι) 12:00-14:00, 20:00-22:00.

Η τραπεζαρία του «Οτέλ ντε Παρί» (Hotel de Paris) δεν απογοητεύει ποτέ. Πολυτελές περιβάλλον, άριστη εξυπηρέτηση και εξαιρετική κουζίνα. Ήταν το αγαπημένο εστιατόριο του Εδουάρδου Ζ'. Ο Εδουάρδος Ζ', λάτρης των γυναικών, σύχναζε στο ανακαινισμένο αρ ντεκό καφέ. Το γλυκό κρεπ σουζέτ πήρε το όνομά του από μια φίλη του. Μια φορά η ερωμένη του παρήγγειλε κρέπα η οποία κατά λάθος πήρε φωτιά. Τότε ο πρίγκιπας πρότεινε η κρέπα να πάρει το όνομα της συνοδού του κι έτσι βγήκε η κρεπ σουζέτ.

Η Φόρμουλα 1

Το 1950 η Διεθνής Ομοσπονδία Αυτοκινήτου (Fédération Internationale de l'Automobile), αποφάσισε να διοργανώσει το 1ο Παγκόσμιο Πρωτάθλημα Οδηγών με κανόνες της Φόρμουλα 1. Δημιουργήθηκε με την συνένωση επτά ανεξάρτητων αγώνων ταχύτητας (έξι στην Ευρώπη, συν το Indianapolis 500 στις ΗΠΑ).

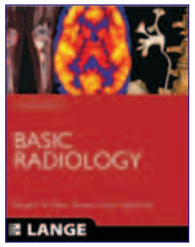
Εντυπωσιακά ξενοδοχεία, που προσφέρουν ποιότητα και φιλοξενία στους επισκέπτες τους

Ο πρώτος αγώνας έγινε στην πίστα του Σιλβερστόουν , στη Βρετανία, στις 13 Μαΐου και νικητής ήταν ο Τζουζέπε Φαρίνα (Emilio Giuseppe "Nino" Farina) με Alfa Romeo, που τελικά κατέκτησε και το πρώτο πρωτάθλημα.

Αν και αρχικά είχαν κέντρο την Ευρώπη, οι αγώνες, που λέγονται γκραν πρι (στα γαλλικά grand prix, για μεγάλο βραβείο), γίνονται πλέον σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο. Διάσημες διαδρομές (πίστες) είναι αυτές της Μόντσα στην Ιταλία, το γκραν πρι του Μονακό, το ευρωπαϊκό γκραν πρι στη Βαλένθια της Ισπανίας και αυτό του Σιλβερστόουν στη Βρετανία. Η Φόρμουλα 1 είναι το ακριβότερο σπορ στον κόσμο, τόσο όσον αφορά τις επενδύσεις που πρέπει να κάνουν οι ομάδες σε τεχνολογία και οδηγούς, όσο και τα εισιτήρια των θεατών. Τα εισιτήρια για κάθε αγώνα είναι από αρκετά έως πολύ ακριβά (ενδεικτικά, το 2008 η χαμηλότερη τιμή εισιτηρίου για όλο το διήμερο του αγώνα είχε καθοριστεί στα 300 δολάρια, με την ακριβότερη στα 3.000 δολάρια), και μόνον όσοι έχουν την οικονομική δυνατότητα για συχνά –και μακρινά– ταξίδια μπορούν να παρακολουθήσουν περισσότερους από έναν αγώνες το χρόνο. Στη Φόρμουλα 1 συμμετέχουν αρκετές γνωστές ομάδες-κατασκευαστές αυτοκινήτων, όπως η Ferrari, η Renault, η McLaren-Mercedes, η BMW. Ο πιο διάσημος οδηγός των τελευταίων χρόνων είναι ο Μίχαελ Σουμάχερ ο οποίος έχει κατακτήσει επτά πρωταθλήματα. Άλλοι γνωστοί σύγχρονοι οδηγοί είναι οι Μίκα Χάκκινεν, Κίμι Ραϊκόνεν, Φερνάντο Αλόνσο, Τζέισον Μπάτον και Ζακ Βιλνέβ. Οδηγοί που επίσης έγραψαν ιστορία στο άθλημα ήταν οι Άιρτον Σένα, Νέλσον Πικέ, Αλέν Προστ, Νάιτζελ Μάνσελ, Τζάκι Στιούαρτ, Ζιλ Βιλνέβ, Νίκι Λάουντα, Φιλ Χιλ, Τζιμ Κλαρκ, Στέρλινγκ Μος και Ζακ Μπράμπαμ. Σε ακόμη παλαιότερες εποχές πολύ μεγάλοι οδηγοί θεωρούνταν ο Αργεντινός Χουάν Μανουέλ Φάντζιο και ο Ιταλός Τάτσιο Νουβολάρι. Ο λόγος των επενδύσεων σε αυτό το τόσο δαπανηρό άθλημα είναι η δοκιμή νέων τεχνολογιών με τελικό στόχο την άμεση χρησιμοποίησή τους σε οχήματα παραγωγής. Χαρακτηριστικά αναφέρεται ότι η χρήση του δισκόφρενου έγινε για πρώτη φορά στον αγώνα του Λε Μαν από την Jaguar.

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]

ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ, ιατρός

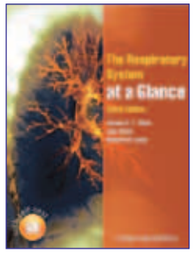


BASIC RADIOLOGY

- **Συγγραφέας:** Michael Y. Chen
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 3 Σεπτεμβρίου 2010, 2η έκδοση
- **Εκδόσεις:** McGraw-Hill Companies, The
- **Σειρά πωλήσεων:** 653.710 • **Σελίδες:** 400 • **ISBN:** 0071627081

Το βιβλίο αυτό είναι ιδανικό για όσους θέλουν να εξασκήσουν τις ικανότητές τους πάνω στην ερμηνεία διαγνωστικών εξετάσεων. Θα αποδειχθεί χρήσιμο σε φοιτητές ιατρικής, ειδικευόμενους γιατρούς, καθώς και σε γιατρούς κάθε ειδικότητας, στην απόκτηση γνώσεων πάνω σε βασικά θέματα ακτινολογίας, τους οποίους θα βοηθήσει στην ολοκληρωμένη θεώρηση των ασθενών τους, που πάσχουν από πολλαπλά συστήματα. Η δεύτερη αυτή έκδοση είναι πλήρως αναθεωρημένη και ανανεωμένη και παρέχει χρήσιμα βασικά στοιχεία πάνω στην επιλογή της κατάλληλης εξέτασης, την εκτέλεση και την ερμηνεία της. Αφιερώνει ένα τμήμα του βιβλίου κάνοντας αναφορά στη φυσιολογική ακτινολογική ανατομία του κάθε συστήματος, ενώ καλύπτει και βασικές αρχές φυσικής. Παρουσιάζει νέες απεικονιστικές τεχνικές και περιλαμβάνει περισσότερες από 750 εικόνες υψηλής ποιότητας που καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα, ξεκινώντας από τις συμβατικές ακτινογραφίες και φθάνοντας μέχρι την πυρηνική απεικόνιση. Επιπλέον, περιέχει ερωτήσεις αυτοαξιολόγησης και παρουσιάσεις κλινικών περιστατικών, προκειμένου να βοηθήσει τον αναγνώστη να βελτιώσει τις διαγνωστικές του ικανότητες.

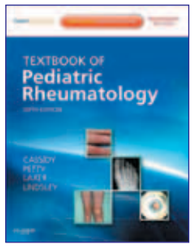
RESPIRATORY SYSTEM AT A GLANCE



- **Συγγραφέας:** Jeremy P.T. Wald • **Ημερομηνία έκδοσης:** 30 Αυγούστου 2010
- **Εκδόσεις:** Wiley John & Sons, Incorporated • **Σειρά πωλήσεων:** 680.730 • **ISBN:** 1405199199

Το βιβλίο αυτό, που αποτελεί μέρος της σειράς «Με μια ματιά», εστιάζει στη δομή, τη λειτουργία και τα νοσήματα του αναπνευστικού συστήματος. Αποτελεί ένα πρακτικό εγχειρίδιο που συνδυάζει -εκτός των άλλων- βασικές αρχές παθοφυσιολογίας και θεραπευτικής σε ένα απλό και εύχρηστο κείμενο, αποφεύγοντας να επεκταθεί πάνω στα διάφορα θέματα. Είναι αρκετά συνοπτικό, καθώς περικλείει τα 41 κεφάλαιά του και το ευρετήριο μέσα σε 100 μόλις σελίδες.

Το κάθε κεφάλαιο καταλαμβάνει έκταση δύο σελίδων και το κείμενο συνοδεύεται από ασπρόμαυρα σχήματα. Το βιβλίο ξεκινά με μια περιγραφή της δομής και της φυσιολογίας του αναπνευστικού συστήματος, ενώ ιδιαίτερα καλογραμμένο είναι το κεφάλαιο της μηχανικής των πνευμόνων. Σε επόμενα κεφάλαια παρουσιάζονται συγκεκριμένα νοσήματα του αναπνευστικού, όπως το άσθμα, η χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια, η πνευμονία και το σύνδρομο οξείας αναπνευστικής ανεπάρκειας. Στο τέλος του βιβλίου παρουσιάζονται τέσσερα περιστατικά. Αν και το συγκεκριμένο βιβλίο ενδείκνυται για μια γρήγορη ανασκόπηση και επανάληψη του αναπνευστικού συστήματος, δεν υστερεί σε πληρότητα και άρτια παρουσίαση των περισσότερων αναπνευστικών νοσημάτων.



TEXTBOOK OF PEDIATRIC RHEUMATOLOGY

- **Συγγραφέας:** James T. Cassidy • **Ημερομηνία έκδοσης:** 28 Σεπτεμβρίου 2010, 6η έκδοση
- **Εκδόσεις:** Elsevier Health Sciences • **ISBN:** 1416065814

Πρόκειται για το βιβλίο αναφοράς στην Παιδιατρική Ρευματολογία. Απευθύνεται σε παιδιάτρους, ρευματολόγους και παιδορευματολόγους. Παραθέτει με ολοκληρωμένο και κατανοητό τρόπο στοιχεία διάγνωσης και θεραπείας, πάνω στα συχνότερα ρευματολογικά νοσήματα της παιδικής ηλικίας, όπως είναι η νεανική ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος και η νεανική δερματομυοσίτιδα. Η δομή του περιλαμβάνει 15 κεφάλαια που καλύπτουν την αιτιολογία και την παθογένεση ρευματικών νοσημάτων, στοιχεία φαρμακευτικής θεραπείας, καθώς και μυοσκελετικά σύνδρομα άλγους, κακοήθειες του ερειστικού συστήματος και πρωτοπαθή νοσήματα των οστών και του συνδετικού ιστού. Η νέα έκδοση περιλαμβάνει πολλές νέες εικόνες και βοηθητικά διαγράμματα, ενώ το κείμενο έχει εμπλουτιστεί σε αρκετά σημεία, περιλαμβάνοντας πολύ πιο λεπτομερή ανάλυση δύσκολων διαγνωστικών και θεραπευτικών καταστάσεων. Για κάθε νόσημα γίνεται αναφορά και στα πιο πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα.

Ένα σχετικό παράδειγμα είναι η συσχέτιση του συμπλέγματος HLA που παρατηρείται σε παιδιά με νεανική ρευματοειδή αρθρίτιδα. Καθώς η έρευνα δεν σταματά, τα νέα ευρήματα αναμένεται να περιληφθούν σε μελλοντικές επανεκδόσεις του βιβλίου.

Πράσινο τσάι & σακχαρώδης διαβήτης

Παραδοσιακά, το πράσινο τσάι χρησιμοποιούνταν στη ρύθμιση ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

Κλινικές μελέτες σε πειραματόζωα δείχνουν πως το πράσινο τσάι δύναται να προλαμβάνει την εμφάνιση διαβήτη τύπου Ι ή και να ρυθμίζει τα επίπεδα γλυκόζης αίματος, λόγω της υψηλής του περιεκτικότητας σε επιγαλλοκατεχίνη (EGC), που αποτελεί ενεργή μορφή των κατεχινών με ισχυρή αντιοξειδωτική δράση.

Ωστόσο, η ευεργετική δράση του πράσινου τσαγιού φαίνεται να επεκτείνεται τα τελευταία χρόνια και στο αδυνάτισμα. Το μυστικό του βρίσκεται στις κατεχίνες, φυσικά αντιοξειδωτικά του τσαγιού, που σύμφωνα με έρευνες ενισχύουν το μεταβολισμό, αυξάνοντας τις καθημερινές καύσεις του οργανισμού (θερμογονική δράση). Μελέτες που περιελάμβαναν χορήγηση αφεψήματος πράσινου τσαγιού έδειξαν πως θα μπορούσε να αυξήσει κατά 3-4% την ενέργεια που καταναλώνουμε καθημερινά, δηλαδή καθιστά τον ανθρώπινο μεταβολισμό ικανό να 'καίει' περίπου 67 θερμίδες επιπλέον κατά τη διάρκεια της μέρας. Επιπρόσθετα, η συστηματική κατανάλωση πράσινου τσαγιού (2-3 φλιτζάνια καθημερινά) συνδέεται όχι μόνο με τη μείωση του σωματικού βάρους αλλά και, ιδιαίτερα, με την μείωση του σπλαγχνικού (κοιλιακού) λίπους, παράγοντα κινδύνου για τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Η παραπάνω διαπίστωση επιβεβαιώθηκε και από την έρευνα που διεξήχθει από τους Tomonori et al και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό Obesity (2007), καθώς οι άνδρες που έπιναν περίπου 6 φλιτζάνια πράσινο τσάι για 12 εβδομάδες είχαν 2,5% απώλεια σωματικού βάρους, ενώ οι γυναίκες έχασαν 3 εκατοστά από την περιφέρεια της μέσης, χωρίς αλλαγή των άλλων συνηθειών τους.

Η ωφέλιμη δράση του πράσινου τσαγιού στο αδυνάτισμα συνοψίζεται ως εξής:

- *Συμμετέχει στην πρόληψη του μεταβολικού συνδρόμου*
- *Αυξάνει τις ενεργειακές δαπάνες*
- *«Καίει» τα αποθηκευμένα λίπη ενεργοποιώντας την καύση τους κατά τον μεταβολισμό τους (οξείδωση των λιπών)*
- *Μεταβάλλει την κατανομή του λίπους (κατανομή/ σύσταση στο σώμα)*
- *Μειώνει το λιπώδη ιστό που εντοπίζεται στην περιοχή της κοιλιάς*

Τεράστια και σημαντικά, λοιπόν, τα οφέλη από την κατανάλωση πράσινου τσαγιού. Βάλτε καθημερινά στη ζωή σας 2-3 φλιτζάνια πράσινο τσάι την ημέρα και αποκτήστε τον πιο ιδανικό σύμμαχο της ομορφιάς, της σιλουέτας και της υγείας σας.

Η **υπέρταση** αποτελεί την μεγαλύτερη αιτία πρόωρου θανάτου

Η ΠΟΥ εκτιμά ότι 17,5 εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από καρδιαγγειακές ασθένειες σε όλο τον κόσμο κάθε χρόνο

Η υπέρταση είναι η μεγαλύτερη μεμονωμένη αιτία πρόωρου θανάτου στον κόσμο. Σε επίπεδο καταναλωτή, το πιο αποτελεσματικό μέσο για την κατάτμηση της υψηλής αρτηριακής πίεσης είναι η μείωση της πρόσληψης αλατιού.

Στην μελέτη του British Medical Journal, εξετάστηκε η χρήση του αλατιού, καθώς και η συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου σε 13 έρευνες που δημοσιεύτηκαν από το 1966 έως το 2008. Οι έρευνες αυτές γίνανε στις Ηνωμένες Πολιτείες, στη Φινλανδία, στην Ιαπωνία, στην Ολλανδία, στη Σκωτία και στην Ταϊβάν, και είχαν συμμετοχή περισσότερων από 177.000 ανθρώπων, τους οποίους παρακολούθησαν συνέχεια από 3,5 έως 19 χρόνια.

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών,** Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρι, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- **Γ.Ν. Παίδων 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 «Κοργιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»,** Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- **Γ.Ν. Παίδων 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 «Πολυκλινική»,** 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 & Αθηροσκλήρωσης, 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. Μαντούβαλου 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- **Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννειο»,** 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, (εσωτ. 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 «Έλενα Ε. Βενιζέλου»** πλ. Ε. Βενιζέλου 2, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), (ενδοκρινολογικό), fax: 210 6411156
- **Π.Γ.Ν. Παίδων 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 Ζαΐμη, ΤΚ 15127, Μελίσσια, Τ: 210 8106200, 210 8037820 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- **251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας,** Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χολαργός, 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»,** Δημητσάνης 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. Παίδων 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. Μουντούβαλου 3, ΤΚ 18454, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 213 2076709
- **Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά»,** Μπόταση 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. Άμφισσας Οικισμός Δροσοχωρίου,** ΤΚ 33100, Άμφισσα, Τ: 22650 28460, διαβητολογικό (εσωτ.: 171), fax: 22650 22086

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

- **Κ.Υ. Καρύστου,** Πολ. Κάτσικα 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»,** Μαματσείου 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 Καρλοβασίου 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. Τρικάλων,** Καρδίτσης 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,** Βαλαωρίτου 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

Μας ρωτάτε - Σας απαντάμε

■ Η κόρη μου είναι 26 ετών και έχει διαβήτη τύπου 1 από τα 10 χρόνια της. Παντρεύτηκε πρόσφατα και τώρα είναι έγκυος... Προβληματίζομαι. Πόσο εύκολο θα είναι να έχει μια εγκυμοσύνη χωρίς επιπλοκές για αυτήν και το παιδί;

Είναι αλήθεια ότι μια εγκυμοσύνη σε μια διαβητική τύπου 1 πρέπει να μας προβληματίζει! Συνήθως χρειάζεται προγραμματισμό και εκπαίδευση της μαμάς. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να μην είναι η εγκυμοσύνη της κόρης σας καλή χωρίς επιπλοκές. Θα χρειαστεί να είναι σε συνεχή επαφή με τον γυναικολόγο και τον διαβητολόγο της, που θα πρέπει να έχει κάποια εμπειρία σε διαβήτη τύπου 1 και εγκυμοσύνη. Η παρακολούθηση θα είναι στενή και ίσως χρειαστεί αλλαγές στο θεραπευτικό της σχήμα (π.χ. έναρξη αντλίας ινσουλίνης). Οι καινούριες ινσουλίνες επιτυγχάνουν πιο εντατικό, στενό, ευέλικτο αλλά και καλύτερο έλεγχο και στις εγκύους. Με την κατάλληλη καθοδήγηση, όλα θα πρέπει να είναι χωρίς προβλήματα!

■ Ο γιος μου είναι επτά χρόνων και έχει διαβήτη εδώ και εννέα μήνες. Ένας φίλος του ανάφερε ότι θα πάει κατασκήνωση με άλλα παιδιά και μου ζήτησε να πάει και αυτός. Εγώ φοβάμαι να τον αφήσω... Ποιος θα του κάνει ενέσεις, μετρήσεις; Τι να κάνω;

Δεν υπάρχει κάποιος ιατρικός λόγος για να μην πάει ο γιος σας στην κατασκήνωση. Θα πρέπει να είναι ικανός να κάνει μόνος του μετρήσεις και ενέσεις, αν δεν υπάρχει κάποιος άλλος να το κάνει. Υπάρχουν οργανωμένες κατασκηνώσεις για παιδιά με διαβήτη, με νοσηλεύτριες και γιατρούς, όπου μπορούν να αναλάβουν όλα αυτά που διοργανώνουν διάφοροι σύλλογοι διαβητικών. Αυτές οι κατασκηνώσεις είναι ένας εξαιρετικός τρόπος κοινωνικοποίησης και ανεξαρτητοποίησης των παιδιών με διαβήτη. Επίσης, είναι ένας εξαιρετικός τόπος μάθησης των διαφορών πρακτικών του διαβήτη: η σύγκριση με έναν συνομήλικο!

■ Η κόρη μου είναι πέντε ετών με διαβήτη τύπου 1 για περίπου έναν χρόνο. Όταν πηγαίνει στη θάλασσα για μπάνιο, ξεχνάει να φύγει! Κάνει και πολλές υπογλυκαιμίες. Πώς να το αντιμετωπίσω;

Όπως όλα στον διαβήτη, έτσι και αυτό είναι θέμα προγραμματισμού. Η κολύμβηση είναι μια φυσική δραστηριότητα, που όπως και οι υπόλοιπες μπορει να προκαλέσει υπογλυκαιμίες την ώρα της κολύμβησης αλλά και καθυστερημένα. Σε συνεργασία με τον γιατρό σας θα χρειαστεί ελάττωση της δόσης της ινσουλίνης και φυσικά περισσότερες μετρήσεις, καθώς και χορήγηση έξτρα σνακ. Όσο για τη διάρκεια της κολύμβησης, βάλτε όριο: ο διαβήτης δεν έχει σημασία για αυτό. Το παιδί σας θα πρέπει να συνειδητοποιήσει ότι δεν μπορεί να κολυμπά όσο θέλει, αλλά όσο είναι ασφαλές για αυτό.

■ Είμαι 18 ετών και έχω σακχαρώδη διαβήτη εδώ και οκτώ έτη. θέλω να αποκτήσω δίπλωμα οδήγησης. Υπάρχει κάποια διαδικασία; Δεν ξέρω τίποτε...

Το γεγονός ότι έχεις διαβήτη δεν σημαίνει ότι δεν μπορείς να οδηγήσεις. Νομικά, θα πρέπει να προσκομίσεις ένα χαρτί στον παθολόγο που θα σε εξετάσει για το δίπλωμα, από τον διαβητολόγο σου ότι έχεις καλό έλεγχο και δεν κάνεις ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες, καθώς και να σε εξετάσει ένας οφθαλμίατρος. Αν όλα πάνε καλά, τότε θα πάρεις ένα δίπλωμα με τριετή ισχύ, το οποίο θα πρέπει να το ανανεώνεις. Η κοινοτική οδηγία γίνεται όλο και πιο αυστηρή όσον αφορά αυτό το θέμα. Όμως, όπως με όλα τα πράγματα του διαβήτη, χρειάζεται προγραμματισμό στην οδήγηση. Θα πρέπει να μετράς το σάκχαρο αίματος πιο συχνά, για να γνωρίζεις που βρίσκεσαι. Η πρώτη αιτία θανάτου των διαβητικών τύπου 1 στην Αμερική είναι η οδήγηση, προφανώς από ανεπίγνωστες υπογλυκαιμίες! Χρειάζεται προγραμματισμό, σύνεση και σκέψη και όλα μπορούν να γίνουν.

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