



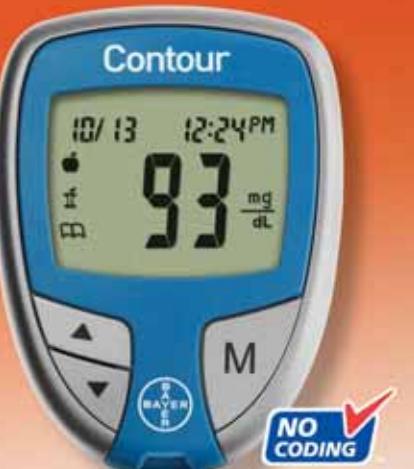
ΟΣΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝ ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΧΟΥΜΕ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΑΠΟ ΕΝΑ CONTOUR®



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

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

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



- Τεχνολογία Χωρίς Κωδικοποίηση™ της Bayer
- Αυτόματη διόρθωση των κοινών παρεμβολών
- Μικρό δείγμα αίματος 0.6μL
- Χρόνος μέτρησης 5 δευτερόλεπτα
- Μνήμη 480 αποτελεσμάτων

Contour™
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ



- Τριαντάφυλλος Διδάγγελος, παθολόγος, επίκουρος καθηγητής παθολογίας-διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης: «Ο ακρωτηριασμός έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με διαβήτη»
- Αυξημένη η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη στον ενήλικο πληθυσμό της Θεσσαλίας
- Η καλή σχολική μέρα από το πρωινό φαίνεται
- Ροβανιέμι, το χωριό του Άν Βασίλη

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ - ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2010 - ΤΕΥΧΟΣ 18

KwikPen™

(Κουίκπεν)

NEA 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 πιν πτην τη χρήση.



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

Lilly



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 χομπλά λιπαρά μέχρι 2% και τυροκομικά μέχρι 10% λιπαρά από την ποικιλία της ΦΑΓΕ. Προϊόντα υψηλής ποιότητας, με μοναδική, γεράτη γεύση και την εγγύηση της ΦΑΓΕ.



Ποιότητα στη διατροφή.





ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



E.K.E.DI

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Τζένη Περιατήλιού
Δερβενακίων 8, 172 35 Δάρων
τηλ: 211 0003277, φαξ: 210 9287333

Συντακτική & Δημιουργική Επιμέλεια-Παραγωγή:



Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περιατήλιού
pergialiotouj@dcode.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
georgiou.ch@dcode.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καρφούση
kafousi.a@dcode.gr

Αρχισυνταξία
Μαρία Χατζηδάκη
chatzidaki.m@dcode.gr

Διόρθωση Κειμένων
Δημήτρης Χατζηστάυρου

Υποδοχή Διαφήμισης
Νατάσα Αρμόνη
armoni.na@dcode.gr

Συντονισμός Ύπηρος
Μαρία Χατζηδάκη
chatzidaki.m@dcode.gr

Φωτογραφικό αρχείο
Shutterstock

Εκτύπωση
IRIS Εκτυπώσεις Α.Ε.Β.Ε.

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Επικοινωνήστε μάζι μας για δύο οικογένειες στο τηλ: 210 8233954 ή στα email: info@elodi.org, pergialiotouj@dcode.gr

Οι απόψεις των συντακτών και των αρθρογράφων δεν αποτελούν αναγκαία τις απόψεις του εκδότη και του ιδιοκτήτη του περιοδικού. Για τα αποτελήματα έντυπα, κείμενα και φωτογραφίες, ο εκδότης οικος παίρνει αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποτελούνται στο περιόδικό πρόσθιμασην δεν επιτρέφονται. Αναγορεύεται η αναρραγαφή ή η μετάδοση όπου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη 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 Διαβητολογίας Κέντρου Νοσοκομείου Πατρών. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείου «Ευαγγελίας»

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

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

Χρήστος Ζούπας, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, διευθυντής Διαβητολογικής Κλινικής Νοσοκομείου Νοσοκομείου Κέντρου Νοσοκομείου Πατρών. «Υγεία»

Χριστίνα Κανάκα, παιδίατρος - παιδευοδημορπόγος - διαβητολόγος, επίκουρη καθηγητής 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 Ερευνών Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδου Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Νικόλαος Κεφαλής, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος Παιδευοδημορπόγοκού Ιατρείου Νοοκομείου «Μητέρα»

Όλγα Κορδονούρη, καθηγητής Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείου Πατρών. Ανδρέας, Ανέτα, Ανέθερο, 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

Ζαδάλη Μούσης, 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 Νοσοκομείου Πατρών. «ΠΙΛΕΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Πατρών Μοντρέαλ

Σωτήριος Ράπτης, καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδου Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλύμ Γερμανίας, πρόεδρος Εθνικού Κέντρου Ερευνών Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδου Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Βασιλική Σπηλιώτη, αναπληρωτήρια καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, υπεύθυνη Μονάδα Παιδιατρικής Διαβητολογίας και Σακχαρώδου Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλύμ Γερμανίας, πρόεδρος Εθνικού Κέντρου Ερευνών Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδου Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

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

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

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

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



4

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τριαντάφυλλος Διδάγγελος

«Ο ακρωτηριασμός έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με διαβήτη, με παράλληλες σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Δεν είναι όμως, μόνο το πρόβλημα του διαβητικού ποδιού που δεν αντιμετωπίζεται σωστά από την πολιτεία»



14

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

16

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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

24

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

«Πιο Εύκολα Mazί» Έκπαιδευτικό πρόγραμμα διαβητικών ατόμων για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

27

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μετά τα αντιδιαβητικά δισκία τι...;

32

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Η τεχνολογία των Gel χρησιμοποιείται σε νέο τεχνητό πάγκρεας

33

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

• ACCORD Eye Study
Επιβράδυνση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

• Υπογλυκαιμία.... τι είναι;

40

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Αυξημένη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη στον ενήλικο πληθυσμό της θεσσαλίας



44

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Η καλή σχολική μέρα από το πρωινό φαίνεται!

46

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & AMYNA

Γλυκαιμικός δείκτης [G]
Το εργαλείο στη δίαιτα του διαβήτη

48

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

« Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια
είναι τρόπος ζωής »



50

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Εφηβεία, σεξουαλική ζωή, σακχαρώδης διαβήτης

52

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Οι κρυφές ομορφιές της Πάρνηθας

54

ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΙΑΤΙΚΟΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ

Ροβανιέμι, το χωριό του Άη Βασίλη

61

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Νέες κυκλοφορίες
για να είστε πάντα ενήμεροι

62

ΧΡΗΣΤΙΚΑ

Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων
σε όλη τη χώρα

64

ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν
στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη





Αγαπητοί αναγνώστες,

Λίγες μόλις μέρες πριν την εκπνοή του 2010, όλοι λίγο ως πολύ κάνουμε τον απολογισμό μας για τη χρονιά που πέρασε. Από την πλευρά μας, εμείς οι λειτουργοί του διαβήτη παραμένουμε πιστοί στον στόχο μας, που είναι διαχρονικός: να συνδράμουμε στην βελτίωση της ποιότητας zwής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Συνοδοιπόροι σε αυτή την προσπάθεια είναι οι οικογένειες των διαβητικών ατόμων, και φυσικά η ποιλίτειά, η οποία από την πλευρά της θα πρέπει έμπρακτα να αποδείξει ότι στηρίζει αυτούς τους ανθρώπους, που δικαιούνται να απολαμβάνουν χωρίς στερήσεις τις χαρές της zwής.

Ορμώμενος από τη συνέντευξη του εκλεκτού συναδέλφου Τριαντάφυλλου Διδάγγελου και ειδικότερα στην ερώτηση που του τέθηκε σχετικά με την συμμετοχή του IKA στην πιληρωμή των ειδικών υποδημάτων στα άτομα που πάσχουν από διαβητικό πόδι, θα ήθελα να επισημάνω ότι η συμβολή των ασφαλιστικών ταμείων στα άτομα με διαβήτη είναι άκρως απαραίτητη, γιατί ο διαβήτης δεν έχει ημερομηνία λήξης. Και οι άνθρωποι αυτοί, έχουν ουσιαστική ανάγκη να εξασφαλίσουν τα υπικά που χρειάζονται χωρίς να στερούνται από το μισθό τους.

Οι γιορτινές μέρες που έρχονται το σήμουρο είναι ότι θα μας βάλουν όλους στον πει-

ρασμό των διατροφικών ατασθαλιών. Με λίγη σύνεση και μέτρο, σήμουρα μπορείτε να απολαύσετε τα εορταστικά εδέσματα. Με ένα μελομακάρον περισσότερο ή έναν κουραμπιέ λιγότερο, δεν χάλασε και ο κόσμος. Αυτό που έχει περισσότερη σημασία είναι συνολικά να φροντίζουμε για την καλή ρύθμιση, πράγμα που σημαίνει ότι μετά από οποιαδήποτε υπερβολή, μπορούμε να αυξήσουμε λίγο τη σωματική δραστηριότητα. Εξάλλου, η περίοδος των εορτών, ενδείκνυται για παρατεταμένες βόλτες με όλη την οικογένεια, ή και μοναχικούς περίπατους για λίγη σκέψη και περισυπλογή.

Στο τελευταίο τεύχος του χρόνου, ετοιμάσαμε ένα εορταστικό αφίέρωμα στη Λαπωνία, τη χώρα του Αν-Βασίλη. Ας ταξιδέψουμε όλοι νοερά μέχρι εκεί, να γνωρίσουμε τα ήθη και έθιμα του πανέμορφου αυτού προορισμού, που μας θυμίζει κάτι από την ανεμελία των παιδικών μας χρόνων. Κι εκεί, μέσα στο κάτασπρο χιονισμένο τοπίο, ας θάψουμε κάτω από το χιόνι όλες τις στιγμές που θέλουμε να ξεχάσουμε. Η νέα χρονιά ξεκινά σε λευκό φόντο. Και οι zwήραφιές που θα αποτυπώσει ο καθένας μας πάνω στο λευκό χαρτί, ας είναι πλημμυρισμένες από χρώμα και φως.

Χρόνια πολλά σε όλους, με υγεία και όσο το δυνατόν καλύτερη διάθεση και θετική σκέψη.

**Δημήτριος Π. Χιώτης,
διευθυντής σύνταξης**

Saizen®+easypod™

Τώρα έχετε τη δυνατότητα να ξεκωρίζετε τους μη συμμορφωμένους ασθενείς, από τους μη ανταποκρινόμενους στη θεραπεία και να δράσετε ανάλογα¹⁻³.

Merck Serono | Βοηθώντας τους ασθενείς, να βοηθήσουν τους εαυτούς τους.

Βιβλιογραφία

1. Norgren S. Adherence Remains a Challenge for Patients Receiving Growth Hormone Therapy. *Ped Endocrinol Rev* 2009;6(Suppl 4):545-548.
2. Wilson TA, et al. Update of Guidelines for the Use of Growth Hormone in Children: The Lawson Wilkins Paediatric Endocrinology Society Drug and Therapeutics Committee. *J Paediatr* 2003;143:415-421.
3. Registered European easypod™ Information for Users (IEU). Approved August 2009.

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Saizen® ή με clickeasy®, κόκκις και διελύτη για ενίσχυση θαλαμού. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κόκκινος καλός γραύλιος του Saizen® ή με clickeasy® περίοδο Σωματοτροπίνη¹ Ινσουλίνα/αζουρίνη αιθρίου με αιδενίνη αριθμό. Η ανοδόσηση με το περιεκόμενο του φαρμαγγύλου του βακτηριοπαθούνιου διαλύτου δίνει μόλις συγκριτικά 5,83 mg ανά ml. Ήπαρσηση με τεκνολογία υποσύνθεσης αιθρίου ΔΝΑ ή κύτταρη θηλαρκία.^{2,3} **3. Αντεπιθύμητες Ενέργειες:** Το Saizen® δεν έχει πρέπει με το περιεχόμενο με γνωστή αιτιολογία που θα επηρεάσει τη δέρματα της κόρης για ενίσχυση διάλυμα ή του διάλυμα. Το Saizen® αντεπιθύμηται σε ασθενείς με γνωστή αιτιολογία που θα επηρεάσει τη δέρματα της κόρης για ενίσχυση διάλυμα ή του διάλυμα. Οι ασθενείς που αποδημοτείται πρέπει να ενηρωθούν με ζωματροπίνη. Οι ασθενείς που αντιτίθενται σε ασθενείς με γνωστή αιτιολογία που θα επηρεάσει τη δέρματα της κόρης για ενίσχυση διάλυμα ή του διάλυμα δεν έχουν πρέπει να ενηρωθούν με ζωματροπίνη. Το Saizen® δεν θα πρέπει να κραυγαπούνεται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ειδικές προβολές ή υποτροφίες μεταξύ υποκειμένων ενδιδοκρανικής μάζης. Ασθενείς με σέλβιας κράμψη ασθένειας που έχουν υποστεί επιπλέον μετά από επέμβαση συνοικιακού καρδιών, επέμβαση στην κοιλική κύρα, πελματολόγια τριάντα από στάχτη, μέσα σε αναπνευστική ανεπάρκεια ή περιόρισμα καπνοποίησης δεν πρέπει να θεραπεύονται με ζωματροπίνη. **4. Ειδικές προσειδοποιήσεις και αρμοδιότητες κατά τη χρήση:** Η θεραπεία δεν πρέπει να διενεργείται υπό την τοπική ειδοποίηση ενός καρπού ποιος έχει έμπειρο στη διάγνωση και αντιμετώπιση των ασθενών με ανεπάρκεια της αισθητικής αριθμός. Οι ασθενείς με ενδέο- ή διεκπεραϊκή ψευδολίση απότομη και οι ασθενείς λαμπτήρων διερρέουν με αισθητική αριθμό ή πρέπει να εξετάζονται για την πρόσβαση της υποτενίσης της αισθητικής εξέλιξης της νοσής. Εκείνοι αναφέρεται μεταξύ περιπτώσεων λευκωμάτων σε παιδιά με ανεπάρκεια αισθητικής αριθμός, άλλοι αιτιολογημένη ανεκτάση στη δέρματα με αισθητική αριθμό δεν έχει τεκμηριωθεί. Το Saizen® δεν πρέπει να κραυγαπούνεται με ερεθασμούς με ασθενείς με σύκαρδην αιδούρη ή με αισθητικό αισθητικό ιστορικό ουσιοκραδίας διάλυμα. Στις περιπτώσεις ανάπτυξης εκφολαργών αλλοδαπών και παρασίτων εκφυλιστικής μηρύφαγης προβολεύονται η θεραπεία υποκαταστήσεως με ζωματροπίνη που προτείται με διοικητή πρόσωπο. Κατόπιν τη διάρκεια της θεραπείας με ζωματροπίνη παρατηρείται μόλις ενισχυμένη μετατροπή της T4 σε T3 η οποία μπορεί να καταλήξει σε μέιναν της συγκεκρινώσας της T4 και ωφέλει της συγκέντρωσης της T3 στον αριθμό. Κατόπιν τη διάρκειας της θεραπείας υποκαταστήσεως με αισθητική αριθμό από την επιλογή της κατοπράστην ήγειραν εύοιας ανερευνόμενη. Σε περιπτώσεις ασθένειας ή μιατραπέζων κερατολάγης, αιτιολογημένης προβλημάτων, νοστία δίκαιη έμετρη, μικροτάτου μιατραπέζων του οφελούμενο για την ενδεχόμενη ένδομπλος αιτιολογίας θηλής. Οι αιτιολογίες αιτιολογίας της αισθητικής μηρύρων να αισθένουν τον κίνδυνο προβλημάτων των πρέπεισμάνων, διάτεται δε την ιεράρχη που δριώκεται με μεγάλη ένταση κατά την αιτιολογία προεργατικής αιτιολογίας. Οι ασθενείς με ανεπάρκεια αισθητικής λόγω κρύσταλλος νεφρίτης ανεπάρκειας θα πρέπει να εξετάζονται περισσότερα για ποικιλία προβολής νεφρίτης αιτιολογημένης. Σε παιδιά με κανούνα αναστομώσης γεγενέτερο SGA, άλλην ιστορική λόγω ή θεραπείας που θα μπορούν να εξηγήσουν την ανοπτήσια διαταραχή δεν πρέπει να αποδημοτείσονται όχι την έναρξη της θεραπείας. Στους SGA ασθενείς προτείνεται να μετράται η πησαλίδη σε περίοδο μητερός και η γήικοδη του αιράτος πριν την έναρξη της θεραπείας και ακολουθώς κάθε χρόνο. Στους SGA ασθενείς προτείνεται να μετρούται το επιπλέον 100-1 πριν την έναρξη της θεραπείας και ακολουθώς δύο φορές το χρόνο. Η εμπειρία στην εκάλυψη της θεραπείας από SGA ασθενείς λόγω πριν την έναρξη της εφήβειας, είναι περιορισμένη. Για το λόγο αυτό, δε συνιστάται να γίνει έναρξη της θεραπείας λόγο

πριν από την έναρξη της εφήβειας. Το αιτιολογία της έναρξης πρέπει να ελλάσει ώστε να αποφεύγεται η λυσοαργία. Εκείνοι αναφέρεται περιπτώσεις όπους μπουν και αιράντων θανάτου σε πόστοκον με σύνδρομο Prader - Willi ασθενείς υπό θεραπεία με ζωματροπίνη. Το Saizen® δεν ενδέλευται για τη θεραπεία ασθενεών με σύνδρομο Prader - Willi ασθενείς υπό θεραπεία με ζωματροπίνη.^{4,5} Αντεπιθύμητες ενέργειες: Μετρητής και 10% των ασθενών μηρύρων να εμφανίσουν ερμηνεύτη και κινητό από σημείο της ενέργειας, μιατράτη στον κραυγαπούνη στη υποδόρια σύδος. Οι ενδιλίκες αιτιολογίες που λαμβάνονται μετρητή πακαπάτωσης της αισθητικής αριθμός, πανεύκαστα να παρασιτιστούν κατορθώση ιγρών. Κάπικες εκδηλώσεις της κατορθώσης ιγρών μηρύρων να είναι το οιδόγραμμα, ο διόγκωση των προβολών, οι πρήβησης και τη παραπλήσιας Επιπλώσεων, από την αισθητικής αριθμός στην παίσικη πλάκα, ανεφέρονται ανατομικές αιτιολογίες. Οι αιδούρης ασθενείς αντιτίθενται ενέργειες στην καπηλευτική παθήση σύμφωνα με τη πανεύκαστη εμφάνισή τους με εξέταση.

Διατοροκές στο σημείο εφημοργής

Συντάξης (>1/100- \leq 1/10)

Διατοροκές στο σημείο της έναρξης:

Τοπική λυσοαργία στην οράματος – Γενικές Διατοροκές

Συντάξης (στοιχ. εντλίκες): Όχι συντάξης (<1/1000- \leq 1/100) (στα παιδιά)

Κατορθώσης ιγρών περιφερικού οιδόμην, δυσκομψία, ερθρόση, ρινάλγια, ποροσιόποιος.

Οι αιδούρης Συνέργεια κραυγαπούνα σύλληψη.

Κεντρικό Νευρικό Σύστημα:

Όσοι συνέχες ίδιαπολη συνδροματική υπερστοιχία (καλούσιο ένδοκρανική υπέρστοιχη).

Διατοροκές της ενδοκρινικής συστήματος:

Πάκινη απόλειας (\leq 1/10, 000) Υποδηματοειδής

Διατοροκές της γονοκελετικής συστήματος:

Πάκινη σπάνιες Επιμηκαλιδίσηση στο σημείο αισθήσης του πακινού (έριθρησιστικός καρπός), ή ισχυρώση της κεφαλής του μηρύρων αστραφή.

Διατοροκές της μεταβολισμού:

Αντιστάτην παρατηρήσει, ο ποιος μηρύρει να οδηγήσει σε απεριπτωτικής και σε σπάνιες περιπτώσεις σε περιγράμματα.

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΣ:

MERCK A.E., Λ. Κηφισίας 41-45, Κίτρη Β', 151 23, Μαρούσι, Αθήνα, Tel. 210-6165 100, Fax. 210-6101 373. 8. ΑΡΙΘΜΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΣ: 76425/28-11-2008. 10. ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗΣ ΤΟΥ ΚΕΙΜΕΝΟΥ: 28 Νοεμβρίου 2008.

Merck Serono

Η Merck Serono είναι
μέλος της Merck

MERCK

[ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ]

Επίκουρος καθηγητής παθολογίας-διαβητολογίας, Ιατρικής Σχολής, Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου θεσσαλονίκης, υπεύθυνος εξωτερικού διαβητολογικού ιατρείου, Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

« Ο ακρωτηριασμός έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με διαβήτη, με παράλληλες σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις. Δεν είναι όμως, μόνο το πρόβλημα του διαβητικού ποδιού που δεν αντιμετωπίζεται σωστά από την πολιτεία »

 ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΟΤΟΥ



Πρόσφατα τα ΜΜΕ ασχολήθηκαν έντονα με τη διαμάχη που προέκυψε μεταξύ των υπηρεσιών του ΙΚΑ και των ασθενών με διαβητικό πόδι. Στην υπόθεση ενεπλάκη και ο ίδιος ο υπουργός Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης Α. Λοβέρδος, ο οποίος χαρακτήρισε απαράδεκτο το γεγονός ότι το ΙΚΑ εκτίμησε πως ο ακρωτηριασμός ασθενών με διαβήτη κοστίζει λιγότερο από όσο τα ειδικά παπούτσια με τα οποία μπορούν να αντιμετωπίσουν τις επιπλοκές της ασθενείας. Ο διοικητής του ΙΚΑ από την πλευρά του, τόνισε πως δεν γνώριζε για την υπόθεση πριν από τη δημοσιοποίηση της απάντησης των υπηρεσιών του ΙΚΑ στον σύλληπτο των διαβητικών ασθενών.

Για άλλη μια φορά το κράτος αποδεικνύεται ανεπαρκές στη στήριξη μιας τόσο ευαίσθητης ομάδας ατόμων. Ωι ασθενείς αναγκάζονται αυτήν τη στιγμή να πληρώνουν από 300 έως 450 ευρώ από την τάξη τους για την αγορά αυτών των ειδικών υποδημάτων. Ποιες είναι οι δικές σας εκτιμήσεις πάνω στο θέμα και γενικά ποια είναι η αίσθηση που έχετε αποκομίσει σε ότι αφορά τη στήριξη ή μη του κράτους σε όλες τις προσπάθειες που γίνονται για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη;

Αν και δεν είναι ευχάριστο να μιλάμε για επιπλοκές και ακρωτηριασμούς στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, είναι βέβαιο ότι η πολιτεία πολλές φορές δεν αντιμετωπίζει με τον καταλληλότερο τρόπο τα προβλήματα των ατόμων αυτών.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια μακροχρόνια και δυσβάστακτη πάθηση. Το κόστος της αντιμετώπισης του διαγνωσμένου διαβήτη είναι μεγάλο και γίνεται ακόμη μεγαλύτερο, αν υπολογιστεί το επιπρόσθετο κόστος της αντιμετώπισης των χρόνιων επιπλοκών του. Από τις επιπλοκές του διαβήτη ιδιαίτερο κόστος έχει η αντιμετώπιση της νεφρικής ανεπάρκειας, η στεφανιαία νόσος και το διαβητικό πόδι.

Ιδιαίτερα οι συνέπειες του ακρωτηριασμού είναι αρκετά επώδυνες και βασινιστικές όπως έχει αποδειχθεί από πληθώρα ελληνικών και διεθνών μελετών. Επιπροσθέτως, ο ακρωτηριασμός έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής και το προσδόκιμο επιβίωσης των ατόμων με διαβήτη, με παράλληλες σημαντικές κοινωνικές και οικονομικές προεκτάσεις.

Δεν είναι όμως, μόνο το πρόβλημα του διαβητικού ποδιού που δεν αντιμετωπίζεται σωστά από την πολιτεία. Εδώ



και μερικούς μήνες στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, όπου εργάζομαι, δεν πραγματοποιείται η εξέταση της γήινου συμβούλιων αιμοσφαιρίνης πλόγω έλληψης αντιδραστηρίων, μιας βασικής εξέτασης για την παρακολούθηση των ατόμων με διαβήτη. Παρά τις επανειλημμένες προσπάθειες και του καθηγητή και προέδρου του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου Δ. Γρέκα, το πρόβλημα εξακολουθεί να παραμένει άλιτο. Πιθανόν το ίδιο πρόβλημα να αντιμετωπίζουν και άλλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης ή και της περιφέρειας.

Η πολιτεία πραγματοποίησε μια σωστή ενέργεια πριν από πολλά χρόνια με την ίδρυση και λειτουργία σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, των εξωτερικών διαβητολογικών ιατρείων και των διαβητολογικών κέντρων. Έκτοτε όμως, αυτά τα ιατρεία και κέντρα αφέθηκαν στην τύχη τους, χωρίς κανένα ενδιαφέρον εκ μέρους της πολιτείας. Η ρύθμιση του διαβήτη, καθώς και η πρόληψη και αντιμετώπιση των επιπλοκών του διαβήτη μπορεί να γίνει σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων.

Σε άλλες χώρες του εξωτερικού σε αυτά τα ιατρεία δίδεται η μέγιστη βοήθεια και καταβάλλεται σημαντική προσπάθεια για τη σωστή στεμένωσή τους και την κατάληπη εκπαίδευση του προσωπικού, γιατί μέσω αυτών θα

«Η πολιτεία πραγματοποίησε μια σωστή ενέργεια πριν από πολλά χρόνια με την ίδρυση και λειτουργία σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας, των εξωτερικών διαβητολογικών ιατρείων και των διαβητολογικών κέντρων. Έκτοτε όμως, αυτά τα ιατρεία και κέντρα αφέθηκαν στην τύχη τους, χωρίς κανένα ενδιαφέρον εκ μέρους της πολιτείας»

«γηλιτώσει» μέρες νοσηλείας το σύστημα υγείας, θα αποφευχθούν εισαγωγές και θα μειωθεί το οικονομικό κόστος αντιμετώπισης του διαβήτη και των επιπλοκών του. Τα ανωτέρω έχουν υποστηριχθεί και από ανάλογες ελληνικές και διεθνείς οικονομοτεχνικές μελέτες.

Δυστυχώς στον ελληνικό χώρο επικρατεί η άποψη ότι αν μειώσουμε βραχυπρόθεσμα την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών μέσω μείωσης του κόστους, θα επιτύχουμε και το μέγιστο οικονομικό όφελος, αγνοώντας το μεγαλύτερο μακροπρόθεσμό όφελος, τόσο οικονομικό όσο και ποιότητας ζωής, από τη μείωση της συχνότητας εμφάνισης των επιπλοκών του διαβήτη πλόγω της καλύτερης ιατρικής παρακολούθησης των ατόμων αυτών σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων. Άλλωστε, όπως έχει αποδειχθεί από πολλές μελέτες παρά την ύπαρξη προβλημάτων στα άτομα με διαβήτη, η επιδείνωση των προβλημάτων μπορεί να αποφευχθεί με την κατάληπη φροντίδα, εκπαίδευση και παρακολούθηση.

Ως πρόεδρος της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος, θα ήθελα να μας μιλήσετε λίγο για τους στόχους της εταιρείας, το όραμά σας και να μας καταθέσετε τις τυχόν δυσκολίες, τα εμπόδια που □

« Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη σύγχρονη ιατρική πρόκληση και πρόσκληση. Είναι ένα συνεχώς διογκούμενο ιατρικό πρόβλημα και καλείται και προσκαλείται η ιατρική κοινότητα να δώσει μια λύση στην αυξανόμενη συχνότητα του διαβήτη παγκοσμίως, όπως έχει πράξει στο παρελθόν για τόσες άλλες πάθησεις »

έχετε συναντήσει μπροστά σας και πώς καταφέρατε να τα ξεπεράσετε.

Σκοπός και στόχος της εταιρείας είναι να εκπαιδεύσει και να ενημερώσει σωστά τους γιατρούς, το παραϊατρικό προσωπικό και τους διαβητικούς σε θέματα σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη.

Τα τελευταία χρόνια με τις συνεχείς και καταγιστικές -πολλής φορές- ανακαλύψεις γύρω από τη θεραπευτική αντιμετώπιση απλά και τις επιπλοκές του διαβήτη καθίσταται επιτακτική η συνεχής ενημέρωση και εκπαίδευση όλων των γιατρών όλων των ειδικοτήτων, καθώς ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσει προβλήματα από όλα τα όργανα και συστήματα του ανθρωπίνου σώματος. Ιδιαίτερα προβλήματα μπορώνται πω τότι δεν συνάντησα στην πραγματοποίηση των στόχων της εταιρείας.

Προσπάθησα να αυξήσω και να βελτιώσω την ποιότητα του συνεδρίου και των επιστημονικών εκδηλώσεων της ΔΕΒΕ. Επί προεδρίας μου η ΔΕΒΕ πραγματοποίησε, εκτός των εξαιρετικά επιτυχημένων ετήσιων συνεδρίων της, και δύο σημαντικές επιστημονικές εκδηλώσεις υψηλού επιπέδου με διεθνή συμμετοχή με θέματα: «Τα πάντα γύρω από την ινσουλίνη» και «διαβητική νευροπάθεια, νευροπαθητικός πόνος, διαβητικό πόδι: νεότερες εξελίξεις». Και στις

δύο εκδηλώσεις η συμμετοχή των συναδέλφων και το επιστημονικό ενδιαφέρον ήταν αρκετά μεγάλο.

Πέραν των συνεδρίων και των επιστημονικών εκδηλώσεων, η ΔΕΒΕ για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της προεδρίας μου ενίσχυσε επιστημονικά και οικονομικά το ερευνητικό έργο νέων συναδέλφων γιατρών υποστηρίζοντας τις διδακτορικές τους διατριβές.

Ακόμη, προσπάθησα να δώσω έναν κοινωνικό χαρακτήρα στην εταιρεία και κατά τη διάρκεια επιστημονικής εκδήλωσης της ΔΕΒΕ στη Λάρισα, ενισχύθηκαν οικονομικά 11 νέα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 προερχόμενα από άπορες οικογένειες. Ήταν η πρώτη φορά που η ΔΕΒΕ πραγματοποίησε ανάλογη ενίσχυση.

Παράλληλα σε τακτά χρονικά διαστήματα η ΔΕΒΕ διοργάνωσε πολλές ενημερωτικές εκδηλώσεις για τα άτομα με διαβήτη, τόσο στη Θεσσαλονίκη όσο και στην υπόλοιπη βόρεια Ελλάδα και Θεσσαλία.

Πιστεύετε ότι η βόρεια Ελλάδα γενικά διαφέρει ως προς τις παροχές υγείας σε σχέση με την Αττική; Να το πω πιο απλά. Πιστεύετε ότι στην Αθήνα τα διαβητολογικά κέντρα, οι κλινικές, γενικά τα νοσοκομεία είναι πιο άρτια οργανωμένα ή καίρουν καλύτερης μεταχείρισης από □





Το πρωί:

Ξύπνημα στις 7, βιωστικό πρωινό
και μετά σχολείο.

Το μεσημέρι:

Πίσω στο σπίτι, ταΐζω τη μικρή
(η μπτέρα αργεί λίγο)
και τσιμπάω κάτι στα γρήγορα.

Το απόγευμα:

Ωιάβασμα, μπάσκετ και
με τους δικούς μου στο Club!



Το Club ΧαράΖω ανοίγει την πόρτα του στα άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους. Στο Club ΧαράΖω δεν αντιμετωπίζουμε το διαβήτη ως ασθένεια. Για μας είναι ένας διαφορετικός τρόπος ζωής.

Το Club ΧαράΖω λειτουργεί **με γνώμονα τον άνθρωπο**. Για το λόγο αυτό, παρέχεται στα μέλη του, χρήστες μετρητών σακχάρου, μια σειρά προνομίων.

Στο Club ΧαράΖω, αναγνωρίζουμε ότι κάθε ηλικία έχει τις δικές της ανάγκες, πέρα από τη διαχείριση του διαβήτη. Τα μέλη του μπορούν να προσδοκούν αεριασμό πιο ανθρώπινη, πιο συνολική στήριξη μέσα από την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του ευρέος κοινού.

H Abbott Diabetes Care φροντίζει καθημερινά για αυτό.

Επικοινωνήστε μαζί μας τώρα!

Μία σειρά από προνόμια και εκπλήξεις σάς περιμένουν.

800 11 22 26 88 www.xarazo.gr

Αθήνα: 210 9985 220 Θεσσαλονίκη: 2310 472 947



Abbott
Diabetes Care

« Διστυχώς στον ελληνικό χώρο επικρατεί η άποψη ότι αν μειώσουμε βραχυπρόθεσμα την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχομένων ιατρικών υπηρεσιών μέσω μείωσης του κόστους. Θα επιτύχουμε και το μέγιστο οικονομικό όφελος, αγνοώντας το μεγαλύτερο μακροπρόθεσμο όφελος, τόσο οικονομικό όσο και ποιότητας ζωής, από τη μείωση της συνότητας εμφάνισης των επιπλοκών του διαβήτη λόγω της καλύτερης ιατρικής παρακολούθησης των ατόμων αυτών σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων »

τους κρατικούς φορείς σε σχέση με αυτά της θεσσαλονίκης;

Δεν υπάρχει διαφορά ως προς τις παροχές υγείας σε σχέση με την Αττική στα διαβητολογικά κέντρα και κλινικές. Οι διαφορές που υπάρχουν είναι οι εξής: πρώτον, σπανίως γιατροί από τη βόρεια Ελλάδα (όχι μόνο διαβητολόγοι, αλλά και γιατροί όλων των υπολοίπων ιατρικών ειδικοτήτων) συμμετέχουν σε διάφορες επιτροπές υγείας. Μια από αυτές είναι η επιτροπή που εγκρίνει την τοποθέτηση αντλίας ινσουλίνης. Στη συγκεκριμένη επιτροπή δεν συμμετέχει εκπρόσωπος από τη Β. Ελλάδα, αν και θα μπορούσε να υπάρχει ανάλογη επιτροπή με έδρα τη Θεσσαλονίκη και να μη χρειάζεται χαρτιά και ασθενείς να μετακινούνται συνεχώς στην Αθήνα. Επίσης, σπανίως γιατροί από τη Β. Ελλάδα ρωτούνται από το υπουργείο σχετικά με την ενδεχόμενη κυκλοφορία ενός νέου φαρμάκου για τον διαβήτη. Ισως θα μπορούσε να υπάρξει μεγαλύτερη συμμετοχή των γιατρών της Β. Ελλάδας σε αυτές τις επιτροπές.

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

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;

Οι ερωτήσεις 4 και 5, θα μπορούσαν να απαντηθούν από κοινού. Η μία αφορά τον ελληνικό χώρο και η άλλη τον παγκόσμιο. Η αντιμετώπιση και στις δύο

περιπτώσεις είναι η ίδια. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη σύγχρονη ιατρική πρόκληση και πρόσκληση. Είναι ένα συνεχώς διογκούμενο ιατρικό πρόβλημα και καθίσται και προσκαλείται η ιατρική κοινότητα να δώσει μια πλύση στην αυξανόμενη συχνότητα του διαβήτη παγκοσμίως, όπως έχει πράξει στο παρελθόν για τόσες άλλης παθήσεις.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα πρόβλημα διαχείρισης της ενέργειας του ανθρώπινου σώματος, καθώς η γηλικόζη είναι η κύρια πηγή ενέργειας για τον ανθρώπινο οργανισμό. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει ένα ποσό ενέργειας, το οποίο το ανθρώπινο σώμα δεν μπορεί να διαχειρισθεί σωστά. Ο ανθρώπινος οργανισμός έχει κατασκευαστεί κατά τέτοιο τρόπο, ούτως ώστε να μπορεί να κινείται διαρκώς, γιατί είναι από τη φύση του «κυνηγός» και πρέπει να έχει για αυτόν τον σκοπό ικανά αποθέματα ενέργειας για να ανταποκριθεί στις συγκεκριμένες ανάγκες.

Στη σημερινή εποχή όμως, συνήθως η ημερήσια κίνηση των ανθρώπων έχει περιορισθεί σημαντικά είτε για λόγους εργασίας (καθιστική) είτε για λόγους συνήθειας (πολλές ώρες παρακολούθησης τηλεόρασης, υπολογιστή κ.ά.). Ακόμη xειρότερο είναι το γεγονός ότι ο περιορισμός της κίνησης αρχίζει από την πολύ μικρή ηλικία επειδή και οι χώροι παιχνιδιού στις γειτονιές, ιδιαίτερα των μεγάλων πόλεων, έχουν εξαφανισθεί.

Επιπροσθέτως, τα παιδιά πολλές φορές είναι υποχρεωμένα να περνούν πολλές ώρες διαβάζοντας ή και να είναι απασχολημένα σε φροντιστήρια. Κατά συνέπεια επιβάλλεται αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής με περισσότερη κίνηση και υγιεινή διατροφή, με απώτερο σκοπό την αποφυγή της παχυσαρκίας. Το τι θα μπορούσε να κάνει ο καθένας από εμάς για να αποφύγει την εμφάνιση διαβήτη απαντάται συνολικά στην απάντηση 10.

Πόσο εύκολο είναι τελικά να συμμορφωθούν τα άτομα με διαβήτη και ειδικά τα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά στις οδο-



γίες 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;

Οι οδηγίες του θεράποντα γιατρού αφορούν περισσότερο τη σωστή διατροφή που πρέπει να ακολουθήσουν όλα τα άτομα με διαβήτη. Ο ρόλος της δίαιτας εξακολουθεί να είναι σημαντικός. Δεν επιτυγχάνεται ρύθμιση του σακχάρου χωρίς διαιτητική συμμόρφωση. Χωρίς την τήρηση διαιτολογίου καμιά θεραπεία δεν είναι αποτελεσματική τόσο για τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 όσο και αυτά με διαβήτη 2.

Η δίαιτα του διαιτητικού σήμερα δεν έχει πολλές διαφορές από μια υγιεινή διατροφή που μπορεί και πρέπει να εφαρμόζουν και τα άτομα που δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη. Αυτόν τον τρόπο διαιτοφής οφείλουν να ακολουθήσουν όλοι οι άνθρωποι άνω των δύο ετών. Η προτεινόμενη μεσογειακή διατροφή αποτελεί την καλύτερη επιλογή.

Τολμώ να τονίσω ότι θα ήταν αρκετά καλό να θυμηθούμε τις διαιτοφικές συνήθειες των προγενέστερων γενεών. Στην εποχή της αφθονίας και των τόσων πολλών καθημερινών διαιτοφικών πειρασμών είναι σίγουρα πολύ δύσκολο τόσο για τον γιατρό όσο και για το άτομο με διαβήτη να το πείσει και να πει-

σθεί το άτομο για τις αλλαγές στις συνήθειές του.

Ωστόσο, η προσπάθεια που καταβάλλεται εκ μέρους της διαιτητολογικής ομάδας για να πείσει τον ασθενή τις περισσότερες τουλάχιστον φορές δίνει και τα ανάλογα αποτελέσματα. Επίσης, σε αρκετές χώρες έχουν αρχίσει εκστρατείες ενημέρωσης και εκπαίδευσης των ατόμων σε αυτήν την αλλαγή του τρόπου zwής.

Το δεύτερο και εξίσου σημαντικό είναι το άτομο να ακολουθεί τις οδηγίες του θεράποντα γιατρού του όσον αφορά τη φαρμακευτική αντιμετώπιση.

Σήμερα μπορώ να πω ότι δεν βλέπουμε τις βαριές διαιτητικές επιπλοκές που βλέπαμε προ 20ετίας. Η συμμόρφωση των ατόμων είναι καλύτερη, η διάγνωση του διαβήτη 2 γίνεται πιο έγκαιρα και η εκπαίδευση και ενημέρωση των διαιτητικών είναι καλύτερες. Ωστόσο απέχουμε πολύ από το να επιτύχουμε την άριστη ρύθμιση και χρειάζεται σημαντική προσπάθεια εκ μέρους όλων προς αυτήν την κατεύθυνση.

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. Υπάρχουν όμως αρκετοί συνάδελφοί σας που

θεωρούν ότι θα πρέπει να ξεκινήσουν κατευθείαν με ίνσουλίνη, αφού ουσιαστικά η μειωμένη έκκριση της συγκεκριμένης ουσίας δημιουργεί το πρόβλημα στον οργανισμό του διαβητικού. Μπορεί να αποφευχθεί αυτή η πορεία ή είναι προδιαγεγραμμένη; Ποια είναι η δική σας αντιμετώπιση στα συγκεκριμένα περιστατικά;

Καταρχήν πρέπει να διευκρινίσουμε τι εννοείται με τον όρο «νεοδιαγνωσθείς διαβήτης». Ο όρος μπορεί να περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα ασθενών με διαβήτη, επειδή δεν γνωρίζουμε τον ακριβή χρόνο έναρξης της πάθησης. Υπάρχουν περιπτώσεις που ο διαβήτης ανακαλύπτεται αρκετά έγκαιρα και συνήθως στις περισσότερες από αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι απαραίτητη η φαρμακευτική αντιμετώπιση. Υπάρχουν άλλες περιπτώσεις στις οποίες ο διαβήτης προϋπάρχει για πολλά χρόνια και έχουν ήδη αναπτυχθεί επιπλοκές, όταν ανακαλύπτεται. Σε αυτές τις περιπτώσεις, τις περισσότερες φορές, επιβάλλεται η έναρξη ίνσουλινοθεραπείας.

Η συζήτηση για πρώιμη έναρξη ίνσουλινοθεραπείας επανήλθε στη διεθνή βιβλιογραφία μετά από την απόσυρση της ροσιγλιταζόνης, ενός φαρμάκου που ενοχοποιήθηκε για την εμφάνιση πολλών ανεπιθύμητων ενεργειών. Η ίνσουλινοθεραπεία επανήλθε ως προτεινόμενη θεραπεία, επειδή είναι το ισχυρότερο, αποτελεσματικότερο και ασφαλέστερο μέσο ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Ωστόσο, απάντηση στην ερώτησή σας με βάση τις υπάρχουσες μελέτες, δεν μπορεί να δοθεί σήμερα. Η δική μας άποψη είναι ότι η ίνσουλινοθεραπεία δεν πρέπει να αρχίζει «κούτε πολύ αργά ούτε πολύ νωρίς».

Η έκπτωση της λειτουργίας του β-κυττάρου με την πρόσοδο του χρόνου έχει παρατηρηθεί σε πολλές μελέτες. Ωστόσο, κάθε διαιτητικός αποτελεί και μια ξεχωριστή περίπτωση. Υπάρχουν άτομα διαιτητικά που για πάρα πολλά χρόνια ρυθμίζονται με την ελάχιστη δόση αντιδιαβητικών φαρμάκων, επειδή ακριβώς τηρούν τα υγιεινοδιαιτητικά □

« Πέραν των συνεδρίων και των επιστημονικών εκδηλώσεων, η ΔΕΒΕ για πρώτη φορά κατά τη διάρκεια της προεδρίας μου ενίσχυσε επιστημονικά και οικονομικά το ερευνητικό έργο νέων συναδέλφων γιατρών υποστηρίζοντας τις διατρικές τους διαβέτες. Ακόμη, προσπάθησα να δώσω έναν κοινωνικό χαρακτήρα στην εταιρεία και κατά τη διάρκεια επιστημονικής εκδήλωσης της ΔΕΒΕ στη Λάρισα, ενισχύθηκαν οικονομικά 11 νέα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 »

προγράμματα και ρυθμίζονται άριστα. Άλλοι χρειάζονται πολύ συντομότερα την εφαρμογή ίνσουλινοθεραπείας.

Η σωστή διατροφή και τα συχνά μικρά γεύματα αποτελούν λύση εκλογής προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ρύθμιση. Στην αρχή οι διαβητικοί αισθάνονται «δυστυχείς», γιατί θεωρούν ότι θα πρέπει να διαγράψουν οριστικά από το διαιτολόγιό τους τροφές όπως η σοκολάτα, τα γλυκά, τα τηγανότα, τα χάμπουργκερ και γενικά τα λιπαρά. Τα πράγματα είναι ακόμη πιο δύσκολα για τα παιδιά. Υπάρχει τρόπος να γίνει πιο «ανώδυνη» αυτή η μετάβαση από τον κόσμο της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης στην τακτική των πιο περιορισμένων διατροφικών επιλογών;

Όπως τονίσθηκε και σε προηγούμενη απάντηση δεν είναι μόνο οι διαβητικοί που πρέπει να αποφεύγουν τις συγκεκριμένες τροφές. Όλοι οι άνθρωποι ως υποψήφιοι διαβητικοί και παχύσαρκοι (γιατί αυτές οι τροφές έχει αποδειχθεί ότι οδηγούν και στην παχυσαρκία) πρέπει να τις αποφεύγουν. Οι τροφές αυτές πρέπει να αποφεύγονται όχι μόνο για τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη και παχυσαρκίας, αλλά και για την ανάπτυξη καρκίνου, καθώς και πολλών άλλων παθήσεων.

Βέβαια ο οργανισμός του διαβητικού ακόμα και όταν κάνει θεραπεία με ίνσουλινή ή υπογλυκαιμικά φάρμακα δεν είναι σε θέση να χρησιμοποιήσει σωστά και γρήγορα ένα μεγάλο ποσό σακχάρου που παίρνει με την τροφή του. Αυτός είναι ο λόγος που οι διαβητικοί:

Δεν πρέπει να τρώνε ζάχαρη και γλυκά.

Πρέπει να τρώνε υπολογισμένα τα διάφορα τρόφιμα που περιέχουν υδατάνθρακες, γιατί αυτά γρήγορα γίνονται σάκχαρο αίματος.

Πρέπει να έχουν σωστά κατανεμημένη (μοιρασμένη) την τροφή τους στα διάφορα γεύματα του 24ώρου.

Σε διαβητικά παιδιά και εφήβους, για ψυχολογικούς λόγους, επιτρέπεται σε

μικρό βαθμό η υπολογισμένη χρήση γλυκών, ιδιαίτερα μετά τα κύρια γεύματα και αφού θα έχει προηγηθεί μια ποσότητα χορταρικών. Με τον τρόπο αυτό, πιθανόν να είναι ευκολότερο για το παιδί ή τον έφηβο να συμμορφωθεί με τη δίαιτα.

Ιδιαίτερα, ποιες είναι οι δράσεις που θα έπρεπε να γίνουν για να κατανοήσουν τα παιδιά τα οφέλη της υγιεινής διατροφής και της συστηματικής άσκησης, ώστε να προλάβουμε την εξάπλωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στη νέα γενιά;

Οι σοβαρές ιατρικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και η αναμενόμενη αύξηση της συχνότητάς του στο εγγύς μέλλον, έδωσαν ώθηση σε μελέτες που είχαν ως στόχο την πρόληψή του. Η φιλανδική μελέτη πρόληψης του διαβήτη (Finnish Diabetes Prevention Study, FDPS) και η μελέτη DPP (Diabetes Prevention Program) στις ΗΠΑ έδωσαν απάντηση στην ερώτησή σας. Στις μελέτες αυτές εφαρμόσθηκαν εντατικά προγράμματα άσκησης και υγιεινοδιαιτητικού τρόπου διατροφής για μεγάλο χρονικό διάστημα και παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη. Τα άτομα που συμμετείχαν στις μελέτες είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη.

Από την άλλη πλευρά η ικανότητα των ατόμων να ακολουθούν πειθαρχικά ένα υγιεινοδιαιτητικό πρόγραμμα παρέμβασης (δίαιτα + άσκηση) είναι περιορισμένη, ιδίως στο μήκος του χρόνου. Το κόστος όλων αυτών των παρεμβάσεων είναι σημαντικό, αλλά υπολογίζεται ότι το όφελος από τη μείωση των κλινικά εκδηλωμένων περιπτώσεων σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι μεγαλύτερο ακόμη και σε οικονομική βάση εκτιμώμενο.

Ιδιαίτερα, η εφαρμογή των καταλληλών υγιεινοδιαιτητικών προγραμμάτων από την παιδική ηλικία θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης του διαβήτη.



Λύσεις για το κάθε τους βήμα.

429/1009

Το νέο **σύστημα ACCU-CHEK® Combo** συνδυάζει έναν «έξυπνο» μετρητή γλυκόζης με μια αξιόπιστη αντλία ίνσουλίνης. Οι ασθενείς μπορούν **εύκολα** και **γρήγορα** να υπολογίσουν το bolus στο μετρητή και **διακριτικά** να το στείλουν στην αντλία τους, **χωρίς καν να την αγγίξουν!** Επιπλέον το πλεκτρονικό πηερολόγιο του μετρητή παρέχει ολοκληρωμένη εικόνα των βασικών δεδομένων του ασθενή **με μια ματιά**. Με το νέο **σύστημα Accu-Chek Combo** ο έλεγχος του διαβήτη είναι «στο χέρι» του ασθενή.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε:

Δωρεάν Γραμμή Υποστήριξης: 800 11 71000

Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 2703700

www.accu-check.com

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Αθήνα: Α. Παναγούλη 91, Νέα Ιωνία

Θεσσαλονίκη: 120 χλμ. N.E.O. Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανίων

Τα ACCU-CHEK, ACCU-CHEK AVIVA COMBO και ACCU-CHEK SPIRIT COMBO είναι εμπόρικα σήματα της Roche. Το λογότυπο Bluetooth και το σύμβολο κατατεθέντα είναι καταχυρωμένα εμπόρικα σήματα που ανήκουν στην Bluetooth SIG, Inc. και κάθε χρήση τέτοιων σημάτων από την Roche υπόκειται σε άδεια. © 2010 Roche.

ACCU-CHEK®

Ο ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΕ ΠΑΧΥΣΑΡΚΑ ΠΑΙΔΙΑ ΠΡΟΕΦΗΒΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΣΚΕΛΕΤΙΚΑ ΚΑΤΑΓΜΑΤΑ



Τα υπέρβαρα παιδιά προεφηβικής ηλικίας με προδιαβήτη παρουσιάζουν χαμηλότερη οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο πτωχής σκελετικής ανάπτυξης. Στο αποτέλεσμα αυτό κατέληξε σχετική έρευνα που συνέκρινε την οστική πυκνότητα ανάμεσα σε 41 παιδιά με παχυσαρκία και προδιαβήτη και 99 παιδιά αντίστοιχης ηλικίας με παχυσαρκία, αλλά χωρίς προδιαβήτη. Επίσης, η οστική πυκνότητα συνεκτιμήθηκε με μετρήσεις ολικής και κεντρικής εναπόθεσης λίπους, ανοχής στη γλυκόζη, ευαισθησίας στην ινσουλίνη, λιπιδαιμικό προφίλ, δείκτες συστηματικής φλεγμονής και με τα επίπεδα οστεοκαλσίνης. Το πλικιακό εύρος των παιδιών που μελετήθη-

καν ήταν από 7 έως 11 έτη. Μετά από προτύπωση για το φύλο, την ηλικία, τη φυλή, το ύψος και το βάρος διαπιστώθηκε ότι η ομάδα των παιδιών με προδιαβήτη παρουσίαζε χαμηλότερη οστική πυκνότητα. Το εύρομα αυτό αποτελεί το πρώτο στοιχείο που συνδέει την παχυσαρκία της παιδικής ηλικίας με σκελετικά κατάγματα. Αν και τα παχύσαρκα παιδιά μπορεί να έχουν περισσότερη οστική μάζα από τα παιδιά φυσιολογικού βάρους, αυτή μπορεί να μην είναι αρκετή για να υποστηρίξει τον όγκο τους.

Πηγή-περισσότερες πληροφορίες: J Bone Mineral Res. Online δημοσίευση 16 Ιουλίου 2010

1ο Διεθνές Φόρουμ για το Διαβήτη και την Παχυσαρκία

Τον Οκτώβριο πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1ο Διεθνές Φόρουμ για τον Διαβήτη και την Παχυσαρκία (ξενοδοχείο «Χίπτον»), υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Στο συνέδριο έλαβαν μέρος 42 ομιλητές από διακεκριμένα διεθνή κέντρα αναφοράς στον τομέα της έρευνας για τον διαβήτη και την παχυσαρκία, μεταξύ των οποίων και τα Joslin Diabetes Centre, Mayo Clinic και Pennington Biomedical Research Centre. Παρουσιάστηκαν θέματα όπως η λειτουργία, η δυσμετιτουργία και η προστασία

των β-κυττάρων, η ανοσοολγία στον διαβήτη, η επίδραση της GLP-1 στο β-κύτταρο και στο σωματικό βάρος και ο ρόλος του λιπώδους ιστού. Επίσης, μια σειρά ομιλιών ήταν αφιερωμένη σε νεοανακαλυφθέντες παράγοντες που σχετίζονται με τη ρύθμιση του σωματικού βάρους και της γλυκόζης του αίματος, όπως οι sirtuins, οι aquaporins και οι caveolines.

Οι τρεις απόψεις ήταν η χρήση GLP1 αγωνιστών, η ολιγοθερμιδική διατροφή και το βαριατρικό κειρουργείο. Το βιβλίο των περιήψεων, στο οποίο μπορεί κανείς να βρει αυτά και πολλά άλλα ενδιαφέροντα ζητήματα που αναπτύχθηκαν, θα δημοσιευτεί μαζί με το περιοδικό «Diabetes, Obesity and Metabolism Journal».

Πηγή-περισσότερες πληροφορίες: www.idof2010.com



Η ΣΥΣΚΕΥΗ ΑΥΤΟΕΞΕΤΑΣΗΣ ΜΑΣΤΟΥ BREASTLIGHT™ ΚΑΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ



Η εταιρεία **Σιαμπλής Α.Ε.** παρουσίασε σε αποκλειστική συνέντευξη Τύπου το **Breastlight™**, ένα καινοτόμο προϊόν πρόσθιψης του καρκίνου του μαστού. Ο τρόπος που λειτουργεί είναι απόλυτα ασφαλής και καθόλου σύνθετος, καθιστώντας τη χρήση του καθημερινή: σε σκοτεινό χώρο και ακολουθώντας τα απλά βήματα που περιγράφονται στο υπόκι που τη συνοδεύει, η συσκευή εκλύει ένα ορατό, αβλαβές φως που αποκαλύπτει σημεία του στήθους, τα οποία δεν μπορούμε να εξετάσουμε μόνο με την αφή ή με «γυμνό μάτι». Οτιδήποτε παρουσιαστεί μέσα από το φως αυτό ως ασυνήθιστο ή περίεργο οδηγεί τη

γυναίκα στον γιατρό για μια ολοκληρωμένη εξέταση μαστού και άμεση ιατρική γνωμάτευση. Τούτο γίνεται ότι το **Breastlight™** πρέπει να χρησιμοποιείται ως **πρόσθετο εργαλείο στην αυτοεξέταση του στήθους** και σε καμία περίπτωση δεν αποτελεί **υποκατάστατο της μαστογραφίας και της εξέτασης από τον γιατρό**. Από τον ιατρικό κόσμο στη συνέντευξη Τύπου συμμετείχαν ο **Γ. Ξεπαπαδάκης**, MD, Ph.D χειρουργός μαστού και **Δ. Κουφουδάκης** MD, Ph.D, χειρουργός. Το προϊόν θα διατίθεται απόκλιτικά από τα φαρμακεία.

Πηγή: Δελτίο Τύπου 6-10-2010

Ο ρόλος της αρτηριοσκλήρυνσης στην επιβίωση ασθενών με αντιρροπούμενη νεφρική ανεπάρκεια

Είναι γνωστό ότι ο αγγειακή ασβεστοποίηση αποτελεί έναν από τους παράγοντες που καθορίζουν τη θνητότητα σε ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και υπερφωσφαταιμία. Παρά τη συχνότητα υπάρχεις ασβεστοποιημένων πλακών στα στεφανιαία αγγεία ασθενών με μέτρια πρωτεΐνουρία που δεν έχουν φθάσει ακόμα σε τελικού σταδίου νεφρική ανεπάρκεια, η συσκέτιση αυτής με την πορεία των ασθενών δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Το κενό αυτό προσπάθησε να καλύψει μια μελέτη σε 225 διαβητικούς τύπου 2 ασθενής μέσων πλικίας 57 ετών με νεφροπάθεια αρχικού σταδίου (eGFR: 52 mL/min/1,73 m²), ώστε να καθοριστεί η σημασία της αρτηριοσκλήρυνσης στην πρόγνωση της επιβίωσης. Η ασβεστοποίηση των στεφανιαίων αγγείων μετρήθηκε με αξονική τομογραφία με εκπομπή δέσμης πλεκτρονίων, η οποία ανέδειξε ότι το 86% των ασθενών είχε ήδη εγκατεστημένες βλάβεις. Η έκταση και η σοβαρότητα των βλαβών σχετίζονται με τη μεγαλύτερη πλικία, το άρρεν φύλο και τη λευκή φυλή, ενώ δεν διαπιστώθηκε συσκέτιση με άλλην παράγοντα, όπως π.χ.



με το eGFR, την παραθορμόνη, τη βιταμίνη D, το ασβέστιο ή το φωσφόρο. Μετά από παρακολούθηση 39 μηνών, 54 από τους ασθενείς απεβίωσαν. Η ανάλυση των δεδομένων ανέδειξε μια ανεξάρτητη σχέση της θνητότητας με τον βαθμό ασβεστοποίησης. Συγκεκριμένα, τα άτομα με τον υψηλότερο βαθμό ασβεστοποίησης είχαν 2,5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο θνητότητας σε σχέση με τα άτομα χωρίς αγγειακή νόσο. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η σοβαρότητα της αγγειακής νόσου αποτελεί έναν παράγοντα κινδύνου ανεξάρτητο από τη νεφρική λειτουργία. Περαιτέρω μελέτες χρειάζονται ώστε να αποδειχθεί αν η πρώιμη παρέμβαση που να αναστέλλει την εξέλιξη της αγγειακής νόσου, θα συνοδεύεται από καλύτερη επιβίωση των ασθενών με νεφρική ανεπάρκεια αρχικού σταδίου.

Πηγή: Kidney Int.
2010;77(12):1107-1114

Το περικαρδιακό λίπος αποτελεί ανεξάρτητο προγνωστικό δείκτη για την εμφάνιση κολπικής μαρμαρύγης

Η παρουσία περικαρδιακού λίπους φαίνεται να παρέχει επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τον κίνδυνο που διατρέχει κάποιος ασθενής για την ανάπτυξη κολπικής μαρμαρύγης. Η διαπίστωση αυτή προέκυψε από τα αποτελέσματα μελέτης σε 273 περιπτώσεις ασθενών που υποβλήθηκαν σε αξονική τομογραφία. Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η παχυσαρκία κεντρικού τύπου σχετίζεται με την εμφάνιση

κολπικής μαρμαρύγης, ότι η κολπική μαρμαρύγη σχετίζεται με την ύπαρχη φλεγμονής και ότι η περικαρδιακή εναπόθεση λίπους συμβάλλει στην ανάπτυξη φλεγμονής. Στην παρούσα έρευνα βρέθηκε ότι οι ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρύγη είχαν σημαντικά μεγαλύτερο όγκο περικαρδιακού λίπους σε σχέση με τα άτομα με φλεβοκομβικό ρυθμό. Επίσης, οι ασθενείς με επίμονη κολπική μαρ-

μαρύγη είχαν μεγαλύτερο όγκο περικαρδιακού λίπους σε σχέση με τους ασθενείς με παροξυσμική κολπική μαρμαρύγη. Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της κολπικής μαρμαρύγης και του όγκου του περικαρδιακού λίπους, με την πιθανότητα για την εμφάνιση της συγκεκριμένης αρρυθμίας να αυξάνεται κατά 13% περίπου για κάθε 10 mL λίπους που εναπο-



τίθεται στον περικαρδιακό σάκο.
Πηγή-περισσότερες πληροφορίες: Journal of the American College of Cardiology, 08-2010

24ο Ετήσιο Συνέδριο της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

25-27 Νοεμβρίου 2010, Ξενοδοχείο Macedonia Palace, Θεσσαλονίκη

Το ετήσιο συνέδριο της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος αποτελεί θεσμό για την πόλη της Θεσσαλονίκης. Πριν από λίγες ημέρες πραγματοποιήθηκε το 24ο Ετήσιο Συνέδριο στο ξενοδοχείο «Μακεδονία Παλάς». Στο συνέδριο συμμετείχαν 1.500 γιατροί από ολόκληρη την Ελλάδα και την Κύπρο



Kατά τη διάρκεια του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν δύο παραλληλες εκδηλώσεις για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η πρώτη πραγματοποιήθηκε στις 26 Νοεμβρίου, με δωρεάν μετρήσεις σακχάρου αίματος και ενημέρωση σε θέματα διαβήτη από ομάδες φοιτητών και νοσηλευτών σε ειδικό περίπτερο που ήταν οργανωμένη για αυτόν τον σκοπό στην πλατεία Αριστοτέλους. Την Κυριακή 28/11 πραγματοποιήθηκε ημερίδα με θέμα «Νεότερα δεδομένα στον σακχαρώδη διαβήτη» για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, στο «Μακεδονία Παλάς», με σκοπό την ενημέρωση των ατόμων αυτών σε ό,τι νεότερο υπάρχει σχετικά με την αντιμετώπιση της νόσου.

Η αύξηση της συχνότητας του διαβήτη σε συνάρτηση με τις συνεχείς και κα-

ταιγιστικές πολλής φορές ανακαλύψεις γύρω από τη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του καθιστούν τα συνέδρια που αφορούν αυτήν την πάθηση ιδιαίτερα ενδιαφέροντα, όχι μόνο για τον ιατρικό, αλλά και για τον υπόλοιπο κόσμο.

Με σκοπό τη σωστή ενημέρωση και εκπαίδευση των γιατρών σε θέματα σχετικά με την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του, η Διαβητολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδος πραγματοποίησε το 24ο ετήσιο συνέδριο της υπό την προεδρία του επίκουρου καθηγητή παθολογίας διαβητολογίας της Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ Τριαντάφυλλου Διδάγγελου. Η ανάπτυξη των θεμάτων έγινε από διακεκριμένους και καταξιωμένους Έλληνες και ξένους συναδέλφους.

Κατά την πρωινή συνεδρίαση της πρώτης ημέρας του συνεδρίου (25/11) πραγματοποιήθηκαν δύο ενδιαφέρουσες ομιλίες σχετικά με τις νέες κατηγορίες αντιδιαβητικών δισκίων.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 αποτελεί σήμερα μια πρόκληση για τον ιατρικό κόσμο και η έρευνα έχει επικεντρωθεί στην ανακάλυψη φαρμακευτικών ουσιών που σκοπό θα έχουν την αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη αντιμετώπιση της πάθησης. Η ερευνητική προσπάθεια έχει ως κύριο στόχο την ανακάλυψη ουσιών που θα παρέμβουν σε ένα ή και περισσότερα καίρια σημεία του μεταβολισμού της γλυκόζης, με σκοπό να επιτευχθεί η αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας

Υπάρχουν τρεις νέες κατηγορίες αντιδιαβητικών φαρμάκων που μετεξάνται και είναι οι εξής: 1) Ενεργοποιητές της γλυκοκοινάσης (GKAs), 2) αναστολείς των συμμεταφορέων νατρίου-γλυκόζης (Sodium-Glucose Co-Transporters 2, SGLT2) και 3) νέοι PPARs αγωνιστές.

Όλες αυτές οι φαρμακευτικές ουσίες χορηγούνται με τη μορφή δισκίων και όλες βρίσκονται σε πειραματικό στάδιο, χωρίς καμιά τους να έχει κυκλοφορήσει στην εμεύθερη αγορά. Όλες έχουν έναν εντελώς νέο και διαφορετικό τρόπο δράσης σε σχέση με τα παλαιότερα και ήδη κυκλοφορούντα αντιδιαβητικά φάρμακα. Ως η περισσότερο ενδιαφέρουσα και πολλή υποσχόμενη είναι η κατηγορία των ενεργοποιητών της γλυκοκοινάσης (GKAs). □

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.

Στις μέχρι σήμερα μελέτες, οι GKAs μείωσαν το σάκχαρο αίματος με δοσοεξαρτώμενο τρόπο και η μείωση αυτή συσχετίστηκε με τη διπλή δράση των GKAs τόσο στην έκκριση ινσουλίνης όσο και στην ηπατική πρόσθιψη της γλυκόζης. Ωστόσο, αναμένονται τα αποτελέσματα και από άλλες εν εξελίξει κλινικές δοκιμές, οι οποίες και θα καθορίσουν κατά πόσο η σχέση κινδύνου-οφέλους θα επιτρέψει την έγκριση των νέων κατηγοριών φαρμάκων για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Επίσης, κατά την πρωινή συνεδρίαση παρουσιάσθηκαν νεότερα δεδομένα σχετικά με τον ρόλο της φρουκτόζης στη διατροφή του διαβητικού ατόμου από τον Β. Λιμενόπουλο. Η φρουκτόζη, ως γνωστόν, διαφημίζεται ως μια γλυκαντική ουσία, η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως υποκατάστατο της ζάχαρης. Οι νεότερες μελέτες, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι η χρήση της φρουκτόζης είναι επιβλαβής, επειδή αυξάνει τα επίπεδα σακχάρου και τριγλυκεριδίων στο αίμα και πιθανόν να αυξάνει και την αρτηριακή πίεση.

Κατά την απογευματινή συνεδρίαση υπό την προεδρία του διοικητή του ΑΧΕΠΑ και ειδικού νεφρολόγου Γ. Βέργουλα, παρουσιάσθηκαν ενδιαφέρουσες εργασίες σχετικά με μεθόδους ελέγχου της νεφρικής λειτουργίας σε άτομα με σακχα-

ρώδη διαβήτη από τον πλέκτορα παθολογίας-διαβητολογίας ΑΠΘ Φ. Ηλιάδην. Η έγκαιρη και σωστή εκτίμηση του βαθμού λειτουργικότητας των νεφρών μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση της επιπλοκής και πιθανόν να βοηθήσει στη βελτίωσή της.

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε στρογγυλή τράπεζα υπό την προεδρία του καθηγητή νεφρολογίας ΑΠΘ και του αναπληρωτή καθηγητή Πυρηνικής Ιατρικής Δ. Γρέκα και Γ. Αρσου, με θέματα την παθογένεια της χρόνιας νεφρικής νόσου, τους τρόπους ελέγχου της λειτουργίας των νεφρών και το καρδιονεφρικό σύνδρομο στον σακχαρώδη διαβήτη.

Η ημέρα έκλεισε με την τελετή έναρξης των εργασιών του 24ου συνεδρίου. Την τελετή έναρξης τίμησαν με την παρουσία τους ο πρόεδρος της Ιατρικής Σχολής, ο πρύτανης του ΑΠΘ, ο δύναρχος και ο νομάρχης Θεσσαλονίκης.

Η κήρυξη έναρξης των εργασιών πραγματοποιήθηκε από τον υφυπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληληγγύης Μ. Τιμοσίδη. Ο υφυπουργός κατά την ομιλία του αναφέρθηκε και στα προβλήματα που παρατηρούνται στον χώρο της υγείας λόγω της οικονομικής κρίσης.

Η τελετή έναρξης έληξε με την εναρκτήρια ομιλία από τον καθηγητή Ιατρικής Σχολής και τ. πρύτανη ΑΠΘ Α. Μάνθο με

θέμα: «Πανεπιστημιακή μετάπλαση: ανάγκη ή επιθυμία;».

Κατά την πρωινή συνεδρίαση της δεύτερης ημέρας του συνεδρίου πραγματοποιήθηκαν δύο ενδιαφέρουσες ομιλίες. Η πρώτη αφορούσε την πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη. Οι σοβαρές ιατρικές και κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και η αναμενόμενη αύξηση της συχνότητάς του στο εγγύς μέλλον, έδωσαν ώθηση σε μελέτες που είχαν ως στόχο την πρόληψή του.

Στην φιλανδική μελέτη πρόληψης του διαβήτη (Finnish Diabetes Prevention Study, FDPS) και στη μελέτη DPP (Diabetes Prevention Program) στις ΗΠΑ παρατηρήθηκε σημαντική μείωση της συχνότητας εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη σε ποσοστό 40 έως 60%. Στις μελέτες αυτές εφαρμόσθηκαν εντατικά προγράμματα άσκησης και υγιεινοδιαιτητικού τρόπου διατροφής για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τα άτομα που συμμετείχαν στις μελέτες είχαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη. Στην άλλη ομιλία παρουσιάσθηκε το θέμα της υπεργήσυκαιμίας λόγω χρόνισης κορτικοειδών.

Στο μεσημεριανό κλινικό φροντιστήριο παρουσιάσθηκαν ενδιαφέρουσες περιπτώσεις ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη από τον ομότιμο καθηγητή ΑΠΘ Δ.



Καραμήτσο.

Στη στρογγυλή τράπεζα της Εταιρείας Παθολογίας Βορείου Ελλάδος, υπό την προεδρία του Εμ. Πάγκαλου, αναπτύχθηκαν τα θέματα της υπέρτασης, της περιφερικής αγγειοπάθειας και των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Έγινε εκτεταμένη αναφορά στην παθογένεια, καθώς και στον τρόπο αντιμετώπισης αυτών των επιπλοκών του διαβήτη.

Στη βραδινή συνεδρίαση αναπτύχθηκαν τα θέματα της διάγνωσης της στεφανιαίας νόσου στον διαβήτη με τις σύγχρονες μεθόδους της μαγνητικής τομογραφίας και της πυρηνικής ιατρικής από τους Θ. Καραμήτσο και Ε. Μωραΐδην. Επίσης, παρουσιάσθηκαν οι σύγχρονοι επεμβατικοί τρόποι αντιμετώπισης της στεφανιαίας νόσου στους διαβητικούς. Τα καρδιαγγειακά προβλήματα, ως γνωστόν, είναι η κύρια αιτία θανάτου των ατόμων με διαβήτη.

Κατά την πρωινή συνεδρίαση της τρίτης και τελευταίας ημέρας του συνεδρίου παρουσιάσθηκε η εργασία που βραβεύθηκε με τίτλο: «Η επίδραση της αερόβιας άσκησης στα επίπεδα απελίνς και γκρελίνς σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2». Η ανωτέρω εργασία αποτελεί μια ακόμη επιβεβαίωση των θετικών επιδράσεων της άσκησης στη ρύθμιση των διαβητικών τύπου 2, όπως το-

νίσθικε πολλές φορές και από άλλες εργασίες και ομιλίες κατά τη διάρκεια του συνεδρίου.

Προσκεκλημένος ομιλητής για την κεντρική ομιλία του συνεδρίου ήταν ο καθηγητής E. Gale, ο οποίος αναφέρθηκε στον τρόπο αντιμετώπισης των ατόμων με διαβήτη. Τόνισε ότι πρέπει οι στόχοι θεραπείας που αφορούν τον διαβήτη να εξαπομικεύονται και να αντιμετωπίζονται παράλληλα και οι άλλοι παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου εκτός του διαβήτη στα διαβητικά άτομα.

Στο μεσημεριανό κλινικό φροντιστήριο αναπτύχθηκε το θέμα της ινσουλινοθεραπείας από τον επίκουρο καθηγητή ΑΠΘ και πρόεδρο της ΔΕΒΕ Τρ. Διδάγγελο.

Στη βραδινή συνεδρίαση, με την οποία τελείωσε και το συνέδριο, αναπτύχθηκαν τα θέματα της διερεύνησης της τρανσαμινασαιμίας σε διαβητικούς, της συχνότητας της μη-αλκοολικής στεατοπατίτιδας, καθώς και ο τρόπος διάγνωσης και αντιμετώπισης της από τους Γ. Νταλέκο, καθηγητή παθολογίας Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Β. Άθυρο, επίκουρο καθηγητή ΑΠΘ και Θ. Βασιλειάδη, επίκουρο καθηγητή ΑΠΘ και αναφέρθηκαν τα ακόλουθα:

Η μη αλκοολική λιπωδούς διήθηση του ήπατος (non-alcoholic fatty liver

disease, NAFLD) προσβάλλει περίπου το ένα τρίτο του γενικού πληθυσμού και κυρίως άτομα με παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, όπως είναι η κεντρικού τύπου παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Η διάγνωση της NAFLD απαιτεί την παρουσία λιπώδους διηθίσεως του ήπατος, χωρίς να συνυπάρχει σημαντική κατανάλωση αλκοόλ. Η επιβεβαίωσή της συνήθως γίνεται με απεικονιστικές τεχνικές, αν και αρκετές φορές απαιτείται η βιοψία του ήπατος. Η πατική βιοψία είναι αναγκαία για την επιβεβαίωση της ίνωσης και τη διάκριση μεταξύ μη αλκοολικής στεατοπατίτιδας και στεάτωσης. Ο συνδυασμός άσκησης και σταδιακής απώλειας βάρους αποτελεί τη βασική αρχή της θεραπευτικής αντιμετώπισης της NAFLD. Θεραπευτικές στρατηγικές που στόχο έχουν την αντίσταση στην ινσουλίνη, τον μεταβολισμό των λιποπρωτεΐνων και τη δράση των φλεγμονώδών κυτταροκινών έχουν δώσει ενθαρρυντικά αποτελέσματα. Ωστόσο, απαιτούνται περαιτέρω μελέτες για την εφαρμογή τους στην κλινική πράξη.

Το συνέδριο χαρακτηρίσθηκε ως εξαιρετικά επιτυχημένο τόσο από πλευράς θεματολογίας και παρουσιάσεων όσο και από πλευράς συζητήσεων και συμμετοχής των γιατρών.

x



Εκδήλωση από τον σύλλογο «Γλυκιά Ισορροπία»

24 Οκτωβρίου 2010, Αντωνιάδεια Στέγη Τεχνών και Γραμμάτων, Βέροια

Η σημασία της αποδοχής, της μάθησης και εκπαίδευσης, καθώς και της συνεχούς ενημέρωσης, που σκοπό έχουν την καταπολέμηση του διαβήτη, τονίστηκε σε εκδήλωση που διοργάνωσε ο σύλλογος διαβητικών Ν. Ημαθίας «Γλυκιά Ισορροπία» στις 24 Οκτωβρίου, υπό την αιγίδα της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ημαθίας

Tην σημασία της αποδοχής, της μάθησης & εκπαίδευσης και της συνεχούς ενημέρωσης που σκοπό έχουν την καταπολέμηση του διαβήτη τόνισαν σε εκδήλωση που διοργάνωσε ο σύλλογος διαβητικών Ν. Ημαθίας «Γλυκιά Ισορροπία» στις 24 Οκτωβρίου του 2010, υπό την αιγίδα της Νομαρχιακής Αυτοδιοίκησης Ημαθίας.

Την εκδήλωση στέριξαν επιστημονικά οι: Ε. Αντιφάκου, Ι. Σαρρής, Γ. Κουλας, Χ. Σαμπάνης, Ι. Ζωγράφου, Μακρυκώστας, Μ. Μήτκα, Μπούροβα, Χ. Κούτρας, Ε. Βελλίου, Μ. Βεριώτου και Α. Ελευθερόπουλος.

Στην ομιλία υπήρξε μεγάλη συμμετοχή από το κοινό, κυρίως ατόμων νεαρής ηλικίας, που παρακολούθησαν με ενδιαφέρον τους ομιλητές.

Οι εισηγητές τόνισαν ότι, αυτά τα τρία βασικά πράγματα είναι τα πιο σημαντικά για την αντιμετώπιση του διαβήτη με τελικό αποτέλεσμα την πρόοδηψη και σαφώς την μείωση των επιπλοκών με σω-

στή διατροφή και καθημερινή άσκηση.

Θα πρέπει να δώσουμε ιδιαίτερη προσοχή στην διατροφή τόσο στα παιδιά, όσο και στους μεγαλύτερους γιατί η παχυσαρκία φέρει αυτομάτως την εμφάνιση του διαβήτη. Δεν κληρονομείται άμεσα, κληρονομείται η προδιάθεση και για την εκδήλωσή της απαιτείται η επίδραση εξωγενών παραγόντων. Χρόνιες επιπλοκές στο διαβήτη τύπου II είναι η Μακροαγγειοπάθεια: (στεφανιαία νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, αρτηριοπάθεια σχηματισμό έλκους κάτω άκρων) και η μικροαγγειοπάθεια: (αρφιβληστροειδοπάθεια επιπλοκή στα μάτια, νευροπάθεια παραμορφώσεις κάτω άκρων, νεφροπάθεια αυξημένη λεύκωματίνη στα ούρα επιπλοκή στους νεφρούς, υπέρταση, λοιμώξεις από βακτήρια και μύκητες με συνέπεια επιπλοκές λεγόμενο το διαβητικό πόδι).

Η αντιμετώπιση του Σακχαρώδη διαβήτη στηρίζεται: **a)** στην επίτευξη χαμηλής γλυκοζιωμένης αιμοσφαιρίνης

HbA1c<7%, **b) στην καλή αρτηριακή πίεση και στις χαμηλές τιμές των τριγλυκεριδίων και **y)** επήσιες εξετάσεις (βιθός εξέταση ματιών μικροθευκωματίνη εξέταση νεφρών, triplex εξέταση αγγείων και αρτηριών) και όλα αυτά έχουν σκοπό την έγκαιρη διάγνωση των επιπλοκών.**

Άτομα υψηλού κινδύνου εμφάνισης διαβήτη θωρούνται αυτά που: **a)** έχουν υψηλές τιμές γλυκόζης νηστικού >100, **b)** γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύνησης, οι οποίες θα πρέπει μέσα στην τριετία να κάνουν επανέλεγχο, περίπου το 15% των εγκύων θα εμφανίσει διαβήτη τύπου II, **y)** γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών και **d)** υπέρβαρα άτομα.

Μία άλλη επιπλοκή που παρατηρείται μετά από χρόνια σε άτομα με διαβήτη είναι οι ενοχλήσεις του πεπτικού συστήματος η λεγόμενη ως γαστροπάρεση η οποία αντιμετωπίζεται και αυτή με την κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή.

Κάτι που δεν πρέπει να αμελείται από κάθε διαβητικό είναι ο υποχρεωτικός εμβολιασμός με το εμβόλιο Ινφλουένζας (κοινό Γρίπης) κάθε φθινόπωρο και του Πνευμονιόκκοκου ανά 5ετία. Κλείνοντας αναφέρουμε πως η σωστή σύνθεση της διατροφής των διαβητικών καθορίζεται ως εξής: πρωτεΐνες 1-1,5g/kg επιθυμητού βάρους του ασθενή 20%, 50% σε υδατάνθρακες και 30 % σε λίπη των ολικών θερμίδων.

Ο σύλλογος «γλυκιά ισορροπία» στο τέλος της εκδήλωσης ευχαρίστησε τους χορηγούς, BAYER ΕΛΛΑΣ, MEDTRONIC και ABBOTT LABARATORIES όπως επίσης και την Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ημαθίας. **x**



Κατάλληλο για ασθενείς
με διαβήτη τύπου 2
σε ινσουλίνη

ONETOUCH®
Vita®

Σημαντικές
στιγμές...



...που γράφουν την ιστορία
του διαβήτη σας



Ο νέος OneTouch Vita σας
επιτρέπει να παρακολουθείτε
εύκολα τους παράγοντες που
επηρεάζουν τη γλυκοζυλιωμένη
αιμοσφαιρίνη

LifeScan, Αγιαλείας και Επιδαύρου 4, 15125, Μαρούσι
Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών: 800 11 78888 χωρίς χρέωση από σταθερό τηλέφωνο,
210 6875770 από κινητό τηλέφωνο.

LIFESCAN
a Johnson & Johnson company

Ημερίδα της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας

22 Ιανουαρίου 2011, «Athens Electra Palace Hotel», Πλάκα

Tα νέα δεδομένα στην αιτιοπαθογένεια και θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2 στα παιδιά, θα συζητηθούν σε ημερίδα που διοργανώνει η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας στις 22 Ιανουαρίου 2011, στο «Athens Electra Palace Hotel» (Πλάκα).

Η ημερίδα, που θα ξεκινήσει στις 9:00 π.μ., θα περιλαμβάνει τις εξής ενότητες:

- Ο ρόλος του «stress» και της κορτιζόλης στη δημιουργία της νοσογόνου παχυσαρκίας και της πρωινής υπεργλυκαιμίας, με ομιλητή τον Γιώργο Χρούσσο.
- Ο ρόλος

του βραδινού ύπνου στην προδιάθεση για διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη και σακχαρώδη διαβήτη 2 στα παιδιά, με ομιλητρια την Χριστίνα Κανακά-Gantenbein.

- MODY: Κλινική διάγνωση και μοριακός έλεγχος, με ομιλητρια την Αμαλία Σερτεδάκη.
- Diagnosis and Treatment of Diabetes Mellitus Type 2 in children, με ομιλητρια τη Silva Arslanian, University of Pittsburg, USA.
- Risk loci for early-onset obesity in children and susceptibility loci for Diabetes Mellitus Type 2, με ομιλητή τον Wieland Kieß, University of Leipzig, Germany.
- To τεχνητό πάγκρεας, «κλειστό κύκλωμα-

closed-loop», σύστημα χορήγησης ινσουλίνης στην επιτυχή θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά, με ομιλητρια τη Βασιλική Γκρέκα-Σπηλιώτη.

- Βλαστοκύτταρα και ίαση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, με ομιλητή τον Αντώνη Γαβαλά.
- Η μεταμόσχευση νησιδίων στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στο 2011, με ομιλητή τον Θεόδωρο Καρατζά.

Την εκδήλωση θα κλείσει η τιμπτική εκδήλωση και δεξίωση που θα γίνει προ τιμήν της ομότιμης καθηγήτριας Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Κατερίνας Δάκου-Βουτετάκη.

20 χρόνια από την ίδρυση της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη 1-15 Δεκεμβρίου 2010, Λέσχη Αξιωματικών, Θεσσαλονίκη

Mε αφορμή την παγκόσμια ημέρα κατά του διαβήτη και τη συμπλήρωση 20 ετών από την ίδρυση της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη διοργανώθηκε εκδήλωση-ημερίδα με θέμα: «Τελευταίες εξελίξεις στην έρευνα και την αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 1» στις 5 Δεκεμβρίου, στη Λέσχη Αξιωματικών Θεσσαλονίκης.

Την ημερίδα χαρέτισαν με την παρουσία τους ο δρ. Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής παιδιατρικής, ο οποίος μίλησε για το αν «υπάρχει τίποτα νεώτερο στην έρευνα και την αντιμετώπιση του διαβήτη», ο δρ. Κυριάκος Καζάκος, παθολόγος-διαβητολόγος, ο οποίος αναφέρθηκε στις αντλίες ινσουλίνης, ο δρ. Μαρία Παπαδοπούλου, αναπληρώτρια καθηγήτρια παιδιατρικής, η οποία μίλησε για «τα οφέλη από την καλή ρύθμιση» και τέλος ο Δημήτρης Χιώτης, παιδιατρος-ενδοκρινολόγος, ο οποίος συντόνισε τη συζήτηση με τους νέους και τις νέες του συλλόγου.

Την 20η Ιανουαρίου 1990 πραγματοποιήθηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο

θεσσαλονίκης η πρώτη συγκέντρωση γονέων παιδιών με διαβήτη, με πρωτοβουλία ορισμένων ατόμων και τη βοήθεια ορισμένων γιατρών. Την ημέρα εκείνη έγινε η ιδρυτική πράξη και ορίσθηκε προσωρινό διοικητικό συμβούλιο, το οποίο επιμελήθηκε το καταστατικό. Στις 15 Μαΐου του ίδιου έτους εγκρίθηκε η ίδρυση του συλλόγου.

Το έργο του συλλόγου δεν ήταν εύκολο, όπως δεν ήταν και η προσέγγιση και εγγραφή μελών από όλη τη βόρεια Ελλάδα, σε μια κοινωνία που ο χρόνια πάθησε στα παιδιά θεωρούνται στίγμα. Για την ενυμέρωση και την επικοινωνία με γονείς και παιδιά πραγματοποιήθηκαν πολλές εκδηλώσεις και ημερίδες στην Καβάλα, Βέροια, Κοζάνη, Πολύγυρο, Καστοριά, Ξάνθη, Φλώρινα, Νάουσα, Σέρρες, Ιωάννινα κ.ά.

Κάθε καλοκαίρι γίνεται κατασκήνωση για παιδιά στις εγκαταστάσεις της ΧΑΝΘ, στον Άγιο Νικόλαο Χαλκιδικής. Το 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.

Οι δεσμοί και φιλίες που αναπτύχθηκαν από τις πρώτες ακόμη κατασκηνώσεις έχουν δημιουργήσει έναν πυρήνα νέων που πλαισιώνουν δυναμικά τον σύλλογο, συμμετέχουν στο διοικητικό συμβούλιο και παίρνουν μέρος σε όλες τις εκδηλώσεις. Δημιουργήσανε ιστοσελίδα στο internet για την προβολή των δράσεων και αναρτήσαν όλη τη σχετική νομοθεσία για θέματα που αφορούν τον σύλλογο.

Συνεργαστήκαν με άλλους ομοειδείς συλλόγους για την από κοινού αντιμετώπιση και επίλυση προβλημάτων. Πρωτοστάτησαν στην προσπάθεια για ενότητα των δύο ομοσπονδιών μαζί με πολλούς άλλους συλλόγους από όλη την Ελλάδα και τροποποίησαν την ονομασία από Ένωση Γονέων Διαβητικών Παιδιών και Εφήβων Βορείου Ελλάδος, σε Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη.

**Τα γραφεία βρίσκονται Ερμού 13, 4ος όροφος.
Τηλ. 2310 223518, email info@diabetic.gr και η πλεκτρονική διεύθυνση είναι www.diabetic.gr**

Καλό για όλους

με έργα.
στην παιδεία. στην υγεία. στον πολιτισμό.
στον αθλητισμό. στο περιβάλλον.

για τον άνθρωπο





«Πιο Εύκολα Μαζί»

Εκπαιδευτικό πρόγραμμα διαβοτικών ατόμων για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη (ιδιαίτερα του τύπου 2) αυξάνει αθματωδώς και πλαμβάνει επιδημικές διαστάσεις σε ολόκληρο τον πλανήτη, οφειλόμενη κυρίως στην καθιστική ζωή, την υπερφαγία και τη συνοδό παχυσαρκία, που επίσης αυξάνει. Η αλλαγή του τρόπου ζωής, με υιοθέτηση πιο υγιεινών συνηθειών (αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, απώλεια βάρους στους παχύσαρκους, σωστή διατροφή) έχει αποδειχθεί ότι μειώνει (ή τουλάχιστον καθυστερεί) σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου στα άτομα αυξημένου κινδύνου



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΜΑΚΡΥΛΑΚΗΣ,

επίκουρος καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτικό
Παθολογική Κλινική και Διαβητολογικό
Κέντρο «Λαϊκό» Νοσοκομείο Αθηνών

της νόσου, με σημαντικότατα ωφέλη, τόσο για τον διαβήτη όσο και για τις επιπλοκές του (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, παχυσαρκία, ψυχολογική διάθεση κ.λπ.). Παρόλα αυτά, η προσπάθεια αλλαγής του τρόπου ζωής παρουσιάζει τεράστιες δυσκολίες εφαρμογής και κυρίως μακροχρόνιας διατήρησης. Προσκρούει σε σημαντικότατα προβλήματα που έχουν να κάνουν τόσο με τους ασθενείς όσο και με τους θεράποντες ιατρούς τους (έλλειψη χρόνου για εκπαίδευση και για εφαρμογή, έλλειψη εξειδικευμένων γνώσεων,

αντιστάσεις λόγω ψυχολογικών και κοινωνικών συνηθειών κ.λπ.). Τις περισσότερες φορές οι άρρωστοι αισθάνονται μόνοι στην προσπάθειά τους αυτή για αλλαγή της συμπεριφοράς και των συνηθειών τους, με αποτέλεσμα να απογοτεύονται και να σταματούν πρόωρα.

Στα πλαίσια αυτά αποτέλεσε μια πολύ ευχάριστη και ενθαρρυντική έκπληξη για μένα η προσπάθεια του **πιλοτικού εκπαιδευτικού προγράμματος «Πιο Εύκολα Μαζί»,** που πραγματοποιήθηκε στον Πειραιά από την «BIOAXIS □

Aλλά και μετά την εμφάνιση του διαβήτη, η υγιεινοδιαιτητική αγωγή θεωρείται ακρογωνιαίος λίθος της θεραπευτικής προσέγγισης

ΜΑΘΕ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΟΥ

Παρατηρείτε;



Πρόσληψη
Βάρους

Αισθάνεστε;



Υπογλυκαιμία

Νιώθετε;



Εξάντληση

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

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

Healthcare Hellas» και σχεδιάστηκε από τον καθηγούτη του τμήματος πρόληψης και θεραπείας του διαβήτη στο πανεπιστήμιο της Δρέσδης, Peter Schwarz και την ομάδα του, ειδικούς στα θέματα συμπεριφεριολογικής προσέγγισης για αλληλαγή του τρόπου zwής με σωστή διατροφή και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Το πρόγραμμα πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της εταιρείας «Novartis» και αποτέλεσε την πρώτη πιλοτική εφαρμογή πανευρωπαϊκά. Η διάρκεια του προγράμματος ήταν τρεις μήνες (Απρίλιος-Ιούνιος), με τη συνεργασία ιδιωτών ιατρών και τη συμμετοχή διαβητικών ατόμων της περιοχής του Πειραιά.

Σκοπός του προγράμματος ήταν να εκπαιδεύσει των διαβητικών στο να κατανοήσουν τη νόσο τους και τα προβλήματά της, να αποκτήσουν κίνητρα και να αναπτύξουν ατομικά σχέδια δράσης για αλληλαγή του τρόπου zwής τους προς ένα πιο υγιεινό πρότυπο, ώστε να είναι σε θέση να τη διαχειριστούν όσο το δυνατόν καλύτερα. Η αλληλαγή της συμπεριφοράς είναι μια διαδικασία δύσκολη, που απαιτεί χρόνο και κόπο, με σημαντικότατα όμως αρέσκι. Απαιτεί από τον κάθε διαβητικό να αναλάβει ο ίδιος την ευθύνη της νόσου του, να κατανοήσει τα προβλήματα και τους κινδύνους που αυτή δημιουργεί στη zwή του, να αποκτήσει συγκεκριμένα και εξατομικευμένα κίνητρα για την αλληλαγή των συνηθειών του και να αναπτύξει ένα συγκεκριμένο και εξατομικευμένο σχέδιο δράσης για αυτήν την αλληλαγή.

Η αποκόμιση γνώσεων από την εμπειρία αυτή, με τις επιτυχημένες αλληλά και αποτυχημένες προσπάθειες, είναι μια σημαντική διαδικασία μέσα από την οποία θα πρέπει να περάσει ο καθένας, ώστε να κατανοήσει τα δικά του ατομικά προβλήματα (τα οποία θα είναι ίσως εντελώς διαφορετικά από τον έναν άνθρωπο στον άλλο) και να μπορέσει να τα αλλάξει. Στην προσπάθεια αυτή, η βοήθεια από άλλους (είτε συντρόφους, μέλη της οικογένειας, φίλους, λειτουργούς υγείας κ.ά.) είναι άκρως σημαντική.

Σκοπός, πλοιόν, του πρωτοποριακού αυτού προγράμματος ήταν αυτός ακριβώς:

- Να βοηθήσει τους συμμετέχοντες να αποκτήσουν κίνητρα για αλληλαγή της συμπεριφοράς τους.
- Να αυξήσουν τα επίπεδα σωματικής τους δραστηριότητας.
- Να κάνουν πιο υγιεινές και ποσοτικά σωστές διατροφικές επιλογές.
- Να μάθουν πώς να αντιμετωπίζουν τις υποτροπές και να διατηρούν τα κίνητρά τους για αλληλαγή.

Η δομή του προγράμματος περιελάμβανε την παρακολούθηση σε εβδομαδιαία βάση επιμορφωτικών σεμιναρίων, σε μικρές ομάδες, με την καθοδήγηση εξειδικευμένων στο θέμα εισηγητών (κυρίως νοσηλευτών και λειτουργών υγείας), οι οποίοι στην ουσία έπαιζαν τον ρόλο του διαμεσολαβητή στην κατανόηση των έως τότε προβλημάτων των συνηθειών του κάθε συμμετέχοντα (καθιστική zwή, ανθυγιεινή διατροφή κ.π.), ώστε να κατανοήσει ο καθένας ατομικά το πρόβλημά του και να θελήσει να το αλλάξει.

Οι πρώτες ενδείξεις είναι ότι το πρόγραμμα στέφθηκε με πολύ μεγάλη επιτυχία. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδειξαν μεγάλο ενθουσιασμό και ενέργο συμμετοχή και δύνωσαν ότι αποκόμισαν σημαντικά οφέλη και γνώσεις από αυτό. Αλλά και για τους θεράποντες ιατρούς των αρρώστων αυτών, η βοήθεια που το πρόγραμμα προσφέρει είναι νομίζω σημαντικότατη. Ο φόρτος εργασίας στα ιατρεία είναι συχνά απαγορευτικός για να αφιερώσει ένας ιατρός εξατομικευμένα στον κάθε ασθενή του τον χρόνο που απαιτείται για να διερευνήσει τις πλανθασμένες συνήθειες της zwής του και να προσπαθήσει, με επανειλημένες προσπάθειες επιτυχίας και αποτυχίας να βιώθησε. Τα φάρμακα μόνο, χωρίς αλληλαγή της συμπεριφοράς, δεν έχουν το βέλτιστο αποτέλεσμα. Η βοήθεια, πλοιόν, που τα σεμινάρια αυτά προσέφεραν στα άτομα με διαβήτη ήταν προς όφελος και των θεραπόντων τους ιατρών, αφού τους απάλλασσαν από τον κόπο και τον

χρόνο της συμπεριφεριολογικής προσέγγισης των ασθενών τους.

Συμπερασματικά, πλοιόν, νομίζω ότι το πρόγραμμα αυτό είναι μια καταπληκτική ιδέα, που ευχής έργο θα ήταν να συνεχισθεί (όπως υπάρχουν σχέδια για επέκτασή του σε πανελλήνιο αλλά και πανευρωπαϊκό επίπεδο) και καταδεικνύει και τη μεγάλη συμβολή που μπορεί να έχουν τόσο οι εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και η φαρμακευτική βιομηχανία σε εκπαιδευτικά ζητήματα, όχι μόνο των ιατρών αλλά και των ιδιων των διαβητικών ατόμων. Ευχής έργο θα ήταν επίσης, η προσπάθεια αυτή να βρει και άλλους μιμητές.



Το πρόγραμμα αυτό καταδεικνύει τη μεγάλη συμβολή που μπορεί να έχουν τόσο οι εταιρείες παροχής υπηρεσιών υγείας όσο και η φαρμακευτική βιομηχανία σε εκπαιδευτικά ζητήματα, όχι μόνο των ιατρών αλλά και των ιδιων των διαβητικών ατόμων.

Ευχής έργο θα ήταν η προσπάθεια αυτή να βρει και άλλους μιμητές

Μετά τα αντιδιαβητικά δισκία τι...;

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατροκοινωνικά προβλήματα τόσο στις αναπτυγμένες όσο και στις αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου. Αντιπροσωπεύει την πλέον συχνή χρόνια νόσο με αυξημένη θνητότητα και θνησιμότητα, καθώς και τεράστιο οικονομικό κόστος. Ο επιπολασμός δε της νόσου ποικίλει μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών



 **ΕΡΥΦΙΛΗ Ε. ΧΑΤΖΗΑΓΓΕΛΑΚΗ,**
επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας Β' Προ. Παθολογική Κλινική
και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημιακό Γ.Ν. «Αττικόν»

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μια ετερογενής και προοδευτικά εξελισσόμενη, που χαρακτηρίζεται αφενός από δυσλειτουργία του β-κυττάρου με σχετική έλλειψη ινσουλίνης και αφετέρου από αντίσταση της ινσουλίνης στους περιφερικούς ιστούς. Στην εμφάνιση της νόσου πάσχουν και οι δύο μηχανισμοί, αλλά διαφέρει ο ρόλος τους όσον αφορά την εμφάνιση της υπεργλυκαιμίας.

Η αντίσταση στην ινσουλίνη μπορεί να προηγείται της εμφάνισης της υπεργλυκαιμίας και του κλινικού τύπου 2 διαβήτη. Η κατάσταση αυτή χαρακτηρίζεται ως διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης (IGT). Ως απόκριση στην αντίσταση στην ινσουλίνη και στην προσπάθειά του να αντιρροπίσει το β- κύτταρο, αυξάνεται η έκκριση ινσουλίνης, με αποτέλεσμα η γλυκόζη νηστείας να παραμένει αρχικά εντός φυσιολογικών επιπέδων. Η επιδεινού-

μενη δυσλειτουργία του β- κυττάρου σε συνδυασμό με την επιδεινούμενη αντίσταση στην ινσουλίνη έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση της υπεργλυκαιμίας.

Όπως έχουν δείξει διάφορες μελέτες προηγείται ένα χρονικό διάστημα περίπου 10-12 ετών πλανθάνουσας υπεργλυκαιμίας, αρχικά μόνο μεταγευματικά, η οποία όμως σταδιακά εξελίσσεται σε έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Ενώ η έκκριση ινσουλίνης από ένα φυσιολογικό β-κύτταρο ακολουθεί δύο φάσεις -την πρώτη και δεύτερη- στον διαβήτη τύπου 2 η δυσλειτουργία του β- κυττάρου στο αρχικό στάδιο της νόσου οδηγεί σε «ακαμψία» έκκρισης της ινσουλίνης με απώλεια της πρώτης φάσης έκκρισης ινσουλίνης, η οποία αντιπροσωπεύει ουσιαστικά την άμεση απελευθέρωση ινσουλίνης και η φάση αυτή ολοκληρώνεται μέσα σε 6-10 λεπτά.

Η πρώτη φάση έκκρισης ινσουλίνης είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη ρύθμιση των μεταγευματικών αυξήσεων της γλυκόζης. Στοχεύει πρωταρχικά ιστούς όπως οι μύες και το ήπαρ, διεγείροντας την ταχύτατη απομάκρυνση της γλυκόζης και αναστέλλοντας την ηπατική παραγωγή γλυκόζης. Έτσι, εξασφαλίζεται ότι τα επίπεδα της γλυκόζης μετά από ένα γεύμα δεν θα αυξηθούν υπερβολικά.

Η δεύτερη φάση έκκρισης ινσουλίνης περιλαμβάνει την καθυστερημένη και παρατεταμένη έκκριση τόσο της αποθηκευμένης όσο και της νεοσυντιθέμενης ινσουλίνης και διαρκεί μέχρι ότου τα επίπεδα της γλυκόζης επανέλθουν στα φυσιολογικά επίπεδα.

Υπάρχει δυνατότητα παρέμβασης;

Οι ινσουλίνες αυτές, Glargine και Detemir, προσφέρουν 24ωρη δράση με μία μόνο ένεση την ημέρα [πρωί ή βράδυ] όσον αφορά την Glargine και μία με δύο ενέσεις όσον αφορά την Detemir και εξασφαλίζουν έτσι σταθερά επίπεδα δράσης καθ' όλο το 24ωρο χωρίς αιχμές [κορύφωση], για αυτό και ο κίνδυνος των υπογλυκαιμιών είναι πολύ μικρότερος από ότι της ινσουλίνης ενδιάμεσης ή μακράς δράσης.

Πρέπει να αντιμετωπίζουμε τον διαβήτη όσο το δυνατόν πρωινότερα, ώστε να αποφύγουμε τις μικρο- και μακροαγγειακές επιπλοκές και να παρακολουθούμε την καλή ρύθμιση της γλυκόζης προσδιορίζοντας τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c). Η HbA1c είναι ένας δείκτης της μέσης συγκέντρωσης γλυκόζης στο αίμα των 2-3 προηγούμενων μηνών και αποτελεί σήμερα τον καλύτερο δείκτη παρακολούθησης της γλυκαιμικού επέλεγχου. Στη μείωση της HbA1c συνεισφέρουν τόσο οι προγευματικές όσο και οι μεταγευματικές τιμές γλυκόζης.

Ο Monnier και συν. υποστηρίζουν ότι για να πετύχουμε χαμηλά επίπεδα HbA1c, θα πρέπει να στοχεύσουμε περισσότερο στη μεταγευματική υπεργλυκαιμία, δεδομένου ότι ο διαβητικός ασθενής τα 2/3 του 24ωρου βρίσκεται σε μεταγευματική κατάσταση.

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) πρέπει να είναι $<7,0\%$ σύμφωνα με την αμερικανική διαβητολογική εταιρεία (ADA) ή $<6,5\%$ σύμφωνα με τον παγκόσμιο οργανισμό διαβήτη (IDF) με γλυκόζη νηστείας 90-130 mg% (ADA) ή $<110\text{ mg\%}$ (IDF) και μεταγευματική γλυκόζη $<180\text{ mg\%}$ (ADA) ή $<145\text{ mg\%}$ (IDF). Πρέπει, όμως, πάντα να λαμβάνουμε υπ' όψιν την ηλικία, τη διάρκεια διαβήτη αλλά και τις καθημερινές ανάγκες του κάθε διαβητικού ασθενή ξεχωριστά.

Σύμφωνα με τη βρετανική μελέτη UKPDS, κάθε 1% μείωση της HbA1c επιφέρει σημαντικού βαθμού μείωση του κινδύνου για μακρο- και μικροαγγειακές επιπλοκές.

Πώς αντιμετωπίζεται θεραπευτικά ο σακχαρώδης διαβήτης

Δεδομένου ότι ο διαβήτης είναι μια χρόνια και συνήθως «ισόβια» πάθηση με τη θεραπεία γίνεται προσπάθεια ρύθμισης των υψηλών τιμών της γλυκόζης και όχι ίσοπη. Η θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη έχει τρία βασικά σκέλη:

1. Δίαιτα και άσκηση
2. Αντιδιαβητικά δισκία
3. Ινσουλίνη

1. Δίαιτα και άσκηση

Η σωστή διατροφή, ή δίαιτα όπως

λανθασμένα συνηθίζουμε να λέμε, και η σωματική άσκηση είναι οι ακρογωνιαίοι λίθοι κάθε θεραπευτικής προσέγγισης του σακχαρώδη διαβήτη. Το διαιτολόγιο του διαβητικού καθορίζεται με βάση τους στόχους της θεραπείας, λαμβάνοντας παράλληλα υπ' όψιν τις ανάγκες και τις διατροφικές συνήθειες των ασθενών. Το διαιτολόγιο του διαβητικού δεν είναι διαιτολόγιο «πείνας» όπως συνέβαινε παλαιότερα και περιλαμβάνει συνήθως 45-65% υδατάνθρακες, 30-35% λίπος και 10-20% πρωτεΐνες. Η σωματική άσκηση αποτελεί επίσης μια σημαντική παράμετρο ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη, αλλά παράλληλα έχει και ευνοϊκή επίδραση και σε άλλους παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά νοσήματα.

Ας μνηξενάμε ότι η υγιεινοδιαιτητική παρέμβαση πρέπει να τηρείται με όσο το δυνατόν μεγαλύτερη «ευηλάβεια» σε όλη τη διάρκεια της ζωής ενός διαβητικού ατόμου.

2. Αντιδιαβητικά δισκία

Τα αντιδιαβητικά δισκία χορηγούνται σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και κατανέμονται σε κατηγορίες ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους: **α) Σουλφούλουρίες** (γλιβενκλαμίδη, γλικλαζίδη, γλιμεπιρίδη): είναι τα παλαιότερα και ισχυρότερα φάρμακα που διεγείρουν την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας, **β) γλινίδες** (νατεγλινίδη, ρεπαγλινίδη): νεότερα ινσουλίνοεκκριτικά φάρμακα όχι τόσο ισχυρά και με μικρότερη διάρκεια δράσης. Αποτελούν ίσως την καλύτερη επιλογή για την αντιμετώπιση της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας, **γ) διγουανίδια** (μετφορμίνη): η μετφορμίνη αναστέλλει κυρίως την ππατική παραγωγή γλυκόζης και σύμφωνα με τις κατευθυντήριες οδηγίες είναι το φάρμακο πρώτης επιλογής μετά την αποτυχία των υγιεινοδιαιτητικών παρεμβάσεων, **δ) γλιταζόνες** (π.χ. πιογλιταζόνη): τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν τη δράση της ινσουλίνης και έχουν αντιοξειδωτικές ιδιότητες όσον αφορά την αθηρωμάτωση, **ε) αναστολείς των αγλυκοσιδασών** (ακαρβόζη): ο ακαρ-

βόζη δρα στο πεπτό έντερο και καθυστερεί την απορρόφηση των υδατανθράκων, στ] γλιπιτίνες ή DPP-4 αναστολέις (σιταγλιπιτίνη, βινταγλιπιτίνη, σαξαγλιπιτίνη): προκαθίουν αύξηση της έκρισης ινσουλίνης και μείωση της παραγωγής γλυκαγόνης και ζ] μιμητικά της ινκρετίνης (εξενατίδη, πιρανγκλουτίδη): προάγει την έκκριση ινσουλίνης και μειώνει την έκκριση γλυκαγόνης ανάλογα με τα επίπεδα της γλυκόζης. Χρησιμεύεται μόνο σε διαβητικούς τύπου 2.

3. Ινσουλίνη

Η ινσουλίνη ως θεραπευτικό μέσο χρησιμοποιείται από το 1921. Οι πρώτες ινσουλίνες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν χοίρειας ή βόειας προέλευσης. Πολύ αργότερα, στις αρχές της δεκαετίας του 1980, άρχισε να χρησιμοποιείται η ανθρώπινη ινσουλίνη, αυτή δηλαδή που έχει δομή ίδια με αυτήν που παράγει το ανθρώπινο πάγκρεας.

Ανάλογα με τον χρόνο έναρξης και διάρκειας της δράσης τους, οι ινσουλίνες διακρίνονται σε:

1. Ινσουλίνες ταχείας δράσης
2. Ινσουλίνες ενδιάμεσης
3. Ινσουλίνες μακράς δράσης

Οι χρόνοι έναρξης της δράσης των ινσουλίνων αυτών είναι περίπου 30 λεπτά, 2 ώρες και 2-4 ώρες αντίστοιχα, ενώ η αντίστοιχη διάρκεια δράσης είναι περίπου 4 ώρες, 12-16 ώρες και 18-20 ώρες.

Οι ινσουλίνες ταχείας δράσης έχουν το μειονέκτημα ότι δεν μοιάζουν σόσο θα έπρεπε με την ινσουλίνη που εκκρίνεται από το φυσιολογικό πάγκρεας των ατόμων χωρίς διαβήτη (αυτή δρα άμεσα και διαρκεί λίγο), ενώ οι ινσουλίνες ενδιάμεσης και μακράς δράσης το σχετικό μειονέκτημα ότι η δράση τους ξεκινά σιγά-σιγά, κάποτε κορυφώνεται και στη συνέχεια μειώνεται μέχρι να σταματήσει τελείως. Το αποτέλεσμα είναι, όταν η δράση κορυφώνεται, υπάρχει κίνδυνος ο διαβητικός να πάθει υπογλυκαιμία, ενώ όταν πλησιάζει το τέλος της δράσης της ινσουλίνης, το σάκχαρο του ατόμου με διαβή-

τη αυξάνει.

Ανάλογα ινσουλίνες

Οι προσπάθειες των ερευνητών να παρασκευάσουν ινσουλίνες που να μην εμφανίζουν τα μειονεκτήματα των ανθρώπινων ινσουλίνων ταχείας και ενδιάμεσης ή βραδείας δράσης καρποφόρους με την ανακάλυψη των πλεονέμων «αναλόγων» ινσουλίνης. Τα «ανάλογα» των ινσουλίνων ταχείας δράσης -Lispro, Aspart και Glulisine- ξεκινούν να δρουν σχεδόν αμέσως μετά την ένεση και κρατούν πρακτικά μόνο δύο με τρεις ώρες. Υπάρχουν σήμερα όμως και τα «ανάλογα» ινσουλίνων μακράς δράσης.

Μετά από έρευνα δεκαετιών ήρθε αρχικά στο προσκήνιο η ινσουλίνη, με το όνομα Glargine, να κάνει πραγματική επανάσταση στον τομέα αυτό και τελευταία διατίθεται και δεύτερο ανάλογο μακράς δράσης που είναι η ινσουλίνη Detemir.

Οι ινσουλίνες αυτές, Glargine και Detemir, προσφέρουν 24ωρη δράση με μία μόνο ένεση την ημέρα (πρωί ή βράδυ) όσον αφορά την Glargine και μία με δύο ένεσεις όσον αφορά την Detemir και εξασφαλίζουν έτσι σταθερά επίπεδη δράσης καθ' όλο το 24ωρο χωρίς αιχμές (κορύφωση), για αυτό και ο κίν-

δυνος των υπογλυκαιμιών είναι πολύ μικρότερος απ' ότι της ινσουλίνης ενδιάμεσης ή μακράς δράσης. Ενδείκνυνται στη θεραπεία του τύπου 1 και του τύπου 2 διαβήτη και μπορούν να συνδυαστούν με ινσουλίνες ταχείας δράσης ή τα ανάλογα Lispro, Aspart ή Glulisine, καθώς και με αντιδιαβητικά δισκία.

Συνδυάζοντας τα ανάλογα ινσουλίνες μακράς δράσης με ινσουλίνες ταχείας δράσης (ή ανάλογα ταχείας δράσης) καταφέρνουμε να μιμηθούμε σε πολύ ικανοποιητικό βαθμό τον τρόπο έκκρισης της ινσουλίνης από το πάγκρεας του ατόμου χωρίς διαβήτη, που βασικά συνίσταται στην έκκριση σχεδόν σταθερών, μικρών ποσοτήτων ινσουλίνης καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου και την απότομη έκκριση μεγάλων ποσοτήτων αμέσως μετά τα γεύματα.

Μίγματα Ινσουλίνων

Τα μίγματα ινσουλίνων που κυκλοφορούν και στη χώρα μας περιέχουν είτε ινσουλίνη ταχείας δράσης είτε ανάλογο ταχείας δράσης σε συνδυασμό με ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης.

Έχει αποδειχθεί ότι τα μίγματα με ανάλογο ταχείας δράσης σχετίζονται με λιγότερες υπογλυκαιμίες σε σύγκριση με τα παλαιότερα και επιτυγχάνει κα-



πλύτερος έλεγχος όσον αφορά τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία. Υπάρχει δυνατότητα χορήγησης αρέσως πριν από τα γεύματα με προβλέψιμη διάρκεια δράσης και βελτιωμένη συμμόρφωση των διαβητικών ασθενών.

Ένδειξη θεραπείας με ινσουλίνη έχουν οι ασθενείς με:

- Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1
- Διαβήτη κυήσεως (όταν δεν επαρκεί η υγειεινοδιαιτητική αγωγή)
- Σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2
 - Αστοχία της αγωγής με αντιδιαβητικά δισκία.
 - Περίοδοι stress (διαβητική κετοξέωση, μη κετωτικό υπερωσμωτικό κώμα, χειρουργική επέμβαση, τραυματισμός, λοίμωξη, οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, ισχαμία κάτω άκρου ή άτονο έλικος κ.λπ.).
 - Σοβαρή πηπατική ή νεφρική βλάβη.
 - Άμεση έναρξη ινσουλίνοθεραπείας μπορεί να απαιτηθεί κατά τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, όταν οι τιμές της γλυκόζης αίματος είναι υπερβολικά υψηλές και ο $HbA1c > 9\%$, καθώς υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι αυτή αίρει τη γλυκοτοξικότητα και βοηθά στην ευκολότερη και ταχύτερη επίτευξη ευγλυκαιμίας.

Η χορήγηση ινσουλίνης με σκοπό την κατά το δυνατόν άριστη γλυκαιμική ρύθμιση απαιτεί συστηματικό αυτοέλεγχο της γλυκόζης αίματος και συγχρονισμό γευμάτων. Προγράμματα εκπαίδευσης πρέπει να ακολουθούνται ώστε κάθε διαβητικός ασθενής, που εντάσσεται σε ινσουλίνοθεραπεία, να αποκτά την ικανότητα να μετέχει ενεργητικά στο θεραπευτικό πρόγραμμα που πρόκειται να ακολουθήσει.

Θεραπευτικά σχήματα με ινσουλίνη

Η ινσουλίνοθεραπεία εξατομικεύεται ανάλογα με τον στόχο του γλυκαιμικού ελέγχου σε κάθε ασθενή με διαβήτη ξεχωριστά. Τα σχήματα που συνήθως χρησιμοποιούνται είναι τα εξής:

1) Συμβατικό σχήμα: 1 ή 2 ενέσεις την ημέρα

2) Εντατικοποιημένο σχήμα: 3-4 ενέσεις την ημέρα

3) Αντηλίες ινσουλίνης

Συμβατικό σχήμα

- Χορήγηση ινσουλίνης μία φορά την ημέρα, πρωί ή βράδυ πριν το φαγητό (ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνη ή ανάλογο μακράς δράσης) και σε συνδυασμό με αντιδιαβητικά δισκία
- Χορήγηση ινσουλίνης δύο φορές την ημέρα (ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνη ή μίγμα ινσουλίνης)

Θεραπεία πολλαπλών ενέσεων [εντατικοποιημένη ινσουλίνοθεραπεία]

Η θεραπεία πολλαπλών ενέσεων χρησιμοποιείται από άτομα με διαβήτη, τα οποία έχουν δυσκολίες στο να επιτύχουν ιδανικό γλυκαιμικό έλεγχο με 1-2 ενέσεις την ημέρα. Η θεραπεία αυτή είναι πολύ ευέλικτη και θεωρείται ιδανική για πολύ δραστήρια άτομα, τα οποία δεν μπορούν να τηρήσουν το αυστηρό πρόγραμμα γευμάτων που απαιτεί η θεραπεία των δύο ενέσεων την ημέρα. Στη θεραπεία πολλαπλών ενέσεων, οι διαβητικοί πλαμβάνουν μία δόση ταχείας δράσης ινσουλίνη, συνήθως ανάλογο ταχείας δράσης, πριν από κάθε γεύμα (γευματική ινσουλίνη) και μία ενδιάμεσης δράσης ινσουλίνη, συνήθως ανάλογο μακράς δράσης πρωί ή βράδυ, ως βασική ινσουλίνη.

Ανάλογα βέβαια με το γλυκαιμικό προφίλ του κάθε ασθενούς επιλέγουμε και την ινσουλίνη που θα χρησιμοποιήσουμε ως εξής:

1. Για ασθενείς με πολύ αυξημένη $HbA1c$ και συνεχή υπεργλυκαιμία απαιτείται βασική και γευματική ινσουλίνη.
2. Για ασθενείς με αυξημένη $HbA1c$ και μεταγευματική υπεργλυκαιμία απαιτείται γευματική ινσουλίνη.
3. Για ασθενείς με αυξημένη γλυκόζην της επιτροπής της ημέρας απαιτείται συνήθως βασική ινσουλίνη □

Σήμερα προτιμώνται τα νεότερα ταχείας δράσης ανάλογη ινσουλίνης (Lispro, Aspart, Glusilin) σε σχέση με τις παλιότερες ανθρώπινες ταχείας δράσης ινσουλίνες (Actrapid, Regular). Έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης και χορηγούνται άμεσα πριν το γεύμα διευκολύνοντας τη συμμόρφωση των ασθενών, ενώ τα σκευάσματα ανθρώπινης ινσουλίνης πρέπει να χορηγούνται περίπου 30 λεπτά πριν το γεύμα

Ποιος είναι όμως ο ρόλος της «βασικής» και «γευματικής» ινσουλίνης;

Η βασική ινσουλίνη:

Καθύπτει το 50% των ημεροσίων αναγκών και σταθεροποιεί τα επίπεδα γλυκόζης.

Η «γευματική» ινσουλίνη που χορηγείται στα γεύματα ή για διόρθωση υψηλών τιμών σακχάρου περιορίζει τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία και η δόση καθορίζεται σύμφωνα με τα ισοδύναμα υδατανθράκων, καθώς και με βάση την προγευματική τιμή σακχάρου.

Υπολογίζουμε τους υδατάνθρακες του γεύματος και:

- **Για κάθε 10-12 γραμ. υδατάνθρακων χορηγούμε:** 2 IU ινσουλίνης το πρωί, 1 IU το μεσημέρι και 1 IU το βράδυ (ανάλογα πάντα με τις ανάγκες του κάθε ασθενούς)
- **Για τυχόν διόρθωση:** 1 IU ινσουλίνης κατεβάζει το σάκχαρο κατά 25-50 mg%

Τι είναι η βασική ινσουλίνη;

Σε φυσιολογικά άτομα σε περιόδους νηστείας παράγεται συνεχώς ινσουλίνη σε χαμηλά επίπεδα και έτσι ελέγχεται η ηπατική παραγωγή γλυκόζης. Η υποκατάσταση αυτής της βασικής έκκρισης γίνεται με τη χορήγηση «βασικής ινσουλίνης», δηλαδή ινσουλίνην ενδιάμεσης ή βραδείας δράσης που χορηγούνται 1 ή 2 φορές ημεροσίως. Σήμερα χρησιμοποιούνται σχεδόν αποκλειστικά τα νεώτερα μακράς δράσης ανάλογα ινσουλίνης Glargine και Detemir. Προκαλούν σχετικώς σταθερά επίπεδα ινσουλίνης μέσα στο 24ωρο με μικρή ενδοατομική διακύμανση και έτσι έχουν περισσότερο προβλέψιμη δράση, με αποτέλεσμα να είναι δυνατή η καλή ρύθμιση με λιγότερες υπογλυκαιμίες, κυρίως νυχτερινές. Αρκετοί προτιμούν τη χορήγησή τους το βράδυ εξασφαλίζοντας ισχυρότερη δράση τη νύχτα, που στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι επιθυμητή για τη μείωση της νυχτερινής ηπατικής παραγωγής γλυκόζης.

Σημειώνεται ότι δεν είναι γνωστή η

ασφάλεια των νεότερων αναλόγων στη κύνηση. Για αυτό και πρέπει να ενημερώνονται οι διαβητικές γυναίκες που βρίσκονται σε γόνιμη ηλικία ότι στον προγραμματισμό της κύνησης αυτά θα πρέπει να διακόποτονται και να χορηγούνται ανθρώπινες ινσουλίνες ενδιάμεσης ή ταχείας δράσης ή να χρησιμοποιείται αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης (CSII).

«Τιτλοποίηση» βασικής ινσουλίνης

Έλεγχος γλυκόζης αίματος πριν το πρωινό γεύμα για τέσσερις συνεχόμενες ημέρες με στόχο η γλυκόζη νηστείας να μην υπερβαίνει τα 80-120mg/dl.

Αν ο μέσος όρος των μετρήσεων είναι:

- > 120mg/dl: αύξηση της δόσης της βασικής ινσουλίνης κατά 2 IU
- 80-120mg/dl: καμία μεταβολή στη δόση
- Αν υπάρχει επεισόδιο σοβαρής νυχτερινής υπογλυκαιμίας ή γλυκόζη νηστείας < 80mg/dl: μείωση δόσης κατά 2 IU

Εφάπαξ δόσεις ινσουλίνης (bolus)

Πρόκειται για τη χορήγηση ινσουλίνης ταχείας δράσης με σκοπό τον έλεγχο της μεταγευματικής υπεργλυκαιμίας (**γευματικές δόσεις**) ή την άμεση μείωση τυχαίων υψηλών σακχάρων αίματος σε οποιαδήποτε ώρα (**διορθωτικές δόσεις**).

Σήμερα προτιμώνται τα νεότερα ταχείας δράσης ανάλογα ινσουλίνης (Lispro, Aspart, Glusiline) σε σχέση με τις παλιότερες ανθρώπινες ταχείας δράσης ινσουλίνης (Actrapid, Regular). Έχουν ταχύτερη έναρξη δράσης και χορηγούνται άμεσα πριν το γεύμα διευκολύνοντας τη συμμόρφωση των ασθενών, ενώ τα σκευάσματα ανθρώπινης ινσουλίνης πρέπει να χορηγούνται περίπου 30 λίπετά πριν το γεύμα.

Πριν από κάθε γεύμα απαιτείται μέτρηση της γλυκόζης αίματος. Επομένως απαιτείται αυτοέλεγχος γλυκόζης τρεις τουλάχιστον φορές ημεροσίως. Η δόση που θα χορηγηθεί εξαρτάται από την τιμή της γλυκόζης και τη σύσταση της τροφής. Υπολογίζεται κάθε φορά από τον διαβητικό ως το άθροισμα των μονάδων ινσουλίνης που χρειάζονται για τα ισο-

δύναμα υδατανθράκων του γεύματος, και των μονάδων ινσουλίνης που απαιτούνται για τη διόρθωση της γλυκόζης πριν το γεύμα, χρησιμοποιώντας παραμέτρους που προσδιορίζονται σε συνεργασία με τον γιατρό.

Αντλίες ινσουλίνης

Βέβαια ακόμα καλύτερη προσέγγιση της φυσιολογικής έκκρισης ινσουλίνης επιτυγχάνεται με τις **αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης**. Η ινσουλίνη που χρησιμοποιείται από την αντλία είναι τα ανάλογα ταχείας δράσης. Αυτό το έχουν απόλυτη ανάγκη ιδιαίτερα τα άτομα με τύπου 1 διαβήτη, προκειμένου να ρυθμίσουν όσο γίνεται καλύτερα το ζάχαρό τους και να αποφύγουν τις επιπλοκές. Η χρήση των αντλιών βέβαια προϋποθέτει συνεργάσιμο ασθενή που να έχει περάσει το στάδιο της εντατικοποιημένης ινσουλίνοθεραπείας, εκπαίδευση και συνεχή ιατρική και τεχνολογική υποστήριξη. Εάν τηρηθούν αυτές οι προϋποθέσεις, η αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης αποτελεί πλέον έναν απολύτως ασφαλή τρόπο θεραπείας των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Σε κάθε περίπτωση στόχος της ινσουλίνοθεραπείας όπως και κάθε άλλης θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη είναι η αποκατάσταση των αυξομειώσεων της γλυκόζης αίματος στη διάρκεια του 24ωρου. Όσον αφορά τα σχήματα ινσουλίνοθεραπείας υπάρχουν σήμερα πολλές εναλλακτικές λύσεις για την κάλυψη κάθε τύπου διαβητικού με απώτερο σκοπό πάντα την καλή ρύθμιση προς αποφυγή των επιπλοκών. Σκοπός όλων είναι να επιτύχουμε ικανοποιητική ρύθμιση χωρίς υπογλυκαιμίες και καλή ποιότητα καθημερινής ζωής.

Ας μην ξενώμε ότι το κάθε είδος ινσουλίνοθεραπείας εξαπομπεύεται πάντα ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενούς και απαιτεί συνεργασιμότητα και συνεχή αυτοέλεγχο.

Η τεχνολογία των Gel χρησιμοποιείται σε νέο τεχνητό πάγκρεας

Ερευνήτρια έχει ανακαλύψει ένα τεχνητό πάγκρεας που, σύμφωνα με τα λεγόμενά της, θα προκαλέσει επανάσταση στον χώρο του διαβήτη



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ,
παιδίατρος-ενδοκρινολόγος,
υπεύθυνος Παιδοενδοκρινολογικού Ιατρείου
Νοσοκομείου «Μπτέρα»



H συσκευή αυτή, που αναπτύχθηκε από την καθηγήτρια Joan Taylor, στο πανεπιστήμιο De Montfort (DMU), στο Leicester (Αγγλία),

μπορεί να βάλει ένα τέλος στις καθημερινές ενέσεις ινσουλίνης, που οι διαβητικοί είναι υποχρεωμένοι να κάνουν προκειμένου να ρυθμίσουν τα επίπεδα του σακχάρου αίματος. Τα επίπεδα του σακχάρου αίματος φυσιολογικά ελέγχονται από την ορμόνη ινσουλίνη, που εκκρίνεται από το πάγκρεας, όταν χρειάζεται. Το νέο τεχνητό πάγκρεας, που εφούρε ο κα Taylor, είναι φτιαγμένο από μια μεταλλική θήκη, που περιέχει την ινσουλίνη μέσα σε ένα φράγμα από gel.

Όταν τα επίπεδα του σακχάρου αίματος ανεβαίνουν, το gel αρχίζει να ρευστοποιείται, με αποτέλεσμα να απελευθερώνεται ινσουλίνη. Η ινσουλίνη διοχετεύεται ενδοφλέβια στο έντερο και τελικά στο ήπαρ, όπως ακριβώς συμβαίνει και σε ένα φυσιολογικό άτομο. Καθώς η ινσουλίνη ελαττώνει τα επίπεδα του σακχάρου αίματος, το gel αντιδρά και στεγανοποιείται, σταματώντας την παροχή ινσουλίνης. Η καθηγήτρια Taylor ισχυρίζεται ότι αυτό σημαίνει ότι η κατάλληλη ποσότητα ινσουλίνης απελευθερώνεται αυτόματα, όταν το σώμα τη χρειάζεται, σταματώντας έτσι τις καθημερινές ενέσεις με tous μαντικούς υπολογισμούς των διαβητικών, όταν προσπαθούν να ελέγχουν το σάκχαρο αίματος. Αυτό το τεχνητό πάγκρεας, που αυτήν τη στιγμή βρίσκεται σε προ-κλινικές μελέτες, θα εμφυτεύεται μεταξύ της τελευταίου πλευρού και του λαγόνιου οστού και θα γεμίζει με ινσουλίνη κάθε λίγες εβδομάδες.

Η κα Taylor, καθηγήτρια φαρμακευτικής στο DMU, είπε ότι συνειδητοποίησε ότι μπορούσε να χρησιμοποιήσει μια συγκεκριμένη πρωτεΐνη για να φτιάξει ένα gel που θα μπορούσε να αντιδράσει

με τη γλυκόζη. Όταν εκτίθεται σε σωματικά υγρά κοντά στα εσωτερικά όργανα, το gel αντιδρά ανάλογα με την ποσότητα της γλυκόζης, που είναι παρούσα σε αυτά. Υψηλές συγκεντρώσεις κάνουν το gel να μαλακώνει και να απελευθερώνει ινσουλίνη στην κυκλοφορία του αίματος. Όταν τα επίπεδα της γλυκόζης γίνουν φυσιολογικά gel ξαναπήζει, ελέγχοντας τέλεια τη δόση ινσουλίνης. Φαίνεται ότι αυτή η συσκευή δεν θα αφαιρέσει μόνο την ανάγκη ενέσεων ινσουλίνης με το χέρι, αλλά και θα εξασφαλίζει τη χορήγηση δόσεων με θαυμαστή ακρίβεια, κάθε φορά. Έτσι, ελέγχοντας τα σάκχαρα αίματος τόσο αποτελεσματικά, οι ερευνητές ελπίζουν να αποτραπούν οι επιπλοκές του διαβήτη πιο αποτελεσματικά.

Οι σχεδιαστές αυτής της συσκευής υποστηρίζουν ότι δεν θα χρειαστεί εσωτερική τοποθέτηση κάποιας μπαταρίας ή άλλου μέρους και έτσι αυτή η αντλία θα είναι «αόρατη» εξωτερικά. Ελπίζουν δε, να μπορέσουν να ξεκινήσουν τις κλινικές μελέτες σε μερικά χρόνια και αν αυτές είναι επιτυχημένες, η συσκευή τα είναι έτοιμη για κυκλοφορία σε 5-10 χρόνια.

Αυτός ο τρόπος συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης ακούγεται ενδιαφέρον και διαφορετικός. Είναι άγνωστο αν το gel θα συμπεριφερθεί όπως υποστηρίζουν και ελπίζουν οι ερευνητές επικεντρώνονται, περισσότερο από πριν, σε διάφορες ιδέες και τεχνολογίες, όσον αφορά τα κλειστά κυκλώματα χορήγησης ινσουλίνης σε διαβητικούς τύπου 1. Αυτό που απομένει είναι να δούμε την αποτελεσματικότητά τους...

ACCORD Eye Study

Επιβράδυνση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε ασθενείς υψηλού καρδιαγγειακού κινδύνου

Η μελέτη ACCORD¹ (Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes) είναι μια σημαντική κλινική μελέτη που συμπεριέλαβε 10.251 ασθενείς με τύπου 2 ΣΔ με χαρακτηριστικά υψηλού κινδύνου για καρδιαγγειακά συμβάματα (έμφραγμα μυοκαρδίου, εγκεφαλικό). Η μελέτη αξιολόγησε 3 εντατικές θεραπευτικές στρατηγικές σε μια προσπάθεια περαιτέρω μείωσης των καρδιαγγειακών συμβαμάτων



ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΧΑΡΩΝΗΣ,

M.D., διπλ. American & European Boards of Ophthalmology,
διευθυντής Τμήματος Αμφιβληστροειδούς & Οφθαλμικής Γενετικής
Χειρουργική Υαλοειδούς - Αμφιβληστροειδούς
Οφθαλμικές Φλεγμονές, Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision



Συγκεκριμένα, μελέτησε το θεραπευτικό αποτέλεσμα της εντατικής ρύθμισης του σακχάρου (μέση σ γλυκοζυλωμένη αιμοσφαιρίνη 6.4% σε σχέση με ομάδα ελέγχου 7.5%), της εντατικής ρύθμισης της αρτηριακής πίεσης σε απόλυτα φυσιολογικά επίπεδα (στόχος συστολικής πίεσης κατώτερος των 120 mmHg σε σχέση με στόχο κάτω των 140 mmHg στην ομάδα ελέγχου), καθώς και της εντατικής ρύθμισης των λιπιδίων (χορήγηση συνδυασμού fenofibrate και simvastatin σε σχέση με ομάδα ελέγχου με αποκλειστική χρήση simvastatin).

Συνολικά καμμία από τις εντατικές θεραπευτικές πρακτικές δεν οδήγησε σε στατιστική μείωση των καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Τουναντίον, κατά τη διάρκεια των 3.5 ετών παρακολούθησης των ασθενών διαπιστώθηκε μεγαλύτερος κίνδυνος θανάτου ή/και κλινικά επικίνδυνης υπογλυκαιμίας στην ομάδα ασθενών με «υπερεντατική» ρύθμιση του σακχάρου. Η πρώτη ανάγνωση των αποτελεσμάτων αυτών σίγουρα προβληματίζει, θα επιχειρήσουμε όμως παρακάτω μια περισσότερο ορθολογική αξιολόγηση των συμπερασμάτων της μελέτης.

Η ACCORD Eye Study² συμπεριέλαβε μια υπο-ομάδα 2.856 ασθενών που ως πρωταρχικό ερευνητικό στόχο είχε την καταγραφή της εξέλιξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε □

1 | The ACCORD Study Group and ACCORD Eye Study Group. Effects of medical therapies on retinopathy progression in type 2 diabetes. N Engl J Med. 2010;363(3):233-244.
2 | Klein BEK. Reduction in risk of progression of diabetic retinopathy. N Engl J Med. 2010;363(3):287-289.



Όσον αφορά το κομμάτι «υπερεντατικής» ρύθμισης του σακχάρου επιβεβαιώνεται για πρώτη φορά η κλινική υποψία ότι ο αυστηρός έλεγχος του σακχάρου ακόμη και σε τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς (με κατά μέσο όρο πάνω από 10 έτη διαβήτη) επιτυγχάνει επιβράδυση της αμφιβληστροειδοπάθειας

μια προοπτική 4 ετών παρακολούθησης μεταξύ των 3 θεραπευτικών στρατηγικών. Εδώ η «υπερεντατική» ρύθμιση του σακχάρου επιβράδυνε σε στατιστικά σημαντικό βαθμό την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας (από 10.4% σε 7.3% στην 4ετία). Κατ'αντιστοιχία η συνδυασμένη αντιλιπιδαιμική αγωγή (simvastatin και fenofibrate) επίσης επιβράδυνε σημαντικά την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (από 10.2% σε 6.5% στην 4ετία). Από την άλλη πλευρά η εντατική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης δεν τροποποίησε την εξέλιξη της διαβητικής οφθαλμοπάθειας.

Τί σημαίνουν όλα αυτά για τον ενήλικο ασθενή με τύπου 2 ΣΔ που πληρεί τα κλινικά χαρακτηριστικά της συγκεκριμένης πολυκεντρικής μελέτης; Καταρχήν όσον αφορά το κομμάτι «υπερεντατικής» ρύθμισης του σακχάρου επιβεβαιώνεται για πρώτη φορά η κλινική υποψία ότι ο αυστηρός έλεγχος του σακχάρου ακόμη και σε τύπου 2 διαβητικούς ασθενείς (με κατά μέσο όρο πάνω από 10 έτη διαβήτη) επιτυγχάνει επιβράδυση της αμφιβληστροειδοπάθειας. Στοιχειοθετείται επίσης για πρώτη φορά ο «ανεξάρτητος» ρόλος της συνδυασμένης αντιλιπιδαιμικής αγωγής στην επιβράδυση της οφθαλμικής νόσου. Ση-

μειώνεται ότι ο θεραπευτικός ρόλος της αγωγής αυτής ήταν ανεξάρτητος του επέγγοχου της υπεργλυκαιμίας, δεν μπορεί δολ. να αποδοθεί στη βέλτιστη ρύθμιση του σακχάρου. Η προσθήκη του fenofibrate αυξάνει τα επίπεδα της HDL χοληστερίνης και μειώνει τα τριγλυκερίδια και φαίνεται πως δρά συνεργικά με το simvastatin που ελαττώνει την LDL χοληστερίνη.

Από την άλλη πλευρά η μελέτη δεν στοιχειοθετεί την «υπερεντατική» ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης στον ασθενή αυτό, τουλάχιστον στα επίπεδα της συστολικής πίεσης κάτω των 120 mmHg. Τα αποτελέσματα αυτά καθιδηγούν πλέον τον θεράποντα ιατρό με βάση τις επιταγές της σύγχρονης ιατρικής πράξης «βασισμένη σε ενδείξεις».

Τί διαφοροποιεί όμως την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια από τα καρδιαγγειακά συμβάματα και γιατί τα αποτελέσματα της ACCORD στο σύνολό της δεν ήταν το ίδιο ευνοϊκά; Ακρογωνιαίος ήθος της συγκεκριμένης μελέτης υπήρξε το κατά πόσο η ρύθμιση της υπεργλυκαιμίας και των συνοδών παραγόντων κινδύνου (υπέρταση, υπερλιπιδαιμία) έχουν τις ίδιες συνέπειες τόσο σε επίπεδο μικροαγγειακών (αμφιβληστροειδοπάθεια), όσο και μακροαγγειακών (π.χ. έμφραγμα) επιπλοκών.

Η ACCORD έδειξε ότι οι εξελισσόμενες αλλοιώσεις σε επίπεδο μικροαγγείων του αμφιβληστροειδούς επηρεάζονται από τα θεραπευτικά σχήματα που μετητήθηκαν, κάτι που δεν ισχύει σε επίπεδο μακροαγγείων (στεφανιαία κυκλοφορία καρδιάς), τουλάχιστον στη δεδομένη προοπτική χρόνου που μετητήθηκε. Αυτή από μόνη της η διαφορά έχει μεγάλη αξία ως προς τη κατανόηση της σύνθετης νόσου που καλούμε «σακχαρώδη διαβήτη».

Συμπερασματικά, η μελέτη ACCORD και τα αποτελέσματά της έχουν πλέον θέση στη σύγχρονη θεραπευτική προσέγγιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και υπογραμμίζει τη σημασία μιας «οιλίστικής» αντιμετώπισης της πάθησης τόσο από πλευράς οφθαλμιάτρου, όσο και διαβητολόγου. ■



Διαβητική νόσος του οφθαλμού

Πόσα πιστεύετε ότι γνωρίζετε;

- Γνωρίζετε ότι η διαβητική νόσος του οφθαλμού μπορεί να οδηγήσει σε τύφλωση;
- Εάν έχετε διαβήτη, γνωρίζετε πώς μπορείτε να μειώσετε τον κίνδυνο απώλειας της όρασης σας;
- Απαντήστε στις ερωτήσεις του Eye-Q test σχετικά με την διαβητική νόσο του οφθαλμού.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Οι άνθρωποι με διαγνωσμένο διαβήτη έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες ν' αναπτύξουν συγκεκριμένες παθήσεις του οφθαλμού σε σύγκριση με ανθρώπους που δεν έχουν διαβήτη;
2. Η διαβητική νόσος του οφθαλμού συνήθως παρουσιάζει σημάδια προειδοποίησης.
3. Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να πραγματοποιούν τουλάχιστον έναν ετήσιο οφθαλμολογικό έλεγχο.
4. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια προκαλείται από αληθιγένες στα αιμοφόρα αγγεία του οφθαλμού.
5. Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν μειωμένες πιθανότητες ν' αναπτύξουν γηιαύκωμα.
6. Η εφαρμογή laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να σταματήσει την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.
7. Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά από οφθαλμίατρο με βυθοσκόπηση.
8. Ο καταρράκτης των ματιών είναι πολύ κοινός σε διαβητικούς ασθενείς.
9. Οι ασθενείς που έχουν υπό έλεγχο τον διαβήτη τους δεν διατρέχουν μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης της διαβητικής νόσου του οφθαλμού.
10. Ο κίνδυνος τύφλωσης από τη διαβητική νόσο του οφθαλμού μπορεί να μειωθεί.

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ

- 1. ΣΩΣΤΟ** (Η διαβητική νόσος του οφθαλμού περιλαμβάνει τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια – μια από τις συχνότερες αιτίες τύφλωσης στους ενυπήκους – τον καταρράκτη και το γηιαύκωμα. Οι πιθανότητες εμφάνισης της διαβητικής νόσου των οφθαλμών αυξάνει ανάλογα με τη χρονιότητα του διαβήτη.)
- 2. ΛΑΘΟΣ** (Δυστυχώς, στα πρώτα στάδια της νόσου δεν παρουσιάζονται οφθαλμικά συμπτώματα ή ένοχη μάτια. Η όραση μάλιστα των ασθενών μπορεί να παραμένει αμεταβλητή μέχρι και τα πιλέον όψημα στάδια της πάθησης.)
- 3. ΣΩΣΤΟ** (Κάθε ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να εξετάζεται επιστώς από οφθαλμίατρο. Η εξέταση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει βυθοσκόπηση, επισκόπιση δηλ. του αμφιβληστροειδούς μετά από διαστολή της κόρτος του οφθαλμού με κοιλιόπισια (μυδρίσαση). Επειδή, η νόσος δεν προειδοποιεί με οφθαλμικά συμπτώματα ή ένοχη μάτια ο περιοδικός «προληπτικός» οφθαλμολογικός έλεγχος είναι άκρως απαραίτητος.)
- 4. ΣΩΣΤΟ** (Ο διαβήτης επιφέρει αληθιγένες στα αγγεία του αμφιβληστροειδούς καθιστώντας τα περισσότερο διαπερατά και ανεπαρκή για την αιμάτωση των κυττάρων του αμφιβληστροειδούς. Αποτέλεσμα αυτών των δομικών αληθιγών είναι η εμφάνιση οιδήματος στην ωχρά κηλίδα ή και αιμορραγών.)
- 5. ΛΑΘΟΣ** (Το γηιαύκωμα εμφανίζεται συχέδον σε διπλάσια συχνότητα σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Το γηιαύκωμα πρέπει να διαγνωσθεί νωρίς και να αντιμετωπισθεί με κοιλιόπισια, laser ή και κειρουργική θεραπεία.)
- 6. ΣΩΣΤΟ** (Η εφαρμογή του laser στοχεύει στην αναχαίτιση των αγγειακών αληθιγώσεων του αμφιβληστροειδούς. Εφόσον εφαρμοστεί στον κατάλληλο χρόνο μπορεί να περιορίσει τον κίνδυνο σοβαρής απώλειας όρασης λόγω προχωρημένης διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας στην 5ετία σε ποσοστό που προσεγγίζει το 90%).)
- 7. ΣΩΣΤΟ** (Η βυθοσκόπηση μετά από φαρμακευτική διαστολή της κόρτης του οφθαλμού (μυδρίσαση) αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διάγνωσης των αγγειακών αληθιγώσεων που επιφέρει ο διαβήτης στο εσωτερικό οφθαλμού.)
- 8. ΣΩΣΤΟ** (Η συχνότητα εμφάνισης καταρράκτη είναι περίπου διπλάσια σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Πέραν τούτον ο καταρράκτης σε έναφος διαβήτη εμφανίζεται σε μικρότερες πλήκτες. Ο καταρράκτης αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη σύγχρονη μικροχειρουργική του οφθαλμού.)
- 9. ΛΑΘΟΣ** (Δυστυχώς, ακόμη και με τη βέλτιστη ρύθμιση του σακχάρου ο κίνδυνος εμφάνισης της διαβητικής νόσου του οφθαλμού παραμένει, έστω και ελαττωμένος. Είναι, βεβαίως, αποδειγμένο πως η καλύτερη δυνατή ρύθμιση όχι μόνο του σακχάρου, αλλά και της αρτηριακής πίεσης καθώς και της κοιλιστερίνης επιβράδυνει τόσο την έναρξη, όσο και την εξέλιξη της διαβητικής νόσου του οφθαλμού.)
- 10. ΣΩΣΤΟ** (Με την πρώτην διάγνωση και θεραπεία του κίνδυνος τύφλωσης από τη διαβητική νόσο του οφθαλμού μπορεί να περιοριστεί σημαντικά.)

Εξειδικευμένο Οφθαλμολογικό Τμήμα Διαβήτη

- Πρωτοποριακό Οφθαλμολογικό Κέντρο Διαβήτη εφαρμογής εξειδικευμένων οφθαλμικών θεραπευτικών μεθόδων του Διαβήτη.
- Η μοναδική στην Ελλάδα πλήρως εξοπλισμένη μονάδα οφθαλμικής αντιμετώπισης – διάγνωση & θεραπείας – του Διαβήτη σε έναν ενιαίο χώρο.
- Εξειδικευμένη Οφθαλμολογική Ομάδα Διαβήτη με μακροχρόνια κλινική εμπειρία σε Ελλάδα και εξωτερικό.
- Μηχανήματα Φλοιουραγγειογραφίας και Οπτικής Τομογραφίας Συνοχής τεθευτάσσας γενιάς.

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χειρουργοί – Οφθαλμίατροι

- Γρηγόρης Γεωργαρίου, MD
- Αλέξανδρος Χαρώντας, MD
- Νικόλαος Ευαγγέλου, MD

Δέσμευσή μας..

Η Υψηλής Ποιότητας Οφθαλμολογική Φροντίδα με Ασφάλεια και Αξιοπιστία για Καλύτερη Ποιότητα Ζωής



Κεντρικό: Λεωφ. Συγγρού 328-330, Καλλιθέα 17673, Τηλ: 210 95.95.215, Fax: 210 95.15.120
 Μαρούσι: Λεωφ. Κηφισίας 76 & Πάρνωνας (είσοδος από Πάρνωνας), 15125, Τηλ: 210 61.25.325, Fax: 210 61.22.570
<http://www.athensvision.gr> - info@athensvision.gr

Υπογλυκαιμία.... τι είναι;

Ο οργανισμός και ο εγκέφαλός μας για τη σωστή λειτουργία τους χρησιμοποιούν τη γλυκόζη ως αναγκαία πηγή ενέργειας. Τα φυσιολογικά επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα είναι 70-110 mg/dl.

Με τον όρο υπογλυκαιμία εννοούμε την κατάσταση κατά την οποία τα επίπεδα της γλυκόζης, δηλαδή του σακχάρου στο αίμα μειώνονται κάτω από το φυσιολογικό. Η υπογλυκαιμία είναι ένα από τα συχνότερα προβλήματα στην καθημερινή αντιμετώπιση και θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη

Με την ευγενική χορηγία της ATCARE



Τι προκαλεί υπογλυκαιμία;

Η υπογλυκαιμία μπορεί να προκληθεί από την πρόσθιψη ανεπαρκούς ποσότητας υδατανθράκων στα κύρια ή ενδιάμεσα γεύματα ή καθυστερημένη πρόσθιψη των γευμάτων αυτών ή παράθειψή τους. Επίσης, η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ, η έντονη, μη προγραμματισμένη, σωματική άσκηση και η υπερβολική δόση ινσουλίνης ή αντιδιαβητικών δισκίων μπορούν να προκαλέσουν υπογλυκαιμία.

Ποια είναι τα συμπτώματα;

Τα αρχικά συμπτώματα της υπογλυκαιμίας συνήθως εμφανίζονται όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα πέσουν

κάτω από 50 mg/dl και μπορεί να είναι ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα:

- Ταχυκαρδία
- Εφίδρωση
- Έντονο αίσθημα πείνας
- Πόνος στην κοιλιά
- Μούδιασμα γύρω από το στόμα ή ζαλάδα
- Πονοκέφαλος
- Τρέμουλο
- Αδυναμία και κούραση
- Άσχημη διάθεση
- Αδυναμία συγκέντρωσης

Ωστόσο, η αντίθιψη των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας διαφέρει από άτομο σε άτομο.

Κατηγορίες υπογλυκαιμίας

α. Ελαφριά υπογλυκαιμία: αυτή είναι η πιο συνηθισμένη μορφή υπογλυκαιμίας. Μετρήστε τη γλυκόζη του αίματός σας για να δείτε πόσο ακριβώς έχει πέσει και να καταλάβετε πόσο θέλετε να την ανεβάσετε.

β. Μέτρια υπογλυκαιμία: εάν τα αρχικά συμπτώματα δεν αντιμετωπισθούν έγκαιρα, ο εγκέφαλος δεν παίρνει την απαραίτητη ποσότητα γλυκόζης και θα προστεθούν κι άλλα πιο έντονα συμπτώματα, τα οποία θα είναι αντιληπτά στους γύρω σας, αλλά όχι απαραίτητα και σε σας. Τα συμπτώματα αυτά πε-

'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



@care
Innovative Health Solutions



Οι ταμπλέτες γλυκόζης και τα ροφήματα γλυκόζης είναι η πιο αποτελεσματική και σύγχρονη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας.

Η κάθε ταμπλέτα περιέχει συγκεκριμένη ποσότητα υδατανθράκων, η οποία ανεβάζει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα συγκεκριμένες μονάδες

ριθματισμού σύγχρονη, έντονη υπνηλία, εκνευρισμό, επιθετικότητα και γενικά παράξενη συμπεριφορά. Συγγενείς και φίλοι μπορούν εύκολα να μάθουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα αυτά και να ενεργούν αμέσως. Πρέπει να είναι ενημερωμένοι ότι πιθανόν να χρειαστεί να σας πιέσουν να φάτε ή να πιείτε κάτι που περιέχει zάχαρη έστω και αν εσείς αρνείστε και δεν παραδέχεστε ότι έχετε υπογλυκαιμία.

γ. Βαριά υπογλυκαιμία: πρόκειται για σπάνια περίπτωση. Αν αγνοηθούν τα αρχικά προειδοποιητικά συμπτώματα, είναι πιθανόν να υπάρξει απώλεια των αισθήσεων που ίσως συνοδεύεται ακόμη και από σπασμούς, γιατί ο εγκέφαλος δεν έχει αρκετή γλυκόζη. Χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή, διότι η κατάσταση αυτή μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε κώμα. Στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητη η βούθεια από συγγενείς ή φίλους, χωρίς όμως να χορηγήσουν οτιδήποτε από το στόμα γιατί είναι επικίνδυνο.

Ο πιο αποτελεσματικός τρόπος βούθειας πριν από την παροχή ιατρικής βούθειας ή τη μεταφορά σε νοσοκομείο είναι μια ένεση γλυκαγόνης (GlucaGen vial 1 mg) υποδορίως ή ενδομυϊκώς. Η γλυκαγόνη είναι φυσιολογική ουσία

(օρμόνη) του οργανισμού, που έχει την ιδιότητα να αυξάνει γρήγορα τη γλυκόζη του αίματος. Η ένεση γλυκαγόνης είναι τελείως ακίνδυνη και μπορεί να γίνει από οποιονδήποτε, χωρίς να χρειάζεται ειδικές γνώσεις.

Αντιμετώπιση

Η καλύτερη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας είναι η πρόληψη. Εάν ωστόσο εκδηλωθεί υπογλυκαιμία, τα αρχικά συμπτώματα πρέπει να αναγνωριστούν γρήγορα και να αντιμετωπιστούν άμεσα και αποτελεσματικά ανάλογα με τη κατηγορία της.

Στην υπογλυκαιμία, ο οργανισμός χρειάζεται να εφοδιαστεί άμεσα με γλυκόζη. Μπορούμε να πιούμε έναν χυμό ή δύο κύβους zάχαρης ή δύο μπισκότα. Οι ταμπλέτες γλυκόζης και τα ροφήματα γλυκόζης είναι η πιο αποτελεσματική και σύγχρονη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας. Η κάθε ταμπλέτα περιέχει συγκεκριμένη ποσότητα υδατανθράκων, η οποία ανεβάζει τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα συγκεκριμένες μονάδες στο αίμα.

Με αυτό τον τρόπο τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να υπολογίσουν με ακρίβεια πόσες μονάδες θέλουν να ανεβάσουν τα επίπεδα γλυκόζης, άρα πόσες ταμπλέτες πρέπει να καταναλώσουν. ✎





Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

Η Ευρωκλινική Αθηνών, από το 1998 που ιδρύθηκε, προσφέρει απαράμιλλες υπηρεσίες, ως ένα άρτιο Διαγνωστικό, Χειρουργικό και Θεραπευτικό Κέντρο. Θέτοντας υψηλότατα στάνταρ και αυστηρή πολιτική ποιότητας, είναι εφάμιλλη των μεγαλύτερων νοσηλευτικών κέντρων του εξωτερικού.

Η Ευρωκλινική Παιδών είναι μία σύγχρονη κλινική στο κέντρο της Αθήνας, διαμορφωμένη σε ένα φιλικό και ζεστό περιβάλλον για τα παιδιά. Αφοσιωμένη πάντα στην υγεία του παιδιού, έχει σαν στόχο την παροχή άριστης ιατρικής φροντίδας, θεραπείας και νοσηλείας.

Με σεβασμό στον άνθρωπο και τις ανάγκες του, η Ευρωκλινική Αθηνών και η Ευρωκλινική Παιδών διαθέτουν κορυφαίο επιστημονικό προσωπικό με όλες τις ιατρικές ειδικότητες και παιδιατρικές υποειδικότητες, έμπειρους νοσηλευτές, σύγχρονες εγκαστάσεις και ιατρικό εξοπλισμό τελευταίας τεχνολογίας που ανανεώνεται διαρκώς, επιτρέποντας την εφαρμογή των πιο πρωτοποριακών μεθόδων στη διάγνωση και στη θεραπεία.

Οι κλινικές του Ομίλου Ευρωκλινικής επενδύουν στο μέλλον προσέγοντας την προληπτική ιατρική, εφαρμόζοντας καινοτόμες μεθόδους και τεχνολογία αιχμής.



Αθανασάδου 7-9, πάροδος Δ. Σούτου
Τηλ.: 210 6416 600, fax: 210 6416555
mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr



Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209
Τηλ.: 210 8691 900, fax: 210 8691950
mkt@euroclinic.gr
www.euroclinic.gr

Αυξημένη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη στον ενήλικο πληθυσμό της Θεσσαλίας

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί συχνή μεταβολική διαταραχή στον γενικό πληθυσμό. Πρόκειται για ένα πρόβλημα υγείας που έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις στις οικονομικά αναπτυγμένες αλλά και στις αναπτυσσόμενες χώρες. Στη χώρα μας δεν έχουμε ακριβή στατιστικά στοιχεία σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη. Οι μελέτες που έχουν γίνει αφορούν κατά κύριο λόγο τμήματα της χώρας. Από τα στοιχεία αυτά υπολογίζεται ότι 6 στα 100 άτομα πάσχουν από τη νόσο, γεγονός που σημαίνει ότι στη χώρα μας νοσούν γύρω στις 700.00 άτομα



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ,

αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας-ενδοκρινολογίας
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Ο σακχαρώδης διαβήτης ταξινομείται ανάλογα με τον μηχανισμό πρόκλησής του σε περισσότερες από μία μορφής. Η πιο συχνή μορφή του είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, από την οποία πάσχει το 90% των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Τα άτομα με θετικό κληρονομικό αναμνηστικό σακχαρώδη διαβήτη 2 στην οικογένειά τους, έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο στη διάρκεια της ζωής τους. Η πιθανότητα όμως αυτή αυξάνεται όταν συνυπάρχουν καταστάσεις όπως η παχυσαρκία, η αυξημένη πρόσθιψη λίπους και η καθηστική ζωή. Πρόκειται για τον τρόπο ζωής που έχουμε ως κοινωνία επιπλέξει, γεγονός που δικαιολογεί τη σημαντική αύξηση της νόσου. Η μελλοντική προοπτική δεν είναι ευοίων, αφού η συχνότητα της παχυσαρκίας στους ενήλικες συνεχίζει να αυξάνει και, το πλέον δυσάρεστο, αυξάνει τη συχνότητα της παχυσαρκίας στην παιδική και εφηβική ηλικία. Το στοιχείο αυτό σε συνδυασμό με

την παρατήρηση στις ΗΠΑ ότι από τους νεοδιαγνωζόμενους διαβητικούς σχεδόν οι μισοί (45%) είναι παιδιά ή έφηβοι, δείχνουν τη σοβαρότητα του προβλήματος.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί νόσο συστηματικής φθοράς της καρδιάς και των αρτηριών. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη που δεν ρυθμίζουν ικανοποιητικά το σάκχαρό τους, έχουν διπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιοαγγειακά νοσήματα σε σύγκριση με μη διαβητικούς συνομήλικούς τους. Με βάση τα ανωτέρω στοιχεία είναι προφανής η αναγκαιότητα για τη συλλογή πραγματικών στοιχείων που αφορούν τη συχνότητα της νόσου. Έτσι, στο πλαίσιο της μελέτης των προβλημάτων του χώρου όπου είναι εγκατεστημένη, η Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων, του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, πρέβη στον σχεδιασμό και την υλοποίηση έρευνας που αφορούσε -μεταξύ άλλων- στην εκτίμηση της συχνότητας του σακχαρώδη διαβήτη στην περιφέρεια

της Θεσσαλίας.

Επιμέχθηκαν 852 ενήλικες από 18 έως 80 ετών που διέμεναν στη Θεσσαλία έναν χρόνο τουλάχιστον. Η επιλογή έγινε με βάση τους κανόνες υδροποίησης των επιδημιολογικών μεθετών, από όλες τις περιοχές της Θεσσαλίας, αστικές και αγροτικές. Σε όλα τα άτομα έγινε πλεπτομερής καταγραφή του ιστορικού, των συνηθειών τους και των σωματομετρικών χαρακτηριστικών τους. Σε όσους από τους συμμετέχοντες στη μελέτη δέχθηκαν, λήφθηκε αίμα για τον προσδιορισμό του σακχάρου και των λιπιδίων. Σε 82 από τους συμμετέχοντες το σάκχαρο του αίματος νηστείας ήταν μεταξύ 110 και 125 (το ονομάζουμε παθολογική γλυκόζη νηστείας), γεγονός που σήμαινε ότι μερικοί από αυτούς μπορεί να ήταν διαβητικοί χωρίς να το ξέρουν. Για το αποσαφνίσουμε τους υποβάλλαμε σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

Τελικά, πλήρη στοιχεία για τη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη είχαμε σε 729 άτομα ηλικίας 18 έως 70 ετών και 39 άτομα ηλικίας 71-83 χρόνων.

Η πρώτη εκτίμηση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας έδειξε ότι τη νόσο αυτή είχε το 4,53% των ατόμων με ηλικία 18-70 ετών, ενώ αν προστεθεί σε αυτούς και η ομάδα των ατόμων με ηλικία 71-85 έτη, το ποσοστό ανέρχεται σε 5,99%. Από τα άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης διαπιστώθηκε ότι σακχαρώδη διαβήτη είχε το 3%, ανεβάζοντας τη συνολική συχνότητά του σε άτομα 18 έως 70 ετών στο 7,53%. Η συχνότητά του αυξανόταν όσο αυξανόταν η ηλικία, με τη νόσο να είναι παρούσα στο ένα τρίτο των ατόμων με ηλικία 70-85 ετών (**πίνακας 1**). Από τη νόσο έπασχαν διπλάσιοι άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες. Δεν υπήρχε διαφορά στη συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη στα άτομα που ζουν σε αστικές περιοχές σε σύγκριση με εκείνα στις αγροτικές περιοχές. Το κάπνισμα και η κατανάλωση οινοπνευματωδών δεν ήταν διαφορετική στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με εκείνα χωρίς τη νόσο.

Από τα παραπάνω στοιχεία γίνεται

φανερό ότι ένας στους 12 ενήλικες παρουσιάζει τη νόσο, γεγονός που σημαίνει ότι σημαντικό τμήμα του πληθυσμού πάσχει από μια μεταβολική διαταραχή, η οποία αναμένεται να έχει συνέπειες στην υγεία των ατόμων αλλά και την οικονομία της χώρας. Ο σακχαρώδης διαβήτης 2, η συχνότερη μορφή σακχαρώδη διαβήτη, είναι μια νόσος με αργή εξέλιξη. Από την έναρξή της μέχρι τη στιγμή που το σάκχαρο νηστείας ξεπεράσει τα 125mg/dl περνάει μια 10ετία τουλάχιστον χωρίς, πρακτικά, κλινικές εκδηλώσεις. Η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα ακολουθεί μια προοδευτική μακροχρόνια πορεία μέχρι να φθάσει σε επίπεδα που επιτρέπουν τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Το διάστημα πριν τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη 2, η γλυκόζη στο αίμα είναι πάνω από τα φυσιολογικά όρια, αλλά όχι τόσο ώστε να μπαίνει η διάγνωσή του και ορίζεται ως «προδιαβήτης».

Η υπεργλυκαιμία που αρχίζει στον «προδιαβήτη», αυξάνει τον κίνδυνο φθοράς του καρδιαγγειακού συστήματος που μπορεί να είναι σημαντική χρόνια πριν τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη 2. Ο ασθενής με τη νόσο αυτή κατά τη διάγνωση έχει υποστεί την επίδραση της υπεργλυκαιμίας και της αυξημένης ινσουλίνης τα προηγούμενα 7 έως 10 χρόνια και έχει χάσει το 50% των β-κυττάρων. Είναι αυτονότο ότι η πρώιμη διόρθωση της υπεργλυκαιμίας αποτρέπει αυτήν την εξέλιξη, ενώ □

Η πρώτη εκτίμηση των αποτελεσμάτων της μελέτης μας έδειξε ότι τη νόσο αυτή είχε το 4,53% των ατόμων με ηλικία 18-70 ετών, ενώ αν προστεθεί σε αυτούς και η ομάδα των ατόμων με ηλικία 71-85 έτη, το ποσοστό ανέρχεται σε 5,99%.

Από τα άτομα τα οποία υποβλήθηκαν σε δοκιμασία ανοχής γλυκόζης διαπιστώθηκε ότι σακχαρώδη διαβήτη είχε το 3%, ανεβάζοντας τη συνολική συχνότητα του σε άτομα 18 έως 70 ετών στο 7,53%

Πίνακας 1. Συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη ανά 10ετία ηλικίας στην Θεσσαλία

Ηλικιακή ομάδα	Αριθμός ατόμων	ΣΔ	Συχνότητα %
18-29	89	1	1,12
30-39	157	2	1,27
40-49	171	9	5,26
50-59	159	8	5,03
60-70	152	13	8,55
71-85	39	13	33,33

Ο ασθενής με τη νόσο αυτή κατά τη διάγνωση έχει υποστεί την επίδραση της υπεργλυκαιμίας και της αυξημένης ινσουλίνης τα προηγούμενα 7 έως 10 χρόνια και έχει χάσει το 50% των β-κυττάρων. Είναι αυτονότο ότι η πρώιμη διόρθωση της υπεργλυκαιμίας αποτρέπει αυτήν την εξέλιξη, ενώ ταυτόχρονα προστατεύει τη λειτουργία των β-κυττάρων.

Είναι, λοιπόν, προφανής η ανάγκη της έγκαιρης διάγνωσης της διαταραχής, που στον πληθυσμό της Θεσσαλίας την αγνοούσε το 3% των ατόμων.



ταυτόχρονα προστατεύει τη λειτουργία των β-κυττάρων. Είναι, λοιπόν, προφανής η ανάγκη της έγκαιρης διάγνωσης της διαταραχής, που στον πληθυσμό της Θεσσαλίας την αγνοούσε το 3% των ατόμων.

Η απουσία συμπτωματολογίας αποτελεί την κυρίαρχη αιτία της μη διάγνωσης του σακχαρώδη διαβήτη 2 σε σημαντικό ποσοστό του ενήλικου πληθυσμού. Τι θα μπορούσε όμως να συνεγείρει τα άτομα αυτά στην αναζήτηση της διαταραχής; Πρωτίστως το θετικό κληρονομικό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη στην οικογένεια που αποτελεί σημαντική παράμετρο στην επίπτωση της μορφής του σακχαρώδη διαβήτη 2. Επιπρόσθετα, η παρουσία παχυσαρκίας και η συνύπαρξη άλλων παραγόντων κινδύνου όπως δυσλιπιδαιμίας, υπέρτασης σε συνδυασμό με πλούσια σε θερμίδες και λίπος διατροφή και περιορισμέ-

νη σωματική δραστηριότητα αποτελούν λόγους περιοδικής εκτίμησης του σακχάρου στο αίμα με την καθοδήγηση του θεράποντα γιατρού.

Συμπερασματικά, με βάση την πρώτη εκτίμηση των στοιχείων, ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει ένα σημαντικό ποσοστό ενηλίκων ατόμων, παρατηρείται με μεγαλύτερη συχνότητα στους άρρενες και η συχνότητά του αυξάνει παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας. Σημαντικό ποσοστό ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη αγνοεί την ύπαρξη του προβλήματος και δεν λαμβάνει τα αναγκαία προηλπιτικά και θεραπευτικά μέτρα. Η αύξηση της συχνότητας της νόσου επιβάλλει την ευαισθητοποίηση των ατόμων και την ενεργοποίηση της συντεταγμένης πολιτείας με στόχους την πρόληψη και τη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση.

x

BECEL PRO.ACTIV. ΚΑΝΕΝΑ ΆΛΛΟ ΤΡΟΦΙΜΟ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΠΙΟ No1 ΕΠΙΛΟΓΗ ΠΑΓΚΟΣΜΙΩΣ* ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟ ΣΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΙΝΗΣ

Υπάρχουν πολλά προϊόντα που κανουν καλό στην καρδιά. Όμως, κανένα άλλο τρόφιμο δεν μειώνει πιο αποτελεσματικά τη χοληστερίνη από το Becel pro.activ. Είναι κλινικά αποδεδειγμένο ότι μειώνει αποτελεσματικά την LDL «κακή» χοληστερίνη από 7 έως 10% σε 2-3 εβδομάδες, στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης διατροφής και ενός υγιεινού τρόπου ζωής.

www.becelproactiv.gr



* σε πωλήσεις, πηγή: Nielsen 2009, κατηγορία τροφίμων μείωσης χοληστερίνης



Η καλή σχολική μέρα από το πρωινό φαίνεται!

Τώρα, λοιπόν, που οι διακοπές τελείωσαν και ξεκίνησαν οι μικρότεροι το σχολείο τους είναι και μια καλή ευκαιρία να υιοθετήσουν καινούργιες και σωστές διατροφικές συνήθειες ξεκινώντας με αυτήν του πρωινού. Επιστημονικές έρευνες επισημαίνουν πόσο σημαντικό είναι το πρωινό για μικρούς και μεγάλους. Αρκετές όμως είναι και αυτές που αναφέρονται ειδικά στο πόσο χαμηλά είναι τα ποσοστά των Ελληνόπουλων που καταναλώνει επαρκές πρωινό σε καθημερινή βάση, μόνο 45%, ενώ το 14% αυτών δεν τρώει καθόλου



ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΗ,

Msc. RH, παιδοδιαιτολόγος

Π αρακάτω είναι κάποιοι βασικοί λόγοι, οι οποίοι καθιστούν το πρωινό ως το καλύτερο εφόδιο για τη σχολική μέρα. Βοηθά στην:

✓ Αποκατάσταση των αποθηκών ενέργειας μετά την κατάσταση νηστείας κατά τη διάρκεια του ύπνου. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την πιο σωστή λειτουργία του μεταβολισμού, εύκολο έλεγχο της όρεξής μας και πολύ σημαντικό την ομαλή εναλλαγή στα

επίπεδα ζαχάρου στο αίμα.

- ✓ Καλύτερη συγκέντρωση, μνήμη και τελικά απόδοση στα μαθήματα του σχολείου.
- ✓ Παρουσίαση μικρότερων ποσοστών παχυσαρκίας και φυσιολογικότερων τιμών Δείκτη Mázas Σώματος (ΔΜΣ). Έρευνες δείχνουν πως τα παιδιά αυτά που καταναλώνουν καθημερινά πρωινό, καταναλώνουν περισσότερα φρούτα, λαχανικά και λιγότερες «περιττές» θερμίδες από γήλυκισματα.
- ✓ Κάλυψη βασικών αναγκαίων συστατικών όπως, σίδηρο, βιταμίνες της ομάδας B, φοιλικό οξύ.
- ✓ Διατήρηση της ενέργειας για τις καθημερινές δραστηριότητες, αφού κύριο

συστατικό του πρωινού είναι οι σύνθετοι υδατάνθρακες που αποτελούν το κύριο καύσιμο υπηκοό.

- ✓ Αποφυγή των πολημών υπό- ή υπεργήλυκαιμών, άρα και των τσιμπολογημάτων για τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και την επιτυχία πιο σωστών επιπέδων ζαχάρου κατά τη διάρκεια της μέρας.

Πρωινό και διαβήτης

Όταν μιλάμε για σωστή διατροφή στο πλαίσιο της θεραπείας του διαβήτη σε ινσουλινοεξαρτόμενα παιδιά, μια από τις πρώτες συμβουλές είναι η τήρηση των τριών βασικών γευμάτων: πρωινό, μεσημεριανό, βραδινό.

Ο πόλος είναι ότι έτσι καταφέρνουμε να διατηρήσουμε τις τιμές του zaxárou πιο κοντά στα επιθυμητά επίπεδα χωρίς απότομες αυξομειώσεις. Είναι αυτές οι απότομες αλλαγές που συχνά μας κοστίζουν μια καλύτερη γλυκοζηλομένη.

Το άλλο που βοηθά στις ομαλές αυξομειώσεις είναι ένα πρωινό πλούσιο σε σύνθετους υδατάνθρακες και φυτικές ίνες. Αλλιώς, τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, τα οποία απορροφώνται πιο αργά και δεν ανεβάζουν απότομα τα επίπεδα zaxárou και που με τη σωστή δόση ινσουλίνης ταχείας ή υπερ-ταχείας δράσης επιτυγχάνονται σωστές μεταγευματικές μετρήσεις.

Εδώ να σημειωθεί ότι οι ανάγκες σε ινσουλίνη είναι αυξημένες το πρωί. Άρα για το ίδιο ποσό υδατανθράκων συνήθως χρειάζεται περισσότερη ινσουλίνη για τη σωστή απορρόφηση.

Δημητριακά + γαλακτοκομικά + φρούτα = Ένα πλήρες πρωϊνό

Ομάδα δημητριακών:

- ✓ Δημητριακά πρωινού, χωρίς σοκολάτα και μέλι. Περιέχουν ήδη φυσική záxarη
- ✓ Φρυγανίες ολικής άλεσης, σταρένιες ή σίκαλης
- ✓ Ψωμί ολικής αλέσης, με σουσάμι ή πολύσπορο
- ✓ Μπισκότα με δημητριακά ή ολικής άλεσης

Ομάδα γαλακτοκομικών:

- ✓ Γάλα, κατά προτίμο 1,5% λιπαρά. Περιέχει ακριβώς τις ίδιες ποσότητες σε πρωτεΐνη και ασβέστιο με το πλήρες
- ✓ Γιαούρτι
- ✓ Τυρί

Ομάδα φρούτων:

- ✓ Φρέσκα φρούτα
- ✓ Αποξηραμένα φρούτα μπορούν να προστεθούν στα δημητριακά πρωινού
- ✓ Φρεσκοσυμμένος χυμός. Χωρίς πρόσθετη záxarη

Ιδέες για πρωϊνό

Επιλογές πρωϊνού	Περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες
1 φλιτζάνι γάλα (250 ml) 1,5% λιπαρά με 6-7 κουταλιές δημητριακά	12 γραμ. + 30-35 γραμ.
1 φρούτο (μήλο, αχλάδι, πορτοκάλι, ροδάκινο)	15 γρ.
1 φλιτζάνι γάλα (250 ml) 1,5% λιπαρά με δύο φέτες ψωμί (60 γρ.)	12 γραμ. + 30 γραμ.
120 ml φυσικό χυμό	15 γραμ.
1 φλιτζάνι γάλα (250 ml) 1,5% λιπαρά με δύο φρυγανίες (20 γρ.) + μία κουταλιά σούπας μαρμελάδα	12 γραμ. + 15 γραμ. + 15 γραμ.
1 φρούτο	15 γραμ.
1 γιαούρτι (250 ml) 2% λιπαρά με 6-7 κουταλιές δημητριακά (Corn flakes/Fitness)	15 γραμ. + 30-35 γραμ.
1 κουταλιά σούπας σταφίδες	15 γραμ.

Για ένα σωστό πρωινό ποιοπόν και ότι αυτό μας προσφέρει, δεν έχουμε καμία δικαιολογία ώστε να στέλνουμε τα παιδιά στο σχολείο με άδειο στομάχι. Όταν δεν υπάρχει όρεξη για ένα μεγάλο πρωινό, έστω και κάτι πολύ μικρό και ελαφρύ αρκεί για να καλλιεργήσουμε τις σωστές συνήθειες! Όταν δεν υπάρχει χρόνος, προσπαθούμε να είμαστε

πιο οργανωμένοι από το βράδυ ώστε να προιλάβουμε και ένα μικρό πρωινό!

Και τέλος, μην ξενούν οι γονείς πως τα παιδιά μαθαίνουν και αλλάζουν συνήθειες μέσα από το παιχνίδι και τη μίμηση! Όταν το πρωινό είναι ενδιαφέρον και κάτι που ενώνει την οικογένεια, τότε γίνεται και απόλαυση και τρόπος záxarης!



Γλυκαιμικός δείκτης (GI) Το εργαλείο στη δίαιτα του διαβήτη

Όλο και πιο συχνά λέγεται ότι η διατροφή που πρέπει να ακολουθεί ένας διαβητικός είναι αυτή που θα έπρεπε να ακολουθεί κάθε υγιές άτομο, καθώς χαρακτηρίζεται από ισορροπημένες επιλογές τόσο σε ποσότητα όσο και ποιότητα τροφίμων



 ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΓΡΗΓΟΡΑΚΗΣ,
MSc, κλινικός διαιτολόγος - διατροφολόγος

Mεταξύ των θρεπτικών συστατικών που επισημαίνονται από τους ειδικούς της υγείας είναι τα λιπαρά, οι φυτικές ίνες, ο χοληστερόλη, τα σάκχαρα και τα τελευταία χρόνια όλο και πιο συχνά γίνονται συστάσεις σχετικά με τον γλυκαιμικό δείκτη των τροφίμων.

Τι είναι ο γλυκαιμικός δείκτης

Παλαιότερα και σύγχρονα δεδομένα δείχνουν ότι ο μεταγευματική αύξηση του σακχάρου του αίματος, που προκαλείται από τη λήψη διαφόρων υδατανθρακούχων τροφών (ρύζι, πατάτες, ζυμαρικά, δόσπρια, δημητριακά, γάλα, φρούτα, λαχανικά), δεν είναι η ίδια ακόμα και όταν λαμβάνονται οι ίδιες ακριβώς ποσότητες υδατανθράκων. Έτσι, καθιερώθηκε η έννοια του γλυκαιμικού δείκτη (GI ή ΓΔ) με στόχο τη βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Ο γλυκαιμικός δείκτης δείχνει πόσο αυξάνουν τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα 2-3 ώρες μετά την κατανάλωση ενός τροφίμου σε σύγκριση με ένα τρόφιμο αναφοράς (γλυκόζη).

Ποια είναι τελικά η χρονιμότητα της γνώσης του γλυκαιμικού δείκτη ενός τροφίμου; Ο γλυκαιμικός δείκτης είναι ένα χρήσιμο εργαλείο όταν ακολουθούμε ειδικό διαιτολόγιο για

τον έλεγχο του σακχάρου, αλλά και όταν κάνουμε δίαιτα για τη διατήρηση ή την απώλεια βάρους. Τα τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη απελευθερώνουν αργά και σταθερά γλυκόζη και συνεπώς ενέργεια στο σώμα, με αποτέλεσμα να δίνουν ένα παρατεταμένο αίσθημα κορεομού και να μειώνουν το αίσθημα της πείνας. Αντίθετα, ο απότομος αύξησης του σακχάρου που προκαλούν τα τρόφιμα με υψηλό γλυκαιμικό δείκτη οδηγούν στη συνέχεια και σε απότομη μείωσή του (υπογλυκαιμία), με αποτέλεσμα να πεινάσει πάλι ποιλύ γρήγορα. Με τη βοήθεια του γλυκαιμικού δείκτη τα άτομα με διαβήτη μπορούν να σχεδιάσουν τα γεύματά τους κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μην προκαλούν μεγάλες αυξομειώσεις στο αίμα τους. Ο γλυκαιμικός δείκτης επιπρέπει από πολλούς παράγοντες, με κυριότερους τους εξής: το είδος του τροφίμου, την παρουσία φυτικών ίνων, την ωριμότητά του, καθώς και τον τρόπο και χρόνο μαγειρέματός του. Η κλίμακα ταξινόμησης των τροφών βάσει του γλυκαιμικού δείκτη κυμαίνεται από 0 έως 100. Ένα τρόφιμο θεωρείται χαμηλό γλυκαιμικού δείκτη εάν έχει τιμή < 55, μέτριου εάν έχει τιμή 56-69 και υψηλού εάν έχει τιμή > 70.

Μια μεγάλη καινοτομία στη διατροφή του διαβητικού αποτελείον τα επιδόρπια χαμηλού γλυκαιμικού δείκτη. Δύο νέες επιδημιολογικές έρευνες* σε διαβητικά άτομα και σε παχύσαρκα παιδιά έδειξαν ότι όσοι κατανάλωνταν επιδόρπια χωρίς ζάχαρη με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη μέχρι και τέσσερις φορές την εβδομάδα κατάφε-

ραν να χάσουν έως και τέσσερα κιλά μέσα σε τρεις μήνες, χωρίς να νιώσουν το γνωστό αίσθημα στέρησης και ψυχολογικής πίεσης. Παράλληλα, στην ομάδα των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 που συμμετείχαν στην έρευνα παρατηρήθηκε και καλύτερη γλυκαιμική ρύθμιση. Επιπλέον, αξίζει να σημειωθεί ότι τα άτομα αυτά έδειξαν μεγάλη πειθαρχία στο διαιτολόγιό τους, αφού όπως δήλωσαν, δεν ένιωσαν στέρηση και αποκλεισμό από την απόλαυση του γλυκού.

Βάλτε, πλοιόν, τον γλυκαιμικό δείκτη στο διαιτολόγιό σας και απολαύστε ισορροπημένη αλλήλη και γευστική διατροφή. Αυτό που έχει σημασία είναι να επιλέγουμε σωστά και όχι να στερούμαστε. Ακόμα και στα επιδόρπια -μια κατηγορία τροφίμων που πρέπει να επιλέγουμε με μεγάλη προσοχή- υπάρχουν πλέον γευστικές πλύσεις σε μεγάλη ποικιλία. Στα S/M μπορούμε να βρούμε σοκολάτα, μιλφέγι, δροσερά φρουρία ζελέ με γεύση φράουλα ή κεράσι, λαχανιστή κρέμα καραμελέ, κέικ και πολλά άλλα χωρίς ζάχαρη, με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, φυτικές ίνες, χαμηλά λιπαρά και θερμίδες. ✗

*Η πρώτη κλινική μελέτη αφορούσε υπέρβαρα-παχύσαρκα παιδιά και πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Παιδίων «Αγία Σοφία» και στην Μονάδα Ενδοκρινολογίας, Μεταβολισμού και Διαβήτη του «Ευγενίδειου Θεραπευτηρίου».

Η δεύτερη κλινική μελέτη αφορούσε ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και πραγματοποιήθηκε στο «Λαϊκό» νοσοκομείο.

Τα επιδόρπια που χρησιμοποιήθηκαν και στις δύο κλινικές μελέτες ανήκουν στην νέα γενιά επιδορπίων SWEEET & BALANCE, χωρίς ζάχαρη, με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, που δημιουργήσε η εταιρεία ΓΙΩΤΗΣ

Dialevel®

Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου

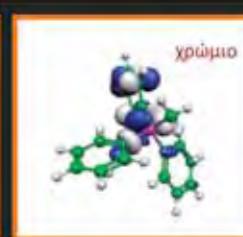
Στα πρώιμα στάδια του διαβήτη

Dialevel®

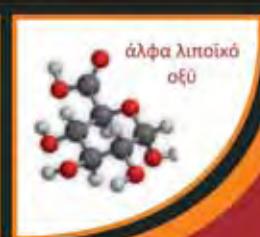
- ✓ Βοηθά να γίνει ευκολότερη η ζωή αυτών που έχουν διαβήτη σε πρώιμο στάδιο.
- ✓ Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου του αίματος.
- ✓ Κατάλληλο και για διαβητική νευροπάθεια.
- ✓ Βοηθά το σώμα να χρησιμοποιεί την ίνσουλίνη καλύτερα.
- ✓ Επηρεάζει τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα.
- ✓ Περιέχει ενεργά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



κανέλα



χρώμιο



άλφα λιποϊκό οξύ

ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ
ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟ

Λιανική τιμή: 25,30 €

Από φυτικά εκχυλίσματα!

Κουτί με 60 ταμπλέτες
Κάθε ταμπλέτα περιέχει:

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

ΕΛΛΗΝΙΚΑ ΛΑΦΑΙ

Α.Π.Γ. ΕΟΦ: 83537/23-11-2009



HACCP



ΒΙΒΑΦΑΡΜ Α.Ε.

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





Σήμερα έχουμε την ευτυχία να φιλοξενήσουμε στις σελίδες του περιοδικού μας την κυρία Δασκαλάκη - μπέρα της νεαρής Εύνης, η οποία μας μεταφέρει με το δικός της τρόπο, με τη δική της ματιά πως είναι να ζεις και να μεγαλώνεις ένα διαβοτικό παιδί.

Μέσα από την μπέρα της 16χρονης Εύνης μαθαίνουμε ποιες είναι οι φοβίες ενός συγγενούς και ποια είναι η ικανοποίηση όταν βλέπει το παιδί της να πετυχαίνει στο «κέντρο»

Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια είναι τρόπος ζωής



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: **MARIA XATZIDAKΗ**

Mε τον διαβήτη ήρθαμε αντιμέτωποι για πρώτη φόρα πριν από πέντε χρόνια περίπου, όταν ο κόρη μου ήταν 11 χρόνων. Κάποια μέρα επιστρέφοντας από το σχολείο έκανε εμετό. Υποθέσαμε ότι θα ήταν κάποια ίωση ή γαστρεντερίτιδα, όπως είπε και η παιδίατρος που την παρακολούθισε. Όμως οι εμετοί συνεχίστηκαν όλο το βράδυ, πολύ συχνοί πια. Όταν η παιδίατρος κατάλαβε ότι κάτι δεν πήγαινε καλά, την επόμενη μέρα μας παρέπεμψε στο νοσοκομείο, χωρίς να είχε αντιληφθεί βέβαια τι συνέβαινε πραγματικά. Το παιδί ήταν σε πολύ άσχημη κατάσταση, σχεδόν είχε πέσει σε κώμα. Στο νοσοκομείο όταν μας είπαν τι ακριβώς συνέβαινε, το σοκ ήταν μεγάλο. Μέχρι τότε δεν ξέραμε καν τι ακριβώς ήταν ο διαβήτης, καθώς στην οικογένειά μας και

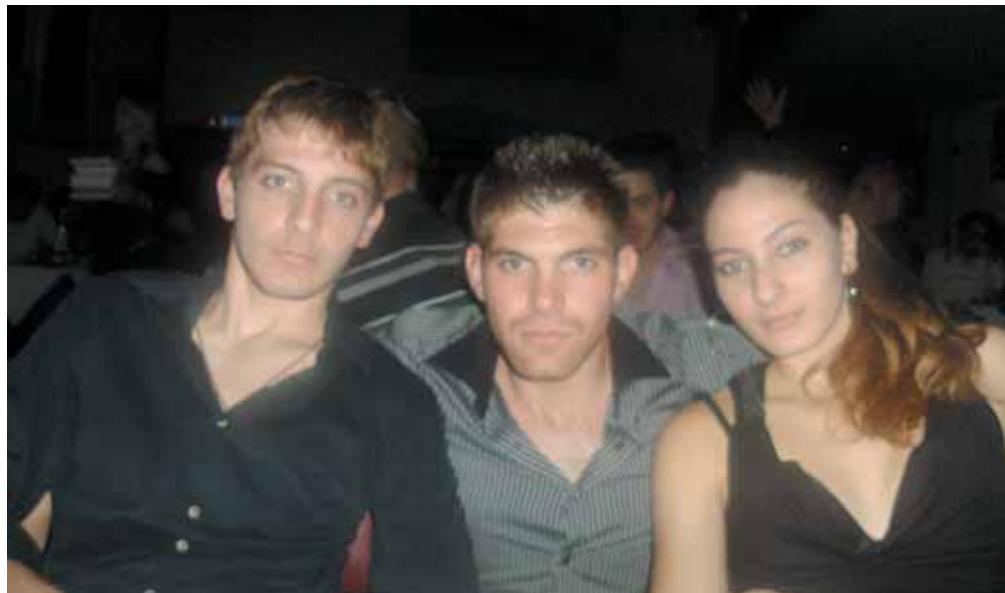
στον συγγενικό μας περίγυρο δεν είχαμε αντιμετωπίσει κάτι τέτοιο. Μετά το πρώτο σοκ αρχίσαμε σιγά σιγά μουδιασμένοι να μαθαίνουμε όσο το δυνατόν περισσότερα για να μπορέσουμε να αντιμετωπίσουμε την καινούρια πραγματικότητα.

Η Εύη, όταν της εξηγήσαμε τι ακριβώς είχε, το αντιμετώπισε πολύ ώριμα θα έλεγα, αφού από την πρώτη στιγμή μέσα στο νοσοκομείο κιόλας υποιλόγιζε μόνη της, με τη βούθεια των γιατρών φυσικά, τις μονάδες ινσουλίνης που έπρεπε να κάνει, καθώς έκανε μόνη της και τις ενέσεις της. Δεν δυσανασχέτησε ποτέ και συνεργάστηκε απόλυτα τόσο με τον γιατρό της όσο και με μας, την οικογένειά της. Αυτό μας έδωσε δύναμη και κουράγιο και αποφασίσαμε ότι πρέπει να αντιμετωπίσουμε τον διαβήτη σαν τρόπο ζωής και όχι σαν ασθένεια όπως οι περισσότεροι πιστεύουν.

Στο σχολείο και στους συγγενείς δεν αποκρύψαμε ποτέ τον διαβήτη. Η Εύη εί-

vai ένα παιδί ζωντανό με πολλή ενέργεια. Κάνει μπαλέτο από τεσσάρων ετών, χορεύει latin χορούς, όπως επίσης κάνει και tae kwon do. Στο σχολείο είναι άριστη μαθήτρια και μαθαίνει αγγλικά και γερμανικά. Από όλα αυτά ο διαβήτης δεν της στέρησε τίποτα. Συνεχίζει και τα κάνει όλα με τον ίδιο zήλο και τους ίδιους ρύθμους. Πιστεύω ότι ίσως ο διαβήτης την έκανε να ωριμάσει και πιο γρήγορα και να γίνει ακόμα πιο υπεύθυνη. Όσο για τις σκέψεις για το μέλλον, η Εύη ήθελε να γίνει αστυνομικός. Δυστυχώς όμως, σύμφωνα με τον νόμο, τα άτομα με διαβήτη δεν επιτρέπεται να μπουν στις στρατιωτικές σχολές. Αυτό όμως, δεν την πτόνει, ούτε τη στενοχώρησε ιδιαίτερα, αφού έχει και άλλες φιλοδοξίες, όπως το να γίνει νηπιαγωγός αλλά και δασκάλη χορού ταυτόχρονα.

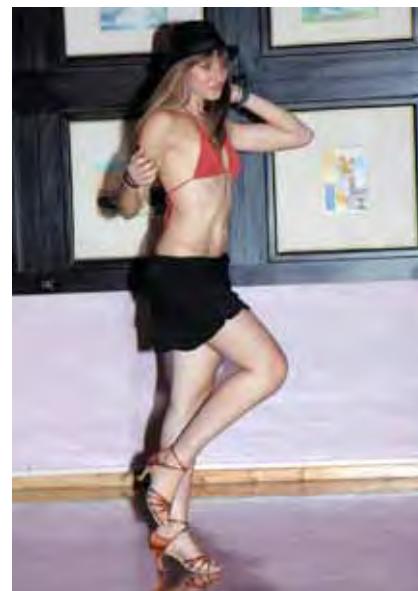
Τώρα όσον αφορά για τον τρόπο που την αντιμετωπίζουν οι άλλοι, φίλοι, συγγενείς, κοινωνία γενικότερα, σύγουρα υπάρχει προκατάληψη αλλά και μεγά-



ήν άγνοια όσον αφορά τον διαβήτη. Ο κόσμος δεν ξέρει τι ακριβώς είναι, ούτε πώς αντιμετωπίζεται. Κάποιοι νομίζουν ότι μπορεί να κολλήσουν κιόλας. Νομίζω ότι είναι στο χέρι μας να προσπαθήσουμε εμείς οι γονείς απλά και τα παιδιά που έχουν διαβήτη, να ενημερώνουμε τον περίγυρό μας τι είναι ο διαβήτης, να ψάχνουμε και να ενημερωνόμαστε συνεχώς για τις καινούριες εξελίξεις και σε καμία περίπτωση να μην προσπαθούμε να αποκρύψουμε αυτό που μας συνέβη. «Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια, είναι τρόπος ζωής». Επιπλέον η τεχνολογία έχει προχωρήσει τόσο πολύ, που πλέον η ζωή των διαβητικών μπορεί να είναι στην ουσία πολύ εύκολη, αφού με τις αντίλιες ινσουλίνης και την καταγραφή γλυκόζης ούτε ενέσεις κάνουν πια οι διαβητικοί, απλά ούτε και πολλές μετρήσεις. Έτσι ζουν χωρίς να κινδυνεύουν τόσο από υπογλυκαιμίες ή υπεργλυκαιμίες.

Τελικά πιστεύω ότι κάθε δυσκολία που αντιμετωπίζεις σε κάνει πιο δυνατό. Η οικογένεια είναι το άλφα και το ωμέγα στην καλή ψυχολογία του ατόμου ώστε να αντιμετωπίσει σωστά τον διαβήτη του. Χρειάζεται κατανόηση και συνεργασία και όχι υπερβολές από τους γονείς ως προς την προστατευτικότητα που ποιλήσει φορές μπορεί να φέρει αντίθετα αποτελέσματα. Θέλει ψυχραιμία, άνεση και τα παιδιά να μην υποτιμούνται όσο μικρά και αν είναι. Οπότε αν εμείς είμαστε αυτοί που πρώτοι το αποδεκτούμε και το αντιμετωπίσουμε σωστά, τότε πρέπει να είμαστε σίγουροι ότι και οι γύρω μας (φίλοι, συγγενείς, κοινωνία) θα το δουν και θα το αντιμετωπίσουν κι αυτοί με τον ίδιο ακριβώς τρόπο, φυσιολογικά δηλαδή, σαν να μην υπάρχει τίποτα. Μιλήστε ελεύθερα για τον διαβήτη, ενημερώστε και ενημερωθείτε. Ο διαβήτης πρέπει να είναι σύμμαχος και όχι εχθρός. ■

Κάθε δυσκολία που αντιμετωπίζεις σε κάνει πιο δυνατό. Η οικογένεια είναι το άλφα και το ωμέγα στην καλή ψυχολογία του ατόμου ώστε να αντιμετωπίσει σωστά τον διαβήτη του



Εφηβεία, σεξουαλική ζωή, σακχαρώδης διαβήτης

Το πέρασμα μέσα από μια περίοδο πολλών ερωτημάτων και προβληματισμών γύρω από την σεξουαλική ζωή είναι μέρος της ανθρώπινης ύπαρξης

 **ΜΑΓΔΑ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ,**
επίκουρη καθηγήτρια ψυχιατρικής,
Νοσοκομείο Παίδων «Αγία Σοφία»

Οικίμα είναι τα ερωτήματα. Τι είναι το σεξ, πώς συμπεριφέρεται κανείς σε ένα ραντεβού, τι αντιδράσεις θα συναντήσεις από τον άλλο, εάν αρέσει κανείς στο άλλο φύλο, πώς θα αντιδράσουν οι φίλοι στη σχέση μας, πώς θα αντιδράσουν οι γονείς.

Η σεξουαλική ζωή στην εφηβεία επηρεάζεται από τη σχέση που έχει ο έφηβος με το σώμα του, με τον εαυτό του, με τους άλλους και τους γονείς του.

Ο έφηβος και το σώμα του

Όλοι οι έφηβοι αναρριχούνται πόσο επικυριοί είναι. Πόσο αρέσει το σώμα τους ή το πρόσωπο τους. Πολλές φορές αισθάνονται άσχημοι, άλλες φορές είναι λίγο πιο αισιόδοξοι. Το σώμα του εφήβου έτσι όπως διαμορφώνεται στην εφηβεία, είναι κάτι το καινούργιο σχετικά γι' αυτό, δεν το έχει συνηθίσει ακόμη, χρειάζεται καιρό για να το συνηθίσει, να εκτιμήσει τα καλά του σημεία και να μην επικεντρώνεται μόνο στις αδυναμίες του.

Ο έφηβος σε σχέση με τον εαυτό του

Στη δημιουργία καλών σχέσεων με τους άλλους, παίζει μεγάλο ρόλο το πόσο ο ίδιος ο έφηβος εκτιμάει και αγαπάει τον εαυτό του. Η αυτοεκτίμηση επηρεάζει την ποιότητα των σεξουαλικών σχέσεων. Το αγόρι που τάχει καλά με τον εαυτό

του και έχει καλές σχέσεις γενικά με τους άλλους θα φερθεί καλά και στο κορίτσι του, όταν θα αποκτήσει σεξουαλική σχέση μαζί του. Δεν θα το πιέσει π.χ. να κάνει πράγματα που εκείνη δεν θέλει.

Το κορίτσι που εκτιμάει αρκετά τον εαυτό της δεν θα κάνει σχέση με τον κατά πέντε ή έξι χρόνια μεγαλύτερο νεαρό που ξενυχτάει, είναι επιθετικός, δεν προσέχει την δουλειά του ή τις σπουδές του, πίνει ή κάνει χρήση κάποιων ναρκωτικών. Το κορίτσι που εκτιμάει τον εαυτό του θα ζητήσει προφύλαξη κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής σχέσης, εάν τελικά αποφασίσει να έχει.

Αρκετά παιδιά με διαβήτη, νομίζουν ότι δεν αξίζουν αρκετά επειδή έχουν αυτό το ιατρικό πρόβλημα και ότι το άλλο φύλο θα τους απορρίψει εξ αιτίας αυτού του προβλήματος. Μερικές φορές ο νέος ή



η νέα έχει μια γενικότερη δυσκολία στην δημιουργία μιας σχέσης και χρησιμοποιείται η ασθένεια σαν τρόπος αποφυγής.

Παρ' όλο που η ύπαρξη ενός ιατρικού προβλήματος δημιουργεί άγχος και κάποιες δυσκολίες σε σχέσεις που έχουν ένα επιφανειακό χαρακτήρα, αυτό που κάνει μία σεξουαλική σχέση ιδιαίτερα ελκυστική στο βάθος είναι η ιδιαιτερότητα, τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ανθρώπου που κατοικεί μέσα στο συγκεκριμένο σώμα.

Ο έφηβος και οι γονείς του

Ο έφηβος εκτός από τον εαυτό του και τους άλλους, έχει να αντιμετωπίσει και τους γονείς του όταν αρχίζει να εξελίσσεται η σεξουαλική του ζωή. Είναι γνωστό σε όλους ότι οι γονείς ανησυχούν. Με τις ανησυχίες τους π.χ. για την υπογλυκαιμία, μπορεί να δημιουργήσουν φόβους και αναστολές στα παιδιά ή να γίνουν καταπιεστικοί. Τα παιδιά αντιδρούν μερικές φορές με την πρόκληση, φθάνουν στα άκρα και η σύγκρουση κορυφώνεται. Όμως οι γονείς και τα παιδιά στην εφηβεία έχουν ένα σπουδαίο μέσο στα χέρια τους για την επικοινωνία, για την ανεύρεση λύσεων: τον διάλογο. Ο διάλογος δεν πρέπει ποτέ να σταματάει και πρέπει να χαρακτηρίζεται από κανόνες σεβασμού του ενός ατόμου για το άλλο. Όταν ο διάλογος αφορά σεξουαλικά θέματα μπορεί να δημιουργεί άγχος στα παιδιά άλλα και στους γονείς, πρέπει όμως να συνεχίζεται.

Οι σχέσεις με συνομότηλους

Όλοι επιπρεπόμαστε από τον κοινωνικό μας περίγυρο. Το παιδί στην εφηβεία επιπρεάζεται πολύ από το τι κάνουν άλλα παιδιά γύρω του. Παρατηρεί ότι υπάρχουν παιδιά πολύ σεμνά και συγκρατημένα, που δεν μιλούν εύκολα, υπάρχουν όμως άλλα που αιλλάζουν σχέσεις όπως τα πουκάμισα και άλλα παιδιά που είναι στο ενδιάμεσο. Όλοι οι έφηβοι μέσω των σχέσεων με το άλλο φύλο προσπαθούν να δώσουν διέξοδο στις ορμές τους και να γνωρίσουν τον εαυτό τους. Οι έφηβοι, αγόρια ή κορίτσια, που έχουν ποιλήσει και εύκολης σεξουαλικές σχέσεις, συχνά συ-

Οι έφηβοι, αγόρια
ή κορίτσια, που
έχουν ποιλές και
εύκολες σεξουαλικές
σχέσεις, συχνά
συμπεριφέρονται
έτσι για να κρύψουν
συναισθήματα
μειονεξίας και
αναξιότητας, για
να μπορέσουν να
χουν κοινωνικές
σχέσεις ή ακόμη για
να εκδικηθούν τους
γονείς τους

μπεριφέρονται έτσι για να κρύψουν συναισθήματα μειονεξίας και αναξιότητας, για να μπορέσουν να' χουν κοινωνικές σχέσεις ή ακόμη για να εκδικηθούν τους γονείς τους.

Τελικά εκείνο που έχει σημασία δεν είναι τι κάνουν οι άλλοι, αλλά το τι ταιριάζει στον εαυτό του καθενός και το ποιος είναι ο καλλίτερος τρόπος για να ικανοποιεί κανές τις προσωπικές του ανάγκες ή αμβάνοντας βέβαια υπόψιν και τα συναισθήματα των άλλων.

Ερωτική ζωή και φόβοι

Η κληρονομικότητα απασχολεί τους έφηβους με διαβήτη. Μια έφηβη είπε «Γιατί να κάνω παιδιά, για να έχουν το ίδιο πρόβλημα με μένα». Σ' αυτές τις περιπτώσεις μια ειδικευόμενη και ενημερωτική συζήτηση με τον γιατρό είναι απαραίτητη.

Μερικοί έφηβοι δεν έχουν βεβαιωθεί ότι ο διαβήτης δεν έχει σχέση με τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Έτσι ένας έφηβος 17 χρόνων ρώτησε «Κανείς δεν έχει διαβήτης;» Η απάντηση είναι ότι φυσικά όχι δεν «κοιλάει». Τέτοιες ερωτήσεις καλό είναι να εκφράζονται για να παύει η αμφιβολία και να ελευθερώνεται ο έφηβος. ✎





Μια υπέροχη διαδρομή στο βουνό της Πάρνηθας φαντάζει μοναδική εμπειρία ακόμα και στο σημείο όπου βρίσκονται τα καμένα. Το βουνό της Πάρνηθας προσφέρει απλόχερα μια περιπατητική διαδρομή, που μπορεί να σχεδιαστεί από εσάς τους ίδιους και να σας προσφέρει άσκηση και ψυχική ανάταση

 MAPIA XATZIDAKI

Ãé ëòùæÛ÷ iÍ iÙæéÛ÷ ôè÷ | Àòîèõá÷

διαδρομή μπορεί να ικανοποιήσει ακόμα και τους πιο απαιτητικούς περιπατητές,

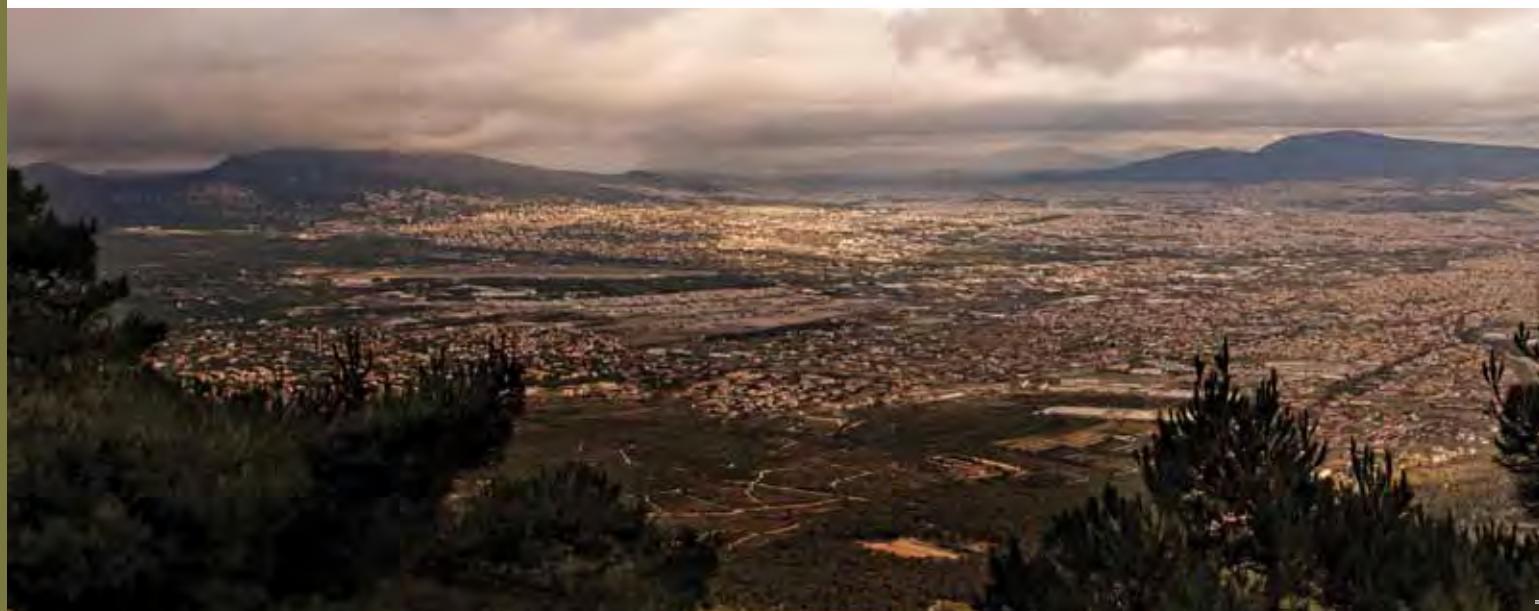
3 αφού συνδυάζει φυσικές ομορφιές και άσκηση.

Πάρτε, λοιπόν, ένα μικρό σακίδιο με τα απαραίτητα (νερό, έναν χάρτη και ένα μικρό φαρμακείο που να περιέχει είδη πρώτης ανάγκης) και ξεκινήστε την πε-

ζοπορία, η οποία θα καταλήξει στη Χασιά.

Με τη βοήθεια ενός αυτοκινήτου από κάποιο φίλο, μεταβαίνουμε στον τόπο εκκίνησης, που δεν είναι άλλος από τον γνωστό δασικό δρόμο με την μπάρα (μόλις τρεις στροφές πιο πάνω από το τελεφερίκ). Εδώ παρκάρουμε και ξεκινάμε ακολουθώντας τον δασικό δρό-

μο. Μετά από 20 περίπου λεπτά, θα διακρίνουμε στα δεξιά μας μονοπάτι, το οποίο θα μας οδηγήσει στο εκκλησάκι του Αγίου Γεωργίου. Εδώ μπορούμε να ξεκουραστούμε, να πιούμε και νεράκι και μετά συνεχίζουμε το μονοπάτι που θα μας οδηγήσει στην κορυφή της Κυράς, που βρίσκεται ακριβώς από πάνω μας. Η ανάβαση για την κορυφή είναι



εύκολη, έχουμε παράλληλα μια υπέροχη θέα του τσιμεντένιου ηεκανοπεδίου.

Στη συνέχεια κατεβαίνουμε, έχοντας και πάλι δύο επιλογές. Η μία είναι να πάρουμε το μονοπάτι που οδηγεί στο σπήλαιο του Πανός. Έτσι, αν είναι κάποιος που του αρέσουν τα σπήλαια, θα έχει τη μοναδική ευκαιρία να θαυμάσει το ιστορικό σπήλαιο του Πανός και μετά να πάρουμε τον χωματόδρομο ή μέσω μονοπατιού να κατέβουμε στο σημείο που βρίσκεται το αρχαίο φρούριο της φυλής. Εκεί θα μας περιμένει το δεύτερο αυτοκίνητο της παρέας που αναγκαστικά θα πρέπει να φέρει τον οδηγό (κάνοντας κύκλο) στο αρχικό σημείο. Η δεύτερη επιλογή (της πρώτης διαδρομής) είναι από την κορυφή της Κυράς να κατεβούμε πάλι στον Άγιο Γεώργιο και από εκεί να πάρουμε το μονοπάτι που θα μας βγάλει στην πηγή Ταμίθη (δεξιά μας είναι το Άρμα), ώστε να φτάσουμε στην Φυλή.



Δεύτερη διαδρομή

Όπως καταλήβατε η πρώτη διαδρομή είναι όμορφη, αλλά θα πρέπει μετά να ξαναγυρίσουμε στο αρχικό σημείο για να πάρουμε το αυτοκίνητο κάνοντας μεγάλο κύκλο. Για αυτό μπορούμε να πάρουμε το λεωφορείο (από Αχαρνών) και να πούμε στον οδηγό να κάνει στάση στην μπάρα του χωματόδρομου, ή αν θέλουμε να ανεβούμε πιο ψηλά να του πούμε να σταματήσει στον Ξενία. Στην περίπτωση που σταματήσουμε στην μπάρα, ακολουθούμε τα βήματα της πρώτης διαδρομής. Όμως, αν κα-

τεβούμε στον Ξενία θα πρέπει να συνεχίσουμε στον δρόμο που οδηγεί στο ΣΕΓΑΣ (υπάρχουν ταμπέλες). Από εκεί ακολουθούμε το μονοπάτι που θα μας οδηγήσει κατευθείαν στην κορυφή της Κυράς. Η διαδρομή είναι υπέροχη αν έχει χιόνι. Έχεις την αίσθηση ότι βρίσκεσαι σε

μαγικό μέρος.

Από την κορυφή της Κυράς συνεχίζουμε προς Άγιο Γεώργιο ή σπήλαιο του Πανός ή και τα δύο αν θέλουμε και κατεβαίνουμε Φυλή ή στο φρούριο (περίπου). Εμείς αποφασίζουμε ανάλογα με τις δυνατότητές μας. ✎



χριστουγεννιάτικος προορισμός



Ho, ho, ho... Merry Christmas!

Ταξιδέψτε στην Λαπωνία
και το μαγικό χωριό του Άν Βασίλη





» **ύρισαν Χριστούγεννα!**
Φορέστε την καλύτερη διάθεσην και ξεκινήστε ένα ταξίδι μαγικό. Ένα ταξίδι πέρα από τα προβλήματα και την οικονομική στενωπό. Γεμίστε την βαλίτσα με zεστά ρούχα, πουλόβερ, σκουφάκια, γάντια και κασκόλ, μιας και ο χειμώνας έχει κάνει αισθητή την παρουσία του σε ολόκληρην την βόρεια Ευρώπη και ταξιδέψτε στο χωριό του Άν Βασίλην.

Δεκάδες ξωτικά δουλεύουν μέρα και νύχτα προκειμένου να προϊδάθουν να ετοιμάσουν όλα τα δώρα που θα πάνε στα μικρά παιδιά. Στο στάβλο του Άν Βασίλην περιμένουν υπομονετικά οχτώ τάρανδοι για να μεταφέρουν σε όλο τον κόσμο τον Άν Βασίλην. Είναι οι Ντάσερ, Ντανσερ, Τρανσερ, Βίξεν, Κομετ, Κιουμπιτ, Νταντερ και Μπλίξεμ.

Ένα ταξίδι στο χωριό του Άν Βασίλη θα ήταν ο τελειότερος προορισμός για μικρούς και μεγάλους. Θα έχετε την ευκαιρία να δείτε το παραμυθένιο χωριό του Άν Βασίλη στο Ροβανιέμι, που αποτελεί μοναδικό προορισμό στον αρκτικό κύκλο, μόνο ελάχιστα νοτιότερα του Βορείου Πόλου. Μικροί και μεγάλοι θα ξετρελαθούν με το υπέροχο Σάντα-Πάρκ ενώ ένα μαγικό σαφάρι με snowmobiles τους περιμένει αργότερα!

Η παγωμένη snowland θα σας ενθουσιάσει πριν την μετάβασή σας στο Ούλου και στη συνέχεια, η κόρη της Βαλτικής, το Ελσίνκι, θα σας περιμένει για να υποδεχτείτε το νέο έτος! Τέλος, το πανέμορφο μεσαιωνικό Ταλίν θα μας αποχαιρετήσει αφήνοντάς μας τις πιο γλυκές αναμνήσεις. Γιορτάστε το νέο έτος με τη χαρά και ενθουσιασμό του πιο πρωτοχρονιάτικου ταξιδιού!



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

1η ΜΕΡΑ | 23/12

ΑΘΗΝΑ - ΕΛΣΙΝΚΙ - ΞΕΝΑΓΗΣΗ ΠΟΛΗΣ

Συγκέντρωση στο αεροδρόμιο και πτήση (3 ½ ωρών) για Ελσίνκι. Άφιξη και ακολουθεί ξενάγηση της «Πλευκής πόλης», της «Κόρων της Βαλτικής», της «πόλης με τα χίλια πρόσωπα», το Ελσίνκι.

Στην ξενάγηση μας θα δούμε το ιστορικό κέντρο της πόλης και τα διαμερίσματα των διπλωματών, την Αγορά, την Μητρόπολη, την πλατεία της Συγκλήτου, το Προεδρικό παλάτι, το κτήριο της Βουλής, την Όπερα, την Εκκλησία Temppeliaukio που έχει χαραχθεί απευθείας πάνω σε βράχο από γρανίτη, το μνημείο του Σιμπέλιους κ.α. Τακτοποίηση στο ξενοδοχείο, δείπνο και διανυκτέρευση.



2η ΜΕΡΑ | 24/12

ΕΛΣΙΝΚΙ - ΚΟΥΟΠΙΟ - KUUSAMO (670km)

Πρωινό και αναχώρηση για το μεγαλύτερο χιονοδρομικό κέντρο της Φινλανδίας το Kuusamo μέσω μιας πανέμορφης διαδρομής, όπου θα θαυμάσετε παγωμένες λίμνες, χιονισμένα τοπία, ταράνδους, γραφικά αγροτόσπιτα φωτισμένα μέσα στο πανέμορφο μισοσκόταδο, εικόνες που μόνο μέσα στην φαντασία σας και σε κινηματογραφικές ταινίες έχετε ξαναδεί.

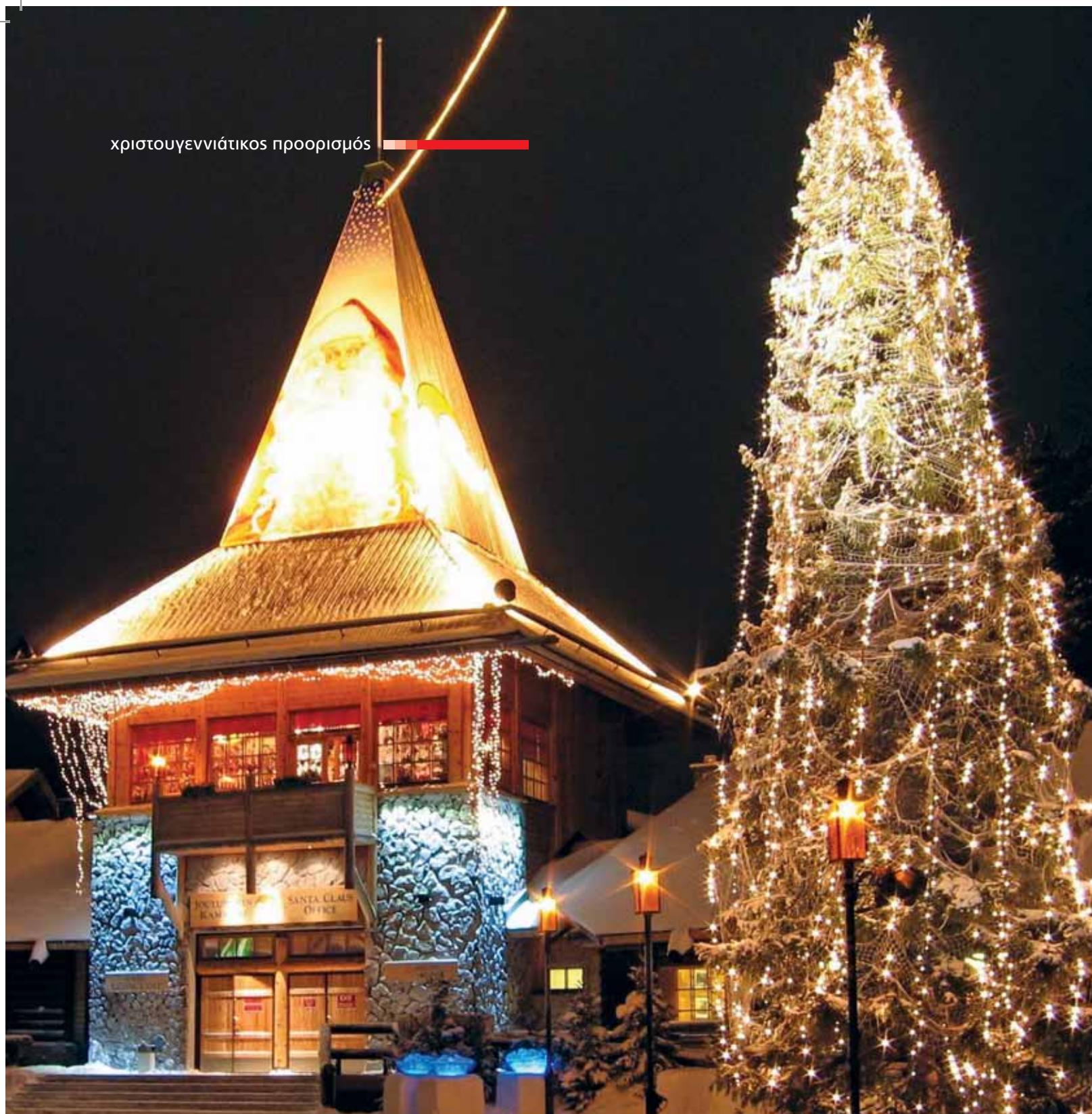
Η πρώτη στάση μας θα είναι στην πανέμορφη πόλη των παγωμένων λιμνών Kouopio. Άφιξη αργά το απόγευμα. Τακτοποίηση στα ξενοδοχεία Spa Holiday Club ή Sokos Kuusamo. Δείπνο, διανυκτέρευση.





Η πρωτεύουσα της Λαπωνίας, αποτελεί έναν ξεχωριστό προορισμό όσον αφορά στην τοποθεσία αλλά και τις υπηρεσίες που προσφέρει. Το Ροβανιέμι είναι μια περιπέτεια από μόνο του

χριστουγεννιάτικος προορισμός



3η ΜΕΡΑ | 25/12

KUUSAMO - ΜΗΧΑΝΑΚΙΑ ΤΟΥ XIONIOΥ (SNOWMOBILES) - ΨΑΡΕΜΑ - ΣΤΟΛΙΣΜΑ ΤΟΥ ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΙΑΤΙΚΟΥ ΔΕΝΔΡΟΥ

Αρχίστε την μέρα σας με το πλούσιο μπουφέ του ξενοδοχείου. Σήμερα μας περιμένει, μέσα στην πανέμορφη χιονισμένη φύση μια καινούργια εμπειρία. Ξεκινάμε για το ταξίδι μας στο απέραντο λευκό κοντά στα σύνορα της Ρωσίας. Ακολουθήστε μας με τα μηχανάκια του χιονιού σε ένα safari στο πουθενά, πάνω από παγωμένες λίμνες, και πυκνά έλατα. Θα διδαχθούμε από τους Λάπωνες τον χειρισμό του snowmobile και αμέσως μετά θα οδηγήσουμε μόνοι μας, εξερευνώντας την κατάλευκη Λαπωνική ύπαιθρο.

Στην διαδρομή θα σταματήσουμε για ψάρεμα στο παγωμένο ποτάμι. Το απόγευμα τα παιδιά και όσοι αισθάνονται παιδιά, θα στολίσουν το Χριστουγεννιάτικο δέντρο. Το βράδυ στο χριστουγεννιάτικο τραπέζι, με τοπικές και διεθνείς γεύσεις, θα μας επισκεφθεί ο Άγιος -Βασίλης, με Χριστουγεννιάτικες μελωδίες. Ο ίδιος θα δώσει σε κάθε παιδί από ένα δώρο, κάνοντας το παραμύθι αιληθινό και θα μας προετοιμάσει για ολονύχτια διασκέδαση σε κάποια από τις Disco της πόλης. Διανυκτέρευση

4η ΜΕΡΑ | 26/12

ΕΠΙΣΚΕΨΗ ΣΕ ΦΑΡΜΑ ΜΕ ΤΑΡΑΝΔΟΥΣ ΚΑΙ ΣΚΥΛΙΑ HUSKIES ΚΑΙ ΒΟΛΤΑ ΜΕ ΕΛΚΗΘΡΑ

Μετά το πλούσιο πρωινό μπουφέ του ξενοδοχείου, θα επισκεφθούμε την τοπική φάρμα με τους ταράνδους, όπου θα μάθουμε να οδηγάμε έλκηθρο που έλκουν οι τάρανδοι και φυσικά να αποκτήσουμε το απαραίτητο δίπλωμα οδήγησης (500m).

Ακολουθεί η επίσκεψη μας στην φάρμα με τα πανέμορφα σκυλιά huskies και η βόλτα με αυτά (750m). Επιστρέφουμε στο ξενοδοχείο και έχετε χρόνο ελεύθερο στην διάθεση σας. Δείπνο, διασκέδαση, διανυκτέρευση.



5η ΜΕΡΑ | 27/12

ΡΑΝΟΥΑ - ΖΩΟΛΟΓΙΚΟΣ ΚΗΠΟΣ - MURR MURR - FAZER - ΡΟΒΑΝΙΕΜΙ SNOWLAND IGLOO (190km)

Πρωινό και αναχώρηση για την Panoya, το πιο όμορφο ζωολογικό πάρκο της Φινλανδίας. Εδώ θα μπορέσουμε να θαυμάσουμε στο φυσικό τους περιβάλλον, ποιλικές αρκούδες, λευκούς αετούς, λύκους, τάρανδους, λευκές κουκουβάγιες, σκιουράκια κ.α. Είναι ο μοναδικός στον κόσμο ζωολογικός κήπος με zώα από τον Αρκτικό κύκλο και το Βόρειο ημισφαίριο της γης.

Στον ελεύθερο χρόνο σας, μπορείτε να επισκεφτείτε το πρατήριο με τα γνωστά γλυκίσματα σοκολάτες - καραμέλες Fazer και το κάστρο Murr-Murr, ο πύργος του οποίου ήταν το σπίτι των συνοδών του Αν-Βασίλη, Γιούσα και Νέσσε. Συνεχίζουμε για το Ροβανιέμι. Άφηξη και επίσκεψη στο Igloo Restaurant - Snowland, που κατασκευάζεται κάθε χρόνο, 3km έξω από το Ροβανιέμι.

Θα θαυμάσουμε τον τρόπο κατασκευής από κομμάτια πάγου του εστιατορίου και των δωματίων, (για τους τολμηρούς που θέλουν να περάσουν την νύχτα τους μέσα στους πάγους), τη disco από πάγο και το εστιατόριο με τα τραπέζια, καρέκλες, ποτήρια, όλα φτιαγμένα από πάγο. Τακτοποίηση στο ξενοδοχείο, δείπνο, διανυκτέρευση.



χριστουγεννιάτικος προορισμός



6η ΜΕΡΑ | 28/12

ΡΟΒΑΝΙΕΜΙ - ΑΡΚΤΙΚΟΣ ΚΥΚΛΟΣ ΧΩΡΙΟ ΑΗ-ΒΑΣΙΛΗ - SANTA PARK ΜΟΥΣΕΙΟ ΑΡΚΤΙΚΟΥM (10km)

Πρωινό και περιήγηση της πόλης. Βρισκόμαστε στο ίδιο γεωγραφικό πλάτος με την Αλάσκα και πιο ψηλά από το Ρέικιαβικ της Ισλανδίας. Θα επισκεφθούμε τον Αρκτικό Κύκλο όπου βρίσκεται το σπίτι του Άντερι Βασιλή τον οποίο θα συναντήσουμε προσωπικά και θα έχετε την δυνατότητα να φωτογραφηθείτε μαζί του. Από το ταχυδρομείο του στέψίτε τις ευχητήριες κάρτες σας για τα Χριστούγεννα του 2011!

Θα περιπλανηθούμε στο Arctic Circle Shopping Gallery, όπου διατίθεται το πιστοποιητικό επίσκεψης στον Αρκτικό Κύκλο. Εκεί θα έχετε επίσης την ευκαιρία να αγοράσετε αναμνηστικά δώρα από τα όμορφα μαγαζιά της περιοχής.

Η επίσκεψη στο Santa Park, στην disneyland της Λαπωνίας θα σας μεταφέρει σ' ένα παραμυθένιο κόσμο και θα νοιώσετε σαν παιδιά. Χτισμένο στο εσωτερικό μιας τεραστίας σπηλιάς, προσφέρει δυνατότητα ποικιλίας παιχνιδιών για μικρά και μεγάλα παιδιά.

Το απόγευμα θα επισκεφθούμε το μουσείο Arktikum, όπου θα θαυμάσετε σε όλο το μεγαλείο της, τη λαϊκή τέχνη και την εξέπλιξη των Λαπώνων. Στο όμορφο αμφιθέατρο του μουσείου μπορείτε να παρακολουθήσετε ένα υπέροχο ντοκιμαντέρ για το Βόρειο Σέλης και τον Ήλιο του Μεσονυχτιού. Επιστροφή στο ξενοδοχείο, δείπνο, διανυκτέρευση.

7η ΜΕΡΑ | 29/12

ΠΑΓΟΘΡΑΥΣΤΙΚΟ SAMPO KROYAZIEPA - KEMI -ΑΘΗΝΑ (115km)

Πρωινό και ξεκινάμε για το λιμάνι Ajos του Kemi, απ' όπου ξεκινάει το παγοθραυστικό Sampo το μοναδικό παγοθραυστικό της Φινλανδίας, για μια μοναδική ζωρη κρουαζιέρα στην παγωμένη Βαλτική θάλασσα.

Κατά την διάρκεια της κρουαζιέρας θα ξεναγηθούμε από τον καπετάνιο στο παγοθραυστικό. Για τους πιο τολμηρούς προτείνουμε βουτιά με ειδική στολή στα παγωμένα νερά της βόρειας θάλασσας. Μεταφορά στο αεροδρόμιο και πτήση για Αθήνα.

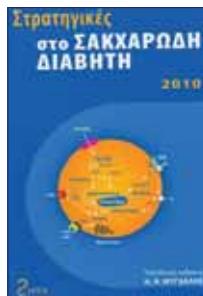
[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ, δημοσιογράφος

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

- **Συγγραφέας:** Ηλίας Ν. Μυγδάλης
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2010
- **Εκδόσεις:** ΖΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις
- **Σελίδες:** 350



Στο βιβλίο αυτό περιγράφεται κάθε νέα επιστημονική πληροφορία, θεωρία ή παρατήρηση για τον σακχαρώδη διαβήτη. Οι συγγραφείς του βιβλίου, γνωστοί διαβητολόγοι, παρέχουν τη γνώση και την εμπειρία τους σε μια πλούσια εικονογραφικό έκδοση και περιλαμβάνοντας την πρόσφατη διεθνή βιβλιογραφία. Πρόκειται για ένα χρόνιμο εργαλείο για κάθε διαβητολόγο.

ΓΥΝΑΙΚΑ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΟΑΓΓΕΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ

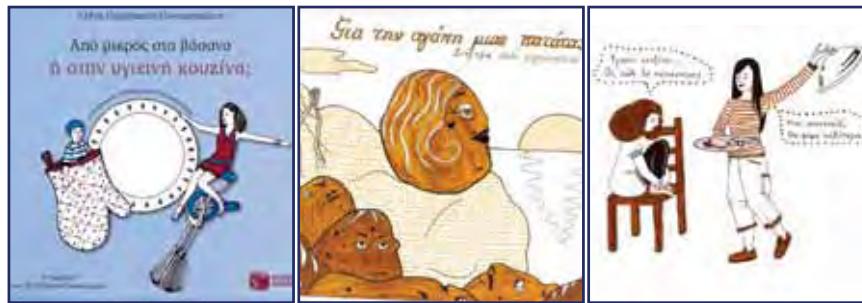
- **Συγγραφέας:** Γενοβέφα Δ. Κολοβού
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2009
- **Εκδόσεις:** Info Health
- **ISBN:** 9789609861717

Το παρόν εγχειρίδιο δημιουργήθηκε με σκοπό να προσφέρει βασική γνώση και έγκυρη επιστημονική πληροφόρηση για θέματα που σχετίζονται με τη γυναίκα και το καρδιαγγειακό σύστημα. Ο κυριότερος παράγοντας, που διαφοροποιεί τη γυναίκα από τους άνδρες είναι τα οιστρογόνα. Τα οιστρογόνα έχουν ποικίλη δράση σε διάφορα όργανα του ανθρώπου και κυρίως του γυναικείου σώματος.

Τα επίπεδά τους στη διάρκεια της ζωής της γυναίκας μεταβάλλονται και επηρεάζουν πολλά συστήματα. Ένα από τα βασικά συστήματα που υφίσταται μεγάλες αλλαγές από τη δράση των οιστρογόνων, την εμμηνόπαυση και την πλικία της γυναίκας, είναι το καρδιαγγειακό σύστημα.

ΑΠΟ ΜΙΚΡΟΣ ΣΤΑ ΒΑΣΑΝΑ Η ΣΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΟΥΖΙΝΑ;

- **Συγγραφέας:** Ελένη Παρασκευά-Πανοτοπούλου • **Πρόλογος:** Δρ. Γιώργος Πανοτόπουλος • **Εικονογράφηση:** Ανδρομάχη Γιαννοπούλου
- **Ημερομηνία έκδοσης:** Μάιος 2010 • **Εκδόσεις:** Πατάκη
- **Σελίδες:** 132 (μαλακό εξώφυλλο) • **ISBN:** 9789601633978



Ξαρετικά ανοσυχητικά είναι η αύξηση της παχυσαρκίας στα παιδιά και τους εφήβους. Είναι προφανές ότι η πρόληψη πρέπει να αρχίσει από τις πλικίες αυτές και πρέπει να γίνεται με απλές, αλλά συγκεκριμένες κινήσεις, όπως: διευκόλυνση των παιδιών να έχουν καθημερινή σωματική δραστηριότητα, γονείς έτοιμους να αλλάξουν τις διατροφικές συνήθειες στο καθημερινό τραπέζι και σχολεία που πράγματα ουσιαστικά έναν υγιή και όχι αδρανή τρόπο ζωής.

Οι συνταγές που υπάρχουν στο βιβλίο αυτό δοκιμάστηκαν και αγαπήθηκαν από τα παιδιά που μαγείρεψαν στην Πρότυπη Εκπαίδευση-Κουζίνα του Τμήματος Παχυσαρκία, Διατροφή και Μεταβολισμού του Νοσοκομείου «Υγεία». Τα παιδιά αυτά, υπέρβαρα ή παχύσαρκα, είχαν την ευκαιρία να βάλουν την ποδιά του μάγειρα και να βοηθήσουν για το φαγητό που, στο τέλος της πρακτικής τους εκπαίδευση στην υγιεινή κουζίνα, σερβίραμε για να φάμε όλοι μαζί.

Η κουζίνα του σπιτιού μας είναι ένα μικρό σχολείο. Εδώ η «διατροφική αγωγή» βρίσκει τα μέσα για να πραγματοποιηθεί μέρα με τη μέρα. Ο γονιός οδηγεί, το παιδί ακολουθεί. Το βιβλίο αυτό απευθύνεται κυρίως στα παιδιά: το καλεί να αναλάβει την κουζίνα με τον τρόπο του, πολύ απλά, πρακτικά, με κέφι, με κιούμορ, για να γνωρίσει καλύτερα τα τρόφιμα και πως μαγει-

ρεύονται, για να κάνει ένα ευχάριστο διάλειμμα και κυρίως να γευτεί και να χορτάσει χάρη στην υγιεινή κουζίνα.

Η συγγραφέας του βιβλίου απέφυγε με επιμονή κάθε πιθανή ομοιότητα με τα έντυπα υπερπροσφοράς συνταγών μαγειρικής των ΜΜΕ και του διαδικτύου, που βομβαρδίζουν τον αναγνώστη με «σούπερ συνταγές», θερμίδες, βιταμίνες, ιχνοστοιχία και έξτρα μαγικές ιδιότητες των τροφίμων του ψυγείου μας. Απέρριψε με πλήρη επίγνωση την αρνητική συνέπεια, ιδιαίτερα στα παιδιά, καθετί που θυμίζει «δίαιτα», στέρηση και μάλιστα διά βίου. Χρησιμοποίησε με μέτρο και γνώση τα δήθεν «απαγορευμένα» (βούτυρο, ζάχαρη). Το «διαιτητικό σύνδρομο» δεν έχει θέση εδώ. Η ιατρικοποίηση της σοκολάτας δεν αφορά αυτό το βιβλίο... Η υγιεινή διατροφή περιέχει γνώση, όχι όμως καταναγκασμό. Αυτές είναι οι πρόθεσεις του βιβλίου αυτού, που είναι το πρώτο στο είδος του στην χώρα μας.

Το υπέρβαρο και παχυσάρκο παιδί έχει να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα λίγο ως πολύ δυσβάσταχτο, αλλά και να εκμεταλλευτεί ένα πηλεονέκτημα σε κάθε περίπτωση τεράστιο: η ανάπτυξή του είναι σε εξέλιξη, επομένως κάθε βοηθητική προσφορά γίνεται σωτήριας! Το σώμα αλλάζει και η εξέλιξη του ανταποκρίνεται σε καθετί καλό.

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμιν 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. Γεννηματά», 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 «Κορηγιαλένειο-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 NIMTS, 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 Σακκαρώδη Διαβήτη, Μεταβολισμού, Δυσλιπιδαιμών & 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», Αφεντούη & Τζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709
- > Γ.Ν.Ε. «Θερίασιο», 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 ΕΛΛΑΣ / 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 «Ελενα 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. Σούτου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- > Ιο Νοσοκομείο IKA (Μελίσσινα), 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 «Σισιμανόγλειο», Σιμανογλήειου 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», Μπότσαρη 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 210 4284444, fax: 210 4599774
- > Γ.Ν.Α. «Πιώργος Γεννηματάς», Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 210 7768646 (εξωτ. ιατρείο) (Τρίπολη-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

- > Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης, 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, Παπασιούπολη 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, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 993111, 2310 993375-6 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994803
- > **Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» (κεντρικό)**, Εθνικής Αρμόνις 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 Ιπποκράτου, 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**, Ξο χλμ Σερρών - Δράμας, ΤΚ 62100, Σέρρες, Τ: 23210 94500, 23210 94567 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23210 94713

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

- > **Γ.Ν.Ν. Βέροιας Ασωμάτων Βέροιας**, 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»**, Μαματσίου 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 Καρλόβασίου 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**, Καρδίσης 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**, Σισμανόγηπου 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. Αργούς**, 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: 27100 27103 71809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27103 38175

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

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

Mas ρωτάτε - Σας απαντάμε

■ **Είμαι 17 ετών και έχω διαβήτη τύπου 1 τα τελευταία πέντε χρόνια. Έχω βάλει αντλία ινσουλίνης εδώ και τρεις μήνες. Νιώθω ότι με περιορίζει να κάνω ότι θέλω: να ντυθώ όπως θέλω [φορέματα κ.λπ.], να πάω όπου θέλω, το καλοκαίρι στη θάλασσα... Τι μπορώ να κάνω;**

Η αντλία ινσουλίνης είναι ένας διαφορετικός τρόπος χορήγησης ινσουλίνης, που δίνει ένα ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης συνεχώς, με έναν καθετήρα, σκοπεύοντας να προσομοιώσει -το πάγκρεας- όσο αυτό είναι δυνατόν. Ο έλεγχος του διαβήτη φαίνεται να είναι καλύτερος με αυτήν. Τελικά όμως, είναι θέμα αποδοχής του ίδιου του διαβητικού, ότι συνεπάγεται η χρήση της. Η αντλία μπορεί να αφαιρεθεί μικρά χρονικά διαστήματα μόνο (30-45 λεπτά) χωρίς προβλήματα. Ισως υπάρχουν μερικοί περιορισμοί, που οι περισσότεροι χρήστες, με τον χρόνο, τους θεωρούν ασήμαντους. Υπάρχουν διάφορα εξαρτήματα που κάνουν τη χρήση της πιο εύκολη, ιδιαίτερα σε δεσποινίδες: καλτσοδέτες, εξάρτημα για τον στηθόδεσμο κ.λπ. Προσπάθησε να μάθεις, οι εταιρείες θα σε βοηθήσουν. Είναι θέμα συνήθειας, δώσε λίγο χρόνο στον εαυτό σου. Ισως

τελικά, αν δεν το δεχτείς, η αντλία να μην κάνει για σένα!

■ **Είμαι 19 ετών και έχω διαβήτη εδώ και έξι χρόνια. Παίζω ποδόσφαιρο σε μια τοπική ομάδα και κάνω προπόνησης κάθε μέρα. Πολλές φορές μετά την προπόνηση κάνω ψηλά νούμερα: 250-300. Άλλες φορές κάνω υπογλυκαιμίες. Πώς μπορώ να το ρυθμίσω;**

Ο τρόπος που αντιδρά ένας διαβητικός στην εντατική άθληση δεν είναι πάντα ο ίδιος κάθε φορά και για όλους. Αυτό που έχει σημασία είναι η ασφάλεια του αθλούμενου. Σε συνεργασία πάντα με τον γιατρό σου, χρήσιμο θα είναι να μετράς το σάκχαρο αίματος συχνά, σίγουρα πριν την προπόνηση, ακόμη και κατά τη διάρκειά της. Ανάλογα με την τιμή του και την ένταση της προπόνησης, θα κατευθύνεις και τη λήψη υδατανθράκων: αν το νούμερο είναι σε υπογλυκαιμική κλίμακα θα χρειαστεί σάκχαρούχα υγρά, αν είναι 70-150 mg/dl θα χρειαστείς 15-20 γραμ. υδατανθράκων για κάθε 45-60 λεπτά εντατικής άσκησης και αν είναι πάνω από 150 mg/dl θα πρότεινα παρακολούθηση της πρώτης φορές. Αν κάνεις υπογλυκαιμίες, τότε σημαί-

νει ότι χρειάζεσαι υδατάνθρακες και με υψηλότερο νούμερο. Και μην ξεχνάς ότι η εντατική άσκηση προκαλεί και καθυστερημένες υπογλυκαιμίες, έως και έξι ώρες μετά, οπότε χρειάζεσαι συχνούς επέγχους σάκχαρου αίματος και λήψη υδατανθράκων ή τροποποίηση της δόσης ινσουλίνης. Όσον αφορά τα υψηλά νούμερα που βλέπεις, αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το στρες της άθλησης ή και το μη καλό ταίριασμα των υδατανθράκων που παίρνεις με αυτήν. Περιμένε 1-2 ώρες πριν κάνεις έξτρα ινσουλίνη, μπορεί να διορθωθούν από μόνα τους.

■ **Ο γιος μου είναι πέντε ετών και έχει διαβήτη από 18 μηνών. Ακούγοντας και διαβάζοντας στο ίντερνετ για τις αντλίες ινσουλίνης, αποφάσισα να δοκιμάσω τη χρήση της στον γιο μου. Αυτός όμως είναι διστακτικός. Πώς μπορώ να τον πείσω;**

Καταλαβαίνω την αγωνία σας να δοκιμάσετε ότι καλύτερο υπάρχει για τη θεραπεία του σάκχαρούντος διαβήτη του γιου σας. Τα παιδιά όμως στην ηλικία του ή και μικρότερα ακόμη, μπορούν να έχουν μια διαμορφωμένη άποψη, αν θέλουν μια θεραπεία ή όχι. Σε αυτήν την ηλικία, ο λόγος επιλογής ενός θεραπευτικού σχήματος από ένα παιδί είναι σχεδόν πάντα τελείως διαφορετικός από τον δικό μας. Σε συνεργασία με τον γιατρό σας, φροντίστε να ενημερωθείτε και να δείτε την αντλία ινσουλίνης. Η πραγματικότητα συχνά διαφέρει από αυτό που φανταζόμαστε και για σας και για τον γιο σας! Αφού γίνει η επίδειξη και η ενημέρωση, τα πράγματα μπορούν να αλλάξουν ή όχι. Θα έχετε κάνει όμως ότι μπορείτε. Αφήστε τον ίδιο να επιλέξει!



Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας
στο e-mail: info@elodi.org
ή στο fax 210-8217444