



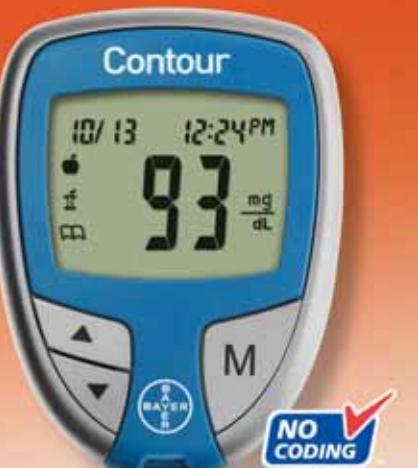
ΟΣΟ ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΟΙ ΚΑΙ ΑΝ ΕΙΜΑΣΤΕ ΕΧΟΥΜΕ ΚΑΙ ΟΙ ΔΥΟ ΑΠΟ ΕΝΑ CONTOUR®



ΜΕΤΡΗΤΗΣ 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



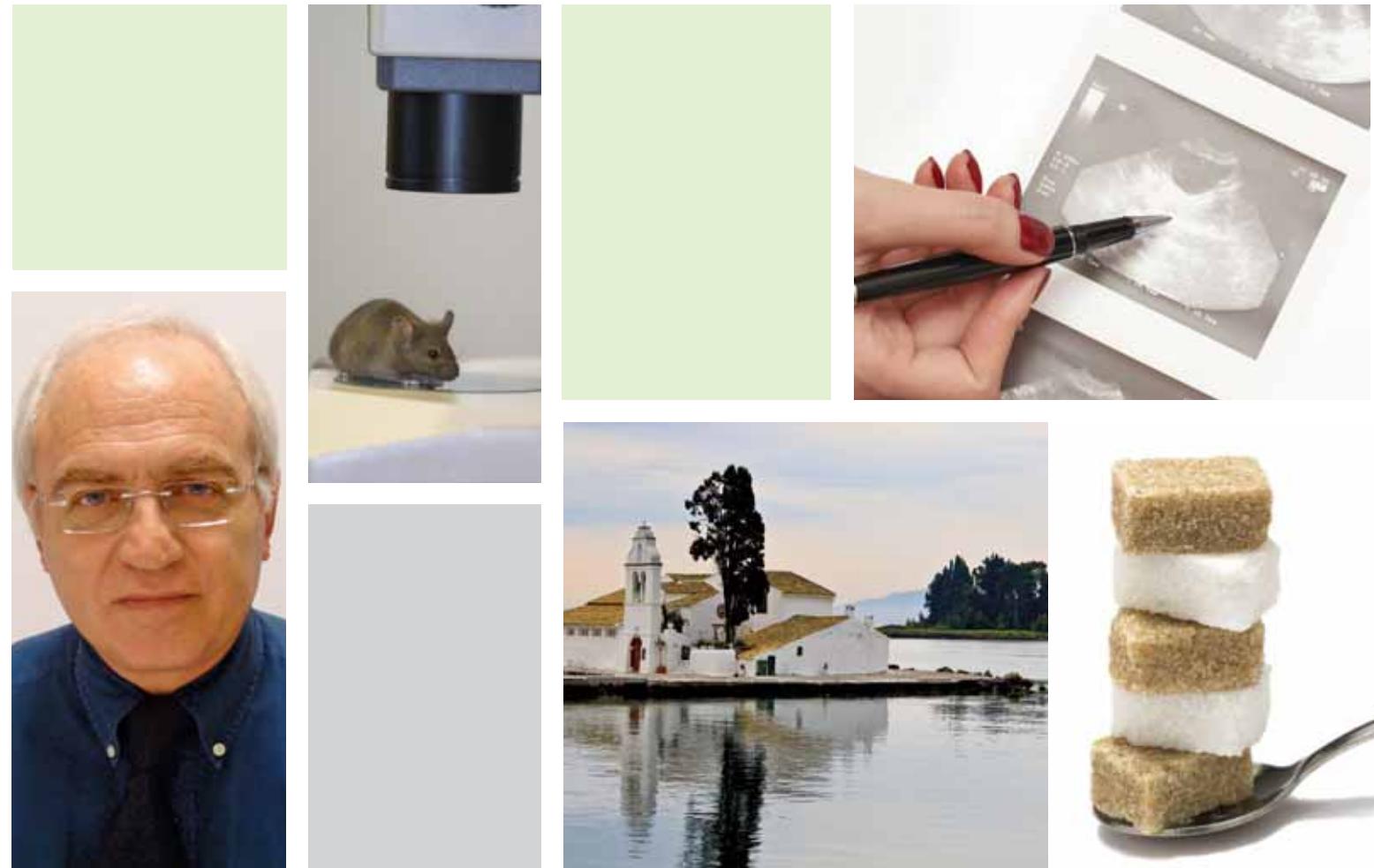
- Τεχνολογία Χωρίς Κωδικοποίηση™ της Bayer
- Αυτόματη διόρθωση των κοινών παρεμβολών
- Μικρό δείγμα αίματος 0.6μL
- Χρόνος μέτρησης 5 δευτερόλεπτα
- Μνήμη 480 αποτελεσμάτων

simplewins™

Contour™
BLOOD GLUCOSE MONITORING SYSTEM

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ



- Γεώργιος Δ. Δημητριάδης, MD, DPhil (Oxford), καθηγητής παθολογίας, διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»: «η καμπύλη γλυκόζης είναι πολύ σημαντική για την έγκαιρη ανίχνευση του ΣΔ2»
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Ο ρόλος των γλυκαντικών ουσιών στη διατροφή των διαβητικών ατόμων
- Κέρκυρα, το νησί των Φαιάκων

KwikPen™

(Κουίκπεν)

ΝΕΑ ΠΕΝΑ



Απλουστεύει τη χορήγηση της ινσουλίνης
Απλουστεύει τη ζωή σας

Huma



(πραγματικό μέγεθος)

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

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



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

Lilly



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

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



Ποιότητα στη διατροφή.





ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Διμονιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Τζένη Περγιατίδη
Δερβενακίων 8, 172 35 Δάφνη
τηλ: 211 0003277, φαξ: 210 9287333

Συντακτική & Δημιουργική Επιμέλεια-Παραγωγή:



Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περγιατίδη
pergaliotou.j@dcode.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
georgiou.ch@dcode.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καφούση
kafoutsi.a@dcode.gr

Αρχισυνταξία
Μαρία Χατζιδάκη
chatzidaki.m@dcode.gr

Διόρθωση Κειμένων
Δημήτρης Χατζηστάύρου

Υποδοχή Διαφήμισης
Νατάσα Αρμόνη
armoni.na@dcode.gr

Συντονισμός Ύπηρος
Μαρία Χατζιδάκη
chatzidaki.m@dcode.gr

Φωτογραφικό αρχείο
Shutterstock

Εκτύπωση
ΔΙΑΣ ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στα email: info@elodi.org,
pergaliotou.j@dcode.gr

Οι απόψεις των συντακτών και των αρθρογράφων δεν αποτελούν αναγκαία τις απόψεις του εκδότη και του διοικητή του περιοδικού. Για τα αποτελέσματα έντυπα, κείμενα και φωτογραφίες, ο εκδότης οίκος παίρνει αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται στα περιοδικό προς δημοσίευση δεν επιστρέφονται. Απορρέεται η αναπαραγωγή ή η μετάδοση δημοσίευσης σε περιοδικό χωρίς την έγγραφη δέσμη 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 Νοο. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοο. «Ευαγγελίαμός»

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

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

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

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

Βασίλειος Καραμάνος, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος Παιδευονδοκρινολογικού ιατρείου Νοοκομείου «Μπτέρα»

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

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μητράκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλη Μούσης, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοο-κομείου «Μπτέρα»

Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΝ Αθηνών «Πολυκλινική»

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοο. Παίδων «ΠΙΛΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενευκής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοοκομείο Παίδων Μοντρέαλ

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

Βασιλική Σποπηλώτη, αναπληρωτία καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών, υπεύθυνη Μονάδα Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη

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

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

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

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



4

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Γεώργιος Δ. Δημητριάδης

«Το σημαντικό πλεονέκτημα για την ανθρωπότητα που θα προσφέρει ο εντοπισμός του υπεύθυνου γονιδιακού χάρτη είναι ότι θα γίνουν κατανοητοί σε βάθος όλοι οι υπεύθυνοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και θα μπορούν να εντοπίζονται όλοι οι «υποψήφιοι» διαβητικοί σχεδόν από τη γέννησή τους και να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης»

14

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

16

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

- Κοινωνική προσφορά μέσα από ένα κόμικ
- Αντιμετωπίστε την παχυσαρκία με όλα τα όπλα

18

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Τροποποίηση «σταθμός» του κανονισμού του ΟΠΑΔ

20

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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

22

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

As γνωρίσουμε την Gladys:
83 χρόνια και συνεχίζει

24

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

«Αναπτύξτε το δικό σας μόσχευμα!»
Ίσως είναι δυνατό για άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

26

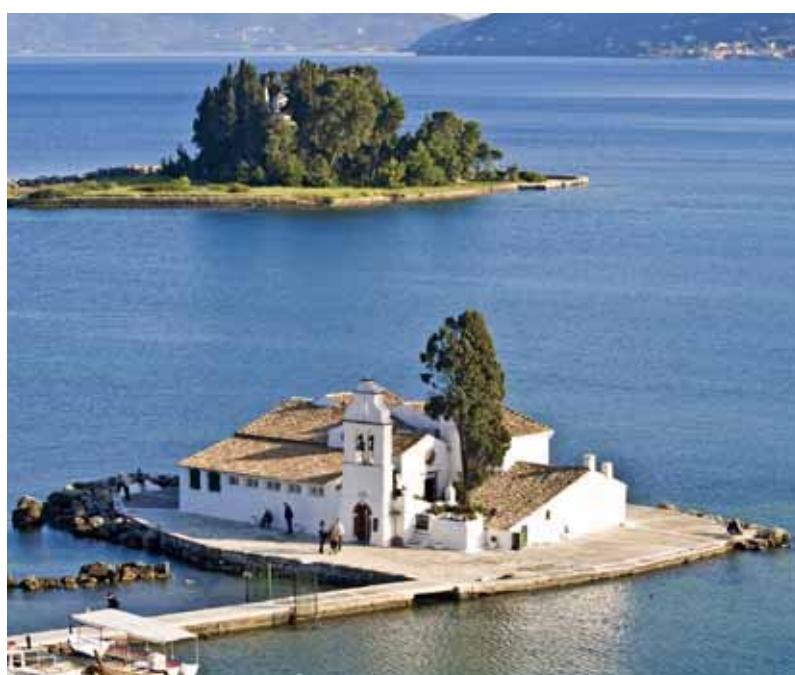
ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Στόχος του ποδολόγου η περιποίηση στο διαβητικό πόδι





30	ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ Προδιαβήτης και σακχαρώδης διαβήτης Νεότερα δεδομένα
32	ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ • Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών • Διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας Νέα θεραπευτικά δεδομένα
35	ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
38	« Με πολύ θέληση και αρκετό πείσμα κάνεις τα πάντα στη ζωή σου και ας είσαι διαβητικός »



42	ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ • Η αξία της αυτομέτρησης
44	• Ο ρόλος των γλυκαντικών ουσιών στη διατροφή των διαβητικών ατόμων: Αλήθειες και μύθοι
51	• Οι συνταγές της Δευτέρας
54	ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι
56	ΔΙΑΤΡΟΦΗ & AMYNA • Πόση πρωτεΐνη πρέπει να καταναλώνουμε από την τροφή μας;
57	• Διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης Η θέση της βρώμης στον γλυκαιμικό έλεγχο
58	ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ Κέρκυρα, το νησί των Φαιάκων
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,

Kάθε χρόνο, στο πρώτο τεύχος του έτους, συνηθίζω να κάνω τον απολογισμό της χρονιάς που πέρασε. Φέτος, στο ξεκίνημα του τέταρτου χρόνου κυκλοφορίας του περιοδικού μας, θα προτιμούσα να κοιτάξω μπροστά και όχι πίσω. Να σκεφτώ και να μοιραστώ μαζί σας τις σκέψεις και τις προσδοκίες μου για τη φετινή χρονιά, για τις μέρες που θα έρθουν και, σαν πρώτη σκέψη, το σίγουρο είναι ότι θα πρέπει να είναι μέρες χαράς και αισιοδοξίας και όχι μέρες χωρίς χρώμα, γεμάτες αρνητικές εικόνες και εμπειρίες.

Για να επιτευχθεί ένας τέτοιος στόχος, υπάρχουν πολλές παράμετροι που θα πρέπει να συνυπάρχουν. Καταρχήν η θετική σκέψη. Αυτό, είναι κάτι που συνήθως το έχει κάποιος από τα γεννοφάσκια του και έχει γαλουχηθεί με την λογική του να βλέπει το ποτήρι μισογεμάτο. Από την άλλη, δεν αποκλείεται και στο διάβα της ζωής, κάποιες εμπειρίες να συμβάλλουν στο να αρχίσει κάποιος να βλέπει τα πράγματα με άλλο μάτι. Όπως και να xει, η θετική σκέψη από μόνη της δεν αρκεί για να μπορέσουμε να εξασφαλίσουμε μέρες χαράς και ευημερίας. Το περιβάλλον παίζει το δικό του σημαντικό ρόλο. Η στήριξη από την οικογένεια, οι καλές σχέσεις, η κατανόση, η συμπαράσταση, αποτελούν παράγοντες που μπορούν να προάγουν και να στηρίξουν το χαμόγελο στα χείλη, τη δύνα-

μη του να συνεχίσει κανείς να παθεύει για μια πιο ποιοτική καθημερινότητα.

Και μετά, έρχεται το κοινωνικό σύνολο. Η πιο μεγάλη αγκαλιά από ανθρώπους, που, αν σε στηρίζουν, μπορείς να συνεχίσεις να πορεύεσαι με αισιοδοξία και προοπτική. Αν όχι, απλά, η καθημερινότητα παύει να είναι τόσο ρόδινη.

Κάπως έτσι, ήταν τα πράγματα φέτος για όλους τους Έλληνες. Η οικονομική κρίση, η αβεβαιότητα, η ανεργία, η θλίψη συνόδευαν την καθημερινότητά μας. Κι όσοι είχαν την τύχη να έχουν θετική σκέψη και την στήριξη των δικών τους ανθρώπων, απλά δεν κατέρρευσαν.

Δεν μπορεί κανείς να πει με βεβαιότητα πώς θα εξελιχθεί η οικονομική κατάσταση της χώρας μας το 2011. Το μόνο που μπορούμε να ευχηθούμε είναι τουλάχιστον τη φετινή χρονιά το κράτος να νοιαστεί περισσότερο για τους πολίτες του. Σε επίπεδο πρόνοιας, περίθαλψης, παιδείας. Από κει και πέρα, να έρθουμε όλοι πιο κοντά με τους ανθρώπους που αγαπάμε. Και μετά, νομίζω πως θα αυξηθούν και τα «κρούσματα» θετικής σκέψης, οπότε περιχαρείς του χρόνου τέτοια εποχή, θα διαπιστώσουμε ότι η χρονιά που διανύσαμε μας έδωσε περισσότερες μέρες χαράς, αισιοδοξίας και ευτυχίας.

**Δημήτριος Π. Χιώτης,
διευθυντής σύνταξης**



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 (IFU). Approved August 2009.

1. ΟΝΟΜΑΣΙΑ ΤΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΪΟΝΤΟΣ: Saizen® 8 mg clickeasy®, κόκκινος και διαλύτης για ενέργεια διάλυμα. **2. ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΚΑΙ ΠΟΣΟΤΙΚΗ ΣΥΝΘΕΣΗ:** Κόκκινο φιλίδιο του Saizen® 8 mg clickeasy® περιέχει Σωματοτροπίνη¹ (Ινσουλίνης ανθρώπινης αυδιέντης ορμόνη). Η αναδόσηση με το περιεκόντιο του φυσιογόνου του βακτηριοπατικού διάλυμα δίνει μια συγκέντρωση 5,83 mg ανά ml. Ήπαργέται με τεκνολογία για αντανακλασμένον DNA σε κύτταρα (θλιπτοτοκία). **4.3 Αντενθέξεις:** Το Saizen® δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται από το έκδοχο της κόνειας για ενέργεια διάλυμα ή η διάλυτη. Το Saizen® αντενθέξειται από ασθενείς με γνωστή υπερευασθυσία σε αυτοτροπίαν και σε αποικιόποτε από το έκδοχο της κόνειας για ενέργεια διάλυμα ή η διάλυτη. Το Saizen® αντενθέξειται από την ανεράδη θέρετρια πρέπει να έχει αλογόλευση πριν την ανεράδη θέρετρια. Ο προϊόντος αντινεολογιστική θέρετρια πρέπει να έχει αλογόλευση πριν την ανεράδη θέρετρια με Σωματοτροπίνη. Το Saizen® δεν θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις όπου υπάρχουν ενδείξεις προσδόσης ή υποτροπίας μιας υπεκπενήσης ενδικορνικούς μάζες. Ασθενείς με εξέτις κρίσιμη σοβαίνηση που έχουν υποστεί επιλύκες μετά από επέμβαση ονοκτοκούς κορδιών, επέμβαση στην κανικλική χώρα, πολλολό τραύμα από στόχικο, σεξουαλική ανταπόκριση ή παρόρμος καταστάσεων δεν πρέπει να θέρετροπον με Σωματοτροπίνη. **4.4 Ειδικές προειδοποιήσεις και προφύλαξης κατά τη χρήση:** Η θέρετρια δεν πρέπει να διενεργεται υπό την τακτική καθοδήλωση εντός ιατρού που έχει έπεισης ότι διάγνωση και αντιτελώνων των ασθενών με αυδιέντης ορμόνη. Οι ασθενείς που εργάζονται δευτερευόντων αναπόρετα της αυδιέντης ορμόνης μετά από ενδικορνικό δύκινο θα πρέπει να εξετάζονται σκλικά για την πρόσθια ή την υποτροπή της υπεκπενήσης εξελίξεις της νόσου. Εκείνης αναφέρεται μερικές περιπτώσεις λευχαιμίας σε παιδιά με ανεπάρκεια αυδιέντης ορμόνης, άλλα αιτιολογικά συσχέτια στη θέρετρια με αυδιέντης ορμόνη δεν έχει τεκμηριωθεί. Το Saizen® δεν πρέπει να χρησιμοποιείται με προσδόση από ασθενείς με ποκαρκάριδο διαβήτη ή με αιχγενεστακό ιατρικό ουκκαράρδους διαβήτη. Στις περιπτώσεις ανάπτυξης εκφλιατικών άλογονών και παρουσίας εκφλιατικής αρμφιβλαστοεπονίας η θέρετρια υποκαταστάσεως με Σωματοτροπίνη πρέπει να διοικηθεται. Κατά τη διάρκεια της θέρετριας με Σωματοτροπίνη παρατηρεται μια ενισχυμένη μετατροπή της T4 σε T3 σε αποί μπορει να καταλήξει σε μέμινη της συγκέντρωσης της T4 και αύξηση της συγκέντρωσης της T3 στον αρι. Κατά τη διάρκεια της θέρετριας υποκαταστάσεως με αυδιέντης ορμόνη σε εντίλικες ή κατακράτηση υγρών είναι αναγεννώνται. Σε περίπτωση ασφόρησης η υποτροπίδωσης κεφαλαλγίας, οπτικών προβλημάτων, ναυτιά ή/και έμετο, συνιστάται υψηδοκόπιο του φρεάτινου για το ενδέχομενο οδηγήματος οπτικής θιλίδης. Οι απόπτες αυθεντικές της ανάπτυξης μυορούν να αυξάνουν τον κίνδυνο προβλημάτων των αρθρώσεων, ιδιαίτερα δε του ιακών που δριώκεται σε μεγάλη ένταση κατά την απόστρωμη πραεργιβική ανάπτυξη. Οι ασθενείς με ανεπάρκεια ανάπτυξης λόγω χρόνιας νεφριτικής ανεπόφερεις θα πρέπει να εξετάζονται περιοδικά για στοιχεία προδόσης νεφριτικής ανεπόφερεις. Σε παιδιά με καντόνια συγγένετρα SGA, όλοι ιατρικοί λόγιν ή θέρετρες που θα μπορούν να εξηγήσουν την ανοπτεριακή διατοραχή θα πρέπει να αποκλείσονται πριν την έναρξη της θέρετριας. Στους SGA ασθενείς προτείνεται να μετράται η πνοούλη σε περίοδο υπετείας και η γιγαντότητα του αιγαίοτος πριν την έναρξη της θέρετριας και ακολούθως κάθε χρόνο. Στους SGA ασθενείς προτείνεται να μετράται το επίπεδο ISI-1 πριν την έναρξη της θέρετριας και ακολούθως δύο φορές το χρόνο. Η εμπειρία στην εκκίνηση της θέρετριας στους SGA ασθενείς λίγο πριν την έναρξη της εργασίας, είναι περιορισμένη. Για το λόγο αυτό, δε συνιστάται να γίνει έναρξη της θέρετριας λίγο

πριν από την έναρξη της εργασίας. Το απρέο της ένεσης πρέπει να αλλάξει ώστε να αποφεύγεται η λιποαγροφία. Έχουν ονορεφέρει περιπτώσεις δύνων και οικείνου διανότου σε πάσκοντες με σύνδρομο Prader – Willi ασθενείς υπό θέρετρια με Σωματοτροπίνη. Το Saizen® δεν ενδέινεται για τη θέρετρια ασθενεών με σύνδρομο Prader – Willi. **4.8 Αντιθεύμητες ενέργειες:** Μετρη και 10 % των ασθενών μυορούν να εμφανίσουν ερυθρότητα και κυνηγό στο απέμι της ένεσης, ιδιαίτερα στην χρησιμοποίηση στη υπαόρια άσθετος. Οι εντίλικες ασθενείς που λαμβάνουν θέρετρια υποκαταστάσης της αυδιέντης ορμόνης, αναμένεται να παρουσιασθούν κατακράτηση υγρών. Κίνησις εκδηλώσεων της κατακράτησης υγρών μπορει να είναι το ούρωμα, η διόγκωση των αρθρώσεων, ορθολογία και δοσολογία. Οι εντίλικες ασθενείς με ανεπάρκεια της αυδιέντης ορμόνης που είναι παρασημόσηση έπιπλησης ή αιτιολογίας ουρών, ανεφερον αντιθεύμητες ενέργειες λιγότερο συχνά από τους ασθενείς με έναρξη της ανεπάρκειας της αυδιέντης ορμόνης στην εντίλικων. Μπορει να εργασιούντων αντιούματα στη Σωματοτροπίνη σε μερικούς ασθενείς. Οι ακάλουθες αντιθεύμητες ενέργειες έχουν κατηγοριοποιηθεί σύμφωνα με τη συκνητή εμφάνιση τους ως εξής:

Διατοραχές στο οπέμι εργαργήνης

Συκνής (>1/100 <1/10)

Διατοραχές στο οπέμι της ένεσης.

Τοπική λιποαγροφία που μπορει να αποφεύγεται με συκνή αλλαγή του οπέμι της ένεσης.

Στο σύναλο του σώματος – Γενικές Διατοραχές

Συκνής (στους εντίλικες) Όχι συκνή(>1/1000 <1/100) (στα παιδιά)

Κατακράτηση υγρών περιφερικού οιδίμων, δυσκομψία, αρθρολογία, μυαλογή, παροιολογία.

Όχι Συκνής Σύνδρομο κρηπώνων αιλίδη.

Κεντρικό Νευρικό Σύνθορα

Όχι συκνής: Ιδιαίτερη ενδοκρανική υπέρτροφη [καλογήτη ενδοκρανική υπέρτροφη].

Διατοραχές του ενδοκρινικού συστήματος

Πολύ σπάνιες (<1/10,000) Υπομυρεσειδιόμορφος.

Διατοραχές του ρυνοκελετικού συστήματος

Πολύ σπάνιες Επιφυσαλίσθηση στο οπέμι ανάθεσης του ιακών [Εριφύσιολισής καρπίσ φερούρης], ή ιακωφει λέκτηση της κεφαλής του μηριαίου οστού.

Διατοραχές του μεταβλητούρου

Αντοχή στην κρωστική, η αποία μπορει να οδηγήσει σε υπερινοσυλινιασμό και σε απόνεις περιπτώσεις σε υπεργλυκαιμία.

7. ΚΑΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΛΛΑΣ:

MERCK A.E., Λ. Κηφισίας 41-45, Κτήριο B', 151 23, Μαρούσι, Αθήνα, Τηλ. 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.

Η Merck Serono είναι
ένας «κλάδος» της Merck



[ΓΕΩΡΓΙΟΣ Δ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ]

MD, DPhil (Oxford), καθηγητής παθολογίας, διευθυντής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής, Μονάδας Έρευνας και Διαβητολογικού Κέντρου Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

« Το σημαντικό πλεονέκτημα για την ανθρωπότητα που θα προσφέρει ο εντοπισμός του υπεύθυνου γονιδιακού χάρτη είναι ότι θα γίνουν κατανοητοί σε βάθος όλοι οι υπεύθυνοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και θα μπορούν να εντοπίζονται όλοι οι «υποψήφιοι» διαβητικοί σχεδόν από τη γέννησή τους και να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης »



ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ



Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τη σύγχρονη παγκόσμια πανδημία, η οποία βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη. Μόνο στις ΗΠΑ ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη ανέρχεται σε 21,1 εκατομμύρια, παρουσιάζοντας αύξηση κατά περίπου τρία εκατομμύρια τα δύο τελευταία χρόνια, ενώ τουλάχιστον το 25% των ατόμων με διαβήτη στις ΗΠΑ δεν γνωρίζουν ότι έχουν πληγεί από τη νόσο.

Καθώς ο επιπολασμός του διαβήτη συνεχώς αυξάνει, οι σχετιζόμενες με τον διαβήτη νοσηρότητα και θνητότητα έχουν εξεπλιχθεί σε μείζονα ζητήματα της δημόσιας υγείας, ενώ -εκτός από τις κοινωνικές παραμέτρους της νόσου- υπάρχει ακόμα μια σημαντική παράμετρος: η οικονομική πλευρά του ζητήματος. Ποια πιστεύετε ότι είναι η πιο ενδειγμένη λύση για να αντιμετωπιστούν όλα αυτά τα προβλήματα;

Το ότι ο επιπολασμός του διαβήτη έχει αυξηθεί κατακόρυφα τα τελευταία χρόνια, είναι γεγονός. Αυτό αφορά και τους δύο τύπους διαβήτη, κυρίως όμως τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η αύξηση του οποίου παγκοσμίως έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας, κυρίως λόγω της αλματώδους αύξησης της παχυσαρκίας. Έχει αποδειχθεί ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 προσβάλλει πε-

ρίπου το 5,9% των ενηλίκων παγκοσμίως, αυξάνεται σταθερά και αναμένεται να προσβάλλει το 7,1% των ενηλίκων έως το 2025. Σε πραγματικές συνθήκες, η αύξηση του επιπολασμού του διαβήτη εκτιμάται στο 55%, από 246 εκατομμύρια το 2007 στα 380 εκατομμύρια το 2025. Ανοσυχητικό είναι ότι η αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διαπιστώνεται ότι αφορά άτομα πιο νέα σε ηλικία σε σχέση με τις προηγούμενες δεκαετίες. Το κόστος για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και των επιπλοκών του είναι ιδιαίτερα υψηλό και αυξάνεται, καθώς επιδεινώνεται η ρύθμιση του διαβήτη, παρά τις πολλές εναλλακτικές λύσεις που υπάρχουν σήμερα στη θεραπεία. Για να αντιμετωπισθεί η οικονομική πλευρά του ζητήματος, η λύση είναι να εφαρμοσθεί, σε εθνικό επίπεδο, η πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Οι ομάδες που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο να αναπτύξουν τον τύπο αυτό του διαβήτη πρέπει να ενημερωθούν, να πεισθούν να κάνουν τις κατάλληλης εξετάσεις **έγκαιρα**, ώστε να προλάβουν τη νόσο κι έτσι να μη χρειαστεί να μπουν στη δαπανηρή διαδικασία της θεραπείας και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ακόμα, πρέπει να αναφέρω

εδώ την προσπάθεια που κάνει ο ΕΟΦ να συντάξει, με τη βοήθεια ειδικών, θεραπευτικά πρωτόκολλα για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2. Τα πρωτόκολλα αυτά θα βοηθήσουν τους γιατρούς που ασχολούνται με τον διαβήτη, να εφαρμόσουν συστηματικούς αλγόριθμους στη θεραπευτική αντιμετώπιση της πάθησης με αποτέλεσμα τη βελτίωση της ρύθμισης των ασθενών με το μικρότερο δυνατό κόστος για τους ασφαλιστικούς οργανισμούς της χώρας.

Ως γνωστόν, τα άτομα με διαβήτη είναι επιρρεπή σε πολλαπλές και σύνθετες επιπλοκές. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν τόσο την καρδιαγγειακή όσο και τη μικροαγγειακή νόσο. Επιδημιολογικά δεδομένα της τελευταίας 5ετίας έχουν αποδείξει ότι οι επιπλοκές στον διαβήτη ξεκινούν νωρίς κατά τη «διαδρομή» από τη φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη έως την εμφάνιση του διαβήτη. Υπάρχει τρόπος να αποφευχθούν αυτές οι επιπλοκές και το άτομο με διαβήτη να πρέπει απλά να χειρίστει τον διαβήτη του;

Η αποφυγή των επιπλοκών μπορεί να εξασφαλισθεί μόνο με την καλή ρύθμιση του διαβήτη. Έχει αποδειχθεί σε μεγάλες και μακροχρόνιες μελέτες με συμμετοχή πολλών χιλιάδων διαβητικών (όπως η αμερικανική DCCT για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και η βρετανική UKPDS για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2) ότι οι επιπλοκές, τόσο οι μικροαγγειοπαθητικές όσο και οι μακροαγγειοπαθητικές μπορεί να αποφευχθούν αν η ρύθμιση του διαβήτη είναι καλή και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη διατηρείται κάτω του 7%. Αν αυτό μπορεί να εξασφαλισθεί με την κατάλληλη θεραπευτική αντιμετώπιση, τότε ο κίνδυνος να εμφανισθούν επιπλοκές είναι μηδαμινός. Να σημειωθεί ότι η εντατική θεραπεία του διαβήτη, με διατήρηση καλής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, πρέπει να εφαρμόζεται **άμεσα** μετά τη διάγνωση και να μη χάνεται χρόνος με θεραπευτικούς «πειραματισμούς». Υπάρχει «μεταβολική μνήμη», η οποία διατηρείται στα χρόνια που ακολουθούν

τη διάγνωση του διαβήτη και συμβάλλει καθοριστικά στην αποφυγή των επιπλοκών. Μεγάλη σημασία για την αποφυγή των επιπλοκών έχει η έγκαιρη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Εάν γίνουν οι σωστές εξετάσεις και μπει έγκαιρα η διάγνωση του προδιαβήτη, τότε θα ληφθούν τα κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα ώστε ο προδιαβήτης να μην εξελιχθεί σε έκδοπλο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και οι επιπλοκές να μην εμφανισθούν ποτέ.

Ο προδιαβήτης αποτελεί το αρχικό στάδιο στην εξέλιξη της φυσικής ιστορίας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Πώς μπορεί ένας άνθρωπος να αντιληφθεί έγκαιρα την παρουσία του προδιαβήτη, ώστε να αποφύγει την εξέλιξή του σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

Η απλήθεια είναι ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι ύπουλη πάθηση και εξελίσσεται για πάρα πολλά χρόνια χωρίς να δίνει συμπτώματα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται μόνο όταν οι τιμές γλυκόζης αίματος ανέβουν ψηλά, αλλά τότε είναι αργά. Στο στάδιο του προδιαβήτη, οι τιμές γλυκόζης αίματος που μετρούν οι ασθενείς νηστικοί το πρωί στα βιοχημικά εργαστήρια είναι συνήθως φυσιολογικές και επομένως δεν μπορούν να αποκαλύψουν το πρόβλημα. Στο στάδιο αυτό, για να αποκαλυφθεί ο διαβήτης πρέπει να γίνει μια ειδική εξέταση που ονομάζεται «καμπύλη γλυκόζης». Δίδονται από το στόμα 75 γραμμάρια γλυκόζης διαλυμένα σε νερό και ληφθούνται δείγματα αίματος ανά 30 λεπτά για τις επόμενες δύο ώρες για μετρήσεις γλυκόζης πλάσματος και ίνσουλίνης. Οι φυσιολογικές τιμές της γλυκόζης πλάσματος πριν τη λήψη της γλυκόζης είναι $<100 \text{ mg/dl}$. Άτομα που έχουν τιμές γλυκόζης πλάσματος νηστείας μεταξύ 100 και 125 mg/dl θεωρούνται ότι έχουν «διαταραγμένη γλυκόζη νηστεία». Άτομα με τιμές γλυκόζης πλάσματος $>140 \text{ mg/dl}$ 2 ώρες μετά από τη λήψη της γλυκόζης θεωρούνται ότι έχουν «διαταραγμένη (παθολογική) ανοχή στη γλυκόζη». Τόσο τα άτομα με «δια-

«Το καλύτερο μέτρο για τη μείωση του κόστους του διαβήτη είναι η σωστή πρόληψη: οι ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΣΔ 2 να εξετάζονται στα διαβητολγικά κέντρα και ιατρεία της χώρας με καμπύλη γλυκόζης. Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να προλάβουμε τον διαβήτη στο στάδιο του προδιαβήτη και να παρθούν έγκαιρα τα κατάλληλα και ανέξιδα θεραπευτικά μέτρα (κυρίως απώλεια βάρους και άσκηση) ώστε να μην εξελιχθεί σε έκδοπλο ΣΔ 2 και τις επιπλοκές του »



«Η εντατική θεραπεία του διαβήτη, με διατήρηση καλής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, πρέπει να εφαρμόζεται άμεσα μετά τη διάγνωση και να μη χάνεται χρόνος με θεραπευτικούς «πειραματισμούς». Υπάρχει «μεταβολική μνήμη», η οποία διατηρείται στα χρόνια που ακολουθούν τη διάγνωση του διαβήτη και συμβάλλει καθοριστικά στην αποφυγή των επιπλοκών»

ταραγμένη γλυκόζη νηστείας» όσο και «διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη» χαρακτηρίζονται ότι έχουν προδιαβήτη. Τα άτομα αυτά ευρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στο μέλλον.

Τα άτομα που πρέπει να υποβληθούν σε «καμπύλη γλυκόζης» είναι: (1) όσοι έχουν αυξημένο σωματικό βάρος (δείκτης μάζας σώματος $>25 \text{ kg/m}^2$), (2) όσοι δεν ασκούνται και κάνουν καθιστική ζωή, (3) όσοι έχουν συγγενείς πρώτου βαθμού που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, (4) όσες γυναίκες έχουν ιστορικό γέννησης τέκνου πάνω από τέσσερα κιλά, (5) όσες γυναίκες έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωθητικών, (6) όσοι έχουν ιστορικό διαταραγμένης γλυκόζης νηστείας ή και διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη, (7) όσοι έχουν υπέρταση (αρτηριακή πίεση $\geq 140/90 \text{ mmHg}$), (8) όσοι έχουν HDL $<35 \text{ mg/dl}$ ή τριγλιπερίδια νηστείας $>250 \text{ mg/dl}$, (9) όσοι εμφανίζουν καταστάσεις που σχετίζονται με αυξημένη αντίσταση στην ίνσουλίνη (σοβαρού βαθμού παχυσαρκία, μελανίζουσα ακάνθωση), (10) όσοι έχουν ιστορικό καρδιαγγειακού επεισοδίου. Σε όλες αυτές τις καταστάσεις, η «καμπύλη γλυκόζης» θα αποκαλύψει το πρόβλημα -αν υπάρχει- και θα παρθούν τα κατάλληλα θεραπευτικά μέτρα, ώστε ο προδιαβή-

της να μην εξελιχθεί σε έκδοπο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Αν εξαιρέσουμε τις διάφορες μορφές του σακχαρώδη διαβήτη 2 που εμφανίζονται από νεαρή ηλικία (σακχαρώδης τύπου MODY), μέχρι πριν από μερικά χρόνια δεν είχαν βρεθεί συγκεκριμένα γονίδια υπεύθυνα για την κληρονομική προδιάθεση του σακχαρώδη διαβήτη 2. Τα τελευταία χρόνια όμως, ξεκίνησαν φιλόδοξες προσπάθειες για την ανίχνευση γονιδίων τα οποία είναι υπεύθυνα για τον προδιαβήτη και για τον σακχαρώδη διαβήτη 2. Σε ποιο στάδιο βρίσκονται οι έρευνες αυτήν τη στιγμή και τι υπόσχεται το μέλλον σε επίπεδο γονιδιακής θεραπείας;

Από το 2007 μεγάλες πληθυσμιακές μελέτες (Genome Wide Association Studies) έχουν κατορθώσει να εντοπίσουν πολλές γονιδιακές θέσεις που συμμετέχουν στην ανάπτυξη του διαβητικού συνδρόμου. Οι παθοφυσιολογικές διαταραχές στον διαβήτη τύπου 2 παρουσιάζονται τόσο στη διαδικασία παραγωγής και έκκρισης ίνσουλίνης όσο και σε ποικίλους μηχανισμούς που συμμετέχουν στη δράση της ίνσουλίνης στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Παράλληλα οι διαταραχές στον μεταβολισμό των λιπιδίων και η παχυσαρκία -όπως είναι γνωστό- συμμετέχουν συνεργιστικά στην εμφάνιση του διαβήτη. Επόμενο, πιοιόν, είναι να διενεργούνται μελέτες γονιδιακού ελέγχου, που εστιάζονται σε ένα μεγάλο φάσμα μοριακών, κυτταρικών και βιοχημικών διεργασιών. Το ότι οι χρόνιες επιπλοκές επίσης, «επιλέγουν» τον χρόνο και τους διαβητικούς φαίνεται να σχετίζεται με το γονιδιακό υπόστρωμά τους.

Μέχρι σήμερα έχουν ενοχοποιηθεί 11 γονίδια που εξηγούν ένα μεγάλο εύρος παθοβιολογικών μηχανισμών. Εντούτοις αυτά φαίνεται ότι δυστυχώς αποτελούν μόνο την κορυφή του «παγόβουνου». Στο εγγύς μέλλον όμως, πιστεύω ότι θα γίνουμε μάρτυρες της εκτεταμένης γονιδιακής πολυπλοκότητας που αφορά τον μεταβολισμό των υδατανθράκων, τον μεταβολισμό δηλαδή της ζωής και της παραγωγής ενέργειας, γιατί χωρίς την ενέργεια δεν υπάρχει ζωή. □

NovoPen® 4

Η αξιόπιστη επιλογή



Βλέπω

3 φορές* μεγαλύτεροι αριθμοί για πιο ασφαλή επιλογή της δόσης¹⁻⁵



Νιώθω

50% χαμηλότερη πίεση* για πιο εύκολο πάτημα του εμβόλου^{1,3,4}



Ακούω

Χαρακτηριστικό κλικ όταν τελειώνει η χορήγηση της επιλεγμένης δόσης^{1,5}

*Σε σχέση με το NovoPen® 3

Βιβλιογραφία:

1. Goke B. et al, Diabetes Technol Ther 2005; 7(2): 379.
2. Kolaczynski M. et al, Diabetes Technol Ther 2005; 7(2): 390.
3. Sommavilla B. et al, Diabetes 2006; 55 (suppl 1): A456.
4. Data on file Novo Nordisk, DMR NovoPen4®.
5. Sommavilla B. et al, The Fifth Annual Diabetes Technology Meeting, 2005: A137.



αλλάζουμε
το διαβήτη

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



« Το κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της παχυσαρκίας και του Σ. Δ τύπου 2, με το σχολείο να είναι μια προφανής αφετηρία στην οποία η υγειεινή συμπεριφορά μπορεί να υποστηριχτεί, αλλά εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν η οικογένεια και η ευρύτερη κοινότητα »

Το σημαντικό όμως πλεονέκτημα για την ανθρωπότητα που θα προσφέρει ο εντοπισμός του υπεύθυνου γονιδιακού χάρτη είναι ότι θα γίνουν κατανοούτοι σε βάθος όλοι οι υπεύθυνοι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί και θα μπορούν να εντοπίζονται όλοι οι «υποψήφιοι» διαβητικοί σχεδόν από τη γέννησή τους και να εφαρμόζονται προγράμματα πρωτογενούς αλλά και δευτερογενούς πρόληψης. Η φαρμακογεννητική θα προσδιορίζει επακριβώς και εξατομικευμένα την απαιτούμενη θεραπεία και τέλος η ανάπτυξη της γονιδιακής θεραπείας θα προσφέρει ένα σημαντικό εργαλείο στη εξάλειψη του αιτίου μια για πάντα.

Συνήθως στα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η πάγια τακτική είναι ο χορήγησης 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 ινσουλίνη, 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;

Σύμφωνα με τους τελευταίους διεθνείς αδηγόριθμους, το πρώτο βήμα στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι οι οδηγίες για άσκηση, κατάλληλη διατροφή και η χορήγηση μεταφορμίνης. Μετά από τρεις μήνες, εάν το πρώτο βήμα αποτύχει (η γλυκοζουλιωμένη αιμοσφαιρίνη παραμένει άνω του 7%), τότε έχουμε τη δυνατότητα να προσθέσουμε τη λήψη άλλων αντιδιαβητικών δισκίων (px. σουλφονυλούριών ή μιμητικών των ινκρετινών) ή τη χορήγηση μιας ένεσης το 24ωρο βασικής ινσουλίνης. Η προσθήκη σουλφονυλούριών ή μιμητικών των ινκρετινών στη μεταφορμίνη είναι η συνήθης πρακτική. Όμως, η ινσουλίνη είναι το πιο σίγουρο, το πιο δραστικό «όπλο» στη ρύθμιση της γλυκόζης στον τύπο αυτό του διαβήτη και μπορούμε να την επιλέξουμε ήδη από την αρχή εάν η γλυκοζουλιωμένη αιμοσφαιρίνη είναι ιδιαίτερα υψηλή (άνω του 8,5%) και υπάρχουν συμπτώματα. Με τη βασική ινσουλίνη μπορούμε να πετύχουμε μια καλή ρύθμιση τόσο των τιμών της γλυκόζης νηστείας όσο και των τιμών γλυκόζης στα μεσοδιαστήματα των γευμάτων και να δώσουμε μια ανάσα στα β-κύτταρα, τα οποία πάσχουν από την τοξική δράση της υπεργλυκαιμίας.

Η τελευταία 5ετία χαρακτηρίζεται από τις μεγάλες εξελίξεις στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2, καθώς αξιοποιήθηκαν οι νέες γνώσεις για την παθοφυσιολογία του. Τι καινούριο υπάρχει πλέον στη φαρμακευτική... φαρέτρα των διαβητικών ατόμων;

Πράγματι, τα τελευταία λίγα χρόνια, οι εξελίξεις στην παθοφυσιολογία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ήταν απ-

ματώδεις και πρόσθεσαν στη θεραπευτική μας... φαρέτρα τα μιμητικά των ινκρετινών. Οι ινκρετίνες είναι γαστρεντερικές ορμόνες, οι οποίες διεγέρουν τα β-κύτταρα παρουσία γλυκόζης για έκκριση ινσουλίνης. Από τις ινκρετίνες, μια είναι η πιο δραστική, το GLP-1 (Glucagon-like peptide 1). Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει αποδειχθεί ότι η έκκριση του ενδογενούς GLP-1 είναι μειωμένη και αυτό έχει καθοριστική σημασία για τη διαταραγμένη έκκριση ινσουλίνης μετά το γεύμα. Σήμερα κυκλοφορούν δύο κατηγορίες από τα καινούργια αυτά φάρμακα: (1) τα ενέσιμα, τα οποία είναι μιμητικά του GLP-1 (και επομένως πιο δραστικά) και (2) τα από του στόματος χορηγούμενα, τα οποία αναστέλλουν το ένζυμο που αδρανοποιεί το ενδογενές GLP-1, άρα αυξάνει τη δραστικότητά του. Τα φάρμακα αυτά έχουν φέρει πραγματική επανάσταση στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και χορηγούνται στα αρχικά στάδια μετά τη διάγνωση του διαβήτη σε συνδυασμό με τη μεταφορμίνη με πολύ καλά αποτελέσματα. Σημαντικό είναι ότι δεν προκαλούν υπογλυκαιμίες, γιατί ο δράσης τους εξαρτάται απόλυτα από τα επίπεδα της γλυκόζης αίματος του ασθενούς. Μπορούμε επομένως να τα χαρακτηρίσουμε ως «έξυπνα φάρμακα», διότι διεγέρουν την έκκριση ινσουλίνης από τα β-κύτταρα, όταν η γλυκόζη στο αίμα είναι υψηλή και σταματούν να τη διεγέρουν (άρα αποφεύγουν την υπογλυκαιμία), όταν τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα πέσουν.

Η σωστή διατροφή και τα συχνά μικρά γεύματα αποτελούν πάντα εκπλογής προκειμένου να εξασφαλίσετε 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 τηγανητά, 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;

Είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε στα παιδιά και στους ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη ότι οι αρχές μιας σωστής διατροφής που περιλαμβάνουν τα μικρά, συχνά γεύματα και τη μείωση των λιπαρών στις τροφές που επιλέγουν ισχύουν για όλους και όχι μόνο για τα άτομα με διαβήτη.

Επίσης, είναι πολύ σημαντικό να τονίσουμε ότι δεν υπάρχουν «καλά» και «κακά» τρόφιμα αλλά καλές και κακές επιλογές. Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο τρόφιμο που απαγορεύεται, απαγορεύεται η ποσότητα που καταναλώνει κανένας.

Σε ένα διαιτολόγιο όλες οι τροφές μπορούν να ενσωματωθούν εφόσον κάποιος είναι σε τακτική παρακολούθηση από τον διαιτολόγο και διαιτολόγο. Για παράδειγμα, τη γλυκιά γεύση μπορεί να την πάρει κανένας από μικρή ποσότητα γλυκού του κουταλιού, σοκολάτα υγείας με γλυκαντικές ουσίες, γλυκά με γλυκαντικές ουσίες, γιαούρτι με φρούτο, φρούτο με προσθήκη κανέλας, μπάρες δημητριακών με ή χωρίς σοκολάτα κ.ά. στη θέση άλλων γλυκών με μεγάλη περιεκτικότητα σε λιπαρά.

Τα τηγανητά τρόφιμα μπορούν να φτιαχτούν με τα καινούργια διαθέσιμα μαγειρικά σκεύη του εμπορίου που χρειάζονται μόνο μία κουταλιά της σούπας ελαιόλαδο. Τα χάμπουργκερ μπορεί να είναι σπιτικά με άπαξ κιμά, ενώ εάν κάποιος επισκεφτεί ένα ταχυφαγείο μπορούμε και σε αυτήν την περίπτωση να του προτείνουμε τι να επιλέξει, όπως πίτα αλάδωτη με καλαμάκι κοτόπουλο ή μικρή ποσότητα πίτσας με τυρί και λαχανικά κ.ά.

Συμπερασματικά, η μετάβαση θα γίνει ανώδυνη μέσα από συζήτηση με τους ειδικούς και προσαρμογή της διατροφής στις συνθήκες zwής και τις προτιμήσεις/αποστροφές του κάθε ατόμου.

Ιδανικά, 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 προηλέψουμε

την εξάπλωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στη νέα γενιά;

Τα παιδιά, προτιμότερο από την προσοχολική ηλικία, πρέπει να επιμορφώνονται για τον ρόλο της σωστής διατροφής και άσκησης μέσα από ειδικά προγράμματα αγωγής υγείας στα σχολεία. Τα προγράμματα αυτά θα πρέπει να ενταθούν σε αριθμό και περιεχόμενο, να είναι ενδιαφέροντα και διαδραστικά. Επιπλέον, στα προγράμματα αγωγής υγείας θα πρέπει να συμμετέχουν και οι γονείς, οι οποίοι αποτελούν πρότυπα διατροφής για τα παιδιά τους και ευθύνονται σε μεγάλο βαθμό για τις επιλογές και τις συνθήσεις των παιδιών.

Οι δράσεις ιδιαίτερα θα πρέπει να είναι παράλληλες: (1) σε επίπεδο πολιτείας με προγράμματα αγωγής υγείας που θα οργανωθούν από το υπουργείο Υγείας σε συνεργασία με επιστημονικούς φορείς όπως σχολεία, πανεπιστήμια, νοσοκομεία κ.λπ. και έμφαση στην πρόσβαση και ευκολία χρήσης αθλητικών εγκαταστάσεων, ή και χώρων για τα παιδιά στους οποίους θα δίνονται τα κίνητρα και η ενθάρρυνση για τακτική φυσική δραστηριότητα, (2) σε επίπεδο σχολείων με σεμινάρια και μαθήματα δια-

τροφής και έμφαση στην κατανάλωση ασφαλών, υγιεινών και θρεπτικών σχολικών γευμάτων και επομένως έλεγχο και νομοθετικό πλαίσιο για τα σχολικά κυλίκεια και (3) σε ατομικό επίπεδο με έμφαση την επιμόρφωση των γονέων σε θέματα διατροφής και πρόληψη, ή και αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων.

Το κοινωνικό περιβάλλον αποτελεί ίσως τον πιο σημαντικό παράγοντα στην εμφάνιση της παχυσαρκίας και του σακχαρώδου διαβήτη τύπου 2, με το σχολείο να είναι μια προφανής αφετηρία στην οποία η υγιεινή συμπεριφορά μπορεί να υποστηριχτεί, αλλά εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν η οικογένεια και η ευρύτερη κοινότητα. Το κυλίκειο ως μέρος του σχολικού περιβάλλοντος μπορεί να συντελέσει στην επίτευξη αλλαγής στον τρόπο συμπεριφοράς απέναντι στα τρόφιμα. Το σχολικό γεύμα πρέπει να συνεισφέρει στην παροχή ενός υγιούς, ισορροπημένου μοντέλου διατροφής στο σχολείο, να συμπληρώνει το καθημερινό διαιτολόγιο του παιδιού και να δρα συμβουλευτικά προς την οικογένεια σχετικά με τον τρόπο που μπορεί να καλύπτονται οι θρεπτικές ανάγκες του παιδιού. Επιπλέον, οι υπο-





δομές μαγειρείων και χώρων εστίασης είναι μινδαμινές στα σχολεία της χώρας. Θα ήταν ενδεχομένως χρήσιμο να φτιάχτει ένας χώρος τραπεζαρίας σε όλα τα σχολεία που να περιέχει ψυγείο και μικρό φούρνο, ή φούρνο μικροκυμάτων ώστε να μπορούν τα παιδιά να αποθηκεύσουν και να zεστάνουν φαγητό που φέρνουν από το σπίτι και να έχουν την ευκαιρία να το καταναλώσουν σε έναν σωστά διαμορφωμένο χώρο.

Κάποιες πρακτικές συμβουλές για τα παιδιά και τους γονείς τους είναι οι ακόλουθες: (1) Πρέπει να τρώμε όλα τα τρόφιμα από όλες τις ομάδες τροφίμων σε μικρή ποσότητα. Άρα το τρίπτυχο ποικιλία-ισορροπία-μέτρο είναι η συνταγή για μια ισορροπημένη και σωστή διατροφή. (2) Οι υδατάνθρακες (γάλα, γιαούρτι, φρούτα, αμυλούχα τρόφιμα, αμυλούχα λαχανικά) αποτελούν τη βάση της διατροφής μας. (3) Πρέπει να καταναλώνουμε καθημερινά τουλάχιστον πέντε μερίδες φρούτων και λαχανικών (μία μερίδα ισοδυναμεί με 80 γραμμάρια φρούτου, ή ½ φλιτζάνι του τσαγιού, ή 120 κιλοστά του λίτρου χυμού φρού-

του, για πρόσθιψη συνοιλικά περίπου 400 γραμ. την ημέρα). (4) Το πρωινό είναι το πιο σημαντικό γεύμα της ημέρας. (5) Δεν πρέπει να παραμείπουμε γεύματα. Τα μικρά και συχνά γεύματα είναι το «κλειδί» για φυσιολογικό σωματικό βάρος και για την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα. (6) Ετοιμάζουμε εμείς ή zητάμε από τους γονείς μας να μας ετοιμάσουν το κολατσό για το σχολείο από το σπίτι μας. (7) Πώς να επιλέξουμε σνακ: σκεπτόμαστε: (a) υγιεινά (φρούτα, γαλακτοκομικά χαμπλών λιπαρών), (B) τραγανά (καρότα, αγγούρι, μικρή ποσότητα ανάλατων ξηρών καρπών, αμυλούχα τρόφιμα οιλικής άλεσης), (γ) οιλιγοθερμιδικά (αποφεύγουμε σνακ πλούσια σε θερμίδες και λιπαρά όπως πατατάκια, κρουασάν, γλυκά κ.ά.). (8) Για τη σωστή ενυδάτωση του οργανισμού δεν ξεχνάμε να καταναλώνουμε ποικιλία υγρών, με πρώτη επιλογή το νερό. (9) Προσπαθούμε να τρώμε το φαγητό μας αργά, με παύσεις (αφήνοντας το πιρούνι κάτω), μασάμε καλά την τροφή μας και απολαμβάνουμε το γεύμα μας.

Τέλος, δεν ξεχνάμε να κινούμαστε καθημερινά και να γυμναζόμαστε. Η καθημερινή σωματική δραστηριότητα και η τακτική άσκηση (τουλάχιστον τρεις φορές την εβδομάδα από 30 λεπτά κάθε φορά) βοηθούν στη διατήρηση του επιθυμητού σωματικού βάρους και προσφέρουν πολλάπλα οφέλη στην υγεία και τη διάθεσή μας.

Σύμφωνα με στοιχεία της ADA (American Diabetes Association), το ετήσιο σχετιζόμενο με τον διαβήτη κόστος στις ΗΠΑ ανέρχεται στα 174 δισεκατομμύρια δολάρια (περίπου το 15% του εθνικού κόστους υγείας). Το άμεσα σχετιζόμενο με τον διαβήτη κόστος (επιπλοκές και ιατρική περίθαλψη), είναι 116 δισεκατομμύρια δολ., ενώ το έμμεσο κόστος της πάθησης (αναπηρία και πρώωρη θνητότητα) ανέρχεται σε 58 δισ. δολ. Ποιες πιστεύετε ότι πρέπει να είναι οι κινήσεις που πρέπει να γίνουν σε επίπεδο κρατικών φορέων για τη μείωση του κόστους του διαβήτη;

Όπως ανέφερα και παραπάνω, το καλύτερο μέτρο που πρέπει να πάρουν οι κρατικοί φορείς για τη μείωση του κόστους του διαβήτη είναι η σωστή πρόληψη. Πρέπει να γίνει συστηματική ενημέρωση του κόσμου, ώστε οι ομάδες υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 να εξετάζονται στα διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία της χώρας με καμπύλη γηλυκόζης.

Αυτό θα έχει σαν αποτέλεσμα να προλάβουμε τον διαβήτη στο στάδιο του προδιαβήτη και να παρθούν έγκαιρα τα κατάλληλα και ανέξιδα θεραπευτικά μέτρα (κυρίως απώλεια βάρους και άσκηση) ώστε να μην εξελιχθεί σε έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και επιπλοκές, με ότι αυτό συνεπάγεται για το κόστος τόσο της θεραπείας όσο και της νοσοκομειακής περίθαλψης. Επειδή η παχυσαρκία και η καθηστική ζωή είναι από τους κύριους παράγοντες ανάπτυξης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παγκοσμίως, πρέπει να γίνει σωστή και συστηματική ενημέρωση του κοινού για προσπάθεια απώλειας βάρους (με σωστή και ισορροπημένη διατροφή) και άσκηση. ✎



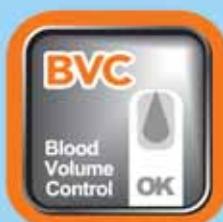
GlucoMen® Gm

Σύστημα
Μέτρησης
της
Γλυκόζης Αίματος



Χωρίς Βαθμονόμηση

Δεν απαιτείται να βαθμονομήσετε.
Ο μετρητής ενεργοποιείται (ON) αυτόμata με την εισαγωγή μιας ταινίας και απενεργοποιείται (OFF) 2 λεπτά μετά την ολοκλήρωση της μέτρησης.



Αυτόματος Έλεγχος του Όγκου Δείγματος

Η ταινία μέτρησης Glucomen® Gm Sensor ελέγχει τον απαιτούμενο όγκο δείγματος που έχει εφαρμοστεί. Η μέτρηση δεν ξεκινάει εάν δεν έχει εφαρμοστεί η απαιτούμενη ποσότητα αίματος.

ADDICTAD

 MENARINI
diagnostics

 MANAGING
diabetes

MENARINI ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ – ΙΑΤΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ Α.Ε.Β.Ε

Λεωφ. Βουλιαγμένης 575, 16451 Αργυρούπολη, Αθήνα, Τηλ.: 210 9944950-4, Fax: 210 9945029
Τομπάζη 20, 55510 Πυλαία Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 475004, Fax: 2310 475054
Γραμμή Εξυπρέπτων Διαβήτη: 801 11 44400, www.menarinidiagnostics.gr

ΤΕΧΝΗΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ ΓΙΑ ΕΓΚΥΟΥΣ



Ένα τεχνητό πάγκρεας, το οποίο τοποθετείται σε εγκύους, δημιουργεί ελπίδα για τη μείωση των αποβολών, των συγγενών ανωμαλιών και των θανάτων στο έμβρυο, τα οποία σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου I και την εγκυμοσύνη. Η υγεία της εγκύου, που παρουσιάζει διαβήτη και του παιδιού εξαρτώνται από τη ρύθμιση του διαβήτη κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Εάν η ρύθμιση είναι άριστη από τη στιγμή της σύλληψης μέχρι τον τοκετό, τότε οι κίνδυνοι για τη μπτέρα και το παιδί δεν είναι μεγαλύτεροι από αυτούς που παρατηρούνται στις εγκύους που δεν έχουν σακχαρώδη διαβήτη.

Ερευνητές του πανεπιστημίου του Cambridge, στο Ηνωμένο Βασίλειο, δοκίμασαν το τεχνητό πάγκρεας σε 10 εγκύους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Η συσκευή αποτελείται από δύο μέρη: ένα μόνιτορ συνεχούς παρακολούθησης της γλυκόζης και μια αντιλία ινσουλίνης. Οι δύο συσκευές

έχουν χρησιμοποιούνται ήδη χωριστά από πολλούς ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Μελέτες που είχαν γίνει νωρίτερα σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη 1 έχουν δείξει ότι η δημιουργία τεχνητού παγκρέατος από τον συνδυασμό των δύο συσκευών βοηθάει στην καλύτερη ρύθμιση της νόσου.

Αυτή είναι η πρώτη μελέτη τοποθέτησης παρόμοιας συσκευής σε εγκύους.

Τα αποτελέσματα είναι ιδιαιτέρως ενθαρρυντικά, καθώς απέδειξαν ότι η συσκευή αποτρέπει τη νυχτερινή υπογλυκαιμία τόσο στο πρώτο όσο και στο τελευταίο τρίμηνο κύνος και επιτρέπει ρύθμιση των επιπλέοντων γλυκόζης όλο το 24ωρο. Αυτό είναι ιδιαιτέρως σημαντικό, καθώς προηγούμενες μελέτες είχαν δείξει ότι σε εγκύους γυναίκες με διαβήτη, τα επίπεδα γλυκόζης είναι εκτός των επιθυμητών ορίων κατά μέσο όρο 10 ώρες ημεροσίως.

Πηγή: Diabetes UK

Μια συνθάση των λιπαρών οξέων προκαλεί διαβητική αγγειοπάθεια

Ερευνητές της ιατρικής σχολής Washington ανακάλυψαν μια πρωτεΐνη που εμπλέκεται στον μηχανισμό της αγγειοπάθειας σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η περιφερική διαβητική αγγειοπάθεια εμφανίζεται με 4πλάσια συχνότητα σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό, σε μικρότερες πληκτίες, έχει ταχύτερη εξέλιξη και προσβάλλει τα περιφερικά τμήματα των άκρων -κυρίως των κάτω. Η κατανομή της είναι πολυεστιακή (ταυτόχρονη προσβόλη πολλών αγγείων και πολλών τμημάτων του ίδιου αγγείου) και συχνά είναι ασυμπτωματική, λόγω συχνής συνύπαρξης διαβητικής νευροπάθειας.

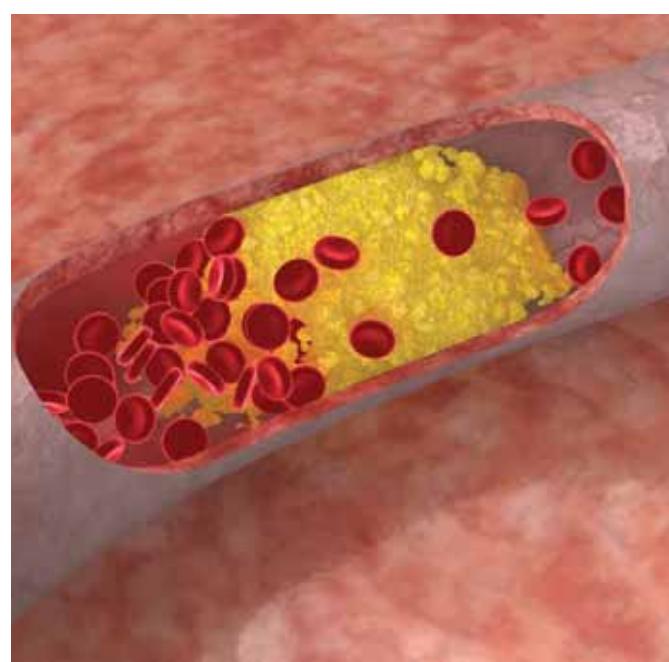
Ήταν ήδη γνωστό από παλαιότερες μελέτες ότι στα αγγεία των διαβητικών ασθενών υπάρχει ανώμαλο ενδοθήλιο, ενώ ταυτόχρονα οι διαβητικοί έχουν μειωμένα επίπεδα της συνθάσης των λιπαρών οξέων.

Οι ερευνητές του πανεπιστημίου της Washington κατάφεραν

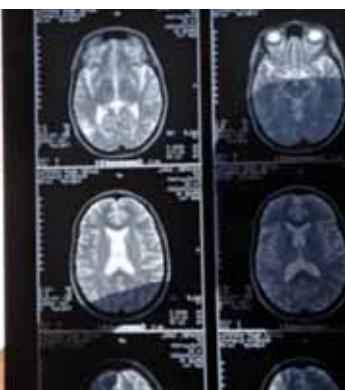
να συνδέσουν τα δύο ευρήματα σε έναν κοινό παθοφυσιολογικό μηχανισμό. Η συνθάση των λιπαρών οξέων (FAS) συνθέτει ένα λιπιδίο, το οποίο προσδένεται στη συνθάση του μονοξειδίου του αζώτου (NOS), η οποία με τη σειρά της δημιουργεί ένα υγιές ενδοθήλιο. Σε γενετικά τροποποιημένα ποντίκια, τα οποία μπορούσαν να παράγουν FAS σε όλους τους ιστούς εκτός του ενδοθηλίου, διαπιστώθηκε αγγειοπάθεια παρόμοια με αυτήν των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Πιθανολογείται ότι η έλλειψη FAS μπορεί να επάγεται από την έλλειψη ή την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Αυτά τα ευρήματα ανοίγουν τον δρόμο για τη δημιουργία νέων φαρμάκων, τα οποία θα επάγουν τη δράση της συνθάσης των λιπαρών οξέων, προστατεύοντας τους ασθενείς από τη διαβητική αγγειοπάθεια.

Πηγή: Washington University School of Medicine



ΔΙΑΦΟΡΕΤΙΚΗ Η ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΩΝ ΑΕΕ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ



Αμερικανοί ερευνητές του Joslin Diabetes Center, Boston, Massachusetts, ανακάλυψαν την αιτία γιατί οι εγκεφαλικές αιμορραγίες σε ασθενείς με διαβήτη έχουν χειρότερη πρόγνωση από ότι στους υπόλοιπους ασθενείς, σύμφωνα με μια μελέτη που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Nature Medicine» τον Ianouάριο.

Ο όρος εγκεφαλικό επεισόδιο χρησιμοποιείται για να περιγράψει το γεγονός της αιφνίδιας και δραματικής ανάπτυξης ενός νευρολογικού ελλείμματος, ως αποτέλεσμα παθολογικής προσβολής (απόφραξης ή αιμορραγίας) ενός ή περισσότερων αιμοφόρων αγγείων του εγκεφάλου με συνέπεια τη νέκρωση των εγκεφαλικών περιο-

χών που αιματώνονται από τα συγκεκριμένα αγγεία.

Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει τον σχετικό κίνδυνο ισχαιμικού εγκεφαλικού μέχρι και έξι φορές.

Οταν συμβεί αιμορραγικό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ασθενή με διαβήτη, η έκταση του αιματώματος είναι συνήθως μεγαλύτερη και η έκβαση χειρότερη σε σχέση με έναν ασθενή χωρίς διαβήτη. Η ομάδα των ερευνητών ανακάλυψε ότι η καλλικρένη του πλάσματος, παρουσία υψηλών συγκεντρώσεων γλυκόζης στον ορό, αναστέλλει τη συσσώρευση αιμοπεταλίων και εμποδίζει τη δημιουργία θρόμβου.

Σε μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε ποντίκια με και χωρίς «διαβήτη» τα αποτελέσματα ήταν εντυπωσιακά. Η ένεση ποσότητας αί-

ματος στον εγκέφαλο των ποντίκιών προκαλούσε πολύ μεγαλύτερο αιμάτωμα στα «διαβητικά» ποντίκια και το εύρημα αυτό αναστέλλονταν με τη χορήγηση αναστολής της καλλικρένης.

Οταν στα ίδια ποντίκια έγινε ένεση καλλικρένης, τα διαβητικά ποντίκια παρουσίασαν μαζική αιμορραγία σε αντίθεση με τα άλλα ποντίκια, στα οποία η καλλικρένη δεν είχε κανένα αποτέλεσμα. Η ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης στον ορό των διαβητικών ποντικών ανέστρεψε τις δραματικές επιπτώσεις της καλλικρένης.

Με βάση τα ευρήματα αυτά συμπέραν ότι είναι τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα και όχι ο διαβήτης κάθε αυτός που αυξάνει τον κίνδυνο για αιμορραγία.

Πηγή: Nature Medicine

ΤΟ RANIBIZUMAB ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΟΙΔΗΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΑΣ

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε μια νέα ένδειξη για το Lucentis (ranibizumab) της φαρμακευτικής εταιρείας «Novartis», για τη θεραπεία ασθενών με οπτική βλάβη εξαιτίας διαβητικού οιδήματος ωχράς, το οποίο αποτελεί μια από τις κύριες αιτίες τύφλωσης του πληθυσμού μέσων πληκτικά στις περισσότερες ανεπυγμένες χώρες. Όπως και στην περίπτωση της Ηλικιακής Εκφύλισης της Ωχράς Κηλίδας, το διαβητικό οίδημα ωχράς μπορεί να προκαλέσει τύφλωση. Παρόλο που η τύφλωση ως συνέπεια του διαβήτη επηρεάζει ένα πολύ μικρό ποσοστό ανθρώπων που πάσχουν από τη νόσο, δεν παίνει να είναι μια από τις πλέον επίφοβες επιπλοκές.

Κλινικές μελέτες έδειξαν ότι το ranibizumab προσφέρει βελτίωση στην όραση γρήγορα, πιο αποτελεσματικά και με διάρκεια, σε σύγκριση με τη θεραπεία laser, τη μόνη μέχρι σήμερα θεραπευτική λύση. Η μελέτη Restore κατέδειξε ότι στους ασθενείς που έλαβαν αποκλειστικά Lucentis ή Lucentis μαζί με ηλείζερ, η οπτική οξύτητα βελτιώθηκε κατά μέσο όρο, σε χρονικό διάστημα ενός έτους, κατά 5,9 και 5,5 γράμματα αντίστοιχα, έναντι εκείνων που υπεβλήθησαν μόνο σε ηλείζερ, όπως αυτή μετράται με ένα τυποποιημένο οπότυπο ETDRS. Παράλληλα, η μελέτη Resolve έδειξε ότι για το ίδιο χρονικό διάστημα στους ασθενείς που έλαβαν Lucentis, η οπτική οξύτητα

βελτιώθηκε κατά 11,7 γράμματα ή και περισσότερο έναντι των ασθενών που έλαβαν placebo, μερικοί εκ των οποίων είχαν υποβληθεί και σε αγωγή με laser.

Η θεραπεία με την ουσία ranibizumab είναι η πρώτη και μόνη εγκε-

κριμένη φαρμακευτική θεραπεία για τη βελτίωση της όρασης και της ποιότητας ζωής σε ασθενείς με προβλήματα όρασης που οφείλονται στο Διαβητικό Οίδημα Ωχράς (Diabetic Macular Edema).

Πηγή: Novartis



Ελευθερία στην κίνηση, αξιοπιστία στη μέτρηση με Abbott, Freestyle Lite και Freestyle Freedom Lite

Η "ΦΟΡΤΩΜΕΝΗ" ΜΕΡΑ ΤΟΥ ΑΛΕΞΗ ΣΕΚΙΝΑΙ ΜΕ ΣΧΟΛΕΙΟ ΤΟ ΠΡΩΙ Ο ΑΛΕΞΗΣ, ΠΑΝΤΑ COOL, ΜΕ ΤΟ ΣΑΚΙΔΙΟ ΣΤΗΝ ΠΛΑΤΗ ΚΑΙ ΤΟ FREESTYLE LITE ΣΤΗΝ ΤΣΕΠΗ, ΕΙΝΑΙ ΕΤΟΙΜΟΣ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΨΙΣΕΙ ΦΙΛΟΛΟΓΟΥΣ, ΜΑΘΗΜΑΤΙΚΟΥΣ ΚΑΙ ΔΙΑΓΩΝΙΣΜΑΤΑ!



ΑΠΟΓΕΥΜΑ ΚΑΙ Ο ΑΛΕΞΗΣ ΜΕ ΤΟ ΜΑΡΑΚΙ ΣΤΟ ΠΑΡΚΟ ΣΥΝΑΝΤΟΥΝ ΤΗΝ ΚΑ. ΕΡΜΙΟΝΗ ΠΟΥ ΠΕΡΙΦΑΝΗ ΤΟΥΣ ΔΕΙΧΝΕΙ ΤΟ FREESTYLE FREEDOM LITE ΜΕ ΤΟΥΣ ΜΕΓΕΘΟΥΜΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΣΥΑΝΑΓΡΩΣΤΟΥΣ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ, ΟΤΑΝ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΠΑΙΝΕΙ ΕΝΘΟΥΣΙΩΔΗΣ ΚΑΙ Ο ΠΕΤΡΟΣ, Ο ΚΗΠΟΥΡΟΣ.



ΒΓΑΖΟΝΤΑΣ ΤΟ ΣΚΥΛΟ ΒΟΛΤΑ Ο ΑΛΕΞΗΣ ΠΕΤΥΧΑΙΝΕΙ ΤΟΝ ΠΑΤΕΡΑ ΤΟΥ ΦΙΛΟΥ ΤΟΥ, ΝΑ ΠΗΓΑΙΝΕΙ ΣΤΟ ΓΥΜΝΑΣΤΗΡΙΟ. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΣ ΚΑΙ ΕΝΕΡΓΗΤΙΚΟΣ, Ο ΚΥΡΙΟΣ ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΕΧΕΙ ΠΑΝΤΑ ΜΑΖΙ ΤΟΥ ΤΟ FREESTYLE LITE ΠΟΥ ΧΩΡΑΕΙ ΠΑΝΤΟΥ.



ΤΟ ΒΡΑΔΥ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, Ο ΑΛΕΞΗΣ ΔΙΗΓΕΙΤΑΙ ΣΤΗ ΜΗΤΕΡΑ ΤΟΥ ΌΣΑ ΣΥΝΕΒΗΣΑΝ ΜΕΣΑ ΣΤΗ ΜΕΡΑ.



Η Abbott και το Club ΧαράΖω λειτουργεί με γνώμονα τον άνθρωπο.

Καλέστε τώρα στο 800 11 22 26 88 για να επιλέξουμε μαζί ποιος μετρητής ανταποκρίνεται καλύτερα στις δικές σας, προσωπικές ανάγκες.

ΠΡΟΟΔΟΣ ΜΕ ΓΝΩΜΟΝΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Abbott
Diabetes Care



Το πρωί:

Ξύπνημα στις 7, βιαστικό πρωινό
και μετά σχολείο.

Το μεσημέρι:

Βόλτα στο πάρκο,
και μετά σπίτι.

Το απόγευμα:

Ωιάβδησμα, μπάσκετ και
με τους δικούς μου στο Club!

XARAZO



To Club Xarázω ανοίγει την πόρτα του στα άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους. Στο Club Xarázω δεν αντιμετωπίζουμε το διαβήτη ως ασθένεια. Για μας είναι ένας διαφορετικός τρόπος ζωής. To Club Xarázω πειτουργεί με γνώμονα τον άνθρωπο. Για το πόργο αυτό, παρέχεται στα μέλη του, χρήστες μετρητών σακχάρου, μία σειρά προνομίων. Στο Club Xarázω, αναγνωρίζουμε ότι κάθε πληκτία έχει τις δικές της ανάγκες, πέρα από τη διαχείριση του διαβήτη. Τα μέλη του μπορούν να προσδοκούν σε μια πιο ανθρώπινη, πιο συνολική στήριξη μέσα από την ενημέρωση και την ευαισθητοποίηση του ευρέος κοινού. Η 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

Αντιμετωπίστε την παχυσαρκία με όλα τα όπλα



ΧΑΡΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ,
MMedSci. SRD, κλινικός διαιτολόγος-
βιολόγος, προϊστάμενος του Διαιτολογικού
Τμήματος ΓΝΑ «Λαϊκό»



Hεπιδημική έκρηξη της παχυσαρκίας παγκοσμίως σε αναπτυγμένες απλά και αναπτυσσόμενες χώρες, τόσο σε παιδιά όσο και σε ενήλικες, πλόγω της κακής διατροφής, της κατανάλωσης υπερβολικών θερμίδων και λιπαρών, της μειωμένης παρασκευής σπιτικού φαγητού, καθώς και του γενικότερα παθητικού τρόπου ζωής και της μείωμενης σωματικής δραστηριότητας και συστηματικής άσκησης, είναι μια ανοσυχητική πραγματικότητα με επικίνδυνες διαστάσεις.

Σήμερα υπολογίζεται πως περισσότερο από το 50% των Ευρωπαίων είναι υπέρβαροι ή παχύσαρκοι (μέσος όρος παχυσαρκίας 15,5%). Αν και σε χώρες όπως η Γαλλία, η Ιταλία και η Ελβετία τα ποσοστά

είναι σχετικά χαμηλά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιρλανδία, την Ισλανδία και τη Μάλτα το ποσοστό ξεπερνά το 20%.

Είναι μια επιδημία που εξελίσσεται ραγδαία σε πολλές κοινωνίες, με πολλές και απειλητικές επιπτώσεις για τη δημόσια υγεία, και η οποία αν και έχει και ισχυρή γενετική προδιάθεση, με την αντίστοιχη πληροφορία καταγεγραμμένη στα γονίδια, οφείλεται κυρίως στις αιλίασης στους παραπάνω περιβαλλοντολογικούς παράγοντες. Σε αυτούς έρχεται έντονα να προστεθεί το λεγόμενο «συναισθηματικό φαγητό» που, σύμφωνα με πολλές μελέτες, είναι μια συνήθης αιτία τόσο για την εκδήλωση υπερφαγίας και την εμφάνιση παχυσαρκίας όσο και για την αποτυχημένη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Να επισημάνουμε πως όταν αναφερόμαστε σε συναισθηματική λήψη φαγητού, εννοούμε τη λήψη φαγητού που γίνεται όλες τις ώρες της ημέρας -κυρίως από το μεσημεριανό γεύμα και μετά- με αποκρύφωμα τις βραδινές ώρες, που δεν καλύπτει τη βιολογική ανάγκη του οργανισμού για λήψη τροφής, αιλία της συναισθηματικής «πείνας».

Η μεγάλη επικίνδυνότητα αυτής της αυξητικής τάσης έγκειται στο γεγονός ότι η παχυσαρκία αποτελεί νόσο που συνδέεται ή προκαλεί την εμφάνιση διάφορων άλιτων ασθενειών, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης (τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αυτόν που παλαιότερα ονομάζαμε διαβήτη ενυπήκων και για αυτό μιλάμε για τον όρο «diabesity»), η καρδιαγγειακή νόσος, η γαστροοισοφαγική παθινδρόμηση, η υπνική άπνοια, διάφορες αναπνευστικές παθήσεις (άσθμα) και μυοσκελετικές παθήσεις (π.χ. αρθρίτιδα), καθώς και μερικές μορφές καρκίνου (π.χ. καρκίνος του μαστού, του ενδομυτρίου, του προστάτη, του παχέως εντέρου). Επίσης, ένα σημαντικό στοιχείο που δείχνει

την επικινδυνότητα αυτή είναι η αιλματώδης έξαρση της παιδικής παχυσαρκίας, που προδικάζει την αντίστοιχη πορεία βάρους-νοσηρότητας στην ενήλικη ζωή των παιδιών αυτών.

Από όλα τα παραπάνω, είναι φανερό πως η κρατική αντιμετώπιση και θεραπεία της νόσου, μέσα από τη σωστή αντιμετώπισή της (τόσο στην πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη) αιλία και η ατομική αντιμετώπισή της με την κατάλληλη διαιτολογική, ψυχολογική (ή ακόμα και φαρμακευτική αντιμετώπιση, κατά περίπτωση, όταν αυτό θεωρούθει χρήσιμο και απαραίτητο για να υπάρξει ένα ακόμα καλύτερο αποτέλεσμα) πρέπει να είναι άμεση, υπεύθυνη και πολυμέτωπη, δεδομένου ότι είναι δύσκολη και αφορά πολλές παραμέτρους της υγείας μας.

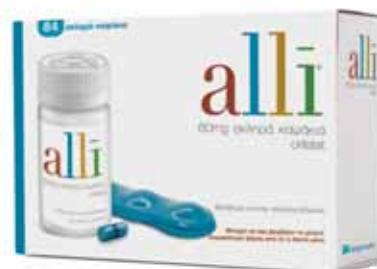
Έχει γίνει πια φανερό πως δεν αρκεί μια «απλή» δίαιτα για να φέρει τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Όσο μεγαλύτερο είναι το πρόβλημα και όσο περισσότερο το υπερβάλλον σωματικό λίπος τόσο μεγαλύτερο είναι η ανάγκη για χροσιμοποίηση όλων των διαθέσιμων μέσων που διαθέτουμε σήμερα όπως είναι: 1) η επιστημονική γνώση σχετικά με τη διατροφή, 2) ειδικές παρεμβάσεις στο κομμάτι της άσκησης, 3) φάρμακα (σήμερα η μόνη ουσία που έχει παραμείνει στη διάθεση των επιστημόνων είναι η ορθιστάτη, μετά την απόσυρση όσων κρίθηκαν επικίνδυνες ή απαιτούσαν μεγαλύτερη έρευνα σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητά τους), τα οποία βέβαια προϋποθέτουν την όποια διαιτητική παρέμβαση και τέλος 4) ειδικές τεχνικές ψυχοθεραπείας για μείωση της υπερφαγίας και των βουλικικών επεισοδίων και όλων των επαγγελματιών υγείας (διαιτολόγος, γιατρός, ψυχολόγος), που εμπλέκονται και μπορούν να προσφέρουν σε αυτό. ✎



alli. Η προσθήκη του σε μία υποθερμιδική δίαιτα μειωμένων λιπαρών μπορεί να σας βοηθήσει να **χάσετε 50% περισσότερο βάρος** από ότι κάνοντας μόνο δίαιτα.

Η απώλεια βάρους είναι δύσκολη όταν προσπαθείτε μόνοι σας. Τώρα, υπάρχει το **alli**, που εμποδίζει την απορρόφηση μέρους του λίπους που καταναλώνετε. Το **alli**, σε συνδυασμό με μία υποθερμιδική δίαιτα μειωμένων λιπαρών, μπορεί να σας βοηθήσει να **χάσετε περίπου 50% περισσότερο βάρος** από ότι κάνοντας μόνο δίαιτα. Επομένως, για κάθε 2 κιλά που χάνετε από τη δίαιτα μόνη, το **alli** μπορεί να σας βοηθήσει να χάσετε 1 κιλό περισσότερο. Το **alli** είναι το πρώτο και μοναδικό Ευρωπαϊκά εγκεκριμένο μη συνταγογραφούμενο φάρμακο για την απώλεια βάρους. Διατίθεται αποκλειστικά στα φαρμακεία.

Περιέχει Ορθοστάτη. Κατάλληλο για υπέρβαρους ενήλικες με ΔΜΣ 28 ή μεγαλύτερο. Δεν είναι κατάλληλο για άτομα κάτω των 18, έγκυες ή θηλασσούσες, άτομα αιτιηργικά στην ορθοστάτη ή σε κάποιο από τα συστατικά του **alli**. Μηλίστε στο γιατρό σας πριν πάρετε **alli**, εάν έχετε νεφρική νόσο ή εάν παίρνετε πεβοθιροβίζην. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι κατά κύριο λόγο γαστρεντερικής φύσεως. Διαβάζετε πάντα το Φύλλο Οδηγών Χρήσης. Τα αποτελέσματα σε διαφορετικά άτομα μπορεί να ποικίλουν. Το **alli**, το shuttle και η θήκη μεταφοράς shuttle είναι εμπορικά σήματα του Ομίλου Εταιριών GlaxoSmithKline.



www.alli.gr



Ο φαρμακοποιός σας Η πρώτη συμβουλή υγείας

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Συνιστούν:
**ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕΙΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ**

Τροποποίηση «σταθμός» του κανονισμού του ΟΠΑΔ



ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΣΥΚΙΩΤΗΣ,
πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Σε προηγούμενα τεύχη και στο site της ΕΛ.Ο.ΔΙ. www.elodi.org, σας είχαμε ενημερώσει σχετικά με τις ενέργειες της ομοσπονδίας και τις συναντήσεις που κάναμε με τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Ανδρέα Λοβέρδο, τον υφυπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Μιχαήλ Τιμοσίδην και τον πρόεδρο του ΟΠΑΔ κ. Κυριάκο Σουλιώτη, για τη επίλυση των προβλημάτων με τους ασφαλισμένους του ΟΠΑΔ.

Σήμερα είμαστε στην ευχάριστη θέση να σας επισυνάψουμε την τροποποίηση του κανονισμού του ΟΠΑΔ σύμφωνα με τη διατύπωση της Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

12. Το εδάφιο θγ, της περίπτωσης A.8.3. της παραγράφου A.8. του άρθρου 6 αντικαθίσταται ως εξής:

Απλά διαγνωστικά μέσα δηλαδή συσκευά μέτρησης σακχάρου κάθε πέντε (5) χρόνια, καθώς και τα αναλώσιμα κατά μήνα απαρίτητα υπλικά δηλαδή:

1. Για τους ινσουλίνοεξαρτώμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου 1). Χορήγηση έως 200 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα έως 150 σκαρφιστήρων/μήνα και έως 50 ταινιών μέτρησης κετονών στο αίμα/έτος.

2. Για τους ινσουλίνοθεραπευόμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, χορήγηση έως 100 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα έως 50 σκαρφιστήρες/μήνα ή 100/δύμνο και έως 30 ταινιών μέτρησης κετονών στο αίμα/έτος.

3. Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορήγηση έως 50 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/δύμνο έως 50 σκαρφιστήρων/δύμνο.

4. Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαιτητική αγωγή, χορήγηση έως 50 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/τρίμνο και έως 50 σκαρφιστήρων τρίμνο.

5. Σε διαβήτη κύπος, χορήγηση έως 100 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα, 100 έως σκαρφιστήρες/μήνα και 10 ταινιών μέτρησης μετονών στο αίμα/δύμνο.

6. Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν χρήση αντιλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, χορήγηση 250 ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα/μήνα, 250 σκαρφιστήρες/μήνα και 60 ταινιών μέτρησης κετονών στο αίμα/έτος.

13. Το εδάφιο 7, της περίπτωσης A.8.4. της παραγράφου A.8. του άρθρου 6 αντικαθίσταται ως εξής:

Στους ινσουλίνοεξαρτώμενους ασθενείς: αντιλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης ανά πέντε έτη (5 έτη) και αναλώσιμα υπλικά αξίας μέχρι διακοσίων ευρώ (200 ευρώ) ανά μήνα (1 μήνα) τα οποία θα χορηγούνται με βάση την εξής διαδικασία (σύμφωνα με απόφαση του Δ.Σ. του Ο.Π.Α.Δ. στις 262004 αρ. πρακτικού 123):

a) Γνωμάτευση για την ανάγκη τοποθέτησης της φορητής αντιλίας απιολογημένη και τεκμηριωμένη επαρκώς από διαβητολογικό ιατρείο ή κέντρο κρατικού ή Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου της χώρας στο οποίο υπηρετεί εξειδικευμένο προσωπικό στην τοποθέτηση και παρακολούθηση των ασθενών με αντιλία ινσουλίνης και βεθαίωση για την αδυναμία ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη μετά από νοσηλεία του στο νοσοκομείο.

b) Έκδοση απόφασης χορήγησης από τη Δ2 Δ/νση Υγειονομικής Περίθαλψης του Ο.Π.Α.Δ. ύστερα από έγκριση της επιτροπής αντιλίων έγχυσης ινσουλίνης του ΚΕΣΥ.

γ) Ανώτερο ποσό απόδοσης στον δικαιούχο ασφαλισμένο να οριστούν τα δύο χιλιάδες ευρώ (2.000€) μαζί με το Φ.Π.Α. κάθε πέντε (5) χρόνια και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

δ] Χορήγηση επίσης των υπλικών τα οποία είναι απαραίτητα για τη λειτουργία της αντιλίας (αναλώσιμα) και μέχρι του ποσού των διακοσίων ευρώ (200€) με Φ.Π.Α. μνιαίως και χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου.

Για την απόδοση της σχετικής δαπάνης είναι απαραίτητη η αναγραφή της στο βιβλιάριο υγείας του ασθενούς.

14. Στο τέλος του άρθρου 11 προστίθεται παράγραφος 4 έως εξής: 4 ο Ο.Π.Α.Δ. έχει το δικαίωμα να τροποποιήσει μονομερώς όρους της σύμβασης ή να προθεί σε διακοπή αυτής με την υποχρέωση της έγγραφης ενημέρωσης του προμηθευτή τουλάχιστον τριάντα (30) ημέρες πριν την τροποποίηση.

15. Στο τέλος της παραγράφου 1 του άρθρου 13 προστίθεται το ακόλουθο εδάφιο: Δαπάνες που υποβάλλονται από 1/9/2010 με πλεκτρονικά εκδίδομενα παραπεμπικά, τα οποία είναι εγκεκριμένα από τον Ο.Π.Α.Δ. αναγνωρίζονται και εκκαθαρίζονται με τον ίδιο τρόπο, χωρίς να απαιτείται η παράλληλη αναγραφή των συνταγών στο βιβλιάριο του ασφαλισμένου εφόσον έχουν τηρηθεί οι προβλεπόμενες διαδικασίες θεώρησης, όπως αυτές καθορίζονται με αποφάσεις του Δ.Σ. του ΟΠΑΔ. Η απόφαση αυτή θα δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως.

Η ΕΛ.Ο.ΔΙ. αισθάνεται την ανάγκη να ευχαριστήσει θερμά τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Ανδρέα Λοβέρδο, τον υφυπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης κ. Μιχαήλ Τιμοσίδην και τον κ. Κυριάκο Σουλιώτη, πρόεδρο του ΟΠΑΔ, για το ενδιαφέρον τους και για τις σωστές και άμεσες ενέργειές τους.

Η τροποποίηση αυτή συνέβαλε τα μέγιστα ώστε να μπουν τα θεμέλια για την οριστική επίλυση χρόνιων προβλημάτων που ταλανίζουν το 10% του ελληνικού πληθυσμού. Αθλώστε, ο πρόεδρος του ΟΠΑΔ κ. Κυριάκος Σουλιώτης δεσμεύτηκε για τη συνεχή συνεργασία του με την ομοσπονδία μας.

Μία κασέτα - 50 μετρήσεις χωρίς ταινίες
Μία μέτρηση αρκεί για να το λατρέψετε.



*101/16 *



Accu-Chek® Mobile

Το πρώτο και μοναδικό στον κόσμο σύστημα μέτρησης σακχάρου αίματος χωρίς ταινίες. Ανακαλύψτε πόσο απλή μπορεί να είναι μια μέτρηση. Το Accu-Chek mobile κάνει τη μέτρηση σακχάρου αίματος εύκολη υπόθεση από την πρώτη κιόλας φορά. Με 50 μετρήσεις χωρίς ταινίες σε μια κασέτα δεν υπάρχει ανάγκη διαχείρισης ή απόρριψης μεμονωμένων ταινιών & αιχμών και η μέτρηση γίνεται απλούστερη. Δοκιμάστε το και θα το λατρέψετε.

Ασύγκριτη ευκολία

Experience what's possible

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε:

Δωρεάν Γραμμή Υποστήριξης: 800 11 71000 - Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 2703700

www.accu-check.com

To ACCU-CHEK και ACCU-CHEK MOBILE είναι εμπορικά σήματα της Roche. © 2011 Roche.

ACCU-CHEK®

Τιμητική εκδήλωση για την ομότιμη καθηγήτρια της παιδιατρικής ενδοκρινολογίας Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη

22 Ιανουαρίου 2011, ξενοδοχείο Athens Electra Palace

Η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας (ΕΕΠΕΕ) και η ενδοκρινολογική μονάδα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών διοργάνωσαν τιμητική εκδήλωση για την Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη, το Σάββατο 22 Ιανουαρίου, στο ξενοδοχείο «Athens Electra Palace»

Tην εκδήλωση παρακολούθησαν πολλοί καθηγητές ιατρικής, γιατροί διαφόρων ειδικοτήτων και κυρίως παιδιατροί, ενδοκρινολόγοι, φίλοι και συγγενείς της τιμωμένης.

Χαιρετισμούς απούθυναν ο καθηγητής της Παιδιατρικής Γιώργος Χρούσσος, ως πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας, ο οποίος της πρόσφερε και τιμητική πλακέτα. Στη συνέχεια στο βήμα ανήλθε ο Δημήτρης Χιώτης, παιδίστρος-ενδοκρινολόγος, ο οποίος ως ο παιδιαίτερος συνεργάτης της αναφέρθηκε στην πολυδύναμη προσωπικότητά της. Τόνισε το τεράστιο έργο της στον επιστημονικό και κοινωνικό χώρο και τη μέχρι σήμερα αδιάκοπη και υπερβατική δραστηριότητά της. Τη χαρακτήρισε

πρωτοπόρο της σύγχρονης παιδιατρικής ενδοκρινολογίας στη χώρα μας και ότι αποτελεί ιδανικό πρότυπο και παράδειγμα προς μίμηση πανεπιστημιακού δασκάλου, κλινικού γιατρού, ανήσυχης ερευνήτριας, στοιχεία που συνθέτουν τον «γνήσιο λειτουργό» της «τέχνης» του Ιπποκράτη.

Εκ μέρους των συνεργατών της ο κ. Χιώτης της απένειμε τιμητική πλακέτα.

Η Μαρία Δρακοπούλη, υπεύθυνη του εργαστηρίου μοριακής ενδοκρινολογίας αναφέρθηκε στο ιστορικό της δημιουργίας του εργαστηρίου, που αρχικά έκεινης με την παραγωγή αυξητικής ορμόνης και τελικά εξελίχτηκε σε ένα σύγχρονο εργαστήριο μοριακής ενδοκρινολογίας, εφάμιλλο των ευρωπαϊκών εργαστηρίων.

Επίσης, χαιρετισμούς απούθυναν η Βασιλική Σπηλιώτη, καθηγήτρια παιδιατρικής ενδοκρινολογίας στο πανεπιστήμιο της Πάτρας, ο Γιώργος Κρεατάς, αντιπρύτανης και καθηγητής της γυναικολογίας, ο Μ. Μπατρίνος, ομότιμος καθηγητής ενδοκρινολογίας. Έκ μέρους των γιατρών που ειδικεύτηκαν στο τμήμα της κας Δάκου, ο Νεοκλής Γεωργόπουλος, επίκουρος καθηγητής ενδοκρινολογίας στην Πάτρα, παρουσίασε τη δική του κατάθεση ψυχής και τις εμπειρίες για τα χρόνια που θήτευσε στο ενδοκρινολογικό τμήμα.

Η Μάγδα Λιακοπούλη, τ. επίκουρη καθηγήτρια παιδοψυχιατρικής, αναφέρθηκε στην πρωτοπορία της ψυχολογικής στήριξης των παιδιών και εφήβων με ενδοκρινολογικό πρόβλημα, του οποίου





εμπνευστής ήταν ο κα Δάκου.

Τέλος, στο πόντιουμ ανέβηκε ο καθηγητής Φώτης Παυλάτος, γνωστός για τη χειμαρρώδη γλαφυρότητα του λόγου. Εξέπληξε το ακροατήριο με την

απαγγελία ποιήματος για το «πορτρέτο» της κας Δάκου. Καταχειροκροτήθηκε για την πρωτοτυπία της παρουσίασης που, όπως τόνισε με το κεφαλλονίτικο χιούμορ του, ήταν «παγκόσμια πρώτη».

Από τη μεριά της η κα Δάκου ευχαρίστησε συγκινημένη όλους τους ομιλητές. Να σημειωθεί ότι στη συνεχεία ακολούθησε δεξίωση για τους παρευρισκομένους. ☐

Γενική συνέλευση ΕΛΟΔΙ - Κοπή πίτας

6 Φεβρουαρίου 2011, γραφεία ΕΛΟΔΙ, 3ης Σεπτεμβρίου 90

Στα γραφεία της ΕΛ.Ο.ΔΙ., επί της οδού 3ης Σεπτεμβρίου 90, πραγματοποιήθηκε η ετήσια γενική συνέλευση της ομοσπονδίας.

Στην ετήσια συνέλευση του συλλόγου, μεταξύ άλλων, συζητήθηκαν πολλά θέματα που αφορούσαν τους συλλόγους και τα μέλη τους. Ένα από τα σημαντικότερα, ήταν η διεξαγωγή του ετήσιου συνεδρίου, που θα πραγματοποιηθεί στις αρχές Οκτώβρη 2011, στη Λάρισα. Οι περαιτέρω ενέργειες της ομοσπονδίας ενόψει της επικείμενης ενοποίησης των ταμείων ήταν από τα σημαντικότερα θέματα συζήτησης της ομοσπονδίας. Ενώ τη συνέλευση έκλεισαν με την καθιερωμένη κοπή της πίτας. Όλα τα μέλη του συλλόγου ευχήθηκαν για μια καλή και δημιουργική χρονιά. ☐



Στιγμιότυπο από την εκδήλωση:

Από αριστερά: κ. Πετκίδης, κ. Οικονομοπούλου, κ. Κοντομηνάς, κ. Πλαστήρα, κ. Χιώτης, κ. Ρουμελιώτης, κ. Συκιώτης, κ. Βαζαίου, κ. Ράπτης, κ. Κεφαλάς, κ. Τσακνής

Άς γνωρίσουμε την Gladys: 83 χρόνια και συνεχίζει



Κατά τη διάρκεια ενός μεσημεριανού διαλείμματος για φαγητό, τον περασμένο Ιανουάριο, έλαβα ένα τηλεφώνημα που είχε μεγάλη επίδραση πάνω μου, πιθανώς για την υπόλοιπη ζωή μου. Μου τηλεφώνησε ένας δημοσιογράφος από έναν τοπικό ραδιοφωνικό σταθμό, ζητώντας μου ένα σχόλιο για μια γυναίκα που ονομαζόταν Gladys Dull, η οποία ετοιμαζόταν να γιορτάσει τα 90στά γενέθλιά της. Εκείνο τον καιρό, αυτό δεν μου φάνηκε σημαντικό νέο. Αυτά τα 90στά γενέθλια όμως, δεν ήταν καθόλου τυχαία

Σχόλιο του Irl B. Hirsch, MD στο DOC NEWS του ADA, 4/2007



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ,

παιδίατρος-ενδοκρινολόγος,
υπεύθυνος Παιδοενδοκρινολογικού Ιατρείου
Νοσοκομείου «Μπτέρα»

Tο αξιοθαύμαστο γεγονός ήταν ότι η Gladys, τώρα 90 ετών και μετά βίας 40 κιλών βάρους, γιόρταζε τον 83ο χρόνο που έπαιρνε ενέσιμη ινσουλίνη. Το 1924, όταν ήταν επτά χρόνων και ζούσε στη North Dakota, οι θετοί της γονείς έκαναν το τριήμερο ταξίδι στο Rochester (Μινεσότα), για να σώσουν την κόρη τους από βέβαιο θάνατο -από κετοξέωση. Η ινσουλίνη ήταν εμπορικά διαθέσιμη για περίπου έναν χρόνο. Έφθασαν στη Mayo Clinic με πολύ λίγο χρόνο στη διάθεσή τους, για να αποφευχθεί το μοιραίο.

Η Gladys και οι γονείς της έμαθαν πώς να χορηγούν με ένεση αυτό το παγκρεατικό παράγωγο, που μόλις είχε ονομαστεί ινσουλίνη (η αρχική ινσουλίνη στις ΗΠΑ παρασκευάστηκε από την εταιρεία «Eli Lilly and Company» -σε μια φημισμέ-

νη συνάντηση μεταξύ του George Clowes, PhD, της Eli Lilly και της ομάδας από το Toronto, που ανακάλυψε την ινσουλίνη, υπογράφηκε μια συμφωνία που επέτρεπε στην εταιρεία από την Indianapolis να προχωρήσει σε μαζική παραγωγή της ινσουλίνης λίγο μετά την ανακάλυψή της). Αλλά η Gladys επίσης έμαθε ότι ο διαβήτης είναι πιο πολύπλοκος από τις επίπονες ενέσεις που έκανε κάθε μέρα. Το 1924 στα μαθήματα για τον διαβήτη, οι ασθενείς μάθαιναν ότι το μυστικό για επιτυχία περιλαμβανε συγκεκριμένο περιεχόμενο και ώρα φαγητού, στο σημείο που όλο το φαγητό ζυγίζοταν σε συγαριά, προγραμματισμένη άσκηση και αρκετή ξεκύραση. Φαίνεται ότι οι βασικές μας προτάσεις για την φροντίδα ενός διαβητικού παιδιού δεν έχουν αλλάξει σχεδόν καθόλου!

Αλλά ας μνη ξεχνάμε πώς ήταν ο κόσμος το 1924. Τηλεόραση δεν υπήρχε και το ράδιο ήταν τόσο καινούριο, που η οικογένεια της Gladys δεν το είχε στη North Dakota. Αντιβιοτικά δεν υπήρχαν ακόμη και οι δύο βιολογικοί γονείς της είχαν πεθάνει από ινφλούεντσα μερικά χρόνια πριν. Το ζευγάρι που την μεγάλωσε ήταν

ευγενικοί γείτονες. Προφανώς, τη φρόντισαν σαν να ήταν δικό τους παιδί, σώζοντας τη ζωή της και βρίσκοντας την πρώτη της ινσουλίνη.

Λίγο μετά αυτό το τηλεφώνημα από τον ραδιοφωνικό σταθμό, αποφάσισα να συναντήσω αυτήν την αξιοθαύμαστη γυναίκα. Έτσι, ένα κρύο Σάββατο, τον περασμένο Μάρτιο, ταξίδεψα στο Walla Walla, Washington state, για να συναντήσω την Gladys και τον γιο της Norman. Περάσαμε αρκετές ώρες συζητώντας και ήμουν ευτυχής που το βιντεοσκόπισα.

Η Gladys είναι ακόμη αρκετά έξυπνη, παρόλο που είναι μικρό εγκεφαλικό επεισόδιο που είχε πριν από μερικά χρόνια. Το μεγαλύτερο πρόβλημά της είναι η όρασή της, όχι από αμφιβληστροειδοπάθεια ή καταρράκτη, αλλά από εκφύλιση της ώρας κηλίδας. Επιμένει ότι το μυστικό της μακροζωίας της είναι η διατροφή της: τρώει την ίδια ποσότητα φαγητού κάθε μέρα. Αργότερα έμαθα από τον γιατρό της ότι η Gladys δεν ακολουθεί πάντα το πρόγραμμά της. Αλλά μετά από 83 χρόνια σε ινσουλινοθεραπεία, δικαιούται να ξεφεύγει κάπου κάπου!

Υπήρχαν αρκετά προβλήματα στην πορεία της Gladys. Σε ηλικία εννέα χρόνων είχε ένα επεισόδιο οξείας σκωληκοειδίτιδας. Δεδομένου ότι κανένας στη North Dakota δεν επιθυμούσε να εκτελέσει επειγουσα κειρουργική επέμβαση σε ένα ενιάχρονο κορίτσι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, το 1926, οι γονείς της είχαν μια μόνο επιλογή: την πήγαν ξανά στη Mayo Clinic, όπου έφθασε σε κώμα από την κετοξέωση. Προφανώς επέζησε, παρόλο που οι πιθανότητες ήταν ελάχιστες χωρίς αντιβιοτικά τότε!

Την είχαν συμβουλέψει να μνη αποκτήσει παιδιά, αλλά εκείνη το αγνόσε. Ομολογεί ότι ήταν μια δύσκολη εγκυμοσύνη, χωρίς να μου αποκαλύψει λεπτομέρειες. Ο Norm, 60 ετών τώρα, ήταν υγίης, όταν γεννήθηκε και σήμερα ζει μόλις 30 μήνια μακριά της. Η Gladys είναι ένα βιβλίο ιστορίας όσον αφορά την εξέλιξη της ινσουλίνης. Θυμάται την εισαγωγή της πρωταριωμένης φευδαργυρικής ινσουλίνης το 1930 και αργότερα τη Lente και NPH ινσουλίνη. Σήμερα παίρνει NPH and ινσουλίνη lispro (Humalog, Eli Lilly). Ήταν ευτυχής που δεν είχε τις φοβερές αιληεργικές αντιδράσεις με την ινσουλίνη, που ήταν τόσο συχνές το 1920.

Μια από τις μεγαλύτερες εκπλήξεις μου ήταν πώς η Gladys έλεγχε το σάκχαρο αίματος με την πρόσδοτο του χρόνου. Σίγουρα, κατά την εγκυμοσύνη της, πριν από 60 χρόνια, η μοναδική μέτρηση σακχάρου που μπορούσε να γίνει στο σπίτι ήταν στα ούρα, που έκανε ευλαβικά, σύμφωνα με τις συστάσεις των γιατρών της. Αλλά αυτό το συνέχισε για δεκαετίες, μετά την εγκυμοσύνη της. Παρόλο που η μέτρηση σακχάρου αίματος για ασθενείς ήταν διαθέσιμη από τις αρχές του 1980, η Gladys άρχισε να μετράει το σάκχαρο αίματος στο σπίτι, μόλις πέντε χρόνια πριν, μετά τον θάνατο του συζύγου της.

Το μεγαλύτερο πρόβλημά της, με την πάροδο του χρόνου είναι οι υπογλυκαιμίες, που όμως έχουν ελαττωθεί τελευταίως. Όταν την ρώτησα, αν θα ήθελε να δοκιμάσει ένα στυλό ινσουλίνης αντί για την παλιομοδίτικη σύριγγα και φιαλίδιο, και αυτή και ο Norm γρήγορα είπαν ότι αυτό που έκαναν δούλησε. Οι αιληαγές συχνά

προκαλούσαν προβλήματα. Συμφώνησα πολύ γρήγορα, άλλωστε ποιος είμαι να διαφωνήσω με τέτοια επιτυχία;

H Gladys τώρα ζει με κάποιον που τη φροντίζει στο σπίτι της. Από όλα τα βραβεία που έχει πάρει για τη μακροζωία της σε ινσουλίνη, αυτό για το οποίο είναι πιο περήφανη είναι το 75χρονο μετάλλιο από την Eli Lilly. Και ποιος μπορεί να την κατηγορήσει για κάτι; Πρέπει όλοι μας να το γιορτάσουμε με την Gladys. Γιατί κατάφερε να βάλει τον διαβήτη σε προοπτική για όλους μας. Άραγε η μακροζωία της οφείλεται στην καλή φροντίδα του διαβήτη της ή συμμετέχουν και γενετικοί παράγοντες, άγνωστοι ακόμη σε εμάς; Προφανώς και τα δύο, καθώς και κάμποση τύχη ξεκινώντας με την αρχική διάγνωσή της και την επειγουσα σκωληκοειδεκτομή, που ακολούθησε μερικά χρόνια μετά. Σίγουρα υπάρχουν και άλλοι σαν την Gladys Dulls που θα γιορτάσουν 80, 85 90 χρόνια σε ινσουλίνη. Το σχόλιό μου σε όλους αυτούς είναι: ευχαριστούμε που μοιραστήκατε τις ιστορίες σας μαζί μας, καθώς είστε έμπνευση για όλους που πάσχουν από διαβήτη σήμερα, ιδιαίτερα για τα παιδιά που διαγνώστηκαν πρόσφατα με αυτήν τη χρόνια κατάσταση και τους γονείς τους. ✎

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι μια κατάσταση που περιορίζει, απλώς επιβάλλει να γίνουν κάποιες ενέργειες πριν από κάθε πράξη, π.χ. μετρήσεις ή ενέσεις ινσουλίνης. Η ζωή δεν τελειώνει με τον σακχαρώδη διαβήτη, μόλις έχει αρχίσει, ιδιαίτερα αν είσαι νέος στη διάγνωση!

ΣΧΟΛΙΟ ΤΟΥ ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΗ

Βρίκα αυτό το σχόλιο, ψάχνοντας τα σχόλια της ADA, να βρω κάτι ενδιαφέρον για το περιοδικό.

Εκπληκτική και αμύθητη ιστορία που μας αφήνει άφωνους! Σίγουρα δίνει πίστη για το μέλλον σε όλα τα παιδιά με διαβήτη και τις οικογένειές τους. Η Gladys κατάφερε να κάνει αυτό που επιθυμούσε στην ζωή της, ίσως και με λίγη τύχη: οικογένεια. Αυτό που ήσω σε όλα τα παιδιά με διαβήτη είναι ότι δεν υπάρχει κάποιος λόγος που να μην κάνουν και αυτά το ίδιο.

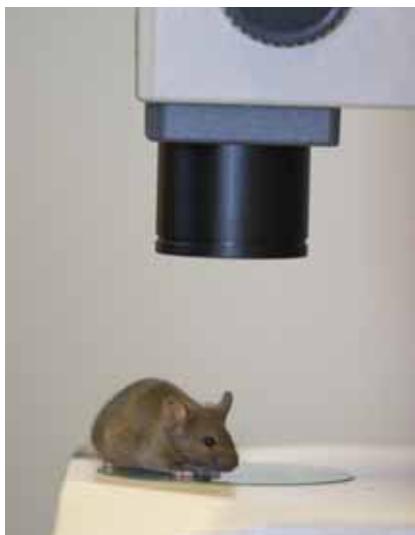
Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι μια κατάσταση που περιορίζει, απλώς επιβάλλει να γίνουν κάποιες ενέργειες πριν από κάθε πράξη, π.χ. μετρήσεις ή ενέσεις ινσουλίνης. Η ζωή δεν τελειώνει με τον σακχαρώδη διαβήτη, μόλις έχει αρχίσει, ιδιαίτερα αν είσαι νέος στη διάγνωση!

«Αναπτύξτε το δικό σας μόσχευμα!»

Ίσως είναι δυνατό για άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Οι άνδρες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μπορεί να έχουν τη δυνατότητα να αναπτύξουν τα δικά τους ινσουλίνονταραγωγά κύτταρα, από κύτταρα προερχόμενα από τους όρχεις....

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



Mελέτες σε ζώα που έγιναν στο Their laboratory αποδεικνύουν ότι τα ανθρώπινα σπερματικά αρχέγονα βλαστοκύτταρα (SSC), προερχόμενα από ορχικό ιστό, μπορούν να μετατραπούν σε ινσουλίνονταραγωγά β κύτταρα, που φυσιολογικά βρίσκονται στο πάγκρεας. Ερευνητές αναφέρουν ότι αυτό το πέτυχαν χωρίς τη χρήση γονιδίων που χρησιμοποιούν τα περισσότερα εργαστήρια για τη μετατροπή βλαστοκυττάρων σε οποιοδήποτε ιστό.

Ο επικεφαλής της έρευνας, ο G. Ian Gallicano, Ph.D., αναπληρωτής καθηγητής στο τμήμα κυτταρικής βιολογίας και διευθυντής του Transgenic Core Facility, στο

Georgetown University Medical Center (GUMC), δηλώνει: «Κανένα βλαστοκύτταρο, εμβρυονικό ή ενπλήκων, δεν έχει μπορέσει να εκκρίνει σημαντική ποσότητα ινσουλίνης για να θεραπευτεί ο διαβήτης σε ανθρώπους, αλλά ξέρουμε ότι τα SSC έχουν το δυναμικό να κάνουν ότι εμείς επιθυμούμε και γνωρίζουμε πως να βελτιώσουμε την παραγωγή τους σε ινσουλίνη». Με δεδομένη τη συνεχιζόμενη πρόοδο, ο Gallicano υποστηρίζει ότι η στρατηγική του θα μπορούσε να προσφέρει μια μοναδική λύση στη θεραπεία ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Αρκετές καινούριες θεραπείες έχουν δοκιμαστεί για αυτούς τους ασθενείς, με κάποια μειονεκτήματα όμως: οι μεταρόσχευση ηντσιδίων από νεκρούς δότες μπορεί να οδηγήσει σε απόρριψη -συν του ότι υπάρχουν ελάχιστες τέτοιες δωρεές.

Οι ερευνητές έχουν επίσης θεραπεύσει τον διαβήτη σε ποντίκια, χρησιμοποιώντας πολυδύναμα βλαστοκύτταρα (IPS)-ενήλικα βλαστοκύτταρα που έχουν αναπρογραμματιστεί με άλλα γονίδια ώστε να συμπεριφέρονται σαν εμβρυονικά βλαστοκύτταρα- αλλά αυτή η τεχνική μπορεί να προκαλέσει τη δημιουργία τερατομάτων ή όγκων, στον ιστό που λαμβάνει τα γονίδια, υποστηρίζει ο Gallicano.

Αντί της χρήσης των πολυδύναμων βλαστοκυττάρων, οι ερευνητές έχουν στραφεί σε μια άμεσα διαθέσιμη πηγή βλαστοκυττάρων: τα SSC που είναι τα πρόδρομα των σπερματικών κυττάρων. Τα κύτταρα αυτά τα πήραν από νεκρούς ανθρώπινους δότες. Καθώς τα κύτταρα SSC έχουν ήδη τα απαιτούμενα γονίδια ώστε να μετατραπούν σε εμβρυονικά βλαστοκύτταρα, φαίνεται ότι δεν χρειάζονται προσθήκη άλλων γονιδίων ώστε να

μετατραπούν σε αυτά τα πρόδρομα κύτταρα. Φαίνεται ότι διαθέτουν διπλή ιδιότητα: αρσενικά πρόδρομα σπερματοκύτταρα και ενήλικα πρόδρομα βλαστοκύτταρα. Οι ερευνητές ανακάλυψαν ότι όταν αυτά τα κύτταρα αφαιρούνται από τους όρχεις μπερδεύονται και σχηματίζουν και τις τρεις μορφές γονοκυττάρων, σε λίγες εβδομάδες. Φαίνεται ότι είναι πραγματικά πολυδύναμα βλαστοκύτταρα!

Οι ερευνητές πήραν ένα γραμμάριο ιστού από ανθρώπινους όρχεις και παρήγαγαν περίπου ένα εκατομμύριο βλαστοκύτταρα στο εργαστήριο. Αυτά τα κύτταρα εμφάνισαν πολλούς βιολογικούς δείκτες που χαρακτηρίζουν τα φυσιολογικά β κύτταρα. Κατόπιν μεταμόσχευσαν τα κύτταρα αυτά σε διαβητικά ποντίκια, υπό ανοσοκαταστολή και μπόρεσαν να ελαττώσουν τα επίπεδα γλυκόζης αίματος για περίπου μία εβδομάδα, αποδεικνύοντας ότι μπορούν να παράγουν αρκετή ινσουλίνη για να ελαττώσουν την υπεργλυκαιμία. Σύμφωνα με τον Gallicano, το διάστημα αυτό αυξάνεται συνεχώς περισσότερο, καθώς οι έρευνες συνεχίζονται. ☐

ΣΗΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΗ

Είναι γεγονός ότι οι προσπάθειες ανεύρεσης κυττάρων, που θα μπορούσαν να μετατραπούν σε β κύτταρα, συνεχίζονται αμείωτες. Η ανεύρεσή τους στους όρχεις είναι ενδιαφέρουσα και σχετικά εύκολη.

Οστόσο πάντα τίθεται το θέμα της ανοσοκαταστολής του δέκτη, καθώς ναι μεν τα κύτταρα δεν θα απορριφθούν, αλλά η ανοσολογική απάντηση του δέκτη θα τα καταστρέψει! Ίσως μια τροποποίηση των κυττάρων αυτών να την ελαχιστοποιήσει.

από το medscape



GRECOTEL & CLASSICAL

HOTELS & RESORTS

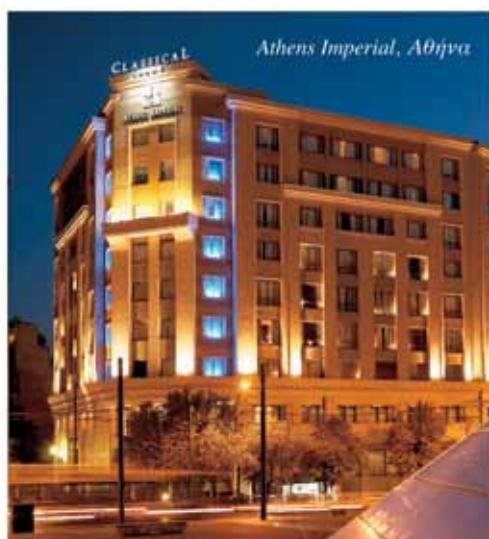


MAKEDONIA PALACE

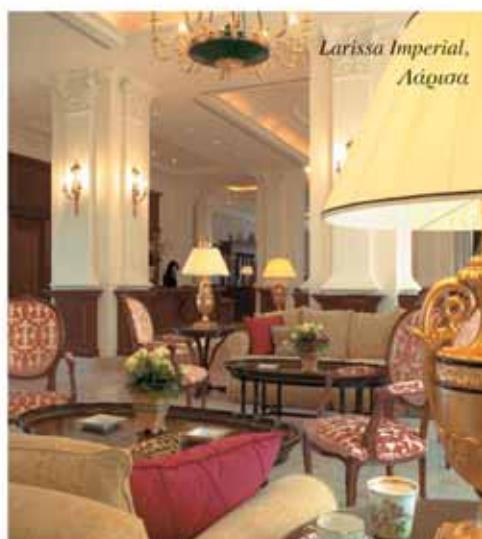
★★★★★
THESSALONIKI-GREECE

*Ξενοδοχεία πόδης που εγγυώνται ένα αξέπεραστο επίπεδο ποιότητας
και ποδιτέρες στα μεγαλύτερα αστικά κέντρα της Εδαδάς*

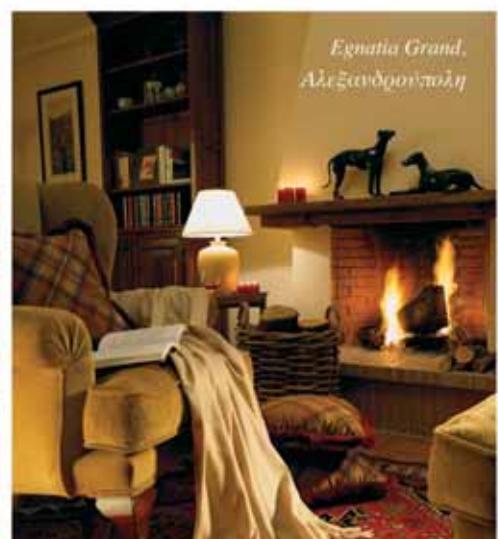
ΑΘΗΝΑ ♦ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ ♦ ΛΑΡΙΣΑ ♦ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗ ♦ ΚΑΛΑΜΑΤΑ



Athens Imperial, Αθήνα



Larissa Imperial,
Λάρισα



Egina Grand,
Αλεξανδρούπολη

Για την προστασία και την αύξηση της αντοχής του δέρματος των ποδιών των διαβητικών, το οποίο λόγω ξηρότητας και κακής μικροκυκλοφορίας, είναι ευαίσθητο και ευπρόσβλητο σε διάφορους κοινούς περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορούν να προκαλέσουν έλκη και πληγές με δυσμενείς συνέπειες. Για την αντιμετώπιση της υπερ-κεράτωσης και των ρωγμών του δέρματος.



Diabetel® MD 10%

Υπερ-Ενυδατική & Αναπλαστική Κρέμα ποδιών

Με βάση την L-ARGININE, το α-LIPOIC ACID, την UREA & τα απαραίτητα ω-3 & ω-6 ακόρεστα λιπαρά οξέα



ΠΡΟΤΕΙΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΟΥΣ

INTERMED S.A. Pharmaceutical Laboratories: Καλυφτάκη 27, 145 64 Κηφισιά • Τηλ.: 210-62.53.905 • www.intermed.com.gr

Προδιαβήτης και σακχαρώδης διαβήτης: Νεότερα δεδομένα

Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τη σύγχρονη παγκόσμια πανδημία, η οποία βρίσκεται σε πλήρη εξέλιξη. Μόνο στις ΗΠΑ ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη ανέρχεται σε 21,1 εκατομμύρια, παρουσιάζοντας αύξηση κατά περίπου τρία εκατομμύρια τα δύο τελευταία χρόνια, ενώ τουλάχιστον το 25% των ατόμων με διαβήτη στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής δεν γνωρίζουν ότι έχουν σακχαρώδη διαβήτη



 **ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ,**
παθολόγος-διαβητολόγος,
διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής,
ΓΝΠ «Τζάνειο»

Kαθώς ο επιπολασμός του διαβήτη συνεχώς αυξάνει, οι σχετιζόμενες με τον διαβήτη νοσορόπτη και θνητότητα έχουν εξελιχθεί σε μείζονα ζητήματα της δημόσιας υγείας. Στη σύγχρονη εποχή, εκτός από τις κοινωνικές παραμέτρους της νόσου, υπάρχει ακόμα μια σημαντική παράμετρος: η οικονομική πλευρά του ζητήματος. Ο διαβήτης είναι μια ακριβής νόσος. Το ετήσιο σχετιζόμενο με τον διαβήτη κόστος στις ΗΠΑ είναι 174 δισεκατομμύρια δολάρια

(περίπου το 15% του εθνικού κόστους υγείας). Το άμεσα σχετιζόμενο με τον διαβήτη κόστος, επιπλοκές και ιατρική περίθαλψη, είναι 116 δισ. δολάρια, ενώ το έμμεσο κόστος της πάθησης, αναπηρία και πρόωρη θνητότητα, ανέρχεται σε 58 δισ. δολάρια.

Οι ασθενείς με διαβήτη είναι επιρρεπείς σε πολλαπλές και σύνθετες επιπλοκές. Αυτές οι επιπλοκές περιλαμβάνουν τόσο την καρδιαγγειακή (καρδιακές παθήσεις, αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο και περιφερική αγγειακή νόσο) όσο και την μικροαγγειακή νόσο (αμφιβληστροειδοπάθεια, νευροπάθεια και μικροαθυμονιούρια). Επιδημιολογικά δεδομένα της τελευταίας 5ετίας έχουν αποδείξει ότι οι επιπλοκές στον διαβήτη ξεκινούν νωρίς κατά τη «διαδρομή» από τη φυσιολογι-

κή ανοχή στη γλυκόζη έως την εμφάνιση του διαβήτη. Υπάρχει ένα διάστημα στη γλυκαιμική κατάσταση μεταξύ της φυσιολογικής ανοχής της γλυκόζης και του διαβήτη, οι τιμές του οποίου δεν είναι «αθώες», αλλά αποτελούν τον προάγγελο του διαβήτη και των επιπλοκών του.

Η πρώιμη διαπίστωση και θεραπευτική παρέμβαση των ατόμων τα οποία βρίσκονται σε αυτήν τη γλυκαιμική κατάσταση έχει τη δυναμική της μείωσης ή καθυστέρησης της εξέλιξης σε διαβήτη και της εμφάνισης των σχετιζόμενων με αυτόν μακροαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών.

Προδιαβήτης και πρόληψη του Σ.Δ. 2:

Οι προδιαβήτης χαρακτηρίζεται η διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (IFG) με σάκχαρο νηστείας 100-126mg/dl και ο διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (IGT) με σάκχαρο νηστείας εντός των φυσιολογικών ορίων και μετά τη δίωρη καμπύλη ανοχής γλυκόζης (OGTT) με σάκχαρο 140-199mg/dl. Οι καταστάσεις αυτές μπορεί να εμφανίζονται ξεχωριστά ή και να συνυπάρχουν.

Η διάγνωση του διαβήτη στις μέρες μας τίθεται όταν το σάκχαρο νηστείας σε τουλάχιστον δύο μετρήσεις είναι μεγαλύτερο από 126mg/dl, όταν είναι μεγαλύτερο από 200mg/dl δύο ώρες μετά από φόρτιση με γλυκόζη, όταν είναι >200mg/dl σε τυχαία μέτρηση ή όταν η HbA1c είναι ≥6,5%, σύμφωνα με πρόσφατη διάληψη ομοφωνίας της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA).

Ο προδιαβήτης είναι αρχικό στάδιο στην εξέλιξη της φυσικής ιστορίας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η συγκεκριμένη μεταβολική διαταραχή, αν και δεν έχει κλινική συμπτωματολογία και δεν αποτελεί ιδιαίτερη νοσοϊλογική οντότητα, πρέπει και να ανιχνεύεται έγκαιρα, καθώς και να αντιμετωπίζεται με την ανάλογη σοβαρότητα, διότι εξελίσσεται σε σακχαρώδη διαβήτη και συνδέεται με καρδιαγγειακά συμβάματα.

Έλεγχος προδιαβήτη

Το πρόβλημα του προδιαβήτη είναι μεγάλο και κατά τα πρότυπα του διαβήτη λαμβάνει σταδιακά διαστάσεις επιδημίας. Παγκοσμίως ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη είναι περίπου 314 εκατομμύρια, ενώ υπολογίζεται ότι το 2025 ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη θα ανέρχεται σε 418 εκατομμύρια. Είναι γνωστό ότι ο προδιαβήτης αυξάνει τον βραχυπρόθεσμο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 από τρεις έως 10 φορές, με κάποιους πληθυσμούς να παρουσιάζουν μεγαλύτερο κίνδυνο από άλλους. Ο έλεγχος για προδιαβήτη πρέπει να γίνεται στον πληθυσμό εκείνο, ο οποίος έχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη που είναι:

- Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη
- Τα άτομα με καρδιαγγειακή νόσο
- Τα άτομα με παχυσαρκία ή καθιστική ζωή



- Τα άτομα με υπέρταση ή υπερλιπιδαιμία
- Τα άτομα που λαμβάνουν αντιψυχωσικά φάρμακα
- Οι γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύνοσης ή σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Παθοφυσιολογία του προδιαβήτη

Οι σημαντικές επιδημιολογικές διαφορές μεταξύ IFG και IGT υποδεικνύουν την ύπαρξη διαφορετικών παθοφυσιολογικών μυχανισμών, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση αυτών των μορφών διαταραχής της ομοιοστασίας της γηλικόν. Παρότι και οι δύο αυτές καταστάσεις σχετίζονται με την ινσουλίνοαντίσταση, παρουσιάζουν διαφορές ως προς τη θέση της ινσουλίνοαντίστασης. Τα άτομα τα οποία έχουν μόνο IFG παρουσιάζουν ηπατική αντίσταση στην ινσουλίνη και φυσιολογική μυϊκή ευαισθησία στην ινσουλίνη, ενώ τα άτομα εκείνα τα οποία έχουν μόνο IGT, έχουν φυσιολογική ή επιλαφρά μειωμένη ηπατική ευαισθησία στην ινσουλίνη και μέτρια ή σοβαρή μυϊκή ινσουλίνοαντίσταση.

Η σημασία του γονιδιακού παράγοντα

Αν εξαιρέσουμε τις διάφορες μορφές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που εμφανίζονται από νεαρή ηλικία (σακχαρώδη διαβήτη τύπου MODY), μέχρι πριν από μερικά χρόνια δεν είχαν βρεθεί συγκεκριμένα γονίδια υπεύθυνα για την κλη-

ρονομική προδιαθεσή του. Τα τελευταία χρόνια όμως ξεκίνησαν φιλόδοξες προσπάθειες για την ανίχνευση γονιδίων τα οποία είναι υπεύθυνα για τον προδιαβήτη και για τον σακχαρώδη διαβήτη 2. Οι προσπάθειες αυτές απέδωσαν και τώρα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε αρκετά από τα γονίδια τα οποία εμπλέκονται στη διαταραχή της ομοιοστασίας της γηλικόν.

Έτσι σήμερα, είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε γονίδια τα οποία σχετίζονται με καταστάσεις, οι οποίες εξελίσσονται σταδιακά σε σακχαρώδη διαβήτη 2, όπως η μείωση της μάζας των β-κυττάρων (HHX, CDKAL1, CDKN2A/B, TCF7L2), η αντίσταση στην ινσουλίνη (WIF1, PPARG) και η παχυσαρκία (FTO).

Το μεγάλο ερώτημα, πάντως, εξακολουθεί να ισχύει: Η ανίχνευση των γονιτύπων αυτών προσθέτει προγνωστική ισχύ στα υπάρχοντα κλινικά score (όπως το Findrisc) πρόγνωσης της εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2;

Τα αποτελέσματα των πρόσφατων μελετών δείχνουν ότι η συμβολή της γενετικής πληροφορίας στην πρόγνωση του κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι προς το παρόν όχι ιδιαίτερα σημαντική. Επιβεβαιώνεται έτσι ότι ακρογνωιαίος λίθος για την αξιολόγηση της πρόγνωσης του σακχαρώδη διαβήτη 2 είναι η κλινική πληροφορία, οι κλινικοί παράγοντες κινδύνου και τα φαινοτυπικά χαρακτηριστικά. ✎



Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ) αποτελεί μια από τις συχνότερες ενδοκρινοπάθειες και παρουσιάζεται στο 6-8% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας. Το ΣΠΩ χαρακτηρίζεται από διαταραχές εμμήνου ρύσεως και αυξημένα ανδρογόνα, τα οποία η ασθενής τα αντιλαμβάνεται ως ακμή και αυξημένη τριχοφυΐα.

 ΣΑΡΑΝΤΖΕΣ ΛΙΒΑΔΑΣ,
ενδοκρινολόγος



Hπιθανή σχέση ΣΠΩ και σακχαρώδη διαβήτη περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1921, όταν ο Achard και Thiers δημοσίευσαν την μελέτη τους με τίτλο: «Ο Διαβήτης στις γυναίκες με τριχοφυΐα». Έκτοτε, έχει γίνει πολύ μεγάλη προσπάθεια σε ερευνητικό επίπεδο με σκοπό την κατανόηση των κοινών μυχανισμών που οδηγούν σε αυτά τα δύο νοσήματα, την έγκαιρη πρόληψη και την ορθή αντιμετώπιση. Σήμερα το 7,5% γυναικών με ΣΠΩ έχουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και το 31% διαταραχή στην ανοχή της γιλικόζης. Η επίτωση αυτή είναι επτά φορές μεγαλύτερη από το αναμενόμενο για γυναίκες 20-44 ετών του ίδιου πληθυσμού. Σε αδύνατες γυναίκες με ΣΠΩ, η επίτωση του σακχαρώδη διαβήτη 2 είναι μικρότερη, αλλά σε μεγαλύτερη συχνότητα συγκριτικά με γυναίκες της ίδιας ηλικίας και βάρους.

Πριν όμως ασχοληθούμε με τη σχέση σακχαρώδη διαβήτη και ΣΠΩ, πρέπει να διευκρινίσουμε τι ορίζεται ως ΣΠΩ. Στην

καθημερινή πράξη υπάρχει μια εκτεταμένη χρήση του όρου, τόσο από γιατρούς όσο και από ασθενείς, δίκιας όμως να ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, οδηγώντας σε πολληπλές παρεξηγήσεις. Ως ΣΠΩ ορίζεται: 1. η παρουσία βιοχημικού ή κλινικού υπερανδρογονισμού, με ταυτόχρονη παρουσία, 2. οκτώ ή λιγότερων ωρορυκτικών κύκλων εποσίων και 3. απουσία άλλων ενδοκρινών διαταραχών που θα μπορούσαν να συμβάλουν στη δυσμετιτοργία των ωοθηκών. Στην πράξη πρόκειται για μια γυναίκα που έχει διαταραχές περιόδου, δηλαδή κατά το τελευταίο έτος του ηλικιστον το 50% των εμμήνων κύκλων ενός έτους έχει διάρκεια <21 ή >35 ημέρες. Παράλληλα, στην ίδια γυναίκα ανιχνεύονται αυξημένα ανδρογόνα στο αίμα (συνήθως η τεστοστερόνη) και συνυπάρχουν ακμή ή υπερτρίχωση. Πρέπει να τονιστεί ότι η παρουσία μικρών κυστιδών στο υπεροχογράφημα ωοθηκών δεν αποτελεί απαραίτητη συνθήκη για τη διάγνωση του συνδρόμου. Πράγματι το 20% των γυναι-

κών με διαταραχές περιόδου θα έχουν κύστεις στις ωοθήκες υπεροχογραφικά, ενώ μόλις το 6-8% των γυναικών αναπαραγωγικής ηλικίας πάσχει από ΣΠΩ. Τέλος, αν και το ΣΠΩ είναι η πιο συχνή αιτία ταυτόχρονης υπερανδρογονισμίας και διαταραχών εμμήνου ρύσεως, η διάγνωσή του τίθεται εξ' αποκλεισμού, που σημαίνει ότι ο γιατρός πρέπει να αναζητήσει και άλλα νοσήματα που προκαλούν παρόμοια εικόνα (υπερπροϊλακτιναιμία, διαταραχές ηειτουργίας θυρεοειδούς και επινεφριδίων κ.π.), πριν θέσει τη διάγνωση.

Το ΣΠΩ δεν είναι μόνο τα προβλήματα περιόδου, υπερτρίχωσης και υπογονιμότητας, αλλά και σημαντικές μεταβολικές διαταραχές που σχετίζονται με αυξημένο καρδιαγγειακό κίνδυνο. Οι γυναίκες με το σύνδρομο εμφανίζουν σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και μετά την εμμηνόπαυση έχουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Είναι δε ενδιαφέρον ότι τα πρώτα χρόνια της διάγνωσης στην εφοβεία υπερ-

τερούν τα συμπτώματα από την υπερανδρογοναιμία (ακμή, υπερτρίχωση) και οι διαταραχές περιόδου, ενώ προϊόντος του χρόνου και συνήθως κατά την τρίτη δεκαετία της ζωής υπερτερούν οι διαταραχές του μεταβολισμού (υπεργλυκαιμία και δυσλιπιδαιμία).

Αναφορικά με τον σακχαρώδη διαβήτη 2 οι γυναίκες με ΣΠΩ έχουν τριπλάσιο έως επταπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν διαβήτη σε σύγκριση με γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας και βάρους που δεν πάσχουν από το σύνδρομο. Στις γυναίκες με ΣΠΩ, η ανάπτυξη του διαβήτη είναι προοδευτική. Όταν αναφερόμαστε στον σακχαρώδη διαβήτη 2, πρέπει να τον αντιδιαστείλουμε από το σακχαρώδη διαβήτη 1. Στον τύπο 1 οι ασθενείς δεν παράγουν ινσουλίνη, πλόγω βλάβης του παγκρέατος. Αντίθετα, οι διαβητικοί τύπου 2 παράγουν μεγάλες ποσότητες ινσουλίνης, γιατί στους περιφερικούς ιστούς (ήπαρ, μυς, λίπος) «παρεμποδίζεται» η δράση της ινσουλίνης. Ως εκ τούτου χρειάζεται η έκκριση μεγάλων ποσοτήτων ινσουλίνης στην προσπάθεια του οργανισμού να διατηρήσει φυσιολογικές τιμές σακχάρου. Το φαινόμενο αυτό καλείται **αντίσταση στην ινσουλίνη** και υποδηλώνει την ανάγκη ύπαρξης απρόσφορα υψηλών επιπέδων ινσουλίνης πλάσματος προκειμένου να διατηρηθεί η φυσιολογική ομοιόσταση της γλυκόζης.

Η μέτρηση της αντίστασης στην ινσουλίνη στην καθημερινή κλινική πράξη γίνεται με την καμπύλη φόρτισης με γλυκόζη, όπου χορηγούνται στην ασθενή 75 γρ. γλυκόζης και καταγράφονται τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης κάθε 30 λεπτά για δύο ώρες. Από την καμπύλη τεκμαίρεται αν υπάρχει σακχαρώδης διαβήτης (τιμές γλυκόζης 2ώρου >200mg/dl), παθοιλογική καμπύλη (τιμές γλυκόζης 2ώρου μεταξύ 140-200mg/dl) και η φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη (τιμές γλυκόζης 2ώρου <140mg/dl). Παράλληλα, αξιολογούνται τα επίπεδα ινσουλίνης και αν οποιαδήποτε τιμή ξεπερνά τις 100 IU/l, θεωρούμε ότι η ασθενής έχει αντίσταση στην ινσουλίνη. Η ανάπτυξη του σακχαρώδη διαβήτη είναι μια χρονίας εξελισσόμενη κατάσταση και πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα με παθοιλογική καμπύλη σακ-

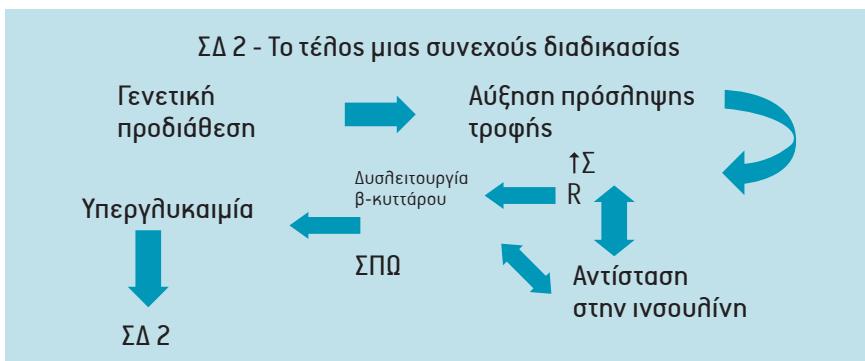
χάρου είναι πέντε φορές περισσότερα από ότι εκείνα με διαβήτη. Χαρακτηριστικά, το ποσοστό των ατόμων με παθοιλογική καμπύλη στις ΗΠΑ υπολογίζεται σε περίπου 30% του πληθυσμού. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων αυτών, αλλά και ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης έχουν ανοχή στην ινσουλίνη. Από πρόσφατες μελέτες έχει γίνει κατανοτό ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη είναι το πρώτο σημείο απορρύθμισης του μεταβολισμού και η επέλευση του σακχαρώδη διαβήτη είναι θέμα χρόνου. Συνήθως, μεσολαβούν αρκετά χρόνια, όπου η γυναίκα έχει αναπτύξει αντίσταση στην ινσουλίνη, χωρίς ακόμα να έχουν επηρεαστεί τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα.

Η παχυσαρκία σχετίζεται άμεσα με την αντίσταση στην ινσουλίνη, καθώς ορμόνες που εκκρίνονται από τον λιπώδη ιστό «δυσχεράνουν» τη φυσιολογική δράση της ινσουλίνης. Συγκεκριμένα, στις γυναίκες με ΣΠΩ μειώνεται κατά 35-40% η ιστική πρόσθιψη της γλυκόζης που επιάγεται από την ινσουλίνη, ανεξάρτητα του σωματικού βάρους. Αντίστοιχα επίπεδα μείωσης της δράσης της ινσουλίνης παρατηρούνται στους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Πράγματι, στις γυναίκες με ΣΠΩ έχει βρεθεί ότι το 30% των λεπτόσωμων γυναικών και το 70% των ασθενών

έχουν κάποιου βαθμού αντίσταση στην ινσουλίνη, ενώ η αναλογία στον γενικό πληθυσμό είναι μόλις 10-25%. Κατά συνέπεια δεν πρέπει να εκπλήσσει η ανεύρεση διαταραχής της ανοχής στη γλυκόζη περίπου στο ένα τρίτο και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στο 10% των παχύσαρκων γυναικών με ΣΠΩ. Η αντίσταση στην ινσουλίνη φαίνεται να έχει κεντρικό ρόλο στην εμφάνιση του ΣΠΩ. Σύμφωνα με τους ερευνητές η περίσσεια της κυκλοφορούσας ινσουλίνης οδηγεί σε δυσλειτουργία της ωθήκης με συνακόλουθη αύξηση της παραγωγής των ανδρογόνων, οδηγώντας σε ακμή και υπερτρίχωση. Παράλληλα, η υπερινσουλινιαίμια εμποδίζει την ωθυδακιορροή οδηγώντας σε καθυστέρηση της περιόδου και στην εμφάνιση ποιληστικών κυστιδίων στην ωθήκη. Ως εκ τούτου, δεν είναι τυχαίο το γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών αναφέρουν εμφάνιση ή επιδείνωση των διαταραχών της εμμηνορυσίας και της υπερτρίχωσης, μετά την αύξηση του σωματικού βάρους.

Πρέπει να τονισθεί ότι η αντίσταση στην ινσουλίνη δεν εξηγείται μόνο από την παρουσία παχυσαρκίας στις ασθενείς με ΣΠΩ. Πιθανόν να συμμετέχει και ο λιπώδης ιστός στην αιτιοπαθογένεια της αντίστασης στην ινσουλίνη, καθώς έχει βρεθεί ότι παχύσαρκες ασθενείς με ΣΠΩ έχουν μεγαλύτερο λόγο κοιλιακό-σπλαγχνικό λίπος συγκριτικά με φυσιολογικές γυναίκες αντίστοιχου βάρους. Επίσης, οι αδύνατες ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ποσότητα λίπους από αντίστοιχες φυσιολογικές και διαφορετική σωματική κατανομή (ανδροειδής κατανομή με αυξημένο τον λόγο περιμέτρου μέσης-περιμέτρου ισχίων). Όλες αυτές οι παρατηρήσεις καταδεικνύουν τη συμμετοχή του λίπους στην εκδήλωση του συνδρόμου και ίσως εξηγούν γιατί μικρές μεταβολές του σωματικού βάρους (5-10%) οδηγούν σε σαφή βελτίωση της κλινικής εικόνας. Η αποσαφήνιση της κεντρικής δράσης της αντίστασης στην ινσουλίνη στην αιτιοπαθογένεια τόσο του ΣΠΩ όσο και του σακχαρώδη διαβήτη καταδεικνύει γιατί οι ασθενείς με ΣΠΩ έχουν αυξημένο κίνδυνο να αναπτύξουν σακχαρώδη διαβήτη με την πάροδο του χρόνου. Επίσης, επιβάλλει την έγκαιρη αναγνώ-





ρισκ ασθενών με ΣΠΩ που έχουν αντίσταση στην ινσουλίνη και την σωστή αντιμετώπιση με σκοπό την ελάττωση του κινδύνου εμφάνισης με σακχαρώδη διαβήτη. Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς με παχυσαρκία, οικογενειακό ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη, πρώιμη ανάπτυξη τρίχωσης του εφηβαίου (πριν τα οκτώ έτη) και εμφάνιση του ΣΠΩ με την απότομη αύξηση του ΣΒ, έχουν πολύ αυξημένες πιθανότητες να έχουν αναπτύξει αντίσταση στην ινσουλίνη. Η τεκμηρίωσή της γίνεται με καμπύλη γλυκόζης (με ταυτόχρονο προσδιορισμό ινσουλίνης) και σε περίπτωση που βρεθεί, επιβάλλει συγκεκριμένες θεραπευτικές κατευθύνσεις.

Η ισχυρή σχέση του θετικού οικογενειακού ιστορικού για σακχαρώδη διαβήτη με την ανάπτυξη ΣΠΩ και σακχαρώδη διαβήτη σε μια γυναίκα, υπονοεί ότι υπάρχει ένα κοινό γενετικό υπόστρωμα ανάμεσα σε αυτά τα δύο νοσήματα. Η εκδήλωση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι συνέπεια δύο παράλληλων φαινομένων: αφενός της αντίστασης στην ινσουλίνη από τους ιστούς (λίπος, ήπαρ, μυς) και αφετέρου της μειωμένης ικανότητας του παγκρέατος (ειδικότερα του β-κύτταρου) να εκκρίνει μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνης. Στο

ΣΠΩ υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι είναι επιρρεασμένη σε έκκριση ινσουλίνης από το β-κύτταρο. Πράγματι, βρέθηκε από εξαιρετικά καλοσχεδιάσμενες μελέτες ότι το β-κύτταρο των γυναικών αυτών παρουσιάζει μια αυξημένη αρχική απάντηση στην έκκριση ινσουλίνης μετά την ενδοφλέβιο έγχυση γλυκόζης, άσχετα από το σωματικό βάρος. Το ποσοστό αυτό ήταν 36% στις γυναίκες με φυσιολογική ανοχή γλυκόζης και έφθανε το 56% στον συνολικό πληθυσμό των μετεούμενων γυναικών με ΣΠΩ, συγκριτικά με τις υγείες γυναίκες. Άρα σε μια γυναίκα με εγγενή δυσλειτουργία του μεταβολισμού (οικογενειακό ιστορικό) η ανάπτυξη Σ.Β. είναι πιθανό να οδηγήσει στην εκδήλωση ΣΠΩ και Σ.Β. μακροπρόθεσμα (**εικόνα 1**).

Με δεδομένο ότι η συστηματική άσκηση αυξάνει σημαντικά την απάντηση των ιστών στην ινσουλίνη, αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο της θεραπείας. Επίσης, η σωστή διατροφή που συνίσταται σε συχνά γεύματα και αποφυγή γλυκών, αναψυκτικών και τηγαντών, φαίνεται να βοηθά σημαντικά στη λειτουργία του μεταβολισμού. Είναι χαρακτηριστικό ότι μεταβολές του Σ.Β. κατά 5-10% συνήθως επιφέρουν σταδιακή αποκατάσταση της εμμηνούσιας.

Αν δεν επιτευχθεί, πολύ συχνά προστίθεται η μεταφορμίνη, μια ουσία που αυξάνει την ευαισθησία των ιστών στην ινσουλίνη και κατά συνέπεια «αποφορτίζει» την ωοθήκη από την περίσσεια της κυκλοφορούσας ινσουλίνης. Επιπλέον, η μεταφορμίνη φαίνεται να έχει ευεργετική επίδραση και στη λειτουργία της ωοθήκης, ελαττώνοντας δραστικά την υπερανδρογοναίμια και τη ρυθμικότητα της περιόδου. Έχει χρησιμοποιηθεί μακροχρόνια με εξαιρετική ασφάλεια και αποτελεσματικότητα. Ωστόσο, πρόσφατα δεδομένα καταδεικνύουν ότι σε μακροχρόνια χορήγηση μεταφορμίνης υπάρχει η πιθανότητα πτώσης της βιταμίνης B12, μιας ουσίας απαραίτητης για την αιμοποίηση. Κατά συνέπεια ο θεράπων γιατρός οφείλει να ελέγχει περιοδικά τα επίπεδα της βιταμίνης B12.

Με δεδομένο ότι καλό είναι οι θεραπευτικές παρεμβάσεις στο ΣΠΩ να προσανατολίζονται όχι μόνο στη βελτίωση των ανεπιθύμητων συμπτωμάτων, αλλά και τη μείωση του κινδύνου για σακχαρώδη διαβήτη, η θεραπεία με αντισυμπληπτικό χάπι, που ομαλοποιεί την περίοδο και τα συμπτώματα της υπερανδρογοναίμιας δεν ενδείκνυται για μακροχρόνια χορήγηση. Δυστυχώς, η θεραπεία με αντισυμπληπτικά δεν βοηθά καθόλου στην πρόληψη κατά του διαβήτη, καθώς επιδεινώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Συμπερασματικά, οι γυναίκες με ΣΠΩ έχουν αυξημένο κίνδυνο για την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη. Η έγκαιρη διάγνωση του ΣΠΩ, η αναζήτηση της αντίστασης στην ινσουλίνη, η απώλεια σωματικού βάρους, η σωστή διατροφή και η άσκηση είναι οι καλύτερες μέθοδοι για την πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη και των μεταβολικών διαταραχών (υπέρταση, δυσλιπιδαιμία) που χαρακτηρίζουν το ΣΠΩ. Ο γιατρός δεν πρέπει να περιορίζεται στην αντιμετώπιση μόνο των συμτωμάτων της ασθενούς, αλλά να επιδιώκει την οιλιστική αντιμετώπιση με ταυτόχρονη προσπάθεια αλληλαγής του τρόπου ζωής. Η ασθενής πρέπει να γνωρίζει ότι αν δεν ενεργοποιηθεί συστηματικά, ακολουθώντας τις διατροφικές οδηγίες και αυξάνοντας την άσκηση της, τότε η επέλευση του σακχαρώδη διαβήτη είναι συνήθως θέμα χρόνου.

Διαβητικό Οίδημα Ωχράς Κηλίδας

Νέα Θεραπευτικά Δεδομένα



ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΣ ΧΑΡΩΝΗΣ,

MD, Διπλ. American & European Boards
of Ophthalmology, διευθυντής Τμήματος
Αμφιβληστροειδούς & Οφθαλμικής Γενετικής,
Χειρουργική Υαλοειδούς-Αμφιβληστροειδούς
Οφθαλμικές Φλεγμονές,
Ιατρικό Ινστιτούτο Οφθαλμολογίας Athens Vision
acharonis@athensvision.gr

H «παγκοσμιοποίηση» του σακχαρώδους διαβήτη έχει – δυστυχώς – πάρει διαστάσεις «πανδημίας». Οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές του διαβήτη αφορούν πλέον στις παραγωγικές πληκτικές του κοινωνικού μας ιστού, γεγονός που από μόνο του στοιχειόθετει την αναγκαιότητα πρόληψης ή/και άμεσης αντιμετώπισης των επιπλοκών αυτών. Δυστυχώς, όμως, βιώνουμε ταυτόχρονα μια κρίση στους μηχανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας που καθιστά μια τέτοιου είδους πρόληψη ή/και έγκαιρη θεραπεία απαγορευτική και αναποτελεσματική.

Παρότι σε γενικές γραμμές γνωρίζουμε πως να επιβραδύνουμε την εξέλιξη του διαβήτη και των επιπλοκών του, παρότι έχουμε «χαρτογραφήσει» την εξέλιξη των επιπλοκών του διαβήτη στους οφθαλμούς των ασθενών μας και μελέτες που έχουν κοστίσει εκατομμύρια δολάρια έχουν καταστήσει σαφές πως η έγκαιρη οφθαλμολογική παρέμβαση είναι οικονομοτεχνικά «επικερδής» (cost-effective) στη πράξη δεν εφαρμόζεται. Δεν εφαρμόζεται γιατί υπάρχουν κενά στην ευαισθητοποίηση και ενημέρωση τόσο των ασθενών (κάτι ανεπίτρεπτο στη σημερινή εποχή της πληροφορίας), όσο και των ιατρών των διαφόρων ειδικοτήτων που παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς αυτούς. Δεν εφαρμόζεται γιατί δεν υπάρχει σω-

σιή επικοινωνία και συνεργασία μεταξύ των ιατρών, χωρίς την οποία κάθε εκστρατεία «ενημέρωσης» ή/και μαζικού ελέγχου (screening) πέφτει στο κενό. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος των μεγάλων και μικρών αγγείων του σώματός μας. Στα μάτια η βλάβη αυτή επιτελείται σε επίπεδο μικρών αγγείων που σταδιακά ξένουν τη «στεγανότητά» και «βατότητά» τους, βλάβη που μεταφράζεται σε οίδημα και ισχαιμία του αμφιβληστροειδούς, του φωτειναίσθητου χιτώνα που βρίσκεται στο εσωτερικό του ματιού μας. Οίδημα σημαίνει «πρόξιμο» στην περιοχή που είναι υπεύθυνη για την ευκρινή μας όραση, την ωχρά κηλίδα. Ισχαιμία σημαίνει πλημμελής οξυγόνωση των κυττάρων της όρασης με επακόλουθο σχηματισμό νέων παθολογικών αγγείων που συχνά αιμορραγούν.

Στις ανεπυγμένες κοινωνίες ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τη συνηθέστερη αιτία νομικής τύφλωσης στις παραγωγικές πληκτικές (25-64 έτη). Κυριότερη αιτία απώλειας όρασης είναι το οίδημα της ωχράς κηλίδας πάγω της αυξημένης διαπερατότητας των αγγείων του ματιού. Μελέτες δείχνουν πως το 20-35% των διαβητικών ασθενών αναπτύσσουν οίδημα στην ωχρά κηλίδα μετά από 15 έτη διαβήτη. Λαμβάνοντας υπόψιν την εκθετική αύξηση της συχνότητας του διαβήτη, ιδιαίτερα του τύπου 2 σε νεαρές πληκτικές (παιδική παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο), αντιλαμβάνεται κανείς το μέγεθος του προβλήματος. Περιμένουμε δυστυχώς μια έξαρση των κρουσμάτων διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας σε αυτή την ομάδα νέων με τύπου 2 διαβήτη σε 10-15 έτη.

Φαίνεται πως όχι μόνο η υπεργλυκαιμία, αλλά και οι υπόλοιπες συνιστώσες του μεταβολικού συνδρόμου (αρτηριακή υπέρταση, υπερχολιστερίναιμία) ενοχοποιούνται στην εξέλιξη της



αγγειακής βλάβης του διαβήτη στα μάτια. Πρόκειται δοκιμαδή για μια περισσότερο σύνθετη διαδικασία που σταδιακά επιφέρει την απώλεια της «στεγανότητας» των μικροαγγείων του ματιού. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 η ιατρική κοινότητα αναφερόταν στον «παράγοντα X», έναν μεσοπλαβητή-κλειδί στη παθογένεση της αγγειακής βλάβης. Μετά από χρόνια ερευνών ο παράγοντας αυτός αναγνωρίστηκε ως VEGF (vascular endothelial growth factor), μια πρωτεΐνη που επιφέρει σε μοριακό επίπεδο την αγγειακή βλάβη. Η ανακάλυψη αυτή οδήγησε στη θεμελίωση της σύγχρονης – φαρμακευτικής πλέον – αντιμετώπισης της αμφιβληστροειδοπάθειας. Με φαρμακευτικές ουσί-

Η υπεργλυκαιμία, αλλά και οι υπόλοιπες συνιστώσες του μεταβολικού συνδρόμου (αρτηριακή υπέρταση, υπερχολιστεριναιμία) ενοχοποιούνται στην εξέλιξη της αγγειακής βλάβης του διαβήτη στα μάτια. Πρόκειται δηλαδή για μια περισσότερο σύνθετη διαδικασία που σταδιακά επιφέρει την απώλεια της «στεγανότητας» των μικροαγγείων του ματιού.

Εσ που αναστέλλουν επιλεκτικά τον παράγοντα VEGF (μονοκλωνικά αντισώματα) μπορεί κανείς να σπάσει έναν κρίκο στην αλισσίδα της εξελισσόμενης αγγειακής βλάβης.

Tous τελευταίους μήνες βιώνουμε αυτή τη ρηξικέληση αλλαγή στη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Η μέχρι τώρα αντιμετώπιση βασιζόταν αποκλειστικά στην εφαρμογή της laser φωτοπιξίας με σκοπό τη σταθεροποίηση της όρασης, η οποία στη καθημερινή κλινική πράξη μεταφραζόταν σε «επιβραδυνόμενη απώλεια όρασης». Το γεγονός αυτό, όπως και η συχνά παρατηρούμενη – πρόσκαιρη ευτυχώς – μείωση της όρασης αμέσως μετά την εφαρμογή της laser φωτοπιξίας έκαναν ιδιαίτερα διστακτικούς τους διαβητικούς ασθενείς, αλλά και τους ανθρώπους του άμεσου περιβάλλοντός τους, με επακόλουθη πλημμελή συμμόρφωση στην αγωγή.

Πρόσφατες πολυκεντρικές μελέτες αναδεικνύουν μια νέότερη θεραπεία του οιδήματος με την ενδοϋαλοειδική χορόγηση ενός φαρμάκου που αναστέλλει τον παράγοντα-μεσόλαβη του οιδήματος, τον VEGF (vascular endothelial growth factor). Πρόκειται για μια τελείως διαφορετική στρατηγική αντιμετώπισης του οιδήματος που στοχεύει όχι μόνο στη σταθεροποίηση, αλλά και στη βελτίωση της όρασης των ασθενών με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας.

Το φάρμακο ranibizumab, το οποίο χρησιμοποιείται εδώ και 4 έτη στην αντιμετώπιση της ηλικιακής εκφύλισης της ωχράς κηλίδας, πρόσφατα εγκρίθηκε από το FDA και τον αρμόδιο Ευρωπαϊκό οργανισμό για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος και ανοίγει νέες προοπτικές στη θεραπεία μιας πάθησης με τεράστιες κοινωνικές προεκτάσεις.

Τα μέχρι τώρα δεδομένα, τουλάχιστον σε μια προοπτική 2 ετών είναι άκρως ενθαρρυντικά. Το φάρμακο χορηγείται εντός του ματιού κάτω από συνθήκες αντισψίας, και είναι πολύ καλά ανεκτό από πλευράς ασθενούς. Τα δεδομένα ασφάλειας επίσης είναι ικα-

νοποιητικά και στοιχειοθετούνται από πολλαπλές κλινικές μελέτες με εκατοντάδες ασθενείς. Απαιτούνται βεβαίως περισσότερο μακροπρόθεσμα αποτελέσματα, καθώς και στοχευμένες μελέτες προκειμένου να διευκρινιστεί ο ρόλος του συνδυασμού της νεότερης φαρμακευτικής θεραπείας με το laser, τη μικροχειρουργική της ωχράς κηλίδας, ή/ και νέότερες φαρμακευτικές πλατφόρμες βραδείας αποδέσμευσης κορτικοστεροειδών που βρίσκονται προ των πυλών έγκρισης από τους αρμόδιους φορείς. Είναι, όμως, γεγονός πως στη θεραπευτική φαρέτρα του οφθαλμιάτρου υπάρχουν πλέον αποτελεσματικότερα εργαλεία για την αντιμετώπιση μιας πάθησης που εμφανίζει εκθετικό ρυθμό ανάπτυξης.

Το ranibizumab επί του παρόντος χορηγείται ανά τακτά χρονικά διαστήματα εντός του οφθαλμού των ασθενών με διαβητικό οίδημα. Είναι μια θεραπεία καλά ανεκτή από πλευράς ασθενούς, η οποία όμως προϋποθέτει τακτική παρακολούθηση με βάση συγκεκριμένα κλινικά πρωτόκολλα και συχνά συνδυάζεται στη παρούσα με την εφαρμογή laser φωτοπιξίας ή/και μικροχειρουργική της ωχράς χρησιμοποιώντας εξατομικευμένα κριτήρια.

Στόχος πλέον δεν είναι μόνο η διατήρηση της όρασης, αλλά και η βελτίωσή της με ταυτόχρονη περαιτέρω επιβράδυνση της εξέλιξης της αμφιβληστροειδοπάθειας. Αποτελεί αναντίρροπτα ένα σημαντικό βήμα προόδου, αλλά δεν είναι σε καμία περίπτωση πανάκεια για την αντιμετώπιση της αμφιβληστροειδοπάθειας σε επίπεδο κοινωνίας. Ακρογωνιαίος λίθος μιας προσπάθειας με τέτοιου είδους προοπτικές είναι η πρόληψη, η οποία στοιχειοθετείται μέσα από οργανωμένα προγράμματα πρώιμης διάγνωσης (screening) και βασίζεται σε μια ετήσια εξέταση του οφθαλμού των διαβητικών ασθενών. Ας είναι το ranibizumab (και κάθε νεότερο φάρμακο) αφορμή ευαισθητοποίησης των κοινωνικών μας δικτύων για την ορθολογική αντιμετώπιση των επιπλοκών του διαβήτη στο σύνολό τους. ✎



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 αυνήθως παρουσιάζει σημάδια προειδοποίησης.
3. Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να πραγματοποιούν τους πάχιστον έναν ετήσιο οφθαλμολογικό έλεγχο.
4. Η διαβητική αμφιβλητορειδοπάθεια προκαλείται από αληθιγένες στα αιμοφόρα αγγεία του οφθαλμού.
5. Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν μειωμένες πιθανότητες ν' αναπτύξουν γηιάκωμα.
6. Η εφαρμογή laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να σταματήσει την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβλητορειδοπάθειας.
7. Οι διαβητικοί ασθενείς θα πρέπει να εξετάζονται τακτικά από οφθαλμίστρο με βιβοσκόπηση.
8. Ο καταρράκτης των ματιών είναι ποικύ καινός σε διαβητικούς ασθενείς.
9. Οι ασθενείς που έχουν υπό έλεγχο την 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 αμφιβλητορειδοπάθεια – μια από τις συχνότερες αιτίες τύφλωσης στους ενηλίκους – τον καταρράκτη και το γηιάκωμα. Οι πιθανότητες εμφάνισης της διαβητικής νόσου των οφθαλμών αυξάνεται ανάλογα με την χρονιότητα του διαβήτη.)
- 2. ΛΑΘΟΣ** (Διαστακώς, στα πρώτα στάδια της νόσου δεν παρουσιάζονται οφθαλμικά συμπτώματα ή ενοχλήματα. Η όραση μάλιστα των ασθενών μπορεί να παραμείνει αμεταβλητή μέχρι και τα πλέον άψητα στάδια της πάθησης.)
- 3. ΣΩΣΤΟ** (Κάθε ασθενής με σακκαρώδη διαβήτη πρέπει να εξετάζεται επιπλέον από οφθαλμίστρο. Η εξέταση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει βιβοσκόπηση, επισκόπηση διπλής της αμφιβλητορειδούς μετά από διαστολή της κόρης του οφθαλμού με καθιδύρια (μυδρίση). Επειδή, η νόσος δεν προειδοποιεί με οφθαλμικά συμπτώματα ή ενοχλήματα ο περιοδικός «προληπτικός» οφθαλμολογικός ελέγχος είναι άκρως απαραίτητος.)
- 4. ΣΩΣΤΟ** (Ο διαβήτης επιφέρει αληθιγένες στα αγγεία του αμφιβλητορειδούς καθιστώντας τη περιοστόρευτη διαπερατά ή/και ανεπαρκή για την αιμάτωση των κυττάρων του αμφιβλητορειδούς. Αποτέλεσμα αυτών των δομικών αληθιγών είναι η εμφάνιση οιδημάτων στην ωχρά κηλίδα ή/και αιμορραγών.)
- 5. ΛΑΘΟΣ** (Το γηιάκωμα εμφανίζεται συχνά σε διπλήσια συχνότητα σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλιπο πληθυσμό. Το γηιάκωμα πρέπει να διαγνωσθεί νωρίς και να αντιμετωπισθεί με καθιδύρια, laser ή/και κερουρυγική θεραπεία.)
- 6. ΣΩΣΤΟ** (Η εφαρμογή του laser μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να σταματήσει την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβλητορειδοπάθειας.
- 7. ΣΩΣΤΟ** (Η βιβοσκόπηση μετά από φαρμακευτική διαστολή της κόρης του οφθαλμού (μυδρίση) αποτελεί τον καλύτερο τρόπο διάγνωσης των αγγειακών αληθιώσεων που επιφέρει ο διαβήτης στο εσωτερικό οφθαλμού.)
- 8. ΣΩΣΤΟ** (Η συχνότητα εμφάνισης καταρράκτη είναι περίπου διπλάσια σε διαβητικούς ασθενείς σε σχέση με τον υπόλιπο πληθυσμό. Πέραν τούτον ο καταρράκτης σε έδαφος διαβήτη εμφανίζεται σε μικρότερες πληκτίσεις. Ο καταρράκτης αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με τη σύγχρονη μικροχειρουργική του οφθαλμού.)
- 9. ΛΑΘΟΣ** (Διαστακώς, ακόμη και με τη βέλτιστη ρύθμιση του σακκάρου ο κίνδυνος εμφάνισης της διαβητικής νόσου του οφθαλμού παραμένει, έστω και επιτειχμένος. Είναι, βεβαίως, αποδεδειγμένο πως η καλύτερη δυνατή ρύθμιση όχι μόνο του σακκάρου, αλλά και της αργυριακής πίεσης καθώς και της κοιλητοερήντης επιβράδυνσης τόσο την έναρξη, όσο και την εξέλιξη της διαβητικής νόσου του οφθαλμού.)
- 10. ΣΩΣΤΟ** (Με την πρώτη διάγνωση και θεραπεία το κίνδυνο τύφλωσης από τη διαβητική νόσο του οφθαλμού μπορεί να περιοριστεί σημαντικά.)

Εξειδικευμένο Οφθαλμολογικό Τμήμα Διαβήτη

- Πρωτοποριακό Οφθαλμολογικό Κέντρο Διαβήτη εφαρμαγής εξετιγμάνων 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 Φλωρουραγγειογραφίας και Οπτικής Τομογραφίας Συνοχής τελευταίας γενιάς.

Δέσμευσή μας..

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

ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΔΙΑΒΗΤΗ

Χειρουργοί – Οφθαλμίστροι

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

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



στη μάχη κατά του διαβήτη

«Με πολύ θέληση και αρκετό πείσμα κάνεις τα πάντα στη ζωή σου και ας είσαι διαβητικός»

Αναρριχείται σε επικίνδυνες πλαγιές, κάνει ορειβατικό σκι, είναι μέλος της Ελληνικής Εθελοντικής Διασωστικής Ομάδας, κάνει καταδύσεις, πετάει σε πλαγιές με αιλεξίπτωτο παραπέντε, συμμετέχει σε αγώνες ιστιοπλοϊας, οδηγεί ταχύπλοο, οδηγεί επικόπτερο, κάνει τα πάντα για να τον χαρακτηρίσουν «κακό παιδί». Ο Μιχάλης Θαλασσινός ήταν από μικρό παιδί ένα δραστήριο και αποφασιστικό πλάσμα. Ήταν πάντα ένα «ζωηρό παιδί»



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Όταν σε ηλικία οκτώ ετών διαγνώστηκε ότι έχει διαβήτη τύπου I, έγινε ακόμα πιο δραστήριος και πιο δυναμικός. Δεν έκανε ποτέ τον εαυτό του να αισθανθεί διαβητικό άτομο, πολύ περισσότερο δε, διαβητικός ασθενής. Απαρνείται τον όρο αυτό και αποδεικνύει σε κάθε ευκαιρία τη δύναμη της ψυχής του.

Μιχάλη, διαβάζοντας κάποιος το βιογραφικό σου, θα μπορούσε να το χαρακτηρίσει αρκετά δραστήριο και ενεργυτικό. Θα χαρακτηρίζεις τον εαυτό σου extreme άτομο;

Είμαι ένας άνθρωπος που από πολύ μικρή ηλικία του άρεσε η περιπέτεια. Αυτό θεωρούσα ότι είναι ο διαβήτης στη ζωή μου, ένας δείκτης δυσκολίας για τις περιπέτειές μου. Και επειδή μου άρεσαν

όλα αυτά τα extreme αθλήματα, έβαλα και τον διαβήτη μέσα σε αυτά, ώστε να γίνουν πολύ πιο extreme.

As πάρουμε όμως τα πράγματα με τη σειρά τους. Σε ποια ηλικία εμφανίστηκε ο διαβήτης τύπου 1 και πώς τον αντιμετώπισες αρχικά εσύ και στη συνέχεια η οικογένειά σου;

Σε ηλικία οχτώ ετών, το 1982 -αν θυμάμαι σωστά- πρωτοεμφανίστηκε ο διαβήτης, με τα γνωστά συμπτώματα (απώλεια βάρους, συχνοουρία, ποιλυδιψία). Τότε οι γονείς μου από το άγχος τους να μη κάνουν να νοιώσω άσχημα, «μπλοκάρανε» και έτσι με άφοσαν σχετικά ελεύθερο να κάνω ότι ήθελα.

Ήταν βέβαια πολύ τυπική με το θέμα της ινσουλίνης και της μέτρησης παρ' όλες τις δυσκολίες της εποχής, ωστόσο

όμως επέλεξαν να με αφήσουν ελεύθερο έχοντας υπόψη τους να μη μου δημιουργήσουν κάποιο περαιτέρω πρόβλημα. Ουδέποτε έκρυψαν από τους συνανθρώπους μου ότι έχω διαβήτη, δεν ήταν αυτής της αντίμηψης. Διαφωνούσαν πάντα με τις οικογένειες που έκρυβαν από το παιδί τους ότι έχει σακχαρώδη διαβήτη. Αυτήν την αντίμηψη την έχω και εγώ.

Μιχάλη θεωρείς ότι ήσουν άτακτο παιδί;

Ναι ήμουν άτακτο παιδί. Θα έλεγα ίσως, πολύ άτακτο! Ο καβγατζής της παρέας, ο σατανάς της παρέας, ότι φασαρία ξεκινούσε, ξεκινούσε από εμένα.

Και όλα αυτά γινόντουσαν με την ανοχή της οικογένειάς σου;

Όλα γινόντουσαν εξαιτίας του άγριου που είχαν για εμένα. Άγχος μήπως με στριμώχουν, μήπως με εγκλωβίσουν μέσα στο σπίτι και εγώ το πάρω κατάκαρδα. Δεν ήθελαν να μου περάσουν ότι είμαι ένα «προβληματικό» παιδί.

Πιστεύεις ότι υπάρχει προκατάληψη απέναντι στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη;

Καταρχάς θα πρέπει να σημειώσω ότι υπάρχει μεγάλη έλληψηψη ενημέρωσης. Και πολλές φορές δυστυχώς, υπάρχει η «κακή» ενημέρωση. Πιστεύω ότι όλα ξεκινούν από τα Μέσα Mazikis Ενημέρωσης και από τους γιατρούς. Δυστυχώς μερικοί γιατροί θυμούνται να μηλήσουν για τον διαβήτη μόνο στην Παγκόσμια Ημέρα για τον Διαβήτη και από εκεί και μετά ξεχνούν τα διαβητικά άτομα. Επίσης, ένα άλλο μεγάλο λάθος που κάνουν οι γιατροί είναι ότι επιτέλεγουν να τονίσουν με ιδιαίτερη έμφαση τις αρνητικές επιπτώσεις από τον διαβήτη και όχι να ενημερώνουν το άτομο πώς να προλαμβάνει. Το σκεπτικό δεν είναι να πας να νικήσεις κάτι εάν δεν το προσέξεις. Δεν πρέπει να πάθεις κάτι από την κακή ρύθμιση για να προσέξεις τον διαβήτη. Για εμένα το σημαντικό είναι ότι πρέπει να προλάβει το άτομο να μην πάθει κάτι. Πρέπει να προτρέπεις τα διαβητικά άτομα να αθλούνται, να βγουν από το σπίτι τους, να μετράνε συχνά την τιμή του σακχάρου τους και να μη σταματήσουν να σκέφτονται και να είναι σαν όλα τα φυσιολογικά άτομα.

Όλοι γνωρίζουν ότι ο διαβήτης είναι μια ιδιαίτερη ασθένεια που θέλει προ-

σοχή. Ο διαβήτης είναι μια ασθένεια που δεν συγχωρεί την αμέλεια. Αυτό πιστεύω εγώ. Όταν ξεκινάει και μιλάει κάποιος γιατρός για τις κακές επιπλοκές του διαβήτη (γιατί υπάρχουν κακές επιπλοκές από τον διαβήτη), τότε ο κόσμος δεν μπορεί να καταλάβει ότι ένας διαβητικός δεν έχει καμία διαφορά από ένα φυσιολογικό άτομο που δεν έχει πρόβλημα με τον διαβήτη του.

Εγώ θεωρώ ότι είμαστε φυσιολογικοί, τα κάνουμε όλα, αλλά με μια ιδιαίτερη προσοχή. Πρέπει να προσέξουμε κάτι παραπάνω.

Θεωρείς ότι υπάρχει προκατάληψη από τον τρόπο που αντιμετωπίζει η επιστημονική κοινότητα τα διαβητικά άτομα;

Mas ήνει να προσέχουμε για να μην πάθουμε υπογλυκαιμία. Δεν υπάρχει περίπτωση ο διαβητικός να μην πάθει υπογλυκαιμία. Και αντίλιες να φοράει και ίνσουλίνες να κάνει, θα την πάθει. Πρέπει, πλοιόν, οι γιατροί να μας μάθουν να την προλαμβάνουμε. Πώς γίνεται αυτό; Με συχνό μέτρημα. Εφόσον δεν μπορεί ο οργανισμός μας να μετρήσει και να δώσει την απαραίτητη ποσότητα ίνσουλίνης, πρέπει να το κάνουμε εμείς.

Πώς αντιμετωπίζει το κράτος τα διαβητικά άτομα; Τι πρέπει να αλλάξει σε κρατικό επίπεδο ούτως ώστε να γίνουν θετικότερα βήματα για τα άτομα αυτά;

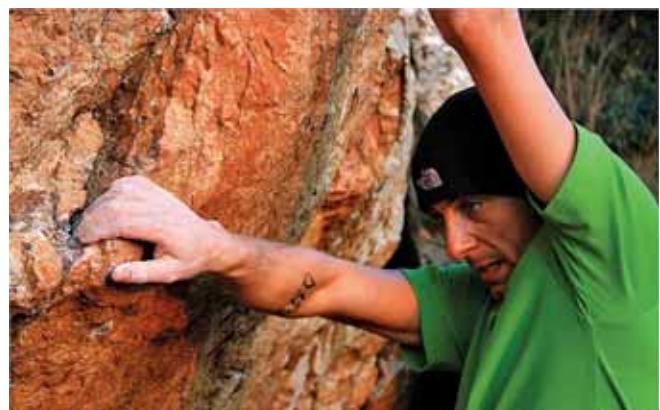
To κράτος έχει άγνοια. Αυτό που πρέπει να κάνει ο υπουργός Υγείας είναι να περάσει μια ολόκληρη μέρα μα-

ζί με ένα διαβητικό άτομο, για να διαπιστώσει από μόνος του πόσες φορές είναι αναγκασμένος ένας διαβητικός να τρυπηθεί προκειμένου να διαπιστώσει εάν έχει τη σωτήρια ποσότητα ίνσουλίνης. Να δει τι χρειάζονται τα διαβητικά άτομα για να είναι σαν τους φυσιολογικούς ανθρώπους. Να κάτσει και να δει πόσες ταινίες και πόσα βελονάκια χρειαζόμαστε την ημέρα και αντίστοιχα πόσα κάθε μόνα. Μόνο με αυτόν τον τρόπο μπορεί η ηγεσία να αναλογισθεί τις ανάγκες των διαβητικών ατόμων.

Έχεις αισθανθεί ότι ο διαβήτης στάθηκε εμπόδιο στην πραγματοποίηση των ονειρών σου;

Όχι ποτέ. Δεν είχα ποτέ τέτοιο κόλλημα στο μυαλό μου. Ότι ήθελα να κάνω πάντα το έκανα. Αυτήν τη στιγμή είμαι μέλος της Ελληνικής Εθελοντικής Διασωστικής Ομάδας από το 1994. Έχω λάβει μέρος σε πάρα πολλές επιχειρήσεις και στο εσωτερικό και στο εξωτερικό. Δεν αντιμετώπισα ποτέ πρόβλημα υπογλυκαιμίας ή κάποιο άλλο κίνδυνο. Τι έκανα; Μετριόμουν συνέχεια ή έτρωγα παραπάνω για να έχω πλίγο πιο ανεβασμένο το σάκχαρο μου.

Επίσης θέλω να πω πως έχω τρία πτυχία καταδύσεων, πετάνω με αλεξίπτωτο πλαγιάς παραπέντε, έχω πτυχίο ιστιοπλοΐας και συμμετέχω σε αγώνες. Ακόμη έχω δύο πτυχία ορειβασίας-αναρρίχησης, οδηγώ ταχύπλοο, έχω δύο πτυχία ορειβατικού σκι και έχω κάνει στο εξωτερικό κάποια σεμινάρια διάσωσης με ελικόπτερο. □





Έχω ένα ροτό, που το αναφέρω και στο site μου: «Ποτέ μην εγκαταλείπεις, ποτέ μην τα παρατάς». Άμα παρατήσεις τον διαβήτη, θα σε παρατήσει και αυτός

Μετά από όλες αυτές τις δραστηριότητες, θα μπορούσαμε να σε χαρακτηρίσουμε «κακό παιδί». Πιστεύεις πως είσαι κακό παιδί;

Ναι θα χαρακτήριζα τον εαυτό μου «κακό παιδί». Όμως, κακό παιδί είμαι για τους γιατρούς, όχι για τον άλλο κόσμο. Κακός είμαι γιατί καταρρίπτω όλα αυτά που προσπαθούν να περάσουν στον κόσμο.

Δηλαδή, τι προσπαθούν;

Προσπαθούν να μας περάσουν ότι ο διαβήτης θέλει μεγάλη προσοχή. Ναι θέλει μεγάλη προσοχή, αλλά όχι σε σημείο να μας πάίρνει από κάτω. Δηλαδή, θα πρέπει να προσέχουμε όταν κάνουμε κάποια πράγματα, όχι να προσπαθούμε να μην τα κάνουμε αυτά τα πράγματα.

Δεν μπορείς να επιτρέπεις σε έναν διαβητικό να κολυμπάει και να μην του

επιτρέπεις να κάνει κατάδυση. Όπως του επιτρέπει να κολυμπήσει και πριν κολυμπήσει θα πρέπει να μετρηθεί, να φάει και ύστερα να ξαναμετρηθεί όταν βγει από τη θάλασσα, το ίδιο ισχύει και με την κατάδυση. Απλά το κολύμπι είναι μέσα στο νερό, ενώ η κατάδυση είναι κάτω από το νερό. Ότι ισχύει για ένα άτομο που κάνει κατάδυση και δεν είναι διαβητικός, τα ίδια ισχύουν και για ένα άτομο που κάνει κατάδυση και είναι διαβητικός.

Βέβαια, δεν μιλάμε να κάνει κάποιος επαγγελματικά κατάδυση, να γίνει δύτης. Αυτό είναι άλλο. Γίνεται αλλιώς πρέπει να κάνεις κάποια πράγματα πιο πριν. Όμως το να κάνει κάποιος κατάδυση, δεν θα πρέπει να είναι απαγορευτικό.

Γιατί πρέπει να είναι απαγορευτικό να κάνει ένας διαβητικός σκι στο βουνό; Για να μην πάθει υπογλυκαιμία! Και γιατί να την πάθει την υπογλυκαιμία; Ο γιατρός θα πρέπει να του πει πως δεν θα πάθει υπογλυκαιμία. Άμα κάποιος πάθει υπογλυκαιμία, ξέρει πώς να την αντιμετωπίσει. Το θέμα είναι να μην πάθει υπογλυκαιμία.

Και εγώ, δεν αποφάσισα μια ωραία μέρα να ανέβω στον Όλυμπο. Ξεκίνησα σιγά-σιγά. Στην αρχή έκανα μαλακές πεζοπορίες στα βουνά και πολλές φορές εγκατέλειψα και γύρισα πίσω, γιατί έπαθα υπογλυκαιμία. Απλά δεν το έβαλα κάτω, δεν εγκατέλειψα τις προσπάθειές μου. Και δεν το έβαλα κάτω γιατί γύρω μου δεν έχω άτομα που να με ρίχνουν ψυχολογικά.

Τώρα αναφέρθηκες σε μια ακόμη αγάπη σου, την αναρρίχηση. Μιχάλη μιλήσε μας λίγο για την αναρρίχηση. Τι σου αρέσει σε αυτό το άθλημα;

Αυτή είναι η πρώτη μου αγάπη. Μου αρέσει να πεζοπορώ σε ένα ωραίο βουνό, να κάνω ορειβασία -όπως πέμε- και να σκαρφαλώνω σε μια ωραία πλαγιά.

Ποια είναι τα αισθήματα που έχεις εκείνη τη στιγμή που σκαρφαλώνεις σε ένα βουνό;

Δεν μπορώ να περιγράψω τι αισθάνομαι. Για εμένα η ορειβασία είναι ένα είδος διαφυγής. Από το να πάω σε μια καφετέρια ή σε ένα internet cafe, εμένα μου αρέσει να κάνω ορειβασία. Δεν μπορώ να σου περιγράψω τι αισθάνομαι. Σε άλλους αρέσει το μπάσκετ, σε κάποιους αρέσει το χάντμπολ, εμένα μου αρέσει να σκαρφαλώνω. Μου αρέσει να περπατήσω σε ένα βουνό, να γεμίσω οξυγόνο και ύστερα να σκαρφαλώσω με τα σχοινιά μου. Να πάρω τους φίλους μου μαζί και να σκαρφαλώσουμε 30-40 μέτρα και ύστερα να πάμε σε μια ταβέρνα και να φάμε, να πιούμε το κρασί μας και να περάσουμε καλά.

Πες μου Μιχάλη, ποιο είναι το μεγάλο σου όνειρο;

Το μεγάλο μου όνειρο που θέλω να πραγματοποιήσω, είναι να σκαρφαλώσω όλες τις κορυφές στα Μετέωρα. Είναι κάτι που δεν έχει γίνει από κάποιον αναρριχητή μέχρι αυτήν τη στιγμή. Εγώ βάλει στόχο να τις σκαρφαλώσω όλες σιγά-σιγά.



Βρίσκεσαι σε καλό δρόμο;

Μέχρι στιγμής μέσα σε 1,5 χρόνο έχω σκαρφαλώσει 50 από τις 208 κορυφές των Μετεώρων.

Θεωρείς ότι είσαι πρότυπο τόσο για τα δικά σου παιδιά και την οικογένειά σου όσο και γενικότερα για τους νέους σήμερα. Ποιος ήταν ο λόγος που σε οδήγησε να δημιουργήσεις ένα δικό σου site μέσα στο οποίο να περιγράφεις τα θέλω σου, τις δράσεις σου και γενικότερα τους δικούς σου στόχους;

Σκέψου ότι ο μεγάλος μου γιος είναι 4,5 χρονών και ήδη σκαρφαλώνει. Όταν ξεκίνησα το site δεν είχα συγκεκριμένο σκοπό. Το ξεκίνησα και μου βγήκε έτσι. Δεν υπήρχε συγκεκριμένος λόγος που το έκανα αυτό.

Θέλησες με αυτόν τον τρόπο να επηρεάσεις θετικά και άλλα άτομα να μη θεωρούν ότι ο διαβήτης είναι εμπόδιο σε ότι θέλουν να κάνουν στην ζωή τους;

Αυτός είναι ο σκοπός μου, να δείξω ότι ο διαβήτης δεν είναι εμπόδιο. Δεν ξέρω εάν τον παρουσιάζω τόσο καλά μέσα από το site μου ή το κάνω λίγο πιο προσωπικό το όλο θέμα. Θέλω να δείξω ότι η δική μου η ζωή κυλάει κανονικά όπως ενός κανονικού ανθρώπου, δεν θεωρώ ότι υστερώ σε κάτι από κάποιον άλλο άνθρωπο.

Δεν θέλω να δείξω ότι είμαι διαβητικός ή δεν είμαι διαβητικός, έχει φύγει από το λεξιλόγιό μου αυτό. Έχω πάψει να χρησιμοποιώ τη λέξη διαβητικός.

Χρησιμοποιώ το μυαλό μου για να κάνω σωστά τις μετρήσεις, να κάνω σωστά την ίνσουλή μου, να προσέχω το φαγητό μου, να αθλούμαι καθημερινά, είτε σκαρφαλώνοντας είτε τρέχοντας. Δεν χρησιμοποιώ τη λέξη διαβητικός, γιατί δεν αισθάνομαι διαβητικός με την έννοια που θέλει να μη παρουσιάζει ο κόσμος.

Αυτό θέλω να παρουσιάσω στο site και το κάνω πάρα πολύ έντονα. Χρησιμοποιώ δικά μου παραδείγματα μήπως και καταφέρω να ξεκολλήσω κάποια παιδιά να κάνουν τα δικά τους πράγματα, είτε αυτό λέγεται αναρρίχηση είτε εκδρομή στο βουνό με ένα αντίσκυνο, ή να παίζουν μπάσκετ, ή οτιδήποτε άλλο.

Πιστεύεις πως αυτοί οι κάποιοι, που κάνουν τα διαβητικά άτομα να αισθάνονται διαβητικοί αισθενείς, ενδεχομένως να είναι και οι ίδιοι οι γιατροί. Ωστόσο, θα πρέπει να σημειώσω ότι και οι ίδιοι οι γιατροί είναι αυτοί που όταν θέλουν να μιλήσουν για ένα διαβητικό τον χαρακτηρίζουν ως άτομο με διαβήτη και όχι αισθενή με διαβήτη. Το πιστεύεις αυτό;

Είτε είμαστε διαβητικοί για τους γιατρούς είτε είμαστε αισθενείς μία είναι η ουσία: εφ' όσον μη θεωρούν άτομα με διαβήτη και όχι αισθενείς, τότε γιατί έχουμε αυτό «έλα και τον άλλο μήνα να σε δω, να δω τις μετρήσεις σου» ή «έλα σε τρεις μήνες να σε δω» ή «έλα σε έξι μήνες να σε δω»; Και πάει λέγοντας.

Θα ήθελα να μου πούνε γιατί εφ'

όσον δεν μη θεωρούν αισθενείς μας αντιμετωπίζουν με αυτόν τον τρόπο;

Αφού δεν είμαστε αισθενείς, θέλω να μου πει κάποιος γιατί πρέπει στην αρχή της παρακολούθησής μας από τον γιατρό, να μη εξετάζουν κάθε μήνα στο ιατρείο τους; Βέβαια, πρέπει να τονίσω ότι υπάρχουν και γιατροί που τιμούν το λόγο του Ιπποκράτη και ασχολούνται και παθιάζονται και δεν παίρνουν... φράγκο από τους αισθενείς τους, αλλά οι περισσότεροι δεν είναι τέτοιοι. Είναι απαράδεκτο να μην μπορεί ένα παιδί να παρακολουθήσει ένα συνέδριο εάν πρώτα δεν έχει δώσει 1.000 ευρώ.

Ποιο είναι το μήνυμα που θες να μεταφέρεις στα νέότερα παιδιά;

Το μήνυμα που στέλνω είναι ότι μπορούμε να κάνουμε τα πάντα, απλά πρέπει να τα κάνουμε με αργά βήματα. Πρέπει πρώτα να ψάχνουμε να βρούμε τον εαυτό μας. Να μάθουμε τον εαυτό μας και τον διαβήτη μας. Να μάθουμε πως λειτουργεί και ποτέ να μην το βάζουμε κάτω.

Έχω ένα ροτό, που το αναφέρω και στο site μου: «Ποτέ μην εγκαταλείπεις, ποτέ μην τα παρατάς». Άμα παρατίσεις τον διαβήτη, θα σε παρατίσει και αυτός. Δεν πρέπει με τίποτα να παρατίσεις την ζωή σου επειδή είσαι άτομο με διαβήτη, ή γιατί κάποιοι θέλουν να σε κάνουν να αισθάνεσαι ως διαβητικός αισθενής.

Πιστεύω πως πρέπει να νιώθεις άτομο με ένα ιδιαίτερο χάρισμα. Ένα χάρισμα που σε κάνει να σκέφτεσαι εσύ αντί ο οργανισμός σου. Αυτό είναι ο διαβητικός. Πρέπει να βάλει το μυαλό του να σκεφτεί πώς να μην πάθει υπογλυκαιμία, όταν θέλει να κάνει κάτι. Οχι πως θα πρέπει να αντιμετωπίσει την υπογλυκαιμία. Αυτό μπαίνει σε δεύτερη μοίρα.

Εγώ Μιχάλη, σου εύχομαι να συνεχίσεις να είσαι πολύ «κακό παιδί» και να κάνεις και τα παιδιά σου πολύ «κακά παιδιά», γιατί ο κόσμος μας χρειάζεται αυτού του είδους τα «κακά παιδιά». ☺

Η αξία της αυτομέτρησης

Με την ευγενική χορηγία της ATCARE Ltd - Innovative Health Solutions

Hσωστή μέτρηση του σακχάρου των ατόμων με διαβήτη αποτελεί τη βάση για τις οποιεσδήποτε αποφάσεις σχετικές με τη θεραπεία και κάνει την καθημερινότητα καλύτερη και πιο ποιοτική. Με τη βούθεια των μετρήσεων ο γιατρός μπορεί να καθορίσει τη σωστή δόση των αντιδιαβητικών δισκίων ή της ίνσουλίνης που χρείζεται ο ασθενής για τη θεραπεία του, αλλά και το ίδιο άτομο μπορεί ανά πάσα στιγμή να ελέγχει τα επίπεδα του σακχάρου του.

Πόσο συχνά θα πρέπει να ελέγχω το σάκχαρό μου;

Ο συχνός έλεγχος της γλυκόζης σίγουρα αποτελεί ένα σημαντικό εργαλείο για την καλύτερη διαχείριση του σακχάρου. Η τιμή του σακχάρου αίματος είναι εξαιρετικά ευμετάβλητη. Δεν μπορούμε να βασιστούμε σε προηγούμενα στοιχεία, από άλλες ημέρες, για να προβλέψουμε την τιμή του σακχάρου μας ή για την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα μετά την κατανάλωση μιας τροφής. Η διεξαγωγή μετρήσεων πριν από το μεσημεριάνο και το βραδινό γεύμα είναι απαραίτητη για τη σωστή επιλογή του είδους και της ποσότητας της τροφής, καθώς και για την κατάλληλη δοσολογία ίνσουλίνης ή φαρμάκων.

Η μέτρηση του σακχάρου, δύο ώρες μετά το γεύμα, μας δείχνει πώς αυτό επηρέασε τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα μας, με σκοπό να είναι στα επιθυμητά πλαίσια, γιατί έχει βρεθεί ότι και όταν μόνον αυτές είναι υψηλές, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος επιπλοκών μεθιθοντικά. Σε περίπτωση αποτυχίας ικανοποιητικών τιμών μετά τα γεύματα πρέπει να γίνεται αναπροσαρμογή της διατροφής και της φαρμακευτικής αγωγής από τον θεράποντα γιατρό. Αυξημένες μετρήσεις συνιστώνται όταν υπάρχει πρόβλημα υγείας, π.χ. γρίπη, διάρροια, εμετός, εξαγωγή δοντιών, ή και όταν για κάποιο λόγο διαταράσσεται η καθημερινή «ρουτίνα». π.χ. αυξημένες επαγγελματικές υποχρεώσεις, ψυχολογικό στρες, αλληλαγές στις διατροφικές συνήθειες, στον ύπνο, στην άσκηση ή στη φαρμακευτική αγωγή.

Πολύ σημαντική επίσης είναι η μέτρηση του σακχάρου πριν τον ύπνο, για να αποφευχθούν οι βραδινές υπογλυκαιμίες, που μπορεί να μη γίνουν αντιληπτές κατά τη διάρκεια της νύκτας. Σε κάθε περίπτωση, ο γιατρός είναι εκείνος που θα συνεκτιμήσει τους παράγοντες που αναφέρ-

θηκαν παραπάνω και θα καθορίσει τη συχνότητα που θα πρέπει να γίνονται οι αυτομετρήσεις του σακχάρου στο αίμα σε κάθε άτομο με διαβήτη ξεχωριστά.

Κάνω τη ζωή μου πιο απλή!

Με τον καινοτόμο μετρητή σακχάρου Fora V30, η αυτομέτρηση γίνεται ανώδυνα και εύκολα από όλα τα άτομα όλων των ηλικιών για μια καλύτερη διαχείριση και απλοποίηση της ζωής με τον διαβήτη. Η εξέταση του σακχάρου του αίματος μπορεί να είναι πολύπλοκη για διαβητικούς ασθενείς, οι οποίοι μπορεί να υποφέρουν από επιπλοκές, που περιλαμβάνουν προβλήματα με την όραση ή νευρικές ανεπάρκειες, καθώς και για νεοδιαγνωσθέντα παιδιά με διαβήτη τύπου 1, που μπορούν πολύ εύκολα να εξοικειωθούν ώστε να κάνουν τις μετρήσεις μόνα τους.

Το σύστημα παρακολούθησης FORA παρέχει μια ενσωματωμένη ηλετουργία ομιλίας στα ελληνικά, με την οποία οι χρήστες μπορούν εύκολα να επιτύχουν τη μέτρηση σακχάρου αίματος ακολουθώντας φωνητικές εντολές. Η φωνητική ηλετουργία της FORA μπορεί να οδηγήσει τον χρήστη να κάνει το κάθε βήμα της μέτρησης και διαβάζει φωνητικά τα αποτελέσματα στον χρήστη, μειώνοντας έτσι τις πιθανότητες λάθους που μπορεί να προκληθούν από λαθασμένη ηλετουργία ή ανάγνωση της μέτρησης.

Επιπλέον ηλετουργίες του μετρητή, όπως:

- Η υπενθύμιση μέτρησης με τέσσερις «συναγερμούς»,
- Οι προγευματικές και μεταγευματικές μετρήσεις,
- Η δυνατότητα εξαγωγής ταινίας χωρίς να την αγγίξετε,
- Καθώς και συστήματα μεταφοράς δεδομένων σε H/Y & τηλεϊατρική διευκολύνουν τη ζωή σας με τον διαβήτη.

Πώς μπορώ να αξιοποιήσω καλύτερα τα αποτελέσματα μέτρησης του σακχάρου μου;

Διατηρήστε καλά αρχεία των αποτελεσμάτων σας ώστε να μπορείτε να τα μοιραστείτε με την ομάδα περίθαλψής σας. Αυτό είναι ένα βασικό μέρος της επιτυχίας στη διαχείριση του διαβήτη. Ο μετρητής FORA σας επιτρέπει να μεταφέρετε τα αποτελέσματά σας απλά στον υπολογιστή σας με το σύστημα λογισμικού Health

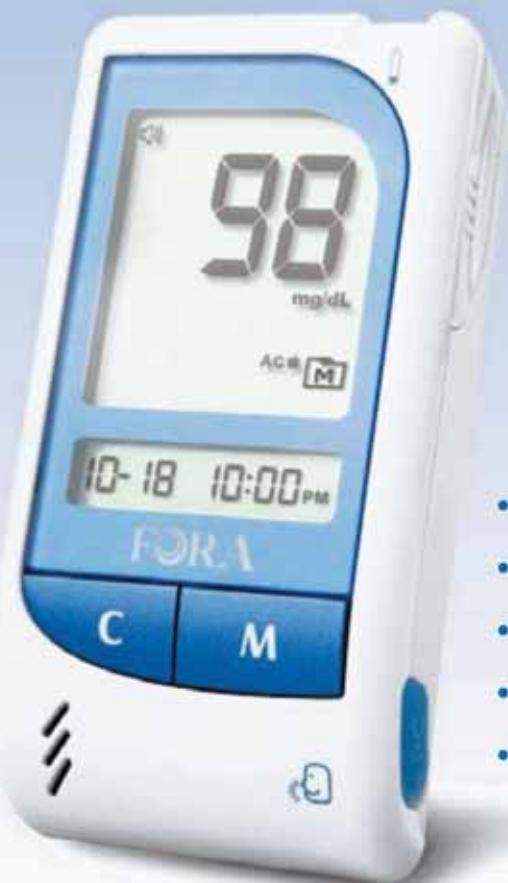


Care. Το λογισμικό για το σύστημα FORA HealthCare System:

- Μεταδίδει τα αποτελέσματα σακχάρου αίματος από ένα σύστημα μέτρησης στον υπολογιστή σας.
- Χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά δεδομένα αντί για ημερολόγιο.
- Παρουσιάζει τις τάσεις και τις στατιστικές των αποτελεσμάτων των μετρήσεων.
- Μοιράζεται τα δεδομένα με τους γιατρούς σας. Επιπλέον, το σύστημα τηλεϊατρικής της FORA TeleHealth System παρέχει μια απλή πρόσβαση για ασθενείς και για την ιατρική ομάδα περίθαλψης για τον χειρισμό των δεδομένων σακχάρου του αίματος μέσω του διαδικτύου. Οι χρήστες μπορεί να μεταδίδουν τα δεδομένα σχετικά με το σάκχαρό τους μέσω της πύλης τηλεϊατρικής FORA TeleHealth Gateway από το σπίτι τους. Χωρίς περίπλοκες εγκαταστάσεις, οι χρήστες απλά χρειάζεται να ελέγχουν το σάκχαρο του αίματός τους με τον μετρητή σακχάρου της FORA και κατόπιν να συνδέσουν τις συσκευές τους με την πύλη FORA. Τα δεδομένα αποστέλλονται αυτόματα και αποθηκεύονται από το λογισμικό τηλεϊατρικής FORA TeleHealth Software. Κάθε μέρισμα της ομάδας διαχείρισης μπορεί να ελέγχει τα δεδομένα με πρόσβαση στο λογισμικό για το σύστημα τηλεϊατρικής FORA TeleHealth System, ανά πάσα στιγμή, από οπουδήποτε.

Για περισσότερες πληροφορίες, καθώς και για να ενημερωθείτε για το πρόγραμμα ανταμοιβής: «Ξόδεψε περισσότερα στη ζωή σου και λιγότερα στον μετρητή σου» επικοινωνήστε: 2310 832 124 για Β. Ελλάδα και στο 210 5783 080 για την υπόλοιπη Ελλάδα.

ΝΕΟΣ Απλός Μετρητής Σακχάρου FORA V30



Ο ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ ΜΕ
Ομιλία στα
ελληνικά

- ΧΩΡΙΣ ΚΩΔΙΚΟ
- ΕΥΚΟΛΟΣ ΣΤΗ ΧΡΗΣΗ
- ΓΡΗΓΟΡΟΣ ΣΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ
- ΜΙΚΡΟ ΔΕΙΓΜΑ ΑΙΜΑΤΟΣ
- 5 ΧΡΟΝΙΑ ΕΓΓΥΗΣΗ



- Βελόνες Αποστειρωμένες FORA



- Ταινίες Μέτρησης FORA

FORA

ΚΑΛΕΣΤΕ στο 210 5783080 για πληροφορίες ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

@care
Innovative Health Solutions



Διάθεση στα Φαρμακεία και σε επιλεγμένα καταστήματα AT CARE Ε.Π.Ε.

- Αθήνα **T** 210 5783080 • Θεσσαλονίκη **T** 2310 832124 • **W** www.atcare.gr



Ο ρόλος των γλυκαντικών ουσιών στη διατροφή των διαβητικών ατόμων

Αλήθειες και μύθοι

Οι γλυκαντικές ουσίες χρησιμοποιούνται στη βιομηχανία τροφίμων ως πρόσθετα σε τρόφιμα και αναψυκτικά πολύ εκτεταμένα. Υπολογίζεται ότι μόνο το 2008 χρησιμοποιήθηκαν από τη βιομηχανία τροφίμων και αναψυκτικών 70.4 εκατομμύρια τόνοι γλυκαντικών, συμπεριλαμβανομένης της zάχαρης



ΑΝΔΡΙΑΝΤΖΑ ΒΑΖΑΙΟΥ,

διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής,
υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου
Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Γλυκαντικές ουσίες με θερμιδική αξία

a. Ζάχαρη

Ζάχαρη και σακχαρώδης διαβήτης

Είναι γνωστό σε όλους ότι οι υδατάνθρακες είναι η κατηγορία των θρεπτικών συστατικών που επηρεάζει το μεταγευματικό σάκχαρο.

Οι υδατάνθρακες διακρίνονται σε απλούς και σύνθετους. Οι απλοί είναι μικρά μόρια που απορροφώνται πολύ γρήγορα, ενώ οι σύνθετοι είναι μεγάλα μόρια που χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να διασπασθούν και να απορροφηθούν. Από παλιά επικρατούσε η αντίληψη ότι η διαιτητική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη απαιτεί την αποφυγή των απλών υδατανθράκων, π.χ. της zάχαρης και την αντικατάστασή τους από σύνθετους, (ψωμί, όσπρια, ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες κ.λπ.). Αυτή η αντίληψη βασίζεται στο γεγονός ότι επειδή οι απλοί υδατάνθρακες απορροφώνται πολύ πιο γρήγορα από ότι οι σύνθετοι αυξάνουν το σάκχαρο του αίματος πολύ περισσό-

τερο μετά το γεύμα. Ωστόσο, κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι η παρουσία zάχαρης, στα τρόφιμα δεν αυξάνει το σάκχαρο περισσότερο απ' ότι η ισοθερμιδική ποσότητα αμυλούχων τροφών. Για τον λόγο αυτό οι πρόσφατες συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ADA) δεν απαγορεύουν τη χρήση τροφίμων που περιέχουν zάχαρη, αλλά ωστόσο χρειάζεται προσοχή στην ποσότητα, η οποία πρέπει να είναι περιορισμένη (έως 10% της ημερήσιας ενεργειακής πρόσθιψης, δηλαδή εάν κάποιος προσλαμβάνει ημεροπήσιας 2.000 θερμίδες μπορεί να πάρει από τους απλούς υδατάνθρακες μόνο 200 θερμίδες, το οποίο πρακτικά σημαίνει ότι ένα ποτήρι -250 ml- χυμός, ένα ποτήρι γάλα και ένα φρούτο ημεροπήσιως καλύπτουν το όριο αυτό από την πλευρά των απλών υδατανθράκων). Επομένως, ένα γλυκό που περιέχει zάχαρη, πήλεονάζει σε ένα διαιτολόγιο που έχει ήδη συμπεριλάβει τα παραπάνω.

Καλό είναι επίσης, να μην καταναλώ-

Οι γλυκαντικές ουσίες χρησιμοποιούνται πολύ εκτεταμένα στη βιομηχανία τροφίμων ως πρόσθετα σε τρόφιμα και αναψυκτικά. Υπολογίζεται ότι μόνο το 2008 χρησιμοποιήθηκαν από τη βιομηχανία τροφίμων και αναψυκτικών 70,4 εκατομμύρια τόνοι γλυκαντικών, συμπεριλαμβανομένης της zάχαρης.

Οι γλυκαντικές ουσίες διακρίνονται σε αυτές που έχουν θερμιδική αξία, όπως η γλυκόζη, η φρουκτόζη και οι πολυσόδης, καθώς και σε εκείνες που δεν έχουν θερμιδική αξία, όπως είναι η σακχαρίνη, η ασπαρτάμη, το κυκλαμικό νάτριο, το ακεσουλφαμικό κάλιο, η σουκραλόζη, η νεοτάμην και η αλιτάμην.

νονται οι απλοί υδατάνθρακες μεμονωμένα, αλλά στο πλαίσιο γευμάτων που περιέχουν φυτικές ίνες (για παράδειγμα μία φέτα ψωμί με βούτυρο και ένα κουταλάκι του γηλικού μαρμελάδα) έτσι ώστε να επιβραδύνεται η απορρόφησή τους. Για τον λόγο αυτό είναι προτιμότερο να πιούμε τον χυμό στην περίπτωση υπογήλικαιμίας, ή εάν το επιθυμούμε πολύ, μετά από ένα γεύμα, παρά όταν το στομάχι μας είναι άδειο και το σάκχαρο είναι σε φυσιολογικά όρια. Ας μην ξεχνάμε ότι μισό ποτήρι χυμός χωρίς ζάχαρη (125 ml) αυξάνει το σάκχαρο μας κατά 50-80 µg/dl.

Επομένως, εάν έχουμε σάκχαρο 130 mg/dl και πιούμε ένα ποτήρι χυμό χωρίς ζάχαρη ισοδύναμο με 250 ml, περιμένουμε αύξηση στο 230-290 mg/dl. Για τον λόγο αυτό εάν επιθυμούμε καλύτερα μεταγευματικά σάκχαρα, θα πρέπει να προτιμούμε την κατανάλωση σύνθετων υδατανθράκων που προκαλούν χαμηλότερη μεταγευματική υπεργήλικαιμία. Βεβαίως έχει σημασία και η ποσότητα των υδατανθράκων. Δηλαδή εάν καταναλώσουμε ένα μεγάλο γεύμα με σύνθετους υδατάνθρακες (π.χ. δύο πιάτα μακαρόνια) μπορεί να αυξήσουμε το σάκχαρο μας πολύ περισσότερο απ' ότι όταν καταναλώσουμε ένα πολύ μικρό γηλικό που είναι μόνο ένα ισοδύναμο. Εναλλακτικά πιάστηκε η χρησιμοποίηση γηλικαντίκων ουσιών χωρίς θερμιδική αξία όπως αναφέρουμε παρακάτω.

Στον υπολογισμό των υδατανθράκων της τροφής θα πρέπει να υπολογίζονται όλοι οι υδατάνθρακες (απλοί και σύνθετοι). Σύμφωνα με τις πρόσφατες συστάσεις οι υδατάνθρακες θα πρέπει να υπολογίζονται υπό τη μορφή γραμμαρίων ή ισοδυνάμων και να καλύπτονται με την ανάλογη δόση ινσουλίνης.

Ζάχαρη και πρόπληψη του σακχαρώδη διαβήτη

Αν και δεν υπάρχουν ικανοποιητικές ενδείξεις ότι η κατανάλωση ζάχαρης επηρεάζει την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη, έχει αποδειχθεί ότι δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε ζάχαρη προκαλούν αύξηση βάρους και αυξάνουν την ινσουλί-

νοαντοχή σε υγιείς εθελοντές. Η κατανάλωση τροφίμων με επιπρόσθετη ζάχαρη έχει αυξηθεί τις τελευταίες δεκαετίες τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά σε διάφορες χώρες του κόσμου. Ωστόσο, η κατανάλωση τροφίμων και αναψυκτικών που περιέχουν ζάχαρη έχει βρεθεί ότι αυξάνει το γηλικαιμικό δείκτη κάθε γεύματος, όπως και την συνολικής δίαιτας. Επιπρόσθετα, έχει ενοχοποιηθεί ότι είναι δυνατόν να αυξήσει τα μεταγευματικά επίπεδα γηλικόντων και ινσουλίνης με αποτέλεσμα μεταβολικές και ορμονικές διαταραχές που οδηγούν σε αύξηση της όρεξης και ευνοούν την εναπόθεση λίπους.

Πρόσφατες μελέτες τόσο σε εφήβους όσο και σε ενήλικες δείχνουν ότι η κατανάλωση των αναψυκτικών με επιπρόσθετη ζάχαρη αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας και τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Μελέτες που συνέκριναν δεδομένα μεταξύ 1965-1996 και που πραγματοποιήθηκαν σε εφήβους πληικίας 11-18 ετών, έδειξαν ότι οι έφηβοι παρουσίαζαν σημαντική μείωση της κατανάλωσης γηλικότος και μεγάλη αύξηση κατανάλωσης αναψυκτικών και χυμών (από μη εσπεριδοειδή) τα τελευταία χρόνια. Η αύξηση αυτή οφείλεται σε διάφορους λόγους όπως στην κατακλυσμιαία διαφήμιση αναψυκτικών και χυμών, στη μεγαλύτερη προσφορά με υπερδιπλάσιο μέγεθος των αναψυκτικών, στα πολλαπλά δωρεάν σερβιρίσματα, στην απρόσκοπτη πρόσβαση των παιδιών σε μηχανήματα αναψυκτικών και στην αιθλαγή προτύπων για τα παιδιά σύμφωνα με το οποίο το μοντέρνο πρότυπο επιβάλλει τη συνοδεία του γεύματος με αναψυκτικά.

Για τους λόγους που αναφέρονται παραπάνω, η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία στις πρόσφατες συστάσεις της περιορίζει τη χρήση γηλικόντων στην γενι-

κό πληθυσμό, δηλαδή σε άτομα που δεν έχουν διαβήτη, σε μόλις 30 γραμμάρια (δηλαδή δύο κουταλιές της ινσουλίνης =120 θερμίδες, ανά ημέρα για γυναίκες μέσου βάρους και 45 γραμμάρια, δηλαδή τρεις κουταλιές της ινσουλίνης =180 θερμίδες για τους άνδρες μεσαίου βάρους).

β. Φρουκτόζη

Η φρουκτόζη είναι συστατικό της ζάχαρης, των φρούτων και χυμών και χρησιμοποιείται ως πρόσθετο σε τρόφιμα και αναψυκτικά που απευθύνονται σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η φρουκτόζη έχει την ίδια θερμιδική αξία όσο η γηλικόν, προκαλεί όμως μικρότερη αύξηση του σακχαρού αίματος απ' ότι οι ισοθερμιδικές ποσότητες ζάχαρης και αρκετών αμυλωδών. Για τον λόγο αυτό έχει χρησιμοποιηθεί εκτεταμένα στο παρελθόν ως υποκάταστα της ζάχαρης από άτομα που έχουν διαβήτη. Νεότερα ωστόσο δεδομένα ρίχνουν περισσότερο φως στον ρόλο της φρουκτόζης.

Έχει βρεθεί ότι η υπερκατανάλωση φρουκτόζης προκαλεί διαταραχές στα λιπίδια του αίματος, δηλαδή αύξηση των τριγλυκεριδίων και έκτοπη εναπόθεση λίπους (π.χ. εναπόθεση λίπους στο συκώτι) σε υγιείς εθελοντές με ή χωρίς ιστορικό σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ενώ μειώνει την ινσουλίνης αυξησησθησία. Σε πειραματικά μοντέλα ζώων δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε φρουκτόζη έχει αποδειχθεί ότι προκαλούν αύξηση επιπέδων της ινσουλίνης, της γηλικόντων, της αρτηριακής πίεσης, καθώς και αντίσταση στην ινσουλίνη.

Πρόσφατα δεδομένα αποκαλύπτουν τη δράση της φρουκτόζης σε διάφορους ιστούς όπως τον λιπωδό ιστό, τον εγκέφαλο και το γαστρεντερικό σύστημα, τα οποία ρίχνουν περισσότερο φως στις μεταβολικές επιπτώσεις της δίαιτας υψη-

Πρόσφατες μελέτες τόσο σε εφήβους όσο και σε ενήλικες δείχνουν ότι η κατανάλωση των αναψυκτικών με επιπρόσθετη ζάχαρη αυξάνει τον κίνδυνο παχυσαρκίας και τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

ήλις κατανάλωσης σε φρουκτόζη. Ιδιαίτερα, μελέτες σε ανθρώπους έχουν δείξει ότι έγχυση φρουκτόζης προκαλεί παπατική ινσουλίνοαντίσταση. Είναι δυνατόν διατροφή με φρουκτόζη να αλλάξει την έκφραση διαφόρων γονιδίων στο συκώτι, παραγόντων που σχετίζονται με το αίσθημα κορεσμού στον εγκέφαλο, αυξάνει τη φλεγμονή, το οξειδωτικό στρες και προκαλεί αντίσταση στη λεπτίνη.

Για τους παραπάνω λόγους η προσθήκη φρουκτόζης ως γλυκαντικής ουσίας στη διατροφή ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη δεν συνιστάται σύμφωνα με τις συστάσεις της ADA. Επομένως τρόφιμα που περιέχουν φρουκτόζη και χαρακτηρίζονται ως «τρόφιμα κατάληπη λ για διαβητικά άτομα», όπως π.χ. σοκολάτες, γλυκά, σιρόπι καλαμποκιού υψηλής περιεκτικότητας σε φρουκτόζη, σιρόπι μελάσας κ.λπ., δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται από άτομα με διαβήτη. Όμως, δεν απαγορεύεται η κατανάλωση τροφών που αποτελούν φυσικές πηγές φρουκτόζης όπως είναι τα φρούτα, το μέλι και τα λαχανικά (π.χ. γλυκές πιπεριές, κρεμμύδια, καλαμπόκι, καρότα κ.λπ.).

Πολυσόλης (αλκοολούχα σάκχαρα)

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται οι μαλτιόλη, οι μαννιτόλη, ο σορβιτόλη, ο ξυλιτόλη, ο ερυθριτόλη, ο ισομαλτόλη, ο λακτιόλη, ο ταγκατόζη και τα υδρογονωμένα υδρολυμένα παράγωγα αμύλων.

Οι ουσίες αυτές βρίσκονται συνήθως στις οδοντόκρεμες, τις τσίχλες και τις καραμέλες, καθώς και σε διάφορα άλλα τρόφιμα. Η χρήση αυτών των ουσιών θεωρείται ασφαλής.

Μελέτες σε άτομα με ή χωρίς διαβήτη έχουν δείξει ότι τα αλκοολούχα σάκχαρα προκαλούν μικρότερη μεταγευματική υπεργγικαιμία σε σχέση με εκείνη που προκαλεί η σουκρόζη ή η γλυκόζη και παρέχουν μικρότερη ενέργεια δεδομένου ότι αποδίδουν δύο θερμίδες ανά γραμμάριο, έναντι των τεσσάρων που αποδίδουν η σουκρόζη ή η φρουκτόζη. Η χρήση τους μειώνει τον αριθμό των οδοντικών σφραγισμάτων. Σε μεγάλες δόσεις προκαλούν γαστρεντερικές διαταραχές (ιδιαίτερα η σορβιτόλη έχει καθαρτική δράση, δηλαδή προκαλεί διάρροια). Θα πρέπει να τονισθεί ότι οι θερμίδες και το ποσό των υδατανθράκων που προέρχονται από τρόφιμα που περιέχουν οποιαδήποτε γλυκαντική ουσία που έχει κάποια θερμιδική αξία, πρέπει να συνυπολογίζονται στο διατροφικό πλάνο, γιατί μπορεί να επηρεάσουν τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα.

Να τονιστεί ότι συχνά αναφέρεται ότι υπάρχουν παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη που μπορεί να καταναλώσουν ένα ολόκληρο κουτί τσίχλες χωρίς ζάχαρη, οι οποίες συνήθως περιέχουν πολυσόλης, μόνο και μόνο για τη γλυκιά γεύση, πιστεύοντας εσφαλμένα ότι δεν θα αυξήσουν το σάκχαρο τους, για να ανακαλύψουν στο τέλος ότι η αλλήθεια είναι διαφορετική.

Γλυκαντικές ουσίες χωρίς θερμιδική αξία

Η χρήση των γλυκαντικών ουσιών χωρίς θερμιδική αξία ως υποκατάστατα της ζάχαρης έχει αυξηθεί πολύ τις τελευταίες δεκαετίες σε διάφορες χώρες του κόσμου. Στις ΗΠΑ μόνο υπολογίζεται ότι το 15% του πληθυσμού καταναλώνει γλυκαντικές ουσίες χωρίς θερμιδική αξία. Τα προϊόντα που περιέχουν γλυκαντικές ουσίες χωρίς θερμιδική αξία είναι γνωστά ως light. Ωστόσο, η λέξη light χρησιμοποιείται και για την περιγραφή προϊόντων που έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος. Η

νομοθεσία επιβάλλει την παρουσία ετικετών με αναλυτική θρεπτική σύσταση του προϊόντος.

Θα πρέπει να διευκρινίσουμε ότι ο όρος «Χωρίς Ζάχαρη» ή «Sugar Free» δηλώνει ότι το προϊόν έχει λιγότερο από 0,5 γραμμάριο ζάχαρη ανά μερίδα, ενώ ο όρος «Low Sugar» δεν πρέπει να χρησιμοποιείται. Αντίστοιχα για το λίπος ο όρος «Χωρίς Λιπαρά» ή «Fat Free» υποδηλώνει ότι το προϊόν έχει λιγότερο από 0,5 γραμμάριο λίπος ανά μερίδα, ενώ ο όρος «Χαμηλής περιεκτικότητας σε λιπαρά» ή «Low Fat» υποδηλώνει ότι το προϊόν έχει τρία γραμμάρια, ή λιγότερο, λίπος ανά μερίδα.

Υπάρχουν οι γλυκαντικές ουσίες πρώτης (σακχαρίνη, κυκλαμικό νάτριο, ασπαρταμ) και δεύτερης γενιάς (ακεσουλφαμικό κάλιο, σουκραλόζη, νεοτάμη, αλιτάμη). Οι γλυκαντικές ουσίες πρώτης γενιάς αφήνουν μια πικρή μεταλλική μετάγευση και για τη βελτίωση της γεύσης συνδυάνονται με ουσίες δεύτερης γενιάς.

Όλες οι γλυκαντικές ουσίες πριν εγκριθούν από τον ισχυρό οργανισμό τροφίμων και φαρμάκων της ΗΠΑ, δηλαδή τον FDA, έχουν ελεγχθεί σχολαστικά και έχει βρεθεί ότι είναι ασφαλής η κατανάλωσή τους από τον γενικό πληθυσμό, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και τις εγκύους. Ωστόσο, στο διαδίκτυο οργιάζει ένα πλήθος φημών που υπαινίσσονται ότι οι ουσίες αυτές δεν είναι ασφαλείς και ενδέχεται να είναι καρκινογόνες. Πρόσφατα αυτό ξεκίνησε από μια μελέτη σε πειραματόζωα του 2006, η οποία έδειξε ότι η ασπαρτάμη ενδέχεται να είναι καρκινογόνος ουσία.

Ο τρόπος ερμηνείας των αποτελεσμάτων όμως, χρειάζεται πολύ προσοχή, γιατί τα ποντίκια παρουσιάζουν καρκίνο ουροδόχου κύστεως σε πολλές ουσίες που τους χορηγούνται σε μεγάλες δόσεις, όπως π.χ. τη βιταμίνη C. Έτσι άλλος σημαντικός παράγοντας είναι η δόση. Οι δόσεις που χρησιμοποιούνται στον άνθρωπο είναι εξαιρετικά χαμηλότερες από τις ανώτερες επιτρεπτές για όλες τις ουσίες, εκτός από το κυκλαμικό νάτριο. Οι κλίνικές μελέτες που ακολούθησαν δεν επιβεβαίωσαν ότι οι γλυκαντικές ουσίες χαμηλής θερμιδικής αξίας αυξάνουν τον κίνδυ-



vo καρκίνου. Για τον λόγο αυτό σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες συστάσεις από όλους τους έγκριτους οργανισμούς θεωρούνται ασφαλείς.

Σακχαρίνη

Είναι η πρώτη γλυκαντική ουσία που χρησιμοποιήθηκε. Ανακαλύφθηκε το 1879 από τους Remsen και Fahlberg. Το 1977 εγκρίθηκε η προσθήκη της σε τρόφιμα και αμέσως μετά χαρακτηρίσθηκε από τον οργανισμό FDA (Food and Drug Administration) των ΗΠΑ (αντίστοιχο του δικού μας Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων) ως πιθανό καρκινογόνο, γιατί μια μελέτη σε αρουραίους έδειξε αυξημένο κίνδυνο καρκίνου.

Μελέτες που ακολούθησαν την απενοχοποίησαν και για αυτό σήμερα συστήνεται από τον FDA, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν αρκετά δεδομένα που να δείχνουν ότι στις δόσεις που χρησιμοποιείται στον

άνθρωπο έχει καρκινικές ιδιότητες. Να σημειωθεί ότι ένα κουταλάκι γλυκού αποδίδει 1,7 θερμίδες. Η αποδεκτή ημερήσια πρόσθιψη ανέρχεται σε 5 mg/kg βάρους (κοινή συναίνεση από όλους τους οργανισμούς). Δεν χάνει τη γλυκαντική της δράση κατά το ψήσιμο. Είναι 300-700 φορές πιο γλυκιά από τη ζάχαρη, ώστόσο αφήνει μια μετάγευση.

Κυκλαμικό νάτριο

Ανακαλύφθηκε το 1937. Κυκλοφόρησε το 1950 ως «Sweet'n'Low» με μεγάλη επιτυχία στην Αμερική. Εγκρίθηκε η προσθήκη του σε τρόφιμα το 1958. Το 1969, ο FDA απαγόρευσε την κυκλοφορία του κυκλαμικού νατρίου στις ΗΠΑ βασιζόμενο σε μελέτες πειραματόζωων. Οι μελέτες που ακολούθησαν έδειξαν ότι το προϊόν θεωρείται ασφαλές και για αυτό κυκλοφορεί σε όλες τις χώρες, πλην των ΗΠΑ.

Η αποδεκτή ημερήσια πρόσθιψη κυ-

μαίνεται (111 mg/kg, 7 mg/kg, μη διαθέσιμη και 11 mg/kg βάρους σώματος σύμφωνα με τους οργανισμούς JCEFA, διπλαδή Joint Commission of Experts on Food Additives of the World Health Organization and the Food and Agriculture Organization, τον ESFA, διπλαδή European Food and Safety Agency, τον FDA, διπλαδή Food and Drug Administration, καθώς και τον DVFA, διπλαδή Danish Veterinary Food Administration αντίστοιχα). Οι διαφορές που υπάρχουν στα νούμερα δεν πρέπει να μπερδεύουν τον αναγνώστη, αλλά δείχνουν τον διαφορετικό τρόπο εκτίμησης των αποτελεσμάτων των πειραμάτων όταν το προϊόν κατατίθεται για έγκριση από τους διάφορους οργανισμούς.

Η σύσταση θα ήταν να ακολουθείται η χαμηλότερη συνιστώμενη αποδεκτή ημερήσια πρόσθιψη που προτείνεται από τους διάφορους οργανισμούς. Το κυκλαμικό νάτριο είναι η μόνη από τις γλυκα-



Για σας τους διαβητικούς,
που η λέξη γλυκό ηχούσε απαγορευμένη
μέχρι σήμερα, υπάρχει λύση.

Δοκιμάστε τώρα τη μεγάλη ποικιλία των γλυκών μας
για διαβητικούς. Με πρώτες ύλες ακίνδυνες για το
πρόβλημά σας, φροντίσαμε να σας βάλουμε ξανά στον
υπέροχο κόσμο των γλυκών απολαύσεων...

γλυκά
για διαβητικούς



Δ. Σούτσου 9, Πλατεία Μαβίλη / T. 210 64 63 091, 210 64 26 261 / F. 210 64 54 804

ντικές ουσίες που η αποδεκτή ημερήσια πρόσθιψη είναι πολύ κοντά στην τοξική. Να σημειωθεί ότι έχει μετάγευση.

Ασπαρτάμην

(Equa, Canderel, Linodiet Slim, NutraSweet, Sanecta, Styless, Tri-Sweet).

Ανακαλύφθηκε το 1965. Εγκρίθηκε η προσθήκη της σε τροφές το 1981. Είναι 200 φορές πιο γλυκιά από τη ζάχαρη. Αποδίδει μία θερμίδα σε ένα κουταλάκι του γλυκού, ποσότητα αναγκαία για να δώσει την ίδια γλυκιά γεύση με ένα κουταλάκι του γλυκού ζάχαρη. Σε πολύ μεγάλες δόσεις προκαλεί γαστρεντερικές διαταραχές. Ωστόσο, στην πράξη δεν είναι δυνατόν να ληφθούν ποσότητες ασπαρτάμην που να προκαλούν παρενέργειες. Η περιεκτικότητά της σε φαινυλαλανίνη έχει προβληματίσει για την πιθανότητα διαταραχής της εγκεφαλικής λειτουργίας και εμφάνισης αλληγών στη συμπεριφορά σε περίπτωση τοξικών δόσεων φαινυλαλανίνης. Ωστόσο, στην ποσότητα που καταναλώνεται συνήθως, η ποσότητα της φαινυλαλανίνης στο αίμα απέχει πολύ από εκείνην που απαιτείται για την εμφάνιση τοξικών συμπτωμάτων.

Σύμφωνα με τη θέση της Αμερικανικής Εταιρείας Διαιτολόγων, η κατανάλωσή της δεν προκαλεί διαταραχές συμπεριφοράς, ενώ σύμφωνα με τις συστάσεις του ADA, η ουσία θεωρείται ασφαλής, αφού επιτρέπεται η χρήση της ακόμα και από τις εγκύους.

Η ημερήσια αποδεκτή ποσότητα κατανάλωσης ανέρχεται σε 40, 40-50 και 15mg/kg σωματικού βάρους σύμφωνα με τους οργανισμούς JCEFA, ESFA, FDA και DVFA αντίστοιχα. Εάν παρόλα αυτά δόλη η ζάχαρη της τροφής αντικατασταθεί από ασπαρτάμην, το μέγιστο της ημερήσιας πρόσθιψης είναι 34 mg/kg. Μία κόκα κόλα 330 ml περιέχει περίπου 150-200 mg ασπαρτάμην, που αναλογεί σε λιγότερο από 3 mg/kg για ένα άτομο βάρους 70 kg. Απαιτούνται περίπου 15 κουτιά κόκα κόλα για να καλυφθεί η ημερήσια αποδεκτή ποσότητα κατανάλωσης.

Μελέτες έχουν δείξει ότι δεν εμφανίζονται παρενέργειες ακόμα και σε περιπτώσεις κατανάλωσης έξι φορές μεγαλύτερης



ποσότητας από εκείνη που μπορεί να ανεχεί το 99% του γενικού πληθυσμού. Η ασπαρτάμην χάνει τη γλυκαντική της γεύση σε υψηλές θερμοκρασίες και αφήνει μία μετάγευση.

Ακεσουλφαμικό κάλιο

Ανακαλύφθηκε το 1967. Η προσθήκη της σε τροφές εγκρίθηκε από τον FDA το 1988. Κυκλοφορεί στην αγορά ως Slim Line (μαλτοδεξτρίνη 95%-ασπαρτάμην 1,25% και ακεσουλφαμικό καλίο 1,25%), Linodiet, Slim, Sweet'N Low. Ένα κουταλάκι του γλυκού αποδίδει δύο θερμίδες. Δεν χάνει τη γλυκαντική του ιδιότητα με το ψήσιμο ή βράσιμο. Η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα είναι 15, 9, 15 και 40 mg/kg σωματικού βάρους σύμφωνα με τους οργανισμούς JCEFA, ESFA, FDA και DVFA αντίστοιχα. Η μέση περιεκτικότητα της ουσίας στο κουτί της κόκα κόλα είναι 40 mg. Ο αριθμός των κουτιών της κόκα κόλα που θα πρέπει να καταναλωθούν για να καλυφθεί η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα είναι 25 για ένα άτομο βάρους 60 kg, κάτι που απέχει πολύ από τις συνήθεις ενός μέσου ατόμου.

Σουκραλόζη

Ανακαλύφθηκε το 1986. Εγκρίθηκε η προσθήκη της σε τρόφιμα το 1998. Είναι, επομένως, νεότερη γλυκαντική ουσία, η

οποία είναι 600 φορές πιο γλυκιά από τη ζάχαρη και για αυτό και καταναλώνεται σε μικρή ποσότητα. Κυκλοφορεί στην αγορά ως Splenda. Δεν χάνει τη γλυκαντική της ιδιότητα με το ψήσιμο ή βράσιμο. Θεωρείται εύγευστη. Η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα είναι 15, 15, 5 και 15 mg/kg σωματικού βάρους σύμφωνα με τους οργανισμούς JCEFA, ESFA, FDA και DVFA αντίστοιχα. Η μέση περιεκτικότητα της ουσίας στο κουτί της κόκα κόλα είναι 70 mg. Ο μέγιστος αριθμός των κουτιών κόκα κόλα που μπορούν να καταναλωθούν είναι 45 για ένα άτομο βάρους 60kg.

Οι άλλες δύο νεότερες γλυκαντικές ουσίες, η νεοτάμην και η αλιτάμην δεν κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά. Η νεοτάμην, η οποία είναι 30-60 φορές πιο γλυκιά από την ασπαρτάμην, έχει πάρει έγκριση από τον FDA, ενώ η αλιτάμην είναι υπό έγκριση. Η νεοτάμην ανακαλύφθηκε το 1965 και πήρε έγκριση για προσθήκη σε τρόφιμα το 2002. Η ημερήσια συνιστώμενη ποσότητα της νεοτάμην είναι 0-2, 1, 18 mg/kg σωματικού βάρους και μη διαθέσιμη, σύμφωνα με τους οργανισμούς JCEFA, ESFA, FDA και DVFA αντίστοιχα.

Τελευταία στην Αμερική κυκλοφόρησε μια νέα γλυκαντική ουσία, η οποία είναι φυτικής προέλευσης. Η ουσία ονομάζεται στέβια και προέρχεται από το φύλλα του φυτού Stevia rebaudiana Bertoni. □



ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΚΑΝΕΛΑΣ

Κανέλα για τον διαβήτη

Diabecinn Extra. Η ασφαλής λύση!



Ελβετική Ποιότητα

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ (τύπου 2)

- Περιέχει πρόσθετα αντιοξειδωτικά (Βιτ. C και E), τις βιταμίνες Β3 και Β6 που ενισχύουν την ενέργεια του οργανισμού και έχουν θετική επίδραση στην χοληστερόλη και ηλεκτρολύτες που βοηθούν να ξεπεραστεί το οξειδωτικό στρες και οι θρεπτικές ανεπάρκειες που σχετίζονται με τον διαβήτη.
- Κατάλληλο για διάτοπο διαβητικών τύπου 2.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική σιγαγή για τον διαβήτη τύπου 2.

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



CHOLESTEROL

Για υγιή επίπεδα χοληστερίνης!

*"Αποτελεσματική δράση
από τον πρώτο κιόλας μήνα"*



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

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

Θα το λατρέψει η καρδιά σας!

Αρ. Πρωτ. Γνωστ. ΕΟΦ: 49498/23-7-2008

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούται ως υποκατάστατο μιας ιαορροπημένης διατροφής.

*Πηγή: Diabetic Medicine - Published online ahead of print, doi: 10.1111/j.1464-5491.2010.03079

"Glycated haemoglobin and blood pressure-lowering effect of cinnamon in multi-ethnic Type 2 diabetic patients in the UK: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial"
Συγγραφείς: R. Akilesh, A. Tsiami, D. Devendra, N. Robinson



Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος: ΑΓΤΕΛΙΚΑ ΕΛΟΒΑΡΗ Α.Ε.

Τηλ.: 2310 856233 - Θεσσαλονίκη - e-mail:elovari@otenet.gr

Μελέτες σε άτομα με ή χωρίς διαβήτη έχουν δείξει ότι τα αλκοολούχα σάκχαρα προκαλούν μικρότερη μεταγευματική υπεργλυκαιμία σε σχέση με εκείνη που προκαλεί η σουκρόζη ή η γλυκόζη και παρέχουν μικρότερη ενέργεια δεδομένου ότι αποδίδουν δύο θερμίδες ανά γραμμάριο, έναντι των τεσσάρων που αποδίδουν η σουκρόζη ή η φρουκτόζη

Είναι φυσική γλυκαντική ουσία, υποκατάστατο ζάχαρης, ο οποία αυξάνει την ινσουλίνοευαίσθησία σε αρουραίους. Έχει ευεργετικά αποτελέσματα στα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης σε ανθρώπινες μελέτες. Θεωρείται ασφαλής σύμφωνα με τα μέχρι σήμερα δεδομένα. Έχει εγκριθεί από τους οργανισμούς Joint Food and Agriculture Organization/World Health, Organization Expert Committee on Food Additives και έλαβε έγκριση από τον οργανισμό FDA. Είναι φθονή. Κατά πόσον υπερτερεί σε σχέση με τις τεχνητές γλυκαντικές ουσίες δεν υπάρχουν μέχρι σήμερα επιστημονικά δεδομένα που να υποστηρίζουν κάτι τέτοιο.

Γλυκαντικές ουσίες και παχυσαρκία

Tις τελευταίες δεκαετίες έχει παρατηρηθεί αύξηση της συχνότητας εμφάνισης παχυσαρκίας και σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά σε διάφορες χώρες του κόσμου. Στις ΗΠΑ τα 2/3 περίπου των ενηλίκων είναι παχύσαρκοι ή υπέρβαροι και επομένως έχουν αυξημένο κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, υπέρτασης, δυσπλιπιδαιμίας, καρδιαγγειακής νόσου και καρκίνου, ασθενειών που επιφρέάζουν τη νοσηρότητα και τη θνητότητα. Νεότερα δεδομένα δείχνουν ότι η παχυσαρκία των παιδιών έχει προέκταση στην παχυσαρκία των ενηλίκων και την εξ αυτής νοσηρότητα.

Το ερώτημα είναι, ωστόσο, εάν η κατανάλωση των γλυκαντικών ουσιών χωρίς θερμιδική αξία μειώνει την ενεργειακή πρόσθιψη και το βάρος του σώματος και κατά πόσον μπορούν να συστηθούν για τον έλεγχο του σωματικού βάρους. Οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι η ασπαρτάμη μειώνει την πρόσθιψη τροφής και μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του σωματικού βάρους. Άλλες μελέτες όμως, έχουν δείξει ότι η ασπαρτάμη μπορεί παράδοξα να αυξήσει την όρεξη και επομένως μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση του σωματικού βάρους.

Μια πρόσφατη ανασκόπηση στην επίδραση των γλυκαντικών ουσιών χαμηλής θερμιδικής αξίας στην όρεξη κατέληξε στο ακόλουθο συμπέρασμα: «Εάν

οι γλυκαντικές ουσίες χαμηλής θερμιδικής αξίας χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατα γλυκαντικών ουσιών μεγαλύτερης θερμιδικής αξίας έχουν τη δυνατότητα να βοηθήσουν στον έλεγχο του σωματικού βάρους, αλλά κατά πόσον τελικά θα χρησιμοποιηθούν κατά τον τρόπο αυτό είναι αβέβαιο». Η φράση αυτή μπορεί να εξηγηθεί ως εξής: εάν π.χ. ένα παχύσαρκο άτομο επισκεφθεί ένα φαστ φουντ εστιατόριο και καταναλώσει ένα γεύμα που περιέχει ένα κλαμπ σάντουιτς και ένα τσίζμπεργκερ, θα πάρει κοντά στις 1.500 θερμίδες. Ένα αναψυκτικό που περιέχει γλυκαντικές ουσίες και δεν έχει θερμίδες, δεν θα προσθέσει επιπλέον θερμίδες, αλλά ο έλεγχος του βάρους στο άτομο αυτό θα πρέπει να γίνει με την αποφυγή του φαστ φουντ πρώτιστα και όχι με το αναψυκτικό χωρίς θερμίδες. Άρα η χρήση των τροφών που περιέχουν γλυκαντικές ουσίες μπορεί να βοηθήσει στον έλεγχο του βάρους μέσα από οργανωμένο πρόγραμμα διατροφής και όχι από μόνη της.

Λόγω των αντιφατικών δεδομένων επί του παρόντος δεν υπάρχει επίσημη σύσταση για τη χρήση των γλυκαντικών ουσιών χαμηλής θερμιδικής αξίας για τον έλεγχο του σωματικού βάρους σε άτομα που έχουν απλώς παχυσαρκία, αλλά δεν παρουσιάζουν σακχαρώδη διαβήτη.

Συμπέρασμα

Τα άτομα με διαβήτη μπορούν να κατανάλωνται μικρή ποσότητα ζάχαρης μέσα στο πλαίσιο ενός σύνθετου γεύματος. Στα διαβητικά άτομα επιτρέπεται η κατανάλωση φρούτων, μελιού και λαχανικών που αποτελούν φυσικές πηγές φρουκτόζης. Συνιστάται όμως η αποφυγή «διαβητικών» τροφίμων που έχουν ως πρόσθετη ουσία τη φρουκτόζη.

Οι απλοί υδατάνθρακες θα πρέπει να αποτελούν ποσοστό μικρότερο από το 10% της ημερήσια θερμιδικής πρόσθιψης. Οι γλυκαντικές ουσίες χωρίς θερμιδική αξία θεωρούνται στο σύνολό τους ασφαλείς και μπορούν να καταναλώνονται από άτομα με ή χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Η υπερκατανάλωσή τους όμως, θα πρέπει να αποφεύγεται.

ΟΙ ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΤΗΣ ΔΕΥΤΕΡΑΣ



ΕΡΩΤΗΣΗ

Χρόνος προετοιμασίας: 20 λεπτά

Χρόνος μαγειρέματος: 25 λεπτά

Συνολικός χρόνος: 45 λεπτά

Για 6 άτομα

Υλικά

- 1 έτοιμη αλμυρή βάση τάρτας 21 εκ.
- 1 κουτ. σουπ. φυτικό λάδι
- 2 μέτρια κρεμμύδια, καθαρισμένα και φιλοκομμένα
- 4 μέτρια κολοκυθάκια, καθαρισμένα και κομμένα σε φέτες
- 250 γρ Philadelphia Light
- 2 αυγά
- 2 κουτ. σουπ. ημι-αποβούτυρωμένο γάλα
- 20 γρ παρμεζάνα τριμμένη

Εκτέλεση

1. Προθερμάνετε το φούρνο στους 180°C.

2. Ζεστάνετε το λάδι σε ένα μεγάλο αντικολλητικό τηγάνι.

Προσθέστε τα κρεμμύδια και σοτάρετε για περίπου 5 λεπτά ή μέχρι να μαλακώσουν αλλά να μην σκουρύνουν. Προσθέστε τα κολοκυθάκια και τηγανίστε για άλλα 3-4 λεπτά. Τοποθετήστε τα λαχανικά στην ψημένη βάση τάρτας.

3. Αναμίξτε το Philadelphia Light, τα αυγά και το γάλα.

Προσθέστε την παρμεζάνα και ανακατέψτε. Καρυκεύστε κατά βούληση και ρίξτε το μείγμα πάνω στα λαχανικά.

Ψήστε για 20-25 λεπτά ή μέχρι να δέσει και να ροδίσει.

Χρόνος προετοιμασίας: 15 λεπτά

Χρόνος μαγειρέματος: 20 λεπτά

Συνολικός χρόνος: 35 λεπτά

Για 6 άτομα

Υλικά

- 6 στήθη κοτόπουλου, 140 γρ το καθένα
- 600 γρ ζυμαρικά Fusilli (βιδες)
- 3 κουτ. σουπ. πράσινο πιπέρι
- 1 κουτ. γλ. κόκκινο πιπέρι
- 150 ml κρέμα γάλακτος
- 150 γρ Philadelphia
- αλάτι και μαύρο πιπέρι
- λάδι για τηγάνισμα

Εκτέλεση

1. Προθερμάνετε το φούρνο στους 160°C. Βράζετε τα ζυμαρικά σύμφωνα με τις οδηγίες της συσκευασίας.

2. Στο μεταβύ, αλοτοπιπερώνετε τα στήθη κοτόπουλου και ζεσταίνετε το λάδι σε ένα μεγάλο τηγάνι. Σοτάρετε ελαφρά τα στήθη κοτόπουλου για 2 λεπτά από κάθε πλευρά. Στη συνέχεια το βάζετε σε ένα ταψί και τα ψήνετε στο φούρνο για 8-10 λεπτά.

3. Στο λάδι που σοτάρατε το κοτόπουλο προσθέτετε δυο κουταλιές νερό, την κρέμα γάλακτος και το Philadelphia και αφήνετε το μείγμα να βρόσει. Προσθέτετε τα 3 ειδή πιπεριού: πράσινο, κόκκινο, μαύρο πιπέρι και αλάτι εάν χρειάζεται.

4. Σερβίρετε τα ζυμαρικά με το κοτόπουλο και περικύνετε με την πιπεράτη σως Philadelphia.





ΓΙΑΤΙ ΝΑ ΤΟ ΑΠΛΩΝΕΤΕ ΜΟΝΟ; ΨΗΣΤΕ ΤΟ!



ΛΑΤΡΕΨΤΕ ΤΟ

Σολωμός με κρούστα
PHILADELPHIA!

Το μόνο που θα χρειαστείτε είναι φιλέτο σολωμού, ένα παχύ στρώμα τυρί κρέμα PHILADELPHIA, τρίμα φρυγανάς, ξύσμα λεμονιού και... καλή παρέα!

Για αυτή τη συνταγή και πολλές άλλες, επισκεφθείτε το www.myphiladelphia.gr

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]

ΔΕΝ ΗΡΘΕ ΚΑΙ ΤΟ ΤΕΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΜΟΥ

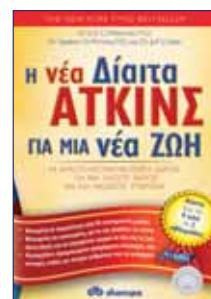
- **Συγγραφέας:** Joan Borysenko
- **Μετάφραση:** Ελένη Τουλούπη
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2011
- **Εκδόσεις:** Διόπτρα • **Σελίδες:** 128
- **ISBN:** 978-960-364-427-9



Ένας καινούργιος κόσμος αναδύεται εκεί που δεν το περιμένεις και κάποιοι από εμάς θα προσαρμοστούν σε αυτόν καθ' υπερασπίασην. Πάντα με γοήτευσαν οι διαφορές ανάμεσα σε αυτά τα δύο είδη ανθρώπων. Οι εξωτερικοί παράγοντες που τους απασχολούν είναι ίδιοι, αλλά αντιδρούν με ριζικά διαφορετικούς τρόπους στην αλλαγή. Ο ένας τα παρατάει και ο άλλος απογειώνεται. Ο ένας μένει προσκολλημένος στο παρελθόν, ενώ ο άλλος γίνεται το μέλλον.

Η ΝΕΑ ΔΙΑΙΤΑ ΑΤΚΙΝΣ ΓΙΑ ΜΙΑ ΝΕΑ ΖΩΗ

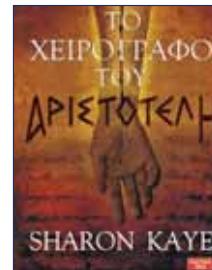
- **Συγγραφέας:** Eric Westman
- **Μετάφραση:** Γιώργος Μπαρουζής
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2011
- **Εκδόσεις:** Διόπτρα • **Σελίδες:** 456
- **ISBN:** 978-960-364-428-6



Ο Dr William J. Kraemer, καθηγητής κινησιολογίας στο πανεπιστήμιο του Κονέκτικατ, παρουσιάζει ένα βιβλίο σχετικά με την αποτελεσματικότητα της διαιτας, ώστε να χάσετε βάρος και να νιώσετε υπέροχα. Το βιβλίο είναι βασισμένο σε περισσότερες από 50 επιστημονικές μελέτες, για να σας βοηθήσει να χάσετε άμεσα βάρος και να παραμείνετε κομψοί σε όλη σας τη ζωή. Περιλαμβάνει εξατομικευμένα προγράμματα διατροφής, νέες συνταγές, καθώς και ιστορίες ανθρώπων που τα κατάφεραν.

ΤΟ ΧΕΙΡΟΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΗ

- **Συγγραφέας:** Sharon Kaye
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2011
- **Εκδόσεις:** Λιβάνη • **Σελίδες:** 448
- **ISBN:** 978-960-14-2298-5



Ο ταν άγνωστοι εισβάλλουν στη βασιλική του Αγίου Παύλου και συλλούν τη σαρκοφάγο του Αποστόλου, ο πανούσχος καρδινάλιος Tzouzéπε Τορέλι ζητά από τον επιθεωροποίο Ντομένικο Κόντι να ανακτήσει τους πέντε αρχαίους ελληνικούς κυλίνδρους που είχε κρύψει στον τάφο το Βατικανό.

Η ακαδημαϊκός Ντέινα Μακάρτερ, που έχει μόλις αναλάβει τη διεύθυνση του νεοσύστατου Iνστιτούτου Προηγμένης Μελέτης της Αρχαιότητας του Πανεπιστημίου της Νέας Υόρκης, κρύβει τα δικά της μυστικά. Το πρωτοποριακό έργο της για τον Αριστοτέλη και όλη η μετέπειτα έρευνα και η φήμη της στηρίζονται σε πηγές που έχει αποκτήσει παράνομα, συμμετέχοντας ενεργά στη μαύρη αγορά και στη διακίνηση αρχαίων χειρογράφων.

Η Ντέινα δέχεται την επίσκεψη ενός άγνωστου άντρα που έχει στην κατοχή του ένα χειρόγραφο εξαιρετικής σημασίας. Από τον ενθουσιασμό της, γίνεται απρόσεκτη στην αναζήτηση της προέλευσης του χειρογράφου, με αποτέλεσμα να την ανακαλύψει ο επιθεωροποίος Κόντι. Μαθαίνουν ότι οι κλεμμένοι κύλινδροι είναι πέντε χαμένοι διάλογοι του Αριστοτέλη, και συνεργάζονται για να βρεθούν – ο καθένας για τους δικούς του λόγους. Σε αυτή τους την προσπάθεια, ο Κόντι και η Μακάρτερ έχουν να αντιμετωπίσουν, εκτός από τους δικούς τους δαίμονες, δύο ισχυρές δυνάμεις του κακού: μια ομάδα αιρετικών, πιστών της αρχαίας διονυσιακής θατείας, που θα κάνουν τα πάντα για να μείνουν θαμμένες οι σκέψεις του Αριστοτέλη, και κάποιους μουσουλμάνους τζιχαντιστές, που θέλουν να κοινοποίησουν τα χειρόγραφα, ώστε να καταρρεύσει η χριστιανική θρησκεία.

ΟΙ ΜΕΣΗΜΒΡΙΝΟΙ ΤΗΣ ΖΩΗΣ: ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΟΥΣ ΤΟΥ ΕΡΩΤΑ

- **Συγγραφέας:** Μαίρη Κόντζογλου
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2011 • **Εκδόσεις:** Λιβάνη
- **Σελίδες:** 688 • **ISBN:** 978-960-14-2290-9



Αρχές του 20ού αιώνα. Στα ταραγμένα χρόνια που ακολουθούν, δύο γυναίκες άγνωστες μεταξύ τους βιώνουν παράλληλα, αλλά διαφορετικά, τις προσωπικές τους ιστορίες και τα παγκόσμια γεγονότα.

Η Βασιλική, αρχοντοκόρη από τη δυτική Μακεδονία, ζει μια παιδική ηλικία που σημαδεύεται από τον θάνατο, τον πόλεμο και τις δύσκολες οικογενειακές σχέσεις. Στην εφηβεία πια, ασφυκτώντας από τις κοινωνικές επιταγές, επαναστατεί

και, με αφορμή έναν παράφορο έρωτα, κατορθώνει να κυνηγήσει το όνειρό της στην Αμερική. Η Ιλαρία, φτωχοκόριτσο από τη Σμύρνη, ακολουθεί την οικογένειά της στην Κωνσταντινούπολη και μετά στη Μυτιλήνη, σε ένα μακρύ, πικρό ταξίδι, αναζητώντας αγάπη και σεβασμό. Στη Μυτιλήνη γίνεται τραγική μάρτυρας της Μικρασιατικής Καταστροφής. Το ίδιο ανήμορπη, όμως, παρακολουθεί και το γκρέμισμα των ονειρών της για μια ευτυχισμένη ζωή. Το γαϊτανάκι της μοίρας μπλέκεται, οι δύο γυναίκες γνωρίζονται και διαπιστώνουν ότι οι οικογένειές τους είναι άρρωπτα δεμένες μεταξύ τους, με δεσμούς που έχουν παρασύρει και τις ίδιες σε ένα παιχνίδι αγάπης και θανάτου.



Απολαύστε Ζωή

www.quakeroats.gr



Πόση πρωτεΐνη πρέπει να καταναλώνουμε από την τροφή μας;



ΑΙΜΙΛΙΑ ΠΑΠΑΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΥ,
PhD, κλινικός διαιτολόγος-διατροφολόγος,
Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική,
Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο
Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ Αττικόν



Hη πρωτεΐνη της τροφής είναι ένα από τα πιο σημαντικά θρεπτικά συστατικά της διατροφής μας και αποτελείται από αμινοξέα. Τα αμινοξέα με τη σειρά τους αποτελούνται από άζωτο. Το άζωτο αποβάλλεται διαρκώς μέσω των ούρων από τους νεφρούς. Τα αμινοξέα είναι δύο ειδών: τα απαραίτητα αμινοξέα (εννέα στον αριθμό) που πρέπει να λαμβάνουμε υποχρεωτικά από τη διατροφή μας, επειδή ο οργανισμός μας δεν μπορεί να τα φτιάξει από μόνος του ή δεν τα παράγει σε σημαντική ποσότητα και τα μη-απαραίτητα αμινοξέα, τα οποία ο οργανισμός μας τα φτιάχνει από μόνος του ανεξάρτητα από την τροφή που καταναλώνουμε.

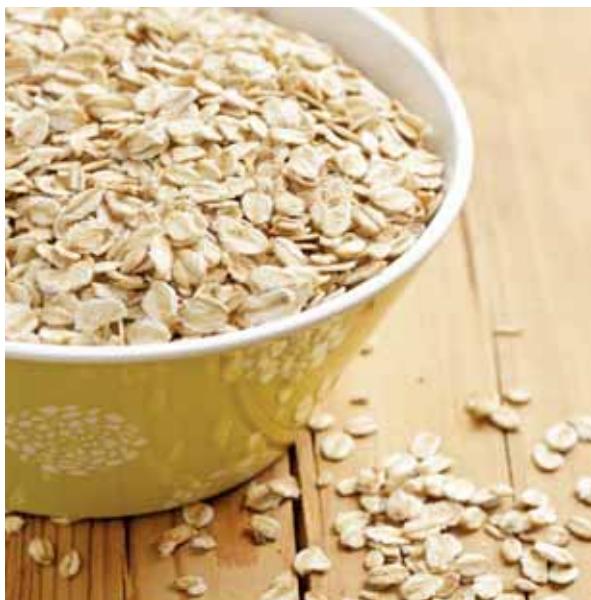
Η πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας (περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα) είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ανάπτυξη και τη γενικότερη υγεία μας και βρίσκεται στο αυγό, κόκκινο κρέας, πουλερικά, ψάρια και γαλακτοκομικά προϊόντα. Τα όσπρια, οι ξηροί καρποί και η σόγια εί-

ναι και αυτά τρόφιμα πλούσια σε πρωτεΐνη, εντούτοις η φυτική πρωτεΐνη που περιέχουν είναι χαμηλής βιολογικής αξίας (δεν περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα). Παρόλα αυτά, όταν η φυτική πρωτεΐνη συνδυάζεται με σιτηρά (π.χ. ψωμί) ή ρύζι μπορεί τελικά να δώσει πρωτεΐνη ίσης αξίας με αυτήν του κρέατος που περιέχει όλα τα απαραίτητα αμινοξέα. Αυτό είναι μια πολύ σημαντική πληροφορία για τους χορτοφάγους ή για όσους κάνουν νηστεία, για θρησκευτικούς λόγους, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ανάγκες ενός ατόμου για πρωτεΐνη εξαρτώνται από το φύλο, την ηλικία και την κατάσταση υγείας του. Οι συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας προτείνουν η ημερήσια πρόσθιψη ενέργειας από πρωτεΐνη της τροφής να μην ξεπερνά το 15-20%. Οι Ελληνες, σε αντίθεση με την κοινή πεποίθηση, δεν καταναλώνουμε μεγάλες ποσότητες πρωτεΐνης (κατά μέσο όρο γύρω στο 14-15% των θερμίδων καθημερινά).

Ποιος είναι ο κίνδυνος από υπερκατανάλωση πρωτεΐνης της τροφής; Η μακροχρόνια ασφάλεια της υψηλής πρόσθιψης πρωτεΐνης της τροφής δεν έχει ελεγχθεί από μελέτες. Εντούτοις, υπάρχει αυξημένος κίνδυνος να εμφανίσει κανείς υπερουριχαιμία, διαταραχές στην νεφρική λειτουργία, αφυδάτωση, διαταραχές ηλεκτρορύτων, ασθεστιουρία, εξάντληση γηικογόνου και εύκολη κόπωση και υπερδιπδαμία. Τα άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο είναι εκείνοι που υιοθετούν δίαιτες υψηλής περιεκτικότητας σε πρωτεΐνη και χαμηλής περιεκτικότητας σε υδατάνθρακες (π.χ. δίαιτα τύπου Ατκινς) για απώλεια βάρους. Ιδιαίτερα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να αποφεύγουν τέτοιες δίαιτες πάσο θυσία, γιατί μπορεί μεν να βοηθούν σε γρηγορότερη απώλεια βάρους, αλλά αυτή η απώλεια είναι συνήθως υγρά και όχι λίπος σώματος και επιπλέον δεν βοηθούν ούτε στη βέλτιστη ρύθμιση του

σακχάρου του αίματος ούτε στη γενικότερη υγεία. Μάλιστα, δύο πρόσφατες μελέτες που δημοσιεύτηκαν στο έγκριτο περιοδικό «New England Journal of Medicine» αναφέρουν ότι η απώλεια βάρους εξαρτάται από τις θερμίδες που καταναλώνουμε και τις θερμίδες που «καίμε» με την άσκηση και όχι από τη σύσταση της δίαιτας σε θρεπτικά συστατικά. Επιπρόσθετα, άτομα που βρίσκονται σε κίνδυνο είναι εκείνοι που παρασύρονται από «ειδικούς» αθλητικής διατροφής και καταναλώνουν περίσσεια πρωτεΐνη από την τροφή τους και σε μορφή σκόνης, μπάρες, συμπληρώματα διατροφής, δισκία, ροφήματα κ.λπ., για να αυξήσουν θεωρητικά τον μυϊκό τους ιστό. Στην πραγματικότητα όμως, αυτό δεν ισχύει! Ο μυϊκός ιστός τονώνεται με την άσκηση και η επιπλέον πρωτεΐνη όχι μόνο δεν βοηθάει, αλλά αποθηκεύεται ως λίπος (αυτό έχει φανεί σε αμερικανικές μελέτες με Ολυμπιονίκες αθλητές). Θα πρέπει να αυξήσουμε την πρόσθιψη πρωτεΐνης της τροφής για την πρόσθιψη ή αντιμετώπιση προβλημάτων υγείας; Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει αρκετές μικρής διάρκειας μελέτες που έχουν δείξει ότι είναι ασφαλές να καταναλώνουμε έως και 30% των ημερήσιων θερμίδων μας από πρωτεΐνη. Έμφαση, όμως, δίνεται στην παράλληλη μείωση του λίπους. Επομένως, το κρέας πρέπει να είναι όσο το δυνατόν άπαχο, τα τυριά να είναι χαμηλών λιπαρών, το γάλα και γιαούρτι να είναι ημίπαχα, τα πουληερικά χωρίς πέτσα και προτιμότερο το λιευκό τους κρέας από το σκουρόχρωμο, ενώ δεν υπάρχει κάποιος περιορισμός στην επιπλογή ψαριών.

Συμπερασματικά, η διατροφή μας πρέπει να έχει ποικιλία, ισορροπία και μέτρο. Δεν υπάρχει κανένας λόγος να ημερήσια πρόσθιψη πρωτεΐνης μας να ξεπερνά το 25-30% των ολικών ημερήσιων θερμίδων που καταναλώνουμε και θα πρέπει να αποφεύγονται συμπληρώματα αμινοξέων και πρωτεΐνών.



Διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης

Η θέση της βρώμης στο γλυκαιμικό έλεγχο

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια νόσο που αφορά εξαιρετικά μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού: σύμφωνα με στοιχεία της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF), η ασθένεια προσβάλλει σήμερα περισσότερα από 200 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο, ενώ οι προβλέψεις υπολογίζουν ότι ο αριθμός αυτός θα προσεγγίσει τα 350 εκατ. μέχρι το έτος 2025.

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΞΕΝΟΣ,

M.Sc., κλινικός διαιτολόγος - διατροφολόγος, M.Sc. in Nutritional Medicine, University of Surrey

Η διατροφή κατέχει πρωταγωνιστικό ρόλο στην πρόληψη και αντιμετώπιση της νόσου:

- ✓ Σε επίπεδο πρόληψης, η ισορροπημένη διατροφή που βασίζεται στις αρχές της μεσογειακής διατροφής συμβάλλει, μαζί με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, στην αποφυγή της παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση διαβήτη τύπου II.
- ✓ Σε επίπεδο αντιμετώπισης του διαβήτη, η ισορροπημένη διατροφή και η αυξομένη φυσική δραστηριότητα συνεισφέρουν μέγιστα στον γλυκαιμικό έλεγχο και στην επίτευξη επιθυμητών επιπέδων γλυκοζούλωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), η οποία αποτελεί σημαντικό διαγνωστικό εργαλείο για τον έλεγχο του διαβήτη.

Ακρογωνιαίος λίθος της μεσογειακής διατροφής και ευρύτερα της ισορροπημένης διατροφής είναι σίγουρα τα ανεπεξέργαστα δημητριακά, των οποίων όμως η κατανάλωση πρέπει να γίνεται με συγκεκριμένο μέτρο σε περιπτώσεις σακχαρώδη διαβήτη. Και αυτό διότι τα δημητριακά αποτελούν πλούσιες πηγές υδατανθράκων, μιας κατηγορίας θρεπτικών συστατικών με έντονη επίδραση στα επίπεδα σακχάρου του οργανισμού. Από τα δημητριακά αξίζει να εστιάσουμε στη βρώμη, μια μοναδική τροφή που περιέχει ίχνη σακχάρων, αλατιού και κορεαμένου λίπους, με συνέπεια να εναρμονίζεται εύκολα με τις απαιτήσεις του ατόμου με διαβήτη, σε ανεπεξέργαστα δημητριακά.

Παράλληλα, η ποιλή πλούσια περιεκτικότητα της βρώμης σε διαλιστές φυτικές ίνες (β -γλυκάνες) φαίνεται να συνεισφέρει στο γλυκαιμικό έλεγχο, στο πλαίσιο πάντα μιας ισορροπημένης διατροφής. Συγκεκριμένα, Φιλανδοί ερευνητές (Tarpola N et al. Nutr Metab Cardiovasc Dis. 2005 Aug; 15 (4): 255-61) έδειξαν πως η κατανάλωση προϊόντων βρώμης με πλούσια περιεκτικότητα σε διαλιστές β -γλυκάνες προκαλεί χαμηλή γλυκαιμική απάντηση και συμβάλλει εν-

τέλει στον γλυκαιμικό έλεγχο σε άτομα με διαβήτη τύπου 2. Σε άλλη μελέτη (Würsch P et al. Diabetes Care. 1997 Nov; 20 (11): 1774-80) οι ερευνητές κατέληξαν πως τα άτομα με διαβήτη μπορεί να ευεργετηθούν σε επίπεδο γλυκαιμικού ελέγχου από μια διατροφή με περιεκτικότητα σε β -γλυκάνες ≥ 3 γρ. καθημερινά. Σε παρεμφερή μελέτη (Tappy L et al. Diabetes Care. 1996 Aug; 19 (8): 831-4) επιστήμονες από την Ελβετία έδειξαν ότι θετική έκβαση στον γλυκαιμικό έλεγχο μπορεί να επιτευχθεί με ποσότητα 5 γρ. β -γλυκανών μέσα από εμπλουτισμένα δημητριακά πρωινού βρώμης, χωρίς μάλιστα να επηρεαστεί και η συνολική αίσθηση γεύσης της συγκεκριμένης διατροφής.

Οι νεότερες επιστημονικές συστάσεις για τη διατροφή του ατόμου με διαβήτη επιτάσσουν την αξιοποίηση όλων των φυσικών τροφών με το πρέπον πάντα μέτρο και υπό αυτό το πρίσμα η βρώμη αποτελεί μια εξαιρετική επιλογή διατροφής.

Όσοι εντάξουν από αύριο κιόλας τη βρώμη στη διατροφή τους, θα πρέπει να υπολογίσουν ότι μισό φλιτζάνι του τσαγιού νιφάδες βρώμης υπολογίζεται ως ένα ισοδύναμο αμύλου.

Κέρκυρα, το νησί των Φαιάκων

Η ιστορία του πανέμορφου νησιού των Επτανήσων ξεκινάει από τα πρώτα μυθικά χρόνια και φτάνει μέχρι την Ελλάδα του σήμερα. Ποιος δεν ονειρεύτηκε τα γαλαζοπράσινα νερά της, τους καταπράσινους λόφους και τα επιβλητικά κτίσματά της; Από άκρη σε άκρη το «νησί των Φαιάκων» κάνει ορατές τις επιρροές στην αρχιτεκτονική, στα μνημεία μέχρι και την ιδιοσυγκρασία των κατοίκων και την τοπική κουζίνα

της ΜΑΡΙΑΣ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Hέρκυρα αγαπήθηκε από πλογότεχνες και ποιητές και ενέπνευσε πολλούς ζωγράφους. Στα αναρίθμητα καντούνια της, σεργιάνησαν χιλιάδες κόσμου. Το νησί παραμένει ένα από τα σημαντικότερα τουριστικά θέρετρα τόσο της Ελλάδος όσο και οιλόκληρου του κόσμου. Στην ταραχώδη μακρά ιστορία της καταγράφετε η προσπάθεια πολλών λαών που θέλησαν να την κατακτήσουν.

Το όνομά της το οφείλει στους Κορίνθιους, οι οποίοι ονόμασαν το νησί Κόρκυρα, που ήταν το όνομα της κόρης του Αισώπου, θεού των ποταμών. Οι κάτοικοι της Κέρκυρας κατά την αρχαιότητα πιθανώς να ήταν οι απόγονοι των Φαιάκων, της Ναυσικάς και του Βασιλιά Αλκί-



νου. Το νησί κατοικήθηκε από την Παλαιολιθική Εποχή. Η πρώτη κατοχή ήταν των Ερετριειών.

Οι αρχαίοι χρόνοι

Κατά την κορινθιακή κατοχή, η Κέρκυρα αναπτύχθηκε σε μεγάλη εμπορική, ναυτική και καλλιτεχνική δύναμη του αρχαίου κόσμου. Αργότερα για να προστατευθεί από τους πειρατές, η Κέρκυρα δέχθηκε να την κυριαρχήσει η Ρώμη, κυριαρχία που κράτησε μέχρι το 337 μ.Χ.

Ο μεσαίωνας

Με τη διάσπαση της ρωμαϊκής αυτοκρατορίας, η Κέρκυρα ενώθηκε το 395 μ.Χ. με την ανατολική ρωμαϊκή αυτοκρατορία. Κατά τον μεσαίωνα η Κέρκυρα ήτε-

πλατήθηκε από τους Ούνους, τους Βάνδαλους, τους Γότθους και τους Άραβες. Οι επιδρομές αυτές ρήμαξαν το νησί, αναγκάζοντας του Κερκυραίου να αναπτούν την ασφάλεια σε μια περιοχή με δύο λόφους (απ' όπου η Κέρκυρα πήρε το όνομα Κορφού, από τις «2 Κορυφές»). Αργότερα το νησί ήταν στην κατοχή των Νορμανδών και εντέλει μετείχε στην βυζαντινή αυτοκρατορία Εμμανουήλ Κομνηνό Ι'. Το 1204 οι Ενετοί πήραν την Κέρκυρα στην κατοχή τους μετά την κατάκτηση της βυζαντινής αυτοκρατορίας από τους σταυροφόρους της Δ' Σταυροφορίας, αιλιά το 1214 το νησί επέστρεψε στον Μιχαήλ Α' Αγγελο Κομνηνό, δεσπότη της Ηπείρου, ο οποίος αποκατάστησε τα παλαιότερα δικαιώ-



Τα φημισμένα καντούνια και το γνωστό Ποντικονήσι υποδέχονται τους ταξιδιώτες που θα θελήσουν να τα ανακαλύψουν

ματα των κατοίκων της Κέρκυρας και ενίσχυσε τις οχυρώσεις του νησιού μέχρι το 1258-1259, όταν το νησί παραχωρήθηκε από τον Δούκα Μιχαήλ Β' στον γαμπρό του Μανφρέδο ως προίκα.

Η Κέρκυρα ξαναζήτησε την προστασία της Βενετίας στο δεύτερο μισό του 14ου αιώνα, η οποία αγόρασε το νησί από τη Νάπολη κι ανέλαβε την προστασία του για τα επόμενα 412 χρόνια. Τη διοίκηση της Βενετίας την αποτελούσαν μέλη ενός συμβουλίου που υπηρετούσαν για μικρό χρονικό διάστημα και που ήταν εκλεγμένοι από τη Βενετία. Κατά την εποχή αυτή ενισχύθηκαν πάλι οι οχυρώσεις. Το 1537 οι τουρκικές δυνάμεις πολιόρκησαν το νησί, καταστρέφοντας μεγάλες εκτάσεις καλλιεργειών και σκοτώνοντας

τουλάχιστον 20.000 Κερκυραίους. Παρόλ' αυτά, το νησί δεν κατακτήθηκε λόγω της εξαιρετικής του άμυνας.

To 1797 ο Ναπολέων Βοναπάρτης ανέλαβε τη διοίκηση της Κέρκυρας και των υπόλοιπων Επτανήσων και μαζί του έφερε τις ιδέες της Γαλλικής Επανάστασης. Ιδρύθηκε το δημοτικό συμβούλιο με αρχηγό τον Σπυρίδωνα Θεοτόκη, δημιουργήθηκε η δημοτική βιβλιοθήκη, έγινε αναδιοργάνωση και βελτίωση της αστυνομίας, του δικαστικού και εκπαιδευτικού συστήματος, ενώ ιδρύθηκε το πρώτο ελληνικό τυπογραφείο. Ο έλεγχος του νησιού ήρθε στα χέρια του ρώσου ναύαρχου Ουσακώφ, το 1799, ενώ το 1800 έγινε η σύσταση της Επτανήσου Πολιτείας. Η Κέρκυρα έγινε η πρώτη ελληνική πο-

πιτεία που αναγνωρίστηκε ως ημιαυτόνομο κράτος μετά το 1453.

Με τη Συνθήκη του Τίθσιτ του 1807, τα Επτάνησα παραχωρούνται ξανά στον Ναπολέοντα, ο οποίος -με τη σκέψη της αγγλικής εισβολής στο μυαλό του- ενισχύει ακόμα περισσότερο τις οχυρώσεις του νησιού. Η γαλλική κουμπούρα αρχίζει να έχει τις επιδράσεις της στην αρχιτεκτονική και την εμφάνιση της Κέρκυρας. Φυτεύονται δέντρα στην πλατεία Σπιανάδα και στο Λιστόν ώστε να μοιάζει η περιοχή με το Rue de Rivoli στο Παρίσι. Οι Γάλλοι καθιερώνουν τον εμβολιασμό των κατοίκων, εισάγουν την πατάτα, ιδρύουν τη Σχολή Καλών Τεχνών και το σπουδαιότερο, ιδρύουν την Ιόνιο Ακαδημία, το πρώτο πανεπιστήμιο της σύγχρονης Ελλάδας.

Τελικά, η Κέρκυρα ενώθηκε με την Ελλάδα την 21η Μαΐου 1864 με την απόφαση του Ιόνιου Κοινοβουλίου και την επικύρωση της απόφασης από τη Μεγάλη Βρετανία. Οι κερκυραίοι στρατιώτες συμμετείχαν στους Βαθκανικούς Πολέμους, καθώς και στον Πρώτο και Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Τον Σεπτέμβριο του 1943 οι ναζιστικές δυνάμεις βομβάρδισαν την πόλη, κατέστρεψαν την παλαιά πόλη και την αρχαία ακρόπολη της Κέρκυρας.



Καθώς οι καμπάνες αναγγέλλουν την «Πρώτη Ανάσταση», από τα παράθυρα και τα μπαλκόνια, οι Κερκυραίοι ρίχνουν «μπότιδες»

βόρδισαν την Κέρκυρα, προκαλώντας μεγάλες καταστροφές στο νησί. Η βασιστική κατοχή τερματίστηκε στις 9 Οκτωβρίου 1944.

Εάν δεν έχετε κάνει Πάσχα στην Κέρκυρα, τότε δεν έχετε δει τίποτα. Δεν ξέρω εάν είναι το ωραιότερο Πάσχα που μπορεί να κάνει κανείς, σίγουρα όμως είναι από τα ωραιότερα. Το άγιο Πάσχα γιορτάζεται με ιδιαίτερη κατάνυξη από όλο το νησί. Εμείς σας παρουσιάζουμε τα ήθη και τα έθιμα των ημερών εκείνων. Δύσον και Ανατολή «παντρεύουν» την κουλτούρα τους και παρουσιάζουν ένα μωσαϊκό ειδωλολατρικών συνθειών. Τη Μεγάλη Εβδομάδα διοργανώνονται κοντσέρτα κλασικής μουσικής, όπερας και εκκλησιαστικής μουσικής που κρατούν τις παράδοσεις από την Κρήτη του 1700.

Κυριακή των Βαΐων

Στις 11 το πρωί γίνεται η λιτάνευση του σεπτού σκηνώματος του αγίου Σπυρίδωνα. Ένα έθιμο που κρατά από το 1630 σε ανάμνηση της απαλλαγής του νησιού

από τη φοβερή αρρώστια της πανώλης, που το 1629 είχε θερίσει τους Κερκυραίους. Το μεσημέρι σερβίρεται το παραδοσιακό φαγητό της ημέρας: στακοφίσι ή μπακαλιάρος σκορδαλιά.

Μεγάλη Δευτέρα

Τη Μεγάλη Δευτέρα οι δρόμοι μοσχοβολούν από τη φογάτσα (ένα είδος τσουρεκιού στολισμένου με ένα κόκκινο αβγό) και το μαντολάτο.

Μεγάλη Πέμπτη

Η Κέρκυρα μπαίνει στην τελική ευθεία για τις εορταστικές εκδηλώσεις. Στις εκκλησίες ο κόσμος βιώνει με βαθιά κατάνυξη την κορύφωση του θείου δράματος, τη Σταύρωση. Στην Πιάτσα Πίνια και στους δρόμους γύρω από αυτήν, οι μπάντες κάνουν τις τελευταίες πρόβες.

Μεγάλη Παρασκευή

Η περιφορά των επιταφίων ξεκινά νωρίς με βάση αυστηρό πρόγραμμα και παλαιά πρωτόκολλα. Το μεσημέρι, στις 2:30, ξε-



κινά ο επιτάφιος της εκκλησίας του Αγίου Νικολάου στο Φαληράκι. Στις τέσσερις ξεκινά η πομπή από τον ναό του Αγίου Γεωργίου στο Παλαιό Φρούριο της πόλης και περνά από τους κεντρικούς δρόμους της Κέρκυρας και το Λιστόν. Καθώς κυλά η ώρα, οι επιτάφιοι πληθαίνουν και στο τέλος πολλοί οι συναντιούνται σε διάφορα σημεία της πόλης. Στην περιφορά προπορεύονται ο σταυρός του μαρτυρίου και τα εξαπτέρυγα. Ακολουθούν το κόρο (χορωδία), που ψάλλει το «Αι γενειά πάσαι», οι σκόλες (μεγάλα τετράπλευρα λάβαρα), τα φλάμπουρα (κατάλοιπα βυζαντινών σημαιών) και τα βενετσιάνικα φανάρια.

Στις πομπές των επιταφίων συμμετέχουν σχολεία, πρόσκοποι αλλά και μικρά κορίτσια που κρατούν στα χέρια τους καλαθάκια με λουλούδια. Αργά αρχίζει η περιφορά του τελευταίου, αλλά πιο επιβλητικού επιταφίου, αυτού της Μητρόπολης. Τον κρατούν στους ώμους τους ναύτες και ακολουθούν όλοι οι ιερείς της πόλης, καθώς

Τη Μεγάλη Εβδομάδα διοργανώνονται κοντσέρτα κλασικής μουσικής, όπερας και εκκλησιαστικής μουσικής που κρατούν τις παραδόσεις από την Κρήτη του 1700

και οι τρεις φιλαρμονικές. Η παλαιά παίζει το «Adagio» του Albinoni, η μπλε τη «Marcia Funebre» (πένθιμο εμβατήριο) του Verdi, ενώ η πορτοκαλί την πένθιμη επλεγεία «Suentura» (απώλεια, συμφορά) του Mariani.

Μεγάλο Σάββατο

Το Μεγάλο Σάββατο ξεκινάει με μια ακόμη λίτανεία του σεπτού σκονώματος του Αγίου Σπυρίδωνα, που καθιερώθηκε το 1550, όταν ο Άγιος έσωσε το νησί από τον λιμό. Συνοδεύεται από τις πολλές και φυμισμένες φιλαρμονικές του νησιού που χαρίζουν άφθαστη μουσική απόληξη. Mazí γίνεται και η περιφορά του επιταφίου της εκκλησίας του Αγίου, έθιμο που ξεκίνησε στα Ενετικά χρόνια. Οι φιλαρμονικές παίζουν το Calde Lacrime

tou Michelli, τον Αμπέτο του Faccio και τη Marcia Funebre από την Ηρωική του Beethoven. Στις 11 ακριβώς, καθώς οι καμπάνες αναγγέλλουν την «πρώτη Ανάσταση», από τα παράθυρα και τα μπαλκόνια, οι Κερκυραίοι ρίχνουν «μπότηδες». Το φασαριόζικο αυτό έθιμο είναι ίσως επηρεασμένο από τους Ενετούς, οι οποίοι συνήθιζαν την Πρωτοχρονιά να πετούν από τα παράθυρά τους παλιά αντικείμενα, για να τους φέρει ο νέος χρόνος καινούργια. Μια άλλη, πιθανότερη εξήγηση δίνει στο έθιμο ειδωλολατρική προέλευση. Με το σπάσιμο και τους κρότους οι αρχαίοι ήθελαν να ξυπνήσουν την Περσεφώνη και να επιταχύνουν τον ερχομό της Άνοιξης. Στους δρόμους ξεχύνονται οι φιλαρμονικές και παίζουν ένα εύθυμο εμβατήριο. Το βράδυ επώνυμοι και ανώνυμοι συρρέουν κατά xιλιάδες στις κεντρικές πλατείες της πόλης και των χωριών, για την Ανάσταση που γιορτάζεται με ξεχωριστή λαμπρότητα και με παραδοσιακά, γραφικά έθιμα.

Κυριακή του Πάσχα

Ξεκινάει με την περιφορά της εικόνας της Αναστάσεως στην πόλη και τα χωριά και ακολουθεί το επινίκιο γήλεντι. Τα ψητά αρνιά, τα κόκκινα αυγά, το μυρωδάτο κρασί και πάνω από όλα το τραγούδι, η μουσική, ο χορός. ☺



Που θα φάτε

Εάν θέλετε να δοκιμάσετε ιδιαίτερη Ιταλική γκουρμέ κουζίνα, σας προτείνουμε ανεπιφύλακτα να επισκεφτείτε το μαγαζί «Ετρούσκο», του Ιταλού σεφ Μποτρίνι. Εκεί μπορείτε να γευτείτε κρέμα από σπαραγγιά, μαγειρέμένα με γαρίδες και μελάνι σουσιάς, φιλέτο τόνου και μια μους πορτοκαλιού με κρούστα σοκολάτας. Όλα είναι νοστιμότατα και ελαφρά μαγειρέμένα. Η λίστα κρασιών είναι εξαιρετική όσον αφορά τις Ελληνικές ετικέτες τις Ιταλικές και τις Γαλλικές.

Το εστιατόριο βρίσκεται στο **14ο χλμ βόρεια της Κέρκυρας στην οδό Κάτω Κορακιάνα** και το τηλέφωνο για κρατήσεις είναι **26610 93342**.

Εμείς σας ευχόμαστε καλή όρεξη!

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμνη 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρι, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία», Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467473 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα», Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770431, 210 3381182 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7776321
- > Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο», Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 210 7775605 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7473787
- > Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κορυγιαλένειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- > Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7796461
- > Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839
- > Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7237578
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ποιλικηνική», 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, Δυσθίριψης & 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

- > Καραμανδάνειο Νοσοκομείο Παίδων, Ερυθρού Σταυρού 40, ΤΚ 26331, Πάτρα, Τ: 2610 622222, 2610 621952, fax: 2610 220511

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΣ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Διαβητολογικό Κέντρο, 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
- > 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσών), τέρμα Ζάμην, ΤΚ 15127, Μελισσίσια, Τ: 210 8106200, 210 8037820 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- > 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Π. Κανελλόπούλου 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», Σισιμανόγλειου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- > Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Εθπίς», 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», Μητόσαν 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 210 4284444, fax: 210 4599774
- > Γ.Ν.Α. «Γιώργος Γεννηματάς», Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 210 7768646 (εξωτ. ιατρείο) (Τρίποτ-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

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

Mas ρωτάτε - Σας απαντάμε



■ **Ο γιος μου είναι 18 μηνών και έχει σακχαρώδη διαβήτη από έξι μηνών.** Ανησυχώ για τις μελλοντικές επιπλοκές... Ακούω για την αντιλία ινσουλίνης και το είπα στον γιατρό μου, αλλά αυτός μου το απέκλεισε, λέγοντάς μου ότι μπάίνει σε πλικία πάνω από 18 ετών. Τι προτείνετε να κάνω;

Καταλαβαίνω την ανησυχία σας για την εμφάνιση επιπλοκών, καθώς ο γιος σας μπορεί να είναι εκτεθειμένος σε όποια υπεργλυκαιμία, για μεγαλύτερο διάστημα από κάποιον άλλον. Αυτό είναι σχετικό και όχι απόλυτο. Μελέτες που έχουν γίνει σε παιδιά με διαβήτη, που διαγνώστηκαν νωρίς στη ζωή τους, δείχνουν ότι δεν έχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών. Ίσως προστατεύονται με μηχανισμούς που δεν τους

γνωρίζουμε. Το κομβικό σημείο είναι η διατήρηση της HbA1c σε καλό επίπεδο, για όσο περισσότερο καιρό. Όσον αφορά το δεύτερο κομμάτι της ερώτησής σας, για την αντιλία ινσουλίνης, η απάντηση είναι ότι δεν υπάρχει όριο πλικίας για τη χρήση της. Είναι κάτι που θα πρέπει να δείτε μαζί με τον γιο σας, αν σας ενδιαφέρει. Ένα παιδί στην πλικία του έχει τρόπους να δείξει αν θέλει κάτι όχι. Η αντιλία απαιτεί μια συνοικική εκπαίδευση του διαβητικού και στην προκειμένη περίπτωση της οικογένειας σε ίσως διαφορετικές πρακτικές αντιμετώπισης του διαβήτη.

■ **Η κόρη μου είναι 17 ετών και έχει διαβήτη εδώ και πέντε χρόνια. Τις προάλλης την έπιασα να καπνίζει. Μου ήσει ότι καπνίζει 2-3 τσιγάρα με την παρέα... Δεν ακούγεται τόσο σοβαρό, αλλά με τον διαβήτη μαζί, δεν ξέρω... Τι να κάνω;**

Είναι γνωστό ότι το κάπνισμα από μόνο του είναι εξαιρετικά επιβλαβές στα αγγεία. Ο συνδυασμός του με τον σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να είναι καταστροφικός. Δύο με τρία τσιγάρα είναι καλύτερα από 13 ή 23. Αλλά δεν μπορούμε να είμαστε σίγουροι ότι θα μείνει εκεί. Η νικοτίνη μπορεί να είναι εξαιρετικά εθιστική, όπως και η συνήθεια του καπνίσματος! Δεν είναι εύκολο πάντα να πείσετε έναν έφοβο να ακολουθήσει έναν δρόμο αν δεν το θέλει ο ίδιος. Ίσως σε συνδυασμό με τον γιατρό της, να βρείτε τρόπο προσέγγισης. Το κάπνισμα βλάπτει, ανεξάρτητα από την παρουσία διαβήτη ή όχι.

■ **Είμαι 40 χρονών και διαγνώστηκα με διαβήτη πριν από έξι χρόνια. Με ξεκίνησαν σε ινσουλίνη με ελάχιστη εκπαίδευση. Τα σάκχαρά μου έχουν μεγάλες διακυμάνσεις, από 30 έως 500. Νιώθω μεγαλύτερη ασφάλεια όταν είμαι πάνω από 200... Ανησυχώ για το μέλλον μου. Τι μπορώ να κάνω;**

Το γεγονός ότι δεν έλαβες κάποια εκπαίδευση σίγουρα παίζει ρόλο σε ότι σου συμβαίνει. Φαντάζομαι ότι χρησιμοποιείς σκάμα πολλαπλών ενέσεων, όπου η ινσουλίνη πρέπει να προσαρμοστεί στις ανάγκες σου (διατροφή, δραστηριότητα). Φαίνεται ότι δεν γνωρίζεις πώς να το κάνεις, για αυτό βλέπεις αυτές τις μεταπτώσεις στις τιμές. Σάκχαρο πάνω από 200 δεν είναι φυσιολογικό. Καταλαβαίνω ότι μπορεί να φοβάσαι τις υπογλυκαιμίες. Αλλά πρέπει το σάκχαρο σου να είναι όσο πιο κοντά στο φυσιολογικό. Δεν είναι αργά να εκπαιδευτείς και τώρα. Θα πρέπει να βρεις ένα κέντρο ή έναν γιατρό που με την ομάδα του να το κάνει. Δικαίως ανησυχείς για το μέλλον σου, πρέπει να δράσεις τώρα, ώστε αυτό να μη συνεχιστεί και στο μέλλον.

■ **Η μπτέρα μου είναι 69 ετών και παίρνει χάρια για την πίεσή της, τα τριγλυκερίδια και το σάκχαρό της. Εδώ και έναν χρόνο έχει χάσει περίπου 10 κιλά. Έχει επίσης υπονηλία και μελαγχολία. Παλαιότερα έπαιρνε χάρι για τον θυρεοειδή της, το οποίο όμως διέκοψε. Τι πρέπει να κάνει;**

Η απώλεια βάρους, η υπονηλία και η μελαγχολία μπορεί να είναι συμπτώματα υποθυρεοειδισμού. Θα πρέπει σίγουρα να ελέγχει τον θυρεοειδή της, δεδομένου και του ιστορικού της θυρεοειδοπάθειας που είχε.

Βέβαια, δεν πρέπει να ξεχνάμε τα αυτονότα: καλός έλεγχος του διαβήτη της. Αν αυτός δεν πάει καλά, τότε η απώλεια βάρους είναι δεδομένη. Θα πρέπει σίγουρα να δει κάποιο γιατρό -π.χ. τον παθολόγο της- να εξετάσει αν υπάρχουν άλλα συμπτώματα που μπορεί να υποκρύπτουν κάτι άλλο που δεν το φανταζόμαστε. Σίγουρα θα πρέπει να διερευνηθεί.

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

