



Τα αίματα Bayer (καπνό). Σπουρός της Bayer (καπνό), CONTOUR, GLUCOFACTS, τα λογότυπα No Coding και simplewins είναι σήματα καποτεθέντων της Bayer.



CONTOUR® USB της Bayer

Ο πρώτος μετρητής γλυκόζης αίματος με ενσωματωμένο λογισμικό διαχείρισης διαβήτη

Σχεδιασμένος για άτομα με Διαβήτη σε εντατικοποιημένο σχήμα Θεραπείας με ινσουλίνη

- + Ενσωματωμένο USB για άμεση σύνδεση του μετρητή σε υπολογιστή
- + Φωτεινή έγχρωμη οθόνη OLED για εύκολη ανάγνωση οπουδήποτε και οποτεδήποτε
- + Τεχνολογία AutoLog για αυτόματη σήμανση των αποτελεσμάτων μέτρησης
- + Φωτιζόμενη θύρα ταινιών μέτρησης για μέτρηση στο σκοτάδι
- + Ενσωματωμένο λογισμικό διαχείρισης διαβήτη GLUCOFACTS™ Deluxe της Bayer
- + Μνήμη αποθήκευσης 2.000 αποτελεσμάτων μέτρησης
- + Επιπρόσθετη μνήμη 500MB

- Χρησιμοποιεί ταινίες Contour® της Bayer • Τεχνολογία No Coding® της Bayer
- Σύντομος χρόνος μέτρησης 5 sec • Μικρό δείγμα αίματος 0.6μl

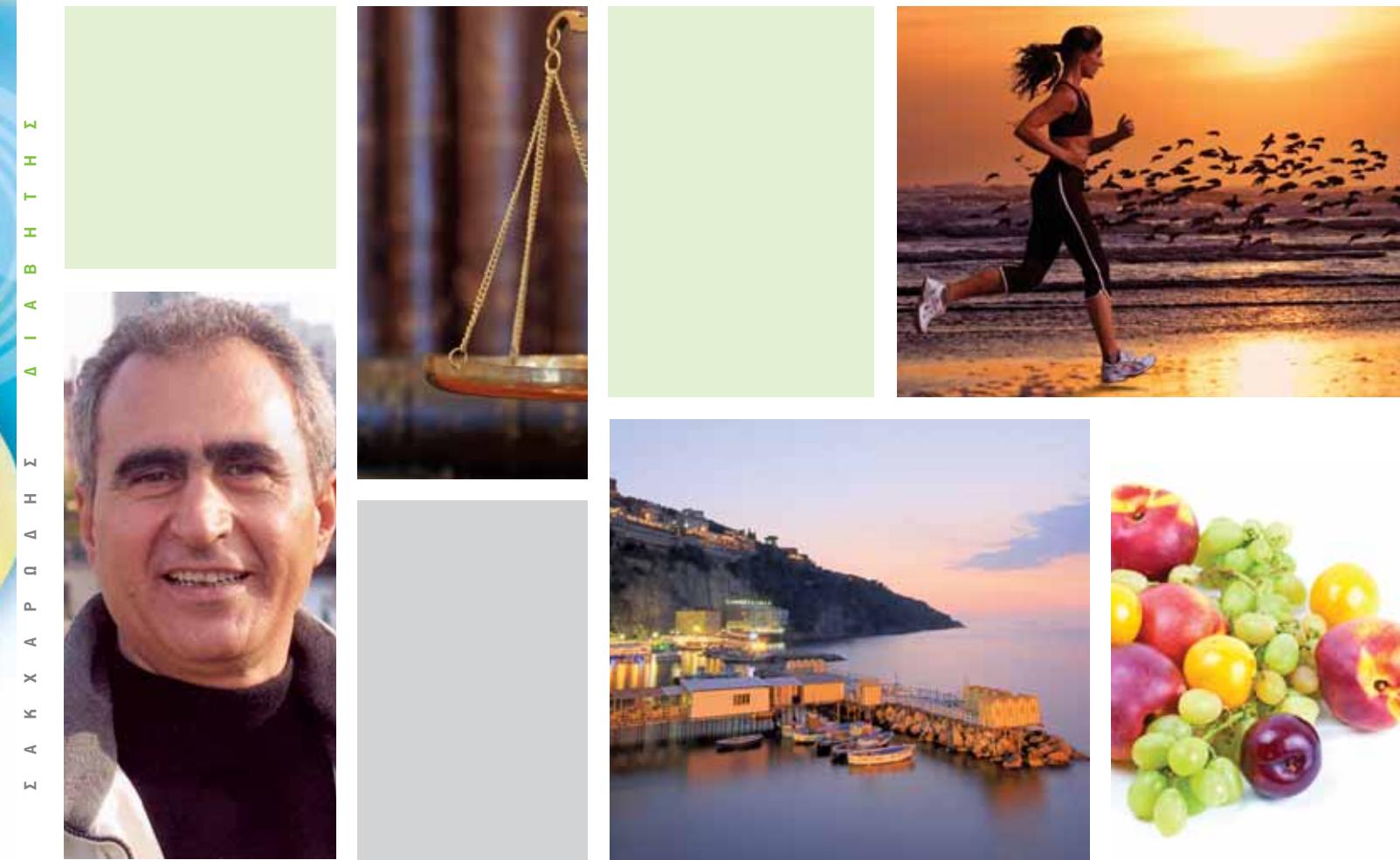
www.bayercontourusb.gr



[ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ] Τα φρούτα του καλοκαιριού και ο σακχαρώδης διαβήτης

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ



- Σπύρος Μπακατσέλος, παθολόγος-διδάκτωρ διαβητολογίας ΑΠΘ, συντονιστής διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»: "Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη μοιάζει με ένα «κάρο» στο οποίο το φορτίο αντιπροσωπεύει το σάκχαρο και για να μετακινηθεί είναι απαραίτητα δύο άλογα. Το ένα άλογο αντιπροσωπεύει τη δίαιτα και το άλλο την άσκηση"
- Η ιστορία του διαβήτη από την αρχαιότητα έως σήμερα
- Οι ασκήσεις του καλοκαιριού για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη
- Κάπρι, προορισμός για εκλεκτούς επισκέπτες

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΟ



ΜΑΪΟΣ - ΙΟΥΝΙΟΣ 2011 - ΤΕΥΧΟΣ 21

Nestlé® Fitness®

Ευεξία... Φυσικά.

Τα Δημητριακά Ολικής Άλεσεως είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά όπως αντιοξειδωτικά, σύνθετους υδατάνθρακες, φυτικές ίνες, βιταμίνες και ανόργανα στοιχεία. Συγχρόνως είναι χαμηλά σε λιπαρά -κυρίως σε κορεαμένα λιπαρά- και δεν επιβαρύνουν τον οργανισμό με υπερβολικές θερμίδες. Επίσης οι φυτικές ίνες που περιέχουν δίνουν το αίσθημα κορεαμού για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Όταν τα Δημητριακά Πρωινού με Ολική Άλεση FITNESS® της Nestlé συνδυάζονται με άπαξ ή πμιασοβουτυρωμένο γάλα και ένα φρούτο ή φρεσκοστυμμένο χυμό αποτελούν ένα πλήρες και θρεπτικό πρωινό.



Δεν είναι μόνο τα φρούτα που συμβάλλουν στην καλή υγεία...

Είναι και η σωστή διατροφή με χαμηλά λιπαρά.

Η ισορροπημένη διατροφή, με προϊόντα με χαμηλά λιπαρά, σε συνδυασμό με έναν σωστό τρόπο ζωής αποτελούν τη βάση για μια καλή υγεία. Η ΦΑΓΕ, μέσα από μια μεγάλη ποικιλία προϊόντων με χαμηλά λιπαρά μας βοηθάει να καταναλώνουμε τα απαραίτητα, για τον οργανισμό μας, γαλακτοκομικά προϊόντα χωρίς να στερούμαστε τη μοναδική και πλούσια γεύση τους. Έτοι μπορούμε και να φροντίζουμε τον εαυτό μας και να απολαμβάνουμε τις αγαπημένες μας γεύσεις.



Η γεύση της ζωής μας



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



E.KE.DI

International
Diabetes
Federation

Διμονιάδια Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ:

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

Συντακτική & Δημιουργική Επιμέλεια-Παραγωγή:



Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περγιαδιώτου
pergaliotou.j@dcode.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
georgiou.ch@dcode.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καφούση
kaftousi.a@dcode.gr

Αρχισυνταξία & Συντονισμός Ύλης
Μαρία Χατζηδάκη
chatzidaki.m@dcode.gr

Διόρθωση Κειμένων
Δημήτρης Χατζησταύρου

Ιατρικός Συντάκτης
Μαρία Μπροκαλάκη

Υποδοχή Διαφήμισης
Κατερίνα Μιχοπούλου

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 αποστελθέμενα έντυπα, κείμενα και φωτογραφίες, ο εκδότης οίκος παίρνει αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης. Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται από περιοδικά προς δημοσίευση δεν επιστρέφονται. Απογορεύεται η αναπαραγωγή ή η μετάδοση δημοσίου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη δέσμη του εκδότη.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Ανδριανή Βαζαίος, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογίας Κέντρου Νοοτροπίας. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοοτροπίας. «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 Νοοτροπίας. «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 Νοοτροπίας. Παίδων, Ανόβερο, Γερμανία

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης

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 Νοοτροπίας «Μπτέρα»

Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΝ Αθηνών «Πολυκληνική»

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοοτροπίας. «ΠΙΛΜΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοοσκομείο Παίδων Μοντρέαλ

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

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

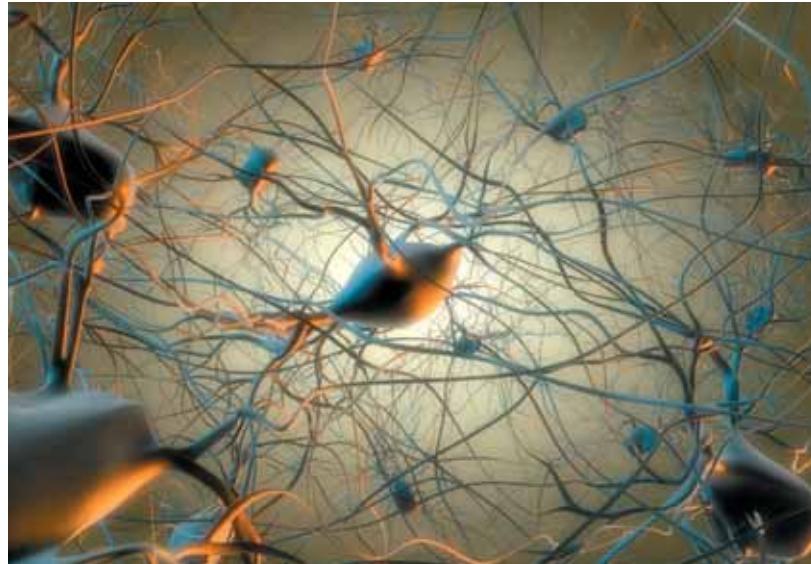
Νικόλαος Τεντοπούρης, επίκουρος καθηγητής Παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Λαϊκό»

Χαράλαμπος Τούντας, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας, διευθυντής Παθολογικής Κλινικής Βιοκλινική 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

Σπύρος Μπακατσέλος

"Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη μοιάζει με ένα «κάρο» στο οποίο το φορτίο αντιπροσωπεύει το σάκχαρο και για να μετακινηθεί είναι απαραίτητα δύο άλογα. Το ένα άλογο αντιπροσωπεύει τη δίαιτα και το άλλο την άσκηση"

14

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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



16

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Κοινωνική προσφορά μέσα από ένα κόμικ

18

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Καλή ή εξαιρετικά καλή θεωρούν την υγεία tous το 79% των ελλήνων πολιτών

20

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Η ιστορία του διαβήτη από την αρχαιότητα έως σήμερα

24

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος: Πρόοδος και προκλήσεις

28

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Τι νεότερο υπάρχει για την αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας στους διαβητικούς ασθενείς;

30

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Άνοια και σακχαρώδης διαβήτης: υπάρχει σχέση και πώς αντιμετωπίζεται

33

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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



38

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Σακχαρώδης διαβήτης και εφηβεία:
Νεανικά σκιρτήματα-νέες προκλήσεις

40

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

"Εντάξει, έχω διαβήτη, ε και; Τιμή μου και
καμάρι μου και όποιος τολμήσει να τον
προσβάλλει, καλά θα κάνει πρώτα να κοιτά-
ξει τα δικά του προβλήματα και ύστερα να
με κρίνει "

42

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΛΑΛΑ

Η διατροφική αξία των φυτικών ινών

44

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & AMYNA

- Τα φρούτα του καλοκαιριού
και ο σακχαρώδης διαβήτης
- Οι πέντε πιο παραδοσιακές καλοκαιρινές
συνταγές, στην πιο light εκδοχή τους

48

ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΑ

Η ευεργετική δράση της κανέλας στα άτομα
με διαβήτη

54

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Εναλλακτικός αθλητισμός για άτομα με
σακχαρώδη διαβήτη το καλοκαίρι

58

ΤΑΞΙΔΙ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ

Κάπρι, προορισμός για εκλεκτούς
επισκέπτες

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,

Tο καλοκαίρι έχει μπει για τα καλά στη ζωή μας, του πλάχιστον σε επίπεδο θερμοκρασίας, γιατί η διάθεσή μας, πλόγω της κρίσης, επιφέρεται από βαρομετρικά χαμηλά. Αν παραβλέψουμε για λίγο τις ψυχολογικές μας διακυμάνσεις, κυριολεκτώντας πια, το πιθανότερο είναι ότι το συγκεκριμένο τεύχος του περιοδικού μας το ξεφυλλίζετε σε κάποια παραλία, απολαμβάνοντας τα καλοκαιρινά σας μπάνια. Αξιοποιείστε τη θάλασσα και τις διακοπές για να χαλαρώσετε και να απολαύσετε κάποιες αθλητικές δραστηριότητες, που, πέρα από την καλή φυσική κατάσταση, θα τονώσουν και τη διάθεσή σας. Αναλυτικές πληροφορίες θα βρείτε στην ενότητα «σωματική άσκηση».

Φυσικά, μαζί με την σωματική άσκηση, το καλοκαίρι ενδείκνυται και για μικρές διατροφικές ατασθαθίες. Ευτυχώς, υπάρχει τρόπος οι παρασπονδίες αυτές να γίνουν πιο υγιεινές, οπότε να απολαμβάνετε τις καλοκαιρινές παραδοσιακές γεύσεις χωρίς ενοχές. Αν ανατρέξετε στην ενότητά μας «διατροφή και άμυνα» θα βρείτε κάποιες παραδοσιακές συνταγές του καλοκαιριού στην πιο light εκδοχή τους.

Στις καλοκαιρινές σας εξορμήσεις, πέρα από τις υγιεινές διατροφικές σας συνήθειες, που θα πρέπει όσο μπορείτε να συνεχίσετε να τις διατηρείτε, σας προτείνουμε να προ-

στατεύσετε ιδιαίτερα τα μάτια σας, που πόγω της αυξημένης ηπιακής ακτινοβολίας, έχουν μεγαλύτερη ανάγκη τη φροντίδα σας. Φυσικά, με τις υψηλές θερμοκρασίες, προσέχετε και την αφυδάτωση. Να πίνετε άφθονο νερό, όμως μην το παρακάνετε με τους φυσικούς χυμούς φρούτων, γιατί, αν και απολαυστικοί, σίγουρα θα επιφέρασσον τον γλυκαιμικό σας δείκτη. Αν πάλι προτιμάτε τους φυσικούς χυμούς στην στερεή τους μορφή, τα φρούτα του καλοκαιριού και τα ισοδύναμα τους μπορείτε να τα βρείτε αναλυτικά στη σελίδα 44 του παρόντος τεύχους, για να είστε σίγουροι ότι έχετε κάνει τη σωστή επιλογή.

Κλείνοντας το προοίμιό μου για αυτό το τεύχος, θα ήθελα να σας παροτρύνω τις βραδινές κυρίως ώρες, όταν ο ήλιος έχει αρχίσει να κουράζεται, να συνδυάσετε έναν ήρεμο περίπατο ή μια βόλτα με ποδήλατο, με μια στάση σε ένα παγκάκι ή ακόμη και κάτω, στα βότσαλα ή την άμμο, δίπλα στη θάλασσα. Η επαφή των αισθήσεων με το υγρό στοιχείο θα σας βοηθήσει να αδειάσετε από τις αρνητικές σκέψεις και να επαναπροσδιορίσετε τις πραγματικές και ουσιαστικές αξίες της ζωής.

Εύχομαι σε όλους καλό καλοκαίρι και καλή αντάμωση το φθινόπωρο με πιγούτερα προβλήματα και περισσότερα χαμόγελα.

**Δημήτριος Π. Χιώτης,
διευθυντής σύνταξης**



Μπορούμε να έχουμε ουσιαστικό αντίτυπο στις ζωές των ανθρώπων στις γρήγορα αναπτυσσόμενες χώρες.

Veronica Alam
Business Unit Head Latin America
Γονιμότητα & Ενδοκρινολογία
Σάο Πάολο, Βραζιλία

Η πιθκή αποτελεί σημαντικό κομμάτι του επαγγέλματός μας. Και κατά τη γνώμη μου, αποτελεί πιθκή επιταγή να καθιστούμε διαθέσιμες τις θεραπείες μας στους ασθενείς ας όλη τη Λατινική Αμερική. Γι' αυτό, δημιουργούμε νέες θυγατρικές από την Κούβα έως τον Ισημερινό.

Βοηθάμε τους ασθενείς να μάθουν ποιο πρόδος μπορεί να υπάρξει σχετικά με νόσους όπως η Υπογονιμότητα, η Πολλοπλή Σκλήρυνση και η Ανεπάρκεια Αυξητικής Ορμόνης.

Φιλοξενούμε πολύτιμου κύρους ειδικούς σε διάφορους θεραπευτικούς τομείς, για να δώσουμε διαλέξις στους γιατρούς κάθε περιοχής. Το επίπεδο του ενδιαφέροντος για ιατρική επιμόρφωση στην περιοχή μου είναι ιδιαίτερα υψηλό. Έχουμε συνεπώς μια πραγματική ευκαιρία να ξεχωρίσουμε με τις θεραπείες και τις υπηρεσίες μας, τόσο προς τους ασθενείς όσα και προς τους ειδικούς.

Η Merck Serono είναι ο βιοφαρμακευτικός κλάδος της Merck, ενός παγκόσμιου ομίλου φαρμακευτικών και χημικών προϊόντων. Η Merck Serono δημιουργεί πρωτοπόρες λύσεις, μετατρέποντας την ιατρική επιστήμη στους θεραπευτικούς τομείς όπου εστίζουμε: ογκολαργία, νευροεκφυλιστικές ποθήσεις, αυτοδόνοσος και φλεγμονώδη νοσήματα, γονιμότητα και ενδοκρινολογία.

Διαβάστε περισσότερο για τις ιστορίες μας στην πληκτρολογική διεύθυνση:
<http://stories.merckserono.com>

Merck Serono
Living science, transforming lives

Λεωφόρος Κηφισίας 41-45 (Κρήπη Β), 151 23 Μαρούσι, Αθήνα
www.merck.gr • www.merckserono.gr

Η Merck Serono είναι
τμήμα της Merck.

MERCK

[ΣΠΥΡΟΣ ΜΠΑΚΑΤΣΕΛΟΣ]

παθολόγος-διδάκτωρ διαβητολογίας ΑΠΘ, συντονιστής διευθυντής Α' Παθολογικής Κλινικής Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»

"Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη μοιάζει με ένα «κάρο» στο οποίο το φορτίο αντιπροσωπεύει το σάκχαρο και για να μετακινηθεί είναι απαραίτητα δύο άλογα. Το ένα άλογο αντιπροσωπεύει τη δίαιτα και το άλλο την άσκηση. Για να οδηγηθεί σωστά το κάρο, χρειάζεται ο καβαλάρης που καθοδηγεί τα άλογα, αντιπροσωπεύοντας τη φαρμακευτική θεραπεία. Αν δεν υπάρχουν τα δύο άλογα, ο καβαλάρης είναι άχροντος. Αν δεν υπάρχει έστω και ένα από τα δύο, τότε η οδηγηση θα είναι προβληματική "



TZENI PERGIPLIOTOU



Ως ιδρυτικό μέλος της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδας, θα ήθελα να μας μιλήσετε για τους στόχους της, το όραμά σας και να μας καταθέσετε τις τυχόν δυσκολίες-εμπόδια που έχετε συναντήσει μπροστά σας και πώς καταφέρατε να τα ξεπεράσετε.

Μετά το 1985, με πρωτεργάτη τον επίκουρο τότε καθηγητή και αργότερα τακτικό καθηγητή παθολογίας και δάσκαλό μου στη διαβητολογία, Δημήτρη Καραμήτσο, καλλιεργήθηκε η ιδέα της δημιουργίας της Διαβητολογικής Εταιρίας Βορείου Ελλάδας. Η ιδέα αυτή δημιουργήθηκε από την έλλειψη εκπαίδευσης, οργάνωσης και συστηματικής αντιμετώπισης του σοβαρού προβλήματος που πλέγεται σακχαρώδης διαβήτης, αλλά και των επικίνδυνων συνοδών νοσημάτων στη βόρεια Ελλάδα. Την εποχή εκείνη άρχισαν οι συζητήσεις με το υπουργείο Υγείας για τη δημιουργία νομοθετικού πλαισίου, βάσει του οποίου θα γινόταν η σωστή οργάνωση και λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων και η μετεκπαίδευση στη διαβητολογία. Η ανάγκη της δημιουργίας ενός επιστημονικού φορέα με θέμα τον σακχαρώδη διαβήτη δημιουργήθηκε -εκτός των άλλων- και από την ελληπιπή παρουσία της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

στον ευρύτερο επιστημονικό ελλαδικό χώρο και ιδιαίτερα στη βόρεια Ελλάδα.

Στόχοι της εταιρείας ήταν η συστηματικότερη και καλύτερη αντιμετώπιση-θεραπεία των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό θα επιτυγχανόταν: 1) Με τη δημιουργία ετήσιων συνεδρίων και διαφόρων σεμιναρίων, τα οποία θα είχαν, τουλάχιστον τα πρώτα χρόνια, κυρίως εκπαιδευτικό χαρακτήρα, 2) με τη δημιουργία ενός επιστημονικού διαβητολογικού περιοδικού με πανελλαδική κυκλοφορία, το οποίο θα διαπραγματεύσαν θέματα σχετικά με τον διαβήτη και 3) με τη συμβολή της στη δημιουργία του κατάλληλου νομοθετικού πλαισίου στη δημιουργία των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων καθώς και στη μετεκπαίδευση γιατρών στη διαβητολογία.

Το όραμά μας ήταν ότι η δημιουργία της διαβητολογικής εταιρείας θα συνέβαλε σημαντικά στην εκπαίδευση των γιατρών στη διαβητολογία και έτσι στην καλύτερη αντιμετώπιση των διαβητικών ασθενών, όχι μόνο από τους έχοντες ειδικό ενδιαφέρον στον διαβήτη γιατρούς, αλλά και από το σύνολο του ιατρικού κόσμου.

Οι στόχοι της διαβητολογικής εταιρείας, παρά τους αρχικούς ενδοιασμούς

και φόβους από ορισμένους συναδέλφους, επιτεύχθηκαν σταδιακά με τη σκληρή δουλειά και ενεργό συμμετοχή πολλών συναδέλφων, που πρωτοστάτησαν και συνεχίζουν να πρωτοστατούν στη διαβιτολογία, όχι μόνο στη βόρεια Ελλάδα, αλλά και πανελλαδικά, διότι θα πρέπει να τονισθεί ότι στην επίτευξη αυτών των στόχων συνέβαλλαν και συνάδελφοι που πρωτοστατούν στη διαβιτολογία και σε άλλες περιοχές της χώρας μας και ιδιαίτερα την Αθήνα.

Στα πρώτα χρόνια πειτουργίας της εταιρείας υπήρχαν πολλές ποικιλόμορφες δυσκολίες, οι οποίες ξεπεράστηκαν με την επιμονή και υπομονή των ανθρώπων που πρωτοστάτησαν και συνέβαλλαν τα μέγιστα στην επιτυχία των στόχων της εταιρείας και ιδιαίτερα στη δημιουργία και κυκλοφορία του περιοδικού με τίτλο: «Ελληνικά Διαβιτολογικά Χρονικά», τα ονόματα των οποίων είναι γνωστά στη διαβιτολογική κοινότητα της χώρας μας και ιδιαίτερα της Θεσσαλονίκης.

Πιστεύετε ότι η βόρεια Ελλάδα γενικά διαφέρει ως προς τις παροχές υγείας σε σχέση με την Αττική; Να το πω πιο απλά: πιστεύετε ότι στην Αθήνα τα διαβιτολογικά κέντρα, οι κλινικές, γενικά τα νοσοκομεία είναι πιο άρτια οργανωμένα, ή χαίρουν καλύτερης μεταχείρισης από τους κρατικούς φορείς σε σχέση με αυτά της συμπρωτεύουσας;

Πιστεύω ότι τα νοσοκομεία και οι κλινικές στη βορ. Ελλάδα παρουσιάζουν παρόμοια προβλήματα οργάνωσης και πειτουργίας όπως και τα νοσοκομεία της υπόλοιπης Ελλάδας. Ειδικά τα νοσοκομεία και πολλές κλινικές της συμπρωτεύουσας δεν υστερούν σε τίποτα συγκριτικά με τα αντίστοιχα της Αθήνας, αντίθετα μάλιστα κάποιες κλινικές πρωτοστάτησαν και πρωτοστατούν πανελλαδικά τόσο στον τομέα της χειρουργικής όσο και ιδιαίτερα της εσωτερικής παθολογίας. Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε τη συμβολή των κλινικών του πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης τόσο στη δημιουργία και εκπαίδευση των γιατρών όσο και στην εξέπλεξη της ιατρικής στην Ελλάδα

δα και ιδιαίτερα σε αρκετούς τομείς της εσωτερικής παθολογίας, ένας από τους οποίους είναι και η διαβιτολογία. Όλα αυτά συμβαίνουν παρά το γεγονός ότι τα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης βρίσκονται μακριά από τα κέντρα αποφάσεων και τους κρατικούς φορείς, ό,τι αυτό μπορεί να συνεπάγεται σε θέματα οργάνωσης, εξοπλισμού εργαστηρίων και στη δυνατότητα ανάπτυξης της έρευνας. Ειδικά για τα διαβιτολογικά κέντρα, αρκετά των Αθηνών έχουν καλύτερη οργάνωση και επάνδρωση σε παραϊατρικό προσωπικό από ότι εκείνα της Θεσσαλονίκης.

Διατελέσατε για πολλά χρόνια επιμελητής ΕΔΠ στη Β' Προπαιδευτική Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική του «Ιπποκράτειου» Θεσσαλονίκης και στο διαβιτολογικό κέντρο, για πολλά χρόνια διευθυντής παθολογικής κλινικής του νοσοκομείου Δράμας και τώρα είστε διευθυντής παθολογικής κλινικής του «Ιπποκράτειου» Θεσσαλονίκης. Πόσο είναι δύσκολο και πόσο σωστά κατά τη γνώμην και εμπειρία σας αντιμετωπίζεται ο διαβιτικός ασθενής στο ειδικό ιατρείο και κατά τη νοσηλεία του στην παθολογική κλινική.

Η αντιμετώπιση του διαβιτικού ασθενή και ιδιαίτερα του ασθενή που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι αρκετά δύσκολη και πολύπλοκη. Η δυσκολία συνίσταται στο ότι ο ασθενής με διαβήτη τύπου 2 πολύ συχνά πάσχει και από άλλη νοσήματα, όπως υπέρταση, δυσλιπιδαιμία και παχυσαρκία, και επίσης αρκετοί διαβιτικοί ασθενεῖς εμφανίζουν ήδη πολλές επιπλοκές είτε μικροαγγειοπάθειας είτε μακροαγγειοπάθειας. Γνωρίζουμε ότι ο διαβιτικός ασθενής με διαβήτη τύπου 2 κινδυνεύει κυρίως από τη μακροαγγειοπάθεια-αθηρολογία, η οποία δημιουργείται όχι μόνο από τον διαβήτη, αλλά κυρίως από τα άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα. Συνεπώς ο διαβιτικός ασθενής απαιτεί μια συνοιλική και ταυτόχρονη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου για να βελτιώσουμε την επιβίωσή του και την ποιότητα της ζωής.

«Για να μειωθεί ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο του προδιαβήτη, θα απαιτηθεί χρόνος και οργανωμένη προσπάθεια ώστε οι νέες γενιές από τη μικρή ηλικία να υιοθετήσουν σωστές διατροφικές συνήθειες, η σωματική τους δραστηριότητα και για άσκηση να αυξηθούν και να γίνουν καθημερινότητά τους. Ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και της πολιτείας για την επίτευξη των ανωτέρω είναι πολύ σημαντικές»



ής του. Ποιού συχνά ο διαβητικός ασθενής εμφανίζει προβλήματα από πολλά συστήματα ταυτόχρονα. Συνεπώς ο γιατρός που ασχολείται με διαβητικούς ασθενείς, κατά τη γνώμη μου, πρέπει να είναι άριστος παθολόγος για να μπορέσει να είναι ένας καλός διαβητολόγος. Πολλές φορές ο γιατρός, κυρίως στο εξωτερικό διαβητολογικό ιατρείο, λειτουργεί ως σακχαρολόγος και όχι ως διαβητολόγος, επειδή ασχολείται μόνο με τη ρύθμιση του σακχάρου και παραβλέπει όλους τους άλλους συνυπάρχοντες παράγοντες, οι οποίοι είναι εξίσου και μερικοί πιο επικίνδυνοι για τη ζωή του ασθενούς.

Αποτελείται έναν από τους πρωτεργάτες στο στήσιμο και τη λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων πανεπιλαδικά. Πόσο καλά οργανωμένα είναι κατά τη γνώμη σας τα διαβητολογικά κέντρα στην Ελλάδα και τι πιστεύετε ότι χρειάζεται να αιλλάξει από την πλευρά της πολιτείας για την πιο εύρυθμη λειτουργία τους και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ατόμων με διαβήτη;

Όπως αναφέρθηκε, μετά πολλές συζητήσεις και προτάσεις δημιουργήθηκε το νομοθετικό πλαίσιο για τη σωστή ορ-

γάνωση και λειτουργία των διαβητολογικών ιατρείων και κέντρων στην Ελλάδα. Στην πράξη τα περισσότερα διαβητολογικά κέντρα λειτουργούν ως αιλλά διαβητολογικά ιατρεία.

Τα διαβητολογικά κέντρα, πέρα από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δευτεροβάθμιο και τριτοβάθμιο επίπεδο, πρέπει να προσφέρουν εκπαίδευση, να κάνουν έρευνα και να παράγουν καινούρια γνώση. Δυστυχώς η εκπαίδευση αιλλά και η έρευνα στη χώρα μας εναπόκειται κυρίως στη στήριξη των φαρμακευτικών εταιρειών και έτσι αναπόφευκτα πολλές φορές είναι και μη αντικειμενικά και κατευθυνόμενη. Τα διαβητολογικά ιατρεία και κέντρα δεν διαθέτουν το ανάλογο έμπειρο εκπαιδευτικό προσωπικό που να διαθέτει τον απαιτούμενο χρόνο, αιλλά και τους χώρους ώστε να προφέρουν σωστή εκπαίδευση στους γιατρούς, στο παραγατρικό προσωπικό, τους ασθενείς και τους οικείους τους και να συμβάλουν στην έρευνα και την παραγωγή νέας γνώσης. Χρειάζεται, λοιπόν, αναβάθμιση της οργάνωσης και της λειτουργίας των διαβητολογικών κέντρων, ώστε να καταστούν ικανά να επιτύχουν τους στόχους για τους οποίους δημιουργήθηκαν.

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

Ο επιπολασμός του σακχαρώδη διαβήτη έχει αυξηθεί σημαντικά τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας αιλλά και παγκοσμίως, οι δε προβλέψεις για το μέλλον είναι ιδιαίτερα δυσσίωνες. Η αύξηση αυτή αφορά και τους δύο τύπους διαβήτη, κυρίως όμως τον διαβήτη τύπου 2, του οποίου η αύξηση έχει πάρει διαστάσεις επιδημίας. Υπολογίζεται ότι, ενώ το 2007 246 εκατομμύρια έπασχαν από διαβήτη, το 2025 θα πάσχουν 380 εκατομμύρια (αύξηση περίπου 55%), καθώς αναμένεται μια αιλματώδης αύξηση του επιπολασμού, κυρίως στις αναπτυσσόμενες χώρες. Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως λόγω της κατακόρυφης αύξησης του επιπολασμού της παχυσαρκίας και λόγω της αιλλαγής του τρόπου ζωής. Ήδη ο ελληνικός πληθυσμός στην πλειοψηφία του είναι υπέρβαρος ή παχύσαρκος και αυτό αφορά και τα παιδιά, όπως φάνηκε από δική μας επιδημιολογική μελέτη της παχυσαρκίας στη χώρα μας. Το πιο ανησυχητικό είναι το γεγονός ότι η αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται σε άτομα μικρότερης ηλικίας σε σχέση με τα προηγούμενα χρόνια και αυτό οφείλεται σε αύξηση του επιπολασμού της παχυσαρκίας στα παιδιά και ιδιαίτερα της κοιλιακής παχυσαρκίας.

Η αιλλαγή του τρόπου ζωής, όπως η καθησική ζωή και η έλλιπη ψη σωματικής άσκησης, μαζί με την εγκατάλειψη της παραδοσιακής ελληνικής διατροφής συμβάλλουν επίσης στην αυξημένη εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη. Ένας άλλος παράγοντας που επίσης ευθύνεται για την αυξημένη επίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη είναι η γήρανση του ελληνικού πληθυσμού, δεδομένου ότι ο διαβήτης τύπου 2 είναι συχνότερος στις μεγαλύτερες ηλικίες. Πιστεύω ότι η

Μικρές διαστάσεις. Μεγάλες επιδόσεις.



913/101

Accu-Chek® Aviva Nano

Η αποτελεσματικότερη ρύθμιση του διαβήτη είναι στο χέρι σας.

- Δυνατότητα σήμανσης προ- & μεταγευματικών μετρήσεων
- Υπενθυμίσεις μετρήσεων
- Φωτιζόμενη, ευανάγνωστη οθόνη τελευταίας τεχνολογίας OLED
- Γρήγορη αναρρόφηση δείγματος αίματος
- Μέσοι όροι 7, 14, 30 και 90 πημερών

Τεχνολογία σιχμής

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-cheek.com

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

ACCU-CHEK®



“Ο γιατρός που ασχολείται με τον διαβητικό ασθενή, πρέπει να έχει τη γνώση και την δυνατότητα να παρέχει μια ολιστική θεραπεία προκειμένου να ωφεληθεί ο ασθενής. Μόνο η ταυτόχρονη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου θα οδηγήσει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα”

μόνον πλύση για να ανακόψουμε την αθματώδη αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη είναι να εφαρμοστεί σε εθνικό επίπεδο η πρόληψή του. Η έγκαιρη εντόπιση των ατόμων που είναι σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη στο άμεσο μέλλον, δηλαδή των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο του προδιαβήτη και η εφαρμογή των κατάλληλων θεραπευτικών μέτρων θα ανακόψει την εξέπλιξη του στον έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη. Ατόμα που βρίσκονται στο στάδιο του προδιαβήτη είναι εκείνα που έχουν διαταραγμένη γηλικόζη νηστείας και εκείνα που έχουν διαταραγμένη ανοχή στη γηλικόζη μετά από λήψη 75 γρ. γηλικόζης από του στόματος.

Για να μειωθεί ο αριθμός των ατόμων που βρίσκονται στο στάδιο του προδιαβήτη, θα απαιτηθεί χρόνος και οργανωμένη προσπάθεια ώστε οι νέες γενιές από τη μικρή πληκτικά να υιοθετήσουν σωστές διατροφικές συνήθειες, η σωματική τους δραστηριότητα και οι άσκηση να αυξηθούν και να γίνουν καθημερινότητά τους. Ο ρόλος της οικογένειας, του σχολείου και της πολιτείας για την επίτευξη των ανωτέρω είναι πολύ σημαντικές.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι άρρηκτα συνδεδεμένος και με άλλα νοσήματα, όπως είναι οι δυσθίρισμαίς, η παχυσαρκία και η υπέρταση. Συνεπώς, ο ρόλος του θεράποντος γιατρού είναι πολύπλοκος. Υπάρχει τρόπος να οδηγηθεί το άτομο με διαβήτη στη σωστή ρύθμιση, αποφεύγοντας αυτήν την «αλυσιδωτή αντίδραση»;

Όπως αναφέρθηκε ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 πολύ συχνά συνοδεύεται και από άλλα σοβαρά νοσήματα όπως η υπέρταση, δυσθίρισμαί και η παχυσαρκία. Επίσης είναι γνωστό ότι οι διαβητικοί ασθενείς και ιδιαίτερα εκείνοι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 κινδυνεύουν -κατά κύριο λόγο- από τις επιπλοκές της μακροαγγειοπάθειας, λόγω της σοβαρής και εκτεταμένης αθηρωμάτωσης με κύριους εκπροσώπους τη στεφανιά νόσο, το ισχαιμικό αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, την αποφρακτική αγγειοπάθεια των κάτω άκρων και την νε-

φροσκληρωσία. Οι επιπλοκές αυτές δημιουργούν την αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα των διαβητικών ασθενών, με συνέπεια σοβαρό οικονομικό και κοινωνικό κόστος. Η μεμονωμένη αντιμετώπιση του σακχάρου, ενώ μειώνει τις επιπλοκές της μακροαγγειοπάθειας, δηλαδή την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, διαβητική νεφροπάθεια και νευροπάθεια επιφέρει ελάχιστη έως καθόλου μείωση των επιπλοκών της μακροαγγειοπάθειας, ενώ αντίθετα μερικές φορές τις αυξάνει. Αντίθετα η ταυτόχρονη με το σάκχαρο σωστή αντιμετώπιση και των άλλων συνυπάρχοντων παραγόντων κινδύνου όπως είναι η υπέρταση και η δυσθίρισμαί, βεβτίωνει σημαντικά όλες τις επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, όπως αυτό αποδείχθηκε από αρκετές μεγάλες κλινικές μελέτες. Αυτό σημαίνει ότι ο γιατρός που ασχολείται με τον διαβητικό ασθενή, πρέπει να έχει τη γνώση και την δυνατότητα να παρέχει μια ολιστική θεραπεία προκειμένου να ωφεληθεί ο ασθενής. Μόνο η ταυτόχρονη αντιμετώπιση όλων των παραγόντων κινδύνου θα οδηγήσει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Σχεδόν όλα τα νοσήματα που συνυπάρχουν στον διαβητικό ασθενή συνδέονται με τον ένα ή τον άλλο τρόπο με διαταραχές του μεταβολισμού και συχνά συνυπάρχει αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης και κεντρική παχυσαρκία. Η υγειονοδιαιτητική διατροφή, η άσκηση και η απώλεια βάρους συχνά από μόνα τους, χωρίς φαρμακευτική παρέμβαση, επιφέρουν σημαντική ρύθμιση αυτών των διαταραχών με συνέπεια μείωση των επιπλοκών.

Συνήθως στα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η πάγια τακτική είναι η χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Στην πορεία της νόσου περνάμε στη θεραπεία συνδυασμού και στο τέλος έρχεται η ινσουλίνη. Υπάρχουν όμως αρκετοί συνάδελφοί σας που θεωρούν ότι θα πρέπει να ξεκινήσουν κατευθείαν με ινσουλίνη, αφού ουσιαστικά η μειωμένη έκκριση της συγκεκριμένης ουσίας δημιουργεί το πρόβλημα στον οργανισμό του διαβητικού. Μπορεί □



Medtronic

Μόνο η Medtronic παρέχει ένα πραγματικά ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης του διαβήτη

Τα στοιχεία που απαρτίζουν το σύστημα **Paradigm Veo** λειτουργούν συμπληρωματικά. Κάθε στοιχείο αποτελεί μέρος μιας θεραπείας που βελτιώνει τα κλινικά αποτελέσματα



www.medtronic-diabetes.gr

να αποφευχθεί αυτή η πορεία ή είναι προδιαγεγραμμένη; Ποια είναι η δική σας αντιμετώπιση στα συγκεκριμένα περιστατικά;

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μια εξερισσόμενη στη διάρκεια του χρόνου νόσος με συνεχιζόμενη καταστροφή των β-κυτάρων και στο τέλος της πορείας του η θεραπεία του εξαρτάται από τη χορήγηση ίνσουλίνης. Ήδη με τη διάγνωση της νόσου έχει καταστραφεί περίπου το 50% της μάζας των β-κυτάρων και καμία θεραπεία μέχρι σήμερα δεν φαίνεται να ανακόπτει αυτή την καταστροφική διαδικασία. Φαίνεται ότι η διαδικασία αυτή σε άλλους ασθενείς είναι πιο γρήγορη και σε άλλους πιο βραδεία -αυτό εξαρτάται από διάφορους γνωστούς και άγνωστους παράγοντες τόσο γενετικούς όσο και περιβαλλοντικούς. Όποια φαρμακευτική αγωγή και αν εφαρμόσουμε πρέπει πάντα πρωταρχικά ο διαβητικός ασθενής να εκπαιδευτεί να κάνει άσκηση και δίαιτα.

Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη μοιάζει με ένα «κάρο» στο οποίο το φορτίο αντιπροσωπεύει το σάκχαρο και για να μετακινηθεί είναι απαραίτητη δύο άλογα. Το ένα άλογο αντιπροσωπεύει τη δίαιτα και το άλλο την άσκηση. Για να οδηγηθεί σωστά το κάρο, χρειάζεται ο καβαλάρης που καθοδηγεί τα άλογα, αντιπροσωπεύοντας τη φαρμακευτική θεραπεία. Αν δεν υπάρχουν τα δύο άλογα, ο καβαλάρης είναι άχροντος. Αν δεν υπάρχει έστω και ένα από τα δύο, τότε η οδήγηση θα είναι προβληματική. Η ανωτέρω παρομοίωση τονίζει ότι η δίαιτα και η άσκηση είναι ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας του διαβήτη.

Έχουν χρησιμοποιηθεί μέχρι σήμερα διάφοροι αιγάλορθμοι και συνδυασμοί δισκίων, ή συνδυασμοί δισκίων και ίνσουλίνης, ή ίνσουλίνης μόνο. Οποιαδήποτε μονοθεραπεία ή συνδυασμός μπορεί να είναι κατάλληλος για τον κατάλληλο ασθενή, ανάλογα σε πιο εξελικτικό στάδιο βρίσκεται ο διαβήτης του και ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενούς. Επομένως αυτό το οποίο πρέπει να γνωρίζει ποιλύ καλά ο γιατρός είναι η εξατομίκευση. Ωστόσο πάντα έχει ως «κυρού-

σουλία» έναν θεραπευτικό αιγάλορθμο και μάλιστα εκείνον που βασίζεται στα τελευταία δεδομένα της βιβλιογραφίας. Το σύνθετος είναι να προσθέτουμε αρχικά στη δίαιτα και στην άσκηση τη μεταφορμήν, ένα φάρμακο με ποιλύ σπουδαίες φαρμακευτικές δράσεις και το κυριότερο είναι ότι δεν προκαλεί υπογλυκαιμία και δεν αυξάνει το βάρος, ενώ αντίθετα συμβάλλει στη μείωσή του. Αυτό το οποίο επίσης πρέπει να γνωρίζει ποιλύ καλά ο γιατρός είναι η έγκαιρη επίτευξη γλυκαιμικού επίλεγχου με στόχο τη γλυκοζούλωμένη $HbA1c < 7\%$ και όχι μεγάλη καθυστέρηση στην τροποποίηση της φαρμακευτικής αγωγής. Ένα αποδεκτό χρονικό διάστημα αναμονής είναι 2,5-3 μήνες και αν ο στόχος δεν επιτευχθεί τροποποίηση της αγωγής με προσθήκη και άλλης κατηγορίας φαρμάκων ή πλήρης αλλαγής της φαρμακευτικής αγωγής.

Η έγκαιρη καλή ρύθμιση του σακχάρου έχει μακροχρόνια ευεργετικά αποτελέσματα σε αντίθεση με την κακή ρύθμιση, διότι υπάρχει η καλή μεταβολική μνήμη, καθώς και η κακή μεταβολική μνήμη όπως αποδείχτηκε από μεγάλες κλινικές μελέτες.

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

Η εκπαίδευση των ατόμων που ασχολούνται με τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς επίσης των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος πρέπει να βελτιωθεί. Αυτό μπορεί να γίνει σε καλά οργανωμένα διαβητολογικά κέντρα ή ιατρεία που διαθέτουν έμπειρους γιατρούς, διαιτολόγους και νοσοπλευτές και να διαθέτουν κατάλληλο χώρο, υποδομή και εξοπλισμό. Δυστυχώς τα ιατρεία και τα κέντρα δεν διαθέτουν το ανάλογο προσωπικό, τον κατάλληλο χώρο και χρόνο. Η ποιλιτεία πρέπει να ενισχύσει τα ιατρεία και κέντρα προς την κατεύθυνση αυτήν.

Η σωστή διατροφή και τα συχνά μικρά γεύματα αποτελούν λύση εκλογής προκειμένου να εξασφαλιστεί η καλύτερη δυνατή ρύθμιση. Στην αρχή οι διαβητικοί αισθάνονται «δυστυχείς», γιατί θεωρούν ότι θα πρέπει να διαγράψουν οριστικά από το διαιτολόγιό τους τροφές όπως η σοκολάτα, τα γλυκά, τα τηγαντά, 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;

Η δίαιτα του διαβητικού ασθενούς πρέπει να βασίζεται στις αρχές μιας σωστής, ισορροπημένης και υγιεινής διατροφής, η οποία ισχύει για όλους τους ανθρώπους και όχι μόνο για τους διαβητικούς. Ο διαβητικός ασθενής μπορεί να τρώει όλες τις τροφές με μόνο περιορισμό τα λιπαρά και τους ευαπορρόφητους υδατάνθρακες, ιδίως όταν αυτοί δεν συνοδεύονται με άλλη είδη τροφών. Δεν υπάρχουν καλές και κακές τροφές, αλλά καλές και κακές επιλογές. Δεν υπάρχουν τρόφιμα που απαγορεύονται, αλλά αυτό που πρέπει να προσέχει κανείς είναι η ποσότητα και η ποιότητα. Σε ένα διαιτολόγιο μπορούν να συμπεριληφθούν όλες οι τροφές εφόσον κάποιος έχει καλή ρύθμιση του σακχάρου, είναι σωστά εκπαιδευμένος και παρακολουθείται σωστά από τον γιατρό του.

Τη γεύση του γλυκού μπορεί κανείς να την πάρει με μικρές ποσότητες γλυκών, χωρίς λιπαρά, π.χ. σπιτικά γλυκά του κουταβιού, κυρίως με γεμάτο στομάχι, σοκολάτα υγείας, γλυκαντικές ουσίες, γιαούρτι με φρούτο, παστέλι με μέλι κ.τ.λ. Μπορεί να φάει τηγαντά με λίγο λάδι χρησιμοποιώντας ειδικά μαγειρικά σκεύη.

Η μετάβαση από τον κόσμο της ανεξέλεγκτης κατανάλωσης στην τακτική των περιορισμένων επιλογών μπορεί να γίνει ανώδυνη με τη συζήτηση και την εκπαίδευση από τους ειδικούς και την προσαρμογή του διαιτολογίου στις καθημερινές ανάγκες της ζωής και προτιμήσεις του κάθε ατόμου. 

PLUS+

**στη διαχείριση του Διαβήτη
σε θεραπεία με ινσουλίνη.**



Ακρίβεια και
Επαναληφθότητα
στη μέτρηση



Δείκτες επισήμανσης
προ/μεταγευματικοί,
άσκησης & συναγερμού



Μέτρηση
της β-ΟΗΒ κετόνων
στο αίμα



ADDICTAD

MENARINI
diagnostics

MANAGING
diabetes

Γραμμή Εξυπηρέτησης Διαβήτη: 801 11 44400

MENARINI ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΙΑΤΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ Α.Ε.Β.Ε

Λεωφ.Βουλιαγμένης 575, 16451 Αργυρούπολη, Τηλ.: 210 9944950-4, www.menarinidiagnostics.gr

Ρωτήστε
για την
προσφορά
4+1



ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΟ ΒΑΡΟΣ ΤΗΣ ΕΓΚΥΟΥ



Ο διαβήτης της κύνσης αφορά το 7% των κυνήσεων. Ως σακχαρώδης διαβήτης της κύνσης ορίζεται η διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, που διαιτιστώνται για πρώτη φορά κατά την κύνση. Τα διαγνωστικά κριτήρια του διαβήτη της κύνσης, που έχουν την ευρύτερη αποδοχή, είναι αυτά της American Diabetes Association (ADA).

Η ADA έχει θεσπίσει μια διαδικασία δύο βημάτων για τη διάγνωση του διαβήτη της κύνσης, που περιλαμβάνει τη δοκιμασία ανίχνευσης (screening) και διάγνωσης. Η θετική δοκιμασία ανίχνευσης υπαγορεύει την ανάγκη εκτέλεσης της δοκιμασίας διάγνωσης, ενώ η θετική δοκιμασία διά-

γνωσης θέτει την οριστική διάγνωση του διαβήτη της κύνσης.

Κατά τη δοκιμασία ανίχνευσης χορηγούνται 50 gr γλυκόζης από του στόματος, ανεξάρτητα από τον χρόνο λήψης τροφής. Η μέτρηση της γλυκόζης στο πλάσμα γίνεται μετά από μία ώρα. Η δοκιμασία χαρακτηρίζεται θετική εάν η τιμή της γλυκόζης είναι ≥ 140 mg/dl, οπότε η ασθενής επιβάλλεται να υποβληθεί στη δοκιμασία διάγνωσης. Εάν η δοκιμασία ανίχνευσης αποβεί αρνητική, η ασθενής επανεξετάζεται ανάλογα με την ομάδα κινδύνου στην οποία ανήκει. Εάν ανήκει στην ομάδα υψηλού κινδύνου (εκσεσημασμένη παχύσαρκιά, διαβήτης σε συγγενή πρώ-

του βαθμού, ιστορικό διαβήτη σε προγούμενη κύπη, γλυκοζουρία, ιστορικό γέννησης μακροσωμικών νεογνών), η δοκιμασία επαναλαμβάνεται δύο φορές μεταξύ 24ns-28ns εβδομάδας. Εάν ανήκει στην ομάδα ενδιαμέσου κινδύνου (ως ασθενείς ενδιαμέσου κινδύνου χαρακτηρίζονται εκείνες που δεν πληρούν τα κριτήρια για την κατάταξη τους σε ομάδα υψηλού ή χαμηλού κινδύνου), η δοκιμασία επαναλαμβάνεται μία φορά μεταξύ 24ns-28ns εβδομάδας.

Ο σακχαρώδης διαβήτης της κύνσης αυξάνει τον κίνδυνο για μια σειρά από επιπλοκές, μεταξύ των οποίων είναι η εμφάνιση υπερτασικής νόσου στη μπρά-

μνιο, ο ενδομήτριος θάνατος του εμβρύου, η εμφάνιση συγγενών αναμαθητών και η μακροσωμία του εμβρύου, μετά τον τοκετό δε αυξημένος κίνδυνος για εμφάνιση υπογλυκαιμίας, υπασθετιαιμίας ή εμφάνιση συνδρόμου αναπνευστικής δυσχέρειας στο έμβρυο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας νέας μελέτης για τον διαβήτη της κύνσης σε πολύτοκες γυναίκες, η πρόσθιη βάρους μεταξύ των κυνήσων αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη. Αντίθετα η απώλεια βάρους μεταξύ της πρώτης και δεύτερης εγκυμοσύνης φαίνεται να μειώνει τον κίνδυνο για διαβήτη της κύνσης, ιδιαίτερα σε γυναίκες που είναι υπέρβαρες ή παχύσαρκες στην αρχή της κύνσης.

Επίσης, γυναίκες που αύξησαν τον δείκτη μάζας σώματος κατά 2,0-2,9 μονάδες, είχαν τουλάχιστον διπλάσιες πιθανότητες να αναπτύξουν διαβήτη κύνσης στη δεύτερη εγκυμοσύνη σε σχέση με τις γυναίκες που διατήρησαν σταθερό το σωματικό τους βάρος. Αντίθετα, οι γυναίκες που έχασαν τρία ή περισσότερα κιλά μείωσαν τον κίνδυνο κατά 50%.

ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας μικρής μελέτης που πραγματοποιήθηκε στο πανεπιστήμιο του Buffalo, η ουσία liraglutide, ένα ενέσιμο φάρμακο που χρησιμοποιείται στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2, μπορεί να βοηθήσει στον καλύτερο έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Αν αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιωθούν με νέες μελέτες, θα σημαίνει την ανακάλυψη της πρώτης νέας

θεραπείας για τον διαβήτη τύπου 1, μετά την ανακάλυψη της ίνσουλίνης τη δεκαετία του 1920. Οι ασθενείς που έλιαβαν liraglutide, του οποίου το εμπορικό όνομα είναι victoza, διαπίστωσαν ότι μειώθηκε η όρεξή τους για φαγητό και έχασαν βάρος. Στο ξεκίνημα της μελέτης όλοι οι ασθενείς που έλιαβαν μέρος είχαν επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης κάτω από 7, το οποίο θεωρείται ιδανικό. Ήταν

ασθενείς που είχαν καλό έλεγχο της νόσου, λαμβάνοντας ίνσουλίνη. Ωστόσο και σε αυτούς τους ασθενείς, με καλό έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης δεν αποφέυγονται οι διακυμάνσεις της γλυκόζης από πολύ υψηλές σε πολύ χαμηλές (υπογλυκαιμία) τιμές. Η προσθήκη της liraglutide στην ίνσουλινοθεραπεία μείωσε σε σημαντικό βαθμό αυτές τις διακυμάνσεις και ταυτόχρονα έλιαττωσε την ποσότητα της ίνσουλίνης

που απαιτούνταν για να επιτευχθεί έλεγχος.

Τα αποτελέσματα της αγωγής ήταν άμεσα ορατά, μέσα σε 1-2 ημέρες μετά την εισαγωγή της ουσίας στη θεραπεία, ενώ η απομάκρυνση του φαρμάκου είχε ως αποτέλεσμα την εμφάνιση των γνωστών ανεπιθύμητων ενεργειών από τη χρήση της ίνσουλίνης. Ο τρόπος που δρα η νέα ουσία φαίνεται να είναι μέσω της μείωσης του μεταγευματικού γλυκαγόνου.

NEO ANTIDIABETICO FARMAKO



Η ιατρική «φαρέτρα» ενάντια στον διαβήτη ενισχύεται με ένα νέο «όπλο»: το Vildagliptin (TM) (ένας αναστολέας DPP-4) σε συνδυασμό με μεταφορμίνη μειώνει σημαντικά τα επεισόδια υπογλυκαιμίας σε σχέση με τον πιο συχνά συντα-

γογραφούμενο συνδυασμό μιας σουλφονουρίας με μεταφορμίνη. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης ECTOR* I, που έγινε σε μουσουλμάνους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, κατά τη διάρκεια του ραμαζανιού, έδειξε ότι κανέ-

νας από τους ασθενείς που έλαβε τον συνδυασμό Vildagliptin και μεταφορμίνη δεν παρουσίασε επεισόδια υπογλυκαιμίας. Αντίθετα, σε ασθενείς που λάμβαναν σουλφονουρία και μεταφορμίνη παρουσίαστοκαν 34 υπογλυκαιμικά επεισόδια.

Η υπογλυκαιμία εκδηλώνεται με συμπτώματα όπως εφίδρωση, ατονία, αιφνίδια πείνα, νευρικότητα, διαταραχές όρασης, ωχρότητα, δυσκολία συγκέντρωσης, υπνηλία και ταχυκαρδία και επινεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών στην αγωγή.

Μια άλλη μελέτη, η VECTOR, μελέτησε την ανοχή στη θεραπεία με Vildagliptin και μεταφορμίνη. Στους ασθενείς που χορηγήθηκε αυτός ο

συνδυασμός δεν παρατηρήθηκαν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες, ενώ η συμμόρφωση με τη θεραπεία ήταν πολύ καλή, σε αντίθεση με τον κλασικό συνδυασμό, στον οποίο παρατηρήθηκαν ανεπιθύμητες ενέργειες σε ποσοστό 50%. Επίσης, στους ασθενείς της πρώτης ομάδας η γήινοκούπιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν σημαντικά χαμηλότερη σε σχέση με την ομάδα σουλφονουρία + μεταφορμίνη.

Μια σημαντική παρατήρηση είναι ότι το σωματικό βάρος των ασθενών παρέμεινε σταθερό και στις δύο ομάδες. Αυτό είναι σημαντικό, καθώς πολλά από τα συνάνταγματα φάρμακα για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 προκαλούν αύξηση του βάρους.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Ένα φυσικό προϊόν που ονομάζεται DLPC (dilauroyl phosphatidyl-choline), το οποίο αυξάνει την ευαισθησία στην ίνσουλίνη και μειώνει το ππατικό λίπος σε πειραματώζωα μπορεί να αποτελέσει μεθόλοντική θεραπεία για προδιαβητικούς ασθενείς. Το DLPC είναι ένα ασυνήθιστο φωσφολιπίδιο και ιχνοστοιχείο του συμπληρώματος διατροφής λεκιθίνη.

Μελέτες έδειξαν ότι το DLPC μπορεί να ενεργοποιήσει τη δραστηριότητα του υποδοχέα LRH-1 activity, να αυξήσει τα επίπεδα των κολικών αλπάτων και να ρυθμίσει τον μεταβολισμό της γήινοκόζνς και των λιπαρών οξέων στο ήπαρ. Σε δύο πειραματώζωα, τα οποία είχαν αντίσταση στην ίνσουλίνη, το DLPC μείωσε το ππατικό λίπος και τα επίπεδα γήινοκόζνς στο αίμα. Το σωματικό βάρος των ποντικών δεν μεταβλήθηκε, αλλά η ευαισθησία στην ίνσουλίνη βελτιώθηκε.

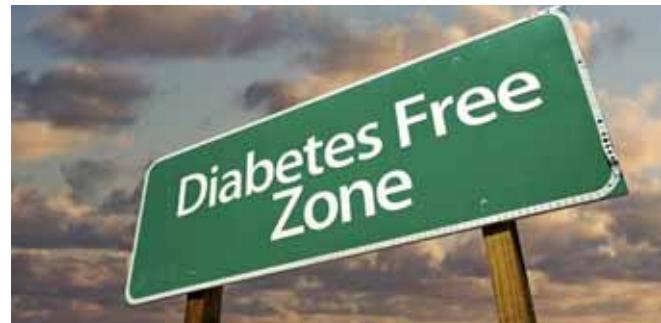
Το DLPC μείωσε τα επίπεδα των πρωτεΐνων που σχετίζονται με τον σχηματισμό των λιπαρών οξέων και των τριγλυκεριδίων, καθώς και ενός ρυθμιστή κλειδιού που ονομάζεται SREBP-1c και ελέγχει την εναπόθεση λίπους στους ιστούς. Οι μελέτητές οργανώνουν κλινική μελέτη στην οποία θα λάβουν μέρος υπέρβαρα άτομα, τα οποία δεν πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και τα οποία θα υποβληθούν σε τεστ ανοχής γήινοκόζνς πριν και μετά τη θεραπεία με DLPC.

Τέλος, μια ομάδα βιολόγων ανακάλυψε ότι μια ομάδα ενζύμων, που ονομάζεται histone deacetylases (HDACs), επάγει τη γήινοκονεογένεση και μπορεί να είναι ο επόμενος στόχος της αντιδιαβητικής θεραπείας. Τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα φάρμακα για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η μεταφορμίνη, η οποία δρα

προάγοντας την αναερόβια γήινοκόζνη στους περιφερικούς ιστούς (αυξάνει την πρόσθιψη γήινοκόζνς από τους ιστούς -κυρίως τους μύες και το ήπαρ), αναστέλλοντας την ιππατική νεογλυκογέννηση, ελαττώνοντας την εντερική απορρόφηση της γήινοκόζνς και προάγοντας τη δέσμευση της ίνσουλίνης στους υποδοχείς της στους περιφερικούς ιστούς.

Η μεταφορμίνη δρα μέσω ενός μεταβολικού διακόπτη, ο οποίος ονομάζεται AMPK. Στην προσπά-

θεια να ανακαλύψουν νέα φάρμακα που δρουν στον AMPK, οι ερευνητές ανακάλυψαν τα έντυμα της ομάδας II HDACs. Η ταυτόχρονη απενεργοποίηση των ενζύμων αυτών φαίνεται να επαναφέρει τα επίπεδα της γήινοκόζνς αίματος στο φυσιολογικό σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Βάσει αυτών των δεδομένων, περαιτέρω έρευνα πάνω σε αυτά τα ευρήματα θα δημιουργήσει μια πολύτιμη νέα θεραπευτική επιλογή για τα άτομα με διαβήτη τύπου 2.





Το πρωί:

Παιδεύω στην τάξη με τη γραμματική και μετά με τον κολλπότο μου τον Πέτρο στην συλλή.



Το μεσημέρι:

Στο σπίτι, ρς και φαγητό.
Όταν έρχεται η μαμά στο δωμάτιό μου, αρχίζω το διάβασμα.

Το απόγευμα:

Παίζω μπάλα με το παιδιά, μέχρι να βάλει τις φωνές η μαμά. Μετά:
ΣΤΟ CLUB!



Το Club Xarazo ανοίγει την πόρτα του στο άτομα με διαβήτη και τις οικογένειές τους. Στο Club Xarazo δεν αντιμετωπίζουμε το διαβήτη ως ασθένεια. Για μας είναι ένας διαφορετικός τρόπος ζωής. Το Club Xarazo πειτουργεί με γνώμονα τον άνθρωπο. Για το λόγο αυτό, παρέχει στα μέλη του, χρήστες μετρητών σακχάρου, μια σειρά προνομίων. Στο Club Xarazo, αναγνωρίζουμε ότι κάθε πιθήκιο 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

Ελευθερία στην κίνηση, αξιοπιστία στη μέτρηση με Abbott Diabetes Care και Precision Xceed



Ο ΜΙΧΑΛΑΚΗΣ ΔΕΝ ΑΠΟΧΩΡΙΖΕΤΑΙ ΠΟΤΕ ΤΗ ΜΠΑΛΑ ΤΟΥ, ΚΛΩΤΣΩΝΤΑΣ ΑΚΑΤΑΠΑΥΣΤΑ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ, ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ, ΠΑΝΤΟΥ. ΚΙ ΟΠΩΣ ΕΧΕΙ ΠΑΝΤΑ ΧΡΟΝΟ ΝΑ ΡΙΞΕΙ ΜΕΡΙΚΕΣ ΜΠΑΛΙΕΣ, ΕΤΣΙ ΕΧΕΙ ΠΑΝΤΑ ΧΩΡΟ ΣΤΗΝ ΤΣΑΝΤΑ (Η ΣΤΗΝ ΤΣΕΠΗ ΤΟΥ) ΓΙΑ ΤΟ PRECISION XCEED!



Ο ΑΓΩΝΑΣ ΟΜΟΣ ΔΕΝ ΕΛΗΞΕ ΑΚΡΙΒΩΣ ΕΤΣΙ ΚΑΙ ΟΥΤΕ Η ΦΙΛΗ ΤΗΣ ΜΑΜΑΣ ΤΟΥ, Η ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ, ΔΕ ΜΠΟΡΕΣΕ ΝΑ ΤΟΥ ΦΤΙΑΞΕΙ ΤΟ ΚΕΦΙ ΚΙ ΑΣ ΕΧΟΥΝ ΑΡΚΕΤΑ ΚΟΙΝΑ, ΟΠΩΣ ΤΗΝ ΑΓΑΠΗ ΤΟΥΣ ΠΑ ΤΑ ΣΠΟΡ, ΤΗ ΜΠΑΡΤΣΕΛΟΝΑ ΚΑΙ, ΦΥΣΙΚΑ, ΤΟ PRECISION XCEED!



Η ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ, ΑΦΗΡΗΜΕΝΗ ΜΕ ΤΟ PRECISION XCEED ΑΝΑ ΧΕΙΡΑΣ, ΣΥΝΑΝΤΑ ΕΣΩ ΑΠΟ ΤΟ ΚΑΦΕΝΕΙΟ ΤΟΝ Κ. ΟΡΕΣΤΗ ΠΟΥ ΑΝΑΓΝΩΡΙΖΕΙ ΤΗ ΣΥΣΚΕΥΗ ΚΑΙ, ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΤΑΤΟΣ ΟΠΩΣ ΠΑΝΤΑ, ΒΡΙΣΚΕΙ ΕΥΚΑΡΙΑ ΓΙΑ ΚΟΥΒΕΝΤΑ.



ΤΟ ΒΡΑΔΥ, ΤΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ ΠΕΡΝΑΝΕ ΑΠΟ ΤΑ ΣΥΡΜΑΤΑ Ο Κ., ΟΡΕΣΤΗΣ, ΧΑΡΟΥΜΕΝΟΣ ΠΟΥ Η ΕΠΙΛΟΓΗ ΤΟΥ PRECISION XCEED ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΙ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΜΟΙΡΑΣΤΕΙ ΚΑΙ ΜΕ ΆΛΛΟΥΣ ΣΤΗ ΓΕΙΤΟΝΙΑ, ΔΕ ΧΑΝΕΙ ΕΥΚΑΡΙΑ..



Η Abbott Diabetes Care και το Club Χαράζω προτείνουν:

- Πάρτε στα χέρια σας τον έλεγχο του διαβήτη. Συμβουλευτείτε τον γιατρό σας και ενημερώθείτε.
- Βάλτε την άσκηση στην καθημερινότητά σας.

ΠΡΟΟΔΟΣ ΜΕ ΓΝΩΜΟΝΑ ΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΟ

Abbott
Diabetes Care

Καλή ή εξαιρετικά καλή θεωρούν την υγεία τους το 79% των ελλήνων πολιτών

Μια σημαντική έρευνα για το πώς εκτιμούν οι Έλληνες την υγεία τους και τις υπάρχουσες διαγνωστικές μεθόδους πραγματοποίησε η εταιρεία **PHILIPS ΕΛΛΑΣ**



Η έρευνα αυτή αποτελεί μια παγκόσμια πρωτοβουλία της εταιρείας και στο πλαίσιο αυτό πραγματοποιήθηκε και στην Ελλάδα. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα και αφορά 2.450.356 άτομα ηλικίας 19-69 ετών. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή, το 79% των ερωτηθέντων Ελλήνων θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους σε γενικές γραμμές καλή ή εξαιρετική. Το 52% των ερωτηθέντων θεωρεί τις καρδιαγγειακές και το 47% τις ογκολογικές παθήσεις ως πιθανές απειλές στην υγεία του για τα επόμενα πέντε χρόνια. Επίσης, το 39% ανησυχεί για εγκεφαλικά επεισόδια, το 26% για την παχυσαρκία, ενώ το 12% των ερωτηθέντων δεν ανησυχεί γενικότερα για σοβαρά προβλήματα υγείας.

Σε ερωτήσεις σχετικά με τις διαγνώσεις, περίπου το 51% των ερωτηθέντων απάντησε ότι πιστεύει πως η Ελλάδα διαθέτει επαρκή τεχνολογία απεικόνισης για έγκαιρες διαγνώσεις και θεραπεία. Ενώ το 80% των ερωτηθέντων και το 68% πι-

στεύει ότι οι σύγχρονες καρδιαγγειακές διαγνώσεις και οι διαγνώσεις του καρκίνου αντίστοιχα μπορούν να αυξήσουν το προσδόκιμο ζωής και να βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής.

Κατά τη διάρκεια της παρουσίασης αναφέρθηκαν -μεταξύ άλλων- και οι τάσεις γήρανσης του πληθυσμού. Ο παγκόσμιος πληθυσμός γηράσκει σε έναν ρυθμό που δεν είχαμε δει ποτέ πριν στην ιστορία: το 2000, 600 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν ηλικίας άνω των 60 ετών. Μέχρι το 2006, ο αριθμός αυτός είχε υπερβεί τα 700 εκατομμύρια. Μέχρι το 2050, θα τον δούμε σχεδόν να τριπλασιάζεται, φθάνοντας τον εντυπωσιακό αριθμό των δύο δισεκατομμυρίων ανθρώπων στην κατηγορία άνω των 60. Μέχρι το 2050, το μισό του ανεπτυγμένου κόσμου προβλέπεται να πάσχει από χρόνιες ασθένειες.

Σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία, το προσδόκιμο ζωής έχει αυξηθεί την τελευταία δεκαετία στην Ελλάδα: για τις γυναί-

κες ήταν 80,18 χρόνια το 1996, αυξήθηκε στα 81,9 έτη το 2006 και το 2008 ανήλθε στα 82,35 έτη, ενώ για τους άνδρες από 75,05 το 1996 ανήλθε σε 77,21 το 2006 και στα 77,69 το 2008.

Σύμφωνα με την έκθεση των δεικτών υγείας της Ευρωπαϊκής Κοινότητας, το προσδόκιμο ζωγιός ζωής έχει μειωθεί στην Ελλάδα την τελευταία δεκαετία: ιδιαίτερα στις γυναίκες βλέπουμε ότι από 69,6 έτη που ήταν το 1996 έπεσε στα 67,68 το 2006 και ακόμα περισσότερο στα 65,8 το 2008. Μικρότερη μείωση δείχνουν τα αντίστοιχα στοιχεία για τους άνδρες: από τα 66,9 χρόνια το 1996 έπεσε στα 66,3 το 2006 και στα 65,4 χρόνια το 2008.

Στη συνέντευξη Τύπου που ακολούθησε, παρευρέθηκαν και σχολίασαν ο καθηγητής καρδιολογίας Χριστόδουλος Στεφανάδης, ο επίτιμος καθηγήτρια της Ιατρικής Σχολής Πλανεπιστημίου Αθηνών και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μαστολογίας Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα, η υπεύθυνη Κέντρου Ψυχοκοινωνικής Υποστήριξης Γυναικών με Καρκίνο του Μαστού, Έλληνη Λαμπέτη Μαριάννα Μπιτάκου και ο αναπληρωτής διευθυντής του τμήματος Αξονικού Μαγνητικού Τομογράφου του Διαγνωστικού και Θεραπευτικού Κέντρου ΥΓΕΙΑ Αρκάδιος Ρουσάκης.

Ο κ. Στεφανάδης σχολίασε με ιδιαίτερο ενδιαφέρον την έρευνα της εταιρείας πλέγοντας ότι: «Τέτοιου είδους έρευνες αποτελούν σημαντικό βοήθημα στη διερεύνηση του πώς αντιλαμβάνεται η κοινωνία τους κινδύνους που αφορούν την υγεία του πληθυσμού και τον τρόπο αντιμετώπισή τους». Ενώ η επίκουρη καθηγήτρια Λυδία Ιωαννίδου-Μουζάκα τό-

νισε ότι «η έρευνα αναδεικνύει την ευαισθητοποίηση του ευρύτερου πληθυσμού και δη του γυναικείου στην ογκολογία και ενισχύει την προσπάθεια για αντιμετώπιση των ογκολογικών παθήσεων που αφορούν τις γυναίκες με μεθοδικότητα αλλά και ανθρώπινη ευαισθησία».

Η Μαριάννη Μπιτσάκου έθεσε μια άλλη πτυχή της υγείας: «Ο άνθρωπος δεν είναι προγραμματισμένος να πονάει ούτε ψυχικά, αλλά ούτε και σωματικά. Η ελπίδα βρίσκει πάντα πηγές τροφοδότησης, αναπροσαρμόζεται συνεχώς και όντως πεθαίνει τελευταία». «Πέρα από τον βαθμό ικανοποίησης των πολιτών, ως προς τις προσφερόμενες ιατρικές υπηρεσίες, είναι σημαντικό το γεγονός ότι το 79% πιστεύει ότι τα προβλήματα υγείας μπορούν να περιορισθούν με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και την εξασφάλιση ψυχικής πρεμίας. Αυτό αποτελεί συχνότερη πεποίθηση στις ομάδες ηλικιών 30-39 και 40-49 ετών (55% και 50% αντίστοιχα)», είπε χαρακτηριστικά ο Αρκάδιος Ρουσάκης.

Ο Jasper Westerink, διευθύνων σύμβουλος της PHILIPS στην Ελλάδα, αναφέρθηκε στις παγκόσμιες αλλά και τοπικές προκλήσεις για την υγεία και εστίασε στη δέσμευση της PHILIPS ως κορυφαία εταιρεία υγείας και ευημερίας να συμβάλλει στη διασφάλιση της βιώσιμης περίθαλψης στο μέλλον σε παγκόσμιο επίπεδο. «Η κατανόηση των αναγκών των ανθρώπων βρίσκεται στο επίκεντρο των προϊόντων και των υπηρεσιών που αναπτύσσουμε στην εταιρεία μας. Και η υγειονομική περίθαλψη ξεκινά από την κατάνοηση των ανθρώπων αναγκών. Αυτός είναι ο λόγος που η PHILIPS προέβη σε αυτήν τη έρευνα. Πιστεύουμε ότι πρέπει να αναπτύξουμε κοινωνικά συστήματα, τα οποία εστιάζουν στην πρόληψη, την ανίχνευση και την έγκαιρη διάγνωση, ώστε να περάσουμε από ένα σύστημα με βάση τα νοσοκομεία σε ένα σύστημα που βασίζεται περισσότερο στους ασθενείς».

Ο Paul Smilde, γενικός διευθυντής N.A. Ευρώπης Τομέα Φροντίδας Υγείας της PHILIPS, αναφέρθηκε επίσης σε μια ομοκεντρική προσέγγιση, η οποία ξεκινά από τις ανάγκες του ασθενή και των παροχών υπηρεσιών υγείας, καθώς η κατανόηση των εμπειριών τους και μόνο μπορεί να εξασφαλίσει τη δυνατότητα να παρέχου-



ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥΣ

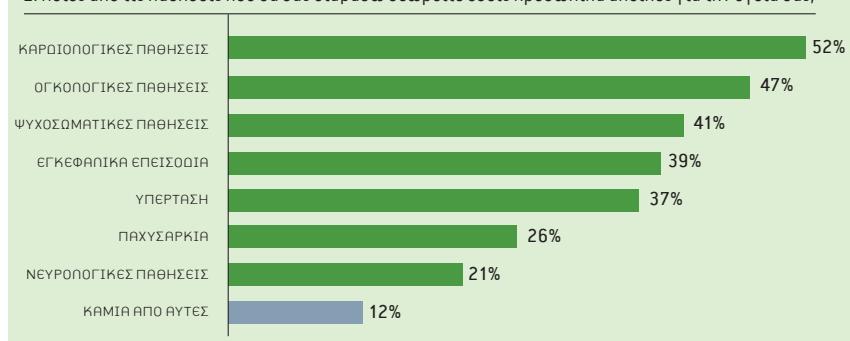
1. πώς εκτιμάτε γενικά την κατάσταση της υγείας σας; (ψυχική και σωματική)

	ΣΥΝΟΛΟ %	ΗΠΙΚΙΕΣ				
		18-29%	30-39%	40-49%	50-59%	60-69%
ΠΟΛΥ ΚΑΠΗ/ΞΑΙΡΕΤΙΚΗ	40	63	47	45	23	17
ΜΑΠΠΟΝ ΚΑΠΗ	39	30	40	38	51	35
ΟΥΤΕ ΚΑΠΗ/ΟΥΤΕ ΚΑΚΗ	15	7	8	13	21	27
ΜΑΠΠΟΝ ΚΑΚΗ/ΚΑΚΗ	6	-	3	3	4	21

*Όπου δεν αθροίζει 100%: Δεν ξέρω/Δεν απαντώ

ΠΑΘΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΕΩΡΟΥΝ ΑΠΕΙΛΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΤΟΥΣ

2. ποιες από τις παθήσεις που θα σας διαβάσω θεωρείτε εσείς προσωπικά απειλές για την υγεία σας;



με πάσιες που ανταποκρίνονται με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στις ανάγκες αυτές. Η εταιρεία αντιλαμβάνεται την υγειονομική περίθαλψη ως ένα κύκλο περιθαλψης, στον οποίο περιλαμβάνεται η πρόληψη, η ανίχνευση, η διάγνωση, η θεραπεία, η διαχείριση, η παρακολούθηση και

πάλι η πρόληψη. Με την προσέγγιση αυτή, στόχος της PHILIPS είναι να συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης και να μειώσει το κόστος, αφού η ουσιαστική καινοτομία έχει αεία για τους ασθενείς αλλά και για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. ☐

Η ιστορία του διαβήτη

Στη νότια Αίγυπτο, στις Θήβες, κάποιος ανώνυμος ιερέας-γιατρός έγραψε σε πάπυρο τις παρατηρήσεις του, το έτος 1552 π.Χ. Τρεις χιλιάδες χρόνια μετά, το 1862 μ.Χ., η σκαπάνη του αρχαιολόγου Ebers έφερε στο φως τον πάπυρο. Στα περιεχόμενά του υπήρχε και η περιγραφή μιας νοσηράς κατάστασης, της οποίας κύριο ενόχλημα ήταν η πολυυουρία. Για τη θεραπεία της συνιστούσαν αφέψημα από οστά, σιτάρι και ορυκτά που περιείχαν οξείδια του αλουμινίου και του ζιρκονίου

 **ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Δ. ΤΟΥΝΤΑΣ,**
αναπληρωτής καθηγητής Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών



Η πολυυουρική νόσος παραμένει ανώνυμη. Την ανασύρει από ανωνυμία και της δίδει όνομα το 110 μ.Χ. περίπου ο Αρεταίος. Την αποκάλεσε «διαβήτη». Χίλια πεντακόσια χρόνια αργότερα, απόκτησε και επώνυμο, «σακχαρώδης» εξαιτίας της γλυκιάς γεύσης των ούρων. Ανάδοχος, το 1675 μ.Χ. ο άγγλος γιατρός Thomas Willis.

Ο Αρεταίος γεννήθηκε και έζησε στην Καππαδοκία, από το 81 μέχρι το 138 μ.Χ. Περιέγραψε την πολυυουρική νόσο, η οποία προκαλεί σωματική καταβολή και καθέρωσε τον όρο «διαβήτης». Δεν είναι δικός του όρος, κάτι άλλωστε που και ο ίδιος ομολογεί. Γράφει: «τίδε μοι δοκέει καλέεσθαι», δηλιδόδη αποκαλείται, φανερώνει τη γνώση του ονόματος. Πράγματι, ο Δημήτριος από τη Μέμφιδα, το 300 π.Χ., χρησιμοποίησε όρους «χωρίς επίσχεση» (των ούρων) και «χωρίς αναβολή» της ούρωσης, κατά την περιγραφή νόσου, χωρίς να αναφέρει το όνομά της.

Ας γυρίσουμε όμως στον Αρεταίο. Περιγράφει τη νόσο με τρόπο που προκαλεί εντύπωση. Η απαρίθμηση των συμπτωμάτων είναι πλήρης. Εκπληκτική η παρατήρηση που αφορά στον μυϊκό ιστό. Γράφει «σαρκών και μελέων ες ούρον η σύντηξης...». Σε ελεύθερη μετάφραση, κατουράει τις σάρκες του! Προτείνει και αγωγή.

Η θεραπευτική πρόταση του Αρεταίου: «Ο γιατρός οφείλει να απαλλάξει τον ασθενή από τη δίψα, που παραμένει ακόρεστη [...]. Αφού γίνει η περιποίηση του σώματος με την ιερή κάθαρ-

ση, χρησιμοποίησε επιθέματα από νάρδο (αρωματικό φυτό), μαστίχα, χουρμάδες και κυδώνια ωμά. Ο χυμός από ροδέλαιο είναι κατάλληλος για την εφύγρανση. Εναλλακτική λύση ο χυμός από ακακία και υποκυστίδα. Το προς πόσιν ύδωρ, να βράζεται με φρούτα.

Τροφή: Γάλα και διάφορα δημητριακά, σπόροι και ροφήματα. Κρασί, στυφό (μπρούσκο) είναι στυπτικό και δροσιστικό, προκαλεί ευεξία και αίσθηση καλής υγείας. Τα λοιπά φάρμακα είναι τα ίδια, όπως εκείνα από τις οχιές ή αυτό του Μυθριδάτη...». Δεν τα αναφέρει θεωρώντας τα γνωστά.

Τη σκυτάλη παίρνει ο Γαληνός. Γεννήθηκε στην Πέργαμο, εννέα χρόνια πριν πεθάνει ο Αρεταίος, το 129 μ.Χ. Θεωρείται ο σημαντικότερος, μετά τον Ιπποκράτη, γιατρός της αρχαιότητας. Δύσκολος ως χαρακτήρας, φίλερις και αλαζόνας. Άριστος όμως γιατρός και πολυγράφοτας. Αναγνωρίζει την πρωτοκαθεδρία του Ιπποκράτη, ο σεβασμός στη μνήμη του οποίου αποδίδεται με τη φράση του: «Ιπποκράτους αληθώς εσμέν zηλωταί, ότι άριστος ιατρός και φιλόσοφος». Για τον διαβήτη κάνει πολλές αναφορές. Σταχυολόγω από το έργο του «Η εντόπιση των νόσων», όπου γράφει: «Έχω τη γνώμη ότι οι νεφροί επιπρεάζονται πολύ από μια σπάνια νόσο, την οποία οι άνθρωποι αποκαλούν υδρωπικία. Άλλοι πάλι διαβήτη ή σιφοδρή δίψα, η οποία τους εξαναγκάζει να πίνουν τεράστιες ποσότητες υγρών. Τα υγρά εν συνεχείᾳ ουρούνται ταχέως και τα ούρα μοιάζουν



με νερό. Ο διαβήτης είναι αιθηθής νόσος των νεφρών, αναπόγως της αδηφάγου ορέξεως...».

Οι βιζαντινοί γιατροί Αέτιος ο Αμιδνός, Αλέξανδρος από τις Τράλλεις, ο Παύλος ο Αιγινίτης, απλά κυρίως ο Άραβας, περσικής καταγωγής, Αβικέννας, συνέβαθην με τις αναφορές τους ώστε το έργο του Γαληνού να λαμπρύνει επί 15 αιώνες την ιατρική.

Στις Βέδες, σε ινδικά ιερά βιβλία, περιγράφεται πλεπτομερώς νόσομα που ταιριάζει με τον διαβήτη τύπου 2. Επισημαίνεται η κληρονομική επιβάρυνση, η αργοπορία στην εμφάνιση και συνδέεται με την καθιστική ζωή και την παχυσαρκία. Ο ινδός γιατρός Suchrant, γύρω στα 600 μ.Χ., συσχέτισε την ποιλουρία της νόσου με τη γλυκιά γεύση των ούρων. Τα ίδια αναφέρει και ένας σύγχρονός του κινέζος γιατρός στο σύγγραμμά του «Κανών» για την ποιλουρική νόσο.

Από το 1453 μ.Χ. και για τριακόσια χρόνια δεν υπάρχει στον ελληνικό κόσμο αναφορά στον διαβήτη. Στα μισά του 18ου αιώνα βρέθηκε ο συνδετικός κρίκος. Πρόκειται για ένα κείμενο του Νικολάου Ιερόπαιδα. Γιατρός της εποχής, γνωστός και με άλλες επωνυμίες, όπως Νικόλαος ο Αγραφιώτης ή Νικόλαος ο Βελισδονίτης ή απλώς Νικόλαος ο γιατρός. Γεννήθηκε στο Βελισδόνι των Αγράφων, που σήμερα ονομάζεται

Τρίδενδρο και ανήκει στην Ευρυτανία. Κατ' αυτόν ορισμός: «Διαβήτης πλέγεται, όταν, άμα πίνοντας ουρούσιν», έτσι απλά. Ακόμη: «Λέγεται και διάρροια ή διψακός. Γίνεται επί θερμότητι του σώματος και ξηρότητι». Προτείνει θεραπείαν: «Τροφαί εύχυμοι, ωάρα ροφητά, κρέατα βόεια, χοιρεία και αίγεια. Λαχάνων δε, μαλάχη, μαρούλιον, αδράχνη και όρυζα. Ποτόν: Οίνος. Αφεψήματα δε ρίζης νουφάρου και άνθους πεντανεύρου». Τα φάρμακα χορηγεί με τη μορφή τροχίσκων. Εκπληκτική είναι η οδηγία του για την παρασκευή τους: «Λάβε ρόδα, σπόδιον, κόμμεως φρυκτού, σύνταθην πλευκόν και ερυθρόν. Ζύμωσον μετά χυλού, ψυλλίου, συν ροδοστάγματι και ποίησον τροχίσκους. Πότισε πρώι, μετά ζουλαπίου των μύρτων και των πόδων ή του ποιλυγόνου των χυλόν. Και υγιαίνει ει Θεόν φίλον». Αυτά τον 18ο αιώνα, με τη βοήθεια του Θεού.

Πέρασαν πάνω από 100 χρόνια, φθάνουμε στο σωτήριον έτος 1818. Τότε, εκτυπώθηκε στην Κωνσταντινούπολη υπό του Διονυσίου Πύρρου του Θετταλού, έργο με τίτλο: «Φαρμακοποΐα Γενική». Βιβλίο ευλογημένο με συνταγές για θεραπεία νόσων. Γιατί ευλογημένο; Μα επειδή εκδόθηκε «τη Αδεία του Παναγιωτάτου Οικομενικού Πατριάρχου Κυρίου Κυρίλλου», όπως αναφέρεται στην πρώτη σελίδα. □

Περιδιαβαίνοντας στο «δάσος του διαβήτη» αναζητούσα και τελικώς εντόπισα «το δέντρο που φύτεψαν οι πρωτοπόροι». Μεγάλωσε πολύ. Έχει χοντρό κορμό και δυνατά κλαδιά. Παραστατικά το ζωντάνεψε με σκίτσο ο Τζον Αλιβιζάτος. Με στοργή και τρυφερότητα του δίνει «Ζωή» ο Φώτης Παυλάτος στο ποίημά του «Το δέντρο...»

Ο Διονύσιος Πύρρος γεννήθηκε στην Καστανιά Τρικάλων. Εξ αυτού του λόγου και το «Θετταλός». Ξεκίνησε να μάθει γράμματα καλογεροπαίδι στη Μονή Μεταμόρφωσης Μετεώρων. Περιπλανήθηκε σε Χίο και Μυτιλήνη, όπου σπούδασε σε ονομαστούς δασκάλους, αστρονομία, φυσική, μαθηματικά και φιλοσοφία. Κατέληξε στην Παβία, γράφτηκε στο πανεπιστήμιό της και αποφοίτησε αναγορευθείς... «Διδάσκαλος Ιατρικής και Χειρουργίας». Άσκησε, με άδεια του σουλτάνου, την ιατρική στη Θεσσαλία, Στερεά και Αττική. Μετείχε στην επανάσταση του 1821. Με τη δημιουργία του ελληνικού κράτους, άσκησε την ιατρική στην Αθήνα, από όπου όμως εξεδιώχθη κακήν-κακώς από τους ομότεχνούς του, επειδή ασκούσε την ιατρική αφιλοκερδώς! Φρόντιζε τον κόσμο, χωρίς να πάρει χρήματα, άρα αποδιοπομπαίος!

Στη «Φαρμακοποΐα Γενική», υπάρχει καταγεγραμμένη η παρασκευή φαρμάκου για το διαβήτη... Λέει: «Πηκτή ελαφοκέρατος: Βράσαι εις τρεις οκάδας νερόν της βρύσης ελαφοκέρατον καλώς ξυσμένον και κοπανισμένον, δράμια εκατόν. Άφες να ψυχρανθεί και να πήξει. Χορήγησον την πηκτήν μόνην διαθισμένην εις καλόν οίνον ἡ εις αρωματικά νερά». Οι ενδείξεις του παρασκευάσματος:

«Ἐτ τὸν διαβῆτην, εἰ τὸν υδρωπικὸν, εἰ πληγὰς καὶ εἰ συντριμμένα κόκαλα...». Αυτή η θεραπεία το 1818...

Μεσολαβεί η επανάσταση του 1821, η απελευθέρωση με τη δημιουργία του ελληνικού κράτους και η ίδρυση της ιατρικής σχολής του πανεπιστημίου της Αθήνας. Τα πρώτα συγγράμματα της παθοιλογίας ήταν μεταφράσεις γαλλικών και γερμανικών. Σε μερικές σελίδες, ακροθιγώς γινόταν αναφορά στον διαβήτη, την παθογένεια και τη θεραπεία του. Υποθέσεις και θεωρίες, που σήμερα προκαλούν θυμοδία και ειρωνικά σχόλια. Δεν παύουν εν τούτοις να καταγράφουν την αγωνία των θεραπόντων και την προσπάθειά τους να βρουν αποτελεσματική θεραπεία για τον διαβήτη. Με αυτά τα δεδομένα, για να βρούμε κείμενο ελληνικό με αναφορά στον διαβήτη, φθάνουμε στο 1922. Ένα έτος μετά τη χρονιά-ορόσημο, που φεύγοντας, ο Δεκέμβριος του 1921 άφησε δώρο: την ανακάλυψη της ινσουλίνης. Δράστες, ο Banting και ο Best. Δυο λόγια για το γεγονός...

Τον τελευταίο μήνα του 1921, ο Banting έδωσε διάλεξη με θέμα: «Η επωφελής επίδραση των εκχυλισμάτων του παγκρέατος στο διαβήτη». Τον Ιανουάριο του 1922, ο Leonard Thomson

ήταν ο πρώτος άνθρωπος που έλαβε ινσουλίνη. Η πρώτη προσπάθεια κατέληξε σε αποτυχία! Στο σημείο της ένεσης δημιουργήθηκε απόστημα. Επιτυχός ή δεύτερη απόπειρα.

Το ενεθέν εκκύπισμα ετοίμασε ο βιοχημικός Collip, ο οποίος αρνήθηκε να αποκαλύψει στους συνεργάτες του Banting και Best τη μέθοδο που χρησιμοποίησε για να απαλλάξει το εκκύπισμα από τις προσμίξεις. Βλέπετε ότι και οι διαπρεπέις επιστήμονες συμπεριφέρονται με ματαιοδοξία και μικροπρέπεια. Έχουν αδυναμίες ανθρώπινες...

Πρωτοπόρος στην έρευνα και αυτός που απομόνωσε την ινσουλίνη είναι ο ρουμάνος γιατρός Paulesu. Η κατάληψη του Βουκουρεστίου από τους Γερμανούς στον Α Παγκόσμιο Πόλεμο, σταμάτησε την έρευνα. Πρόλαβε όμως και δημοσίευσε την ανακάλυψή του σε γαλλικό ιατρικό περιοδικό. Η δημοσίευση πέρασε απαραήρητη. Την βρήκαν όμως οι Banting και Best, την αξιοποίησαν και πήραν τη δόξα! Τη δόξα, την αναγνώριση και το Nobel το 1923. Το βραβείο μοιράστηκε ο Banting με τον καθηγητή Macleod, ο οποίος ευθύς εξαρχήστηκε πολέμιος του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Αυτή είναι η ιστορία της ΜΕΓΑΛΗΣ ΗΜΕΡΑΣ...

As επιστρέψουμε στα δικά μας...

Η πρώτη αναφορά στο νέο φάρμακο και η κριτική για την αποτελεσματικότητά του γίνεται από τον γιατρό Π. Παναγιωτάκο, μέσα από τις σελίδες του περιοδικού «Ιατρική Πρόοδος» (σελ. 211-213), το 1923. Μολονότι η ανασκόπηση έχει τίτλο: «Η νέα θεραπεία του διαβήτη δια της ινσουλίνης», δεν αποφέύγει τον πειρασμό! Ακροθιγώς σχολίάζει και την παθογένεια του διαβήτη. Μερικές από τις παρατηρήσεις του γιατρού Π. Παναγιωτάκου...

- «Κατά την εφαρμογή της ινσουλίνης το σάκχαρον εξαπείφεται βαθμιδών, εντός ωρών. Η οξόνη επίσης εντός ημερών. Η πολυσφαγία ή η ανορεξία, αι σωματικά και πνευματικά δυνάμεις, ταχέως επανέρχονται εις το κατά φύσιν».

Για τη θεραπευτική αγωγή:

- «Αρχόμεθα δια δόσεως 10 μονάδων, δις της ημέρας, μισήν ώραν προ εκάστου γεύματος. Αν μετά τριήμερον περιέχουσι τα ούρα ακόμη σάκχαρον, τότε, αυξάνομεν εις 15 μονάδας ή το πολὺ 20. Σπανιότατα δε μέχρι 30.»

Την επόμενην πλήρη αναφορά για την ινσουλίνη, τη βρίσκουμε στο σύγγραμμα της χειρουργικής του καθηγητή Αλεβίζατου, εκδ. 1931. Περιγράφει την παθογένεια του διαβήτη και εστιάζει την αναφορά του στη χρήση της ινσουλίνης, προ και μετεγχειρητικά. Εντυπωσιάζει η σαφήνεια και ακρίβεια των οδηγιών, τόσο για τη χρήση της ινσουλίνης όσο και για τα κριτήρια αναπροσαρμογής της δοσολογίας, μέχρις ότου υπάρξει το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ακόμη, δίδει λεπτομερείς οδηγίες για τη διατροφή του χειρουργημένου διαβητικού.

Αναζωπυρώνεται το ενδιαφέρον για τον διαβήτη στη δεκαετία του '60. Από μια πλειάδα παθοιλόγων. Στην Αθήνα: Δάμων Βασιλείου, Κώστας Γαρδίκας, Γιώργος Μερίκας, Δημήτρης Μπακάλος και στη Θεσσαλονίκη: Δημήτρης Βαλτής. Όχι μόνο ενδιαφέρονται, αλλά προτρέπουν τους ειδικευόμενους στις κλινικές τους γιατρούς να μεταβούν στο εξωτερικό, προ εξειδίκευση στον διαβήτη, πράγμα που έγινε από αρκετούς από αυτούς.

Το 1962, ο παθοιλόγος Νίκος Παπασπύρου, διαβητικός και ο ίδιος, ιδρύει το πρώτο διαβητοιλογικό ιατρείο στον ελληνικό χώρο. Να πώς αναφέρεται στο ιατρείο ο ένας εκ των δύο συνεργατών του Ευστράτιος Κοκλάμης. Ο άλλος ήταν ο Βασίλης Διζικηρίκης...

«Το διαβητοιλογικό κέντρο, αποκτώντας με τον καιρό δική του κλινική, στάθηκε από πλευράς κινήσεως ασθενών ένα από τα μεγαλύτερα τότε στον κόσμο. Πέρασαν το κατώφλι του περισσότεροι από 40.000 διαβητικοί, στα χρόνια της ύπαρξής του». Η ζωή του Παπασπύρου ήταν σύντομη. Αιτία; Αυτό που με πάθος εξυπηρέτησε. Έφυγε από τη ζωή σε ηλικία 63 ετών, με βαριές αγγειακές επιπλοκές, σχεδόν τυφλός.

Την ίδια δεκαετία ασχολήθηκαν με

το διαβήτη, σε ερευνητικό επίπεδο στο εξωτερικό, ο Μάριος Μπαλοδήμος και ο Πάνος Κατσόγιαννης, ο οποίος μάλιστα πρώτος κατάφερε να συνθέσει το μόριο της ινσουλίνης στο εργαστήριο.

Η δεκαετία του '70 υπήρξε σταθμός στην ιστορία του διαβήτη. Στην Αθήνα, στους χώρους των ενδοκρινοϊογικών ιατρείων, λειτουργούσαν τμήματα εξυπηρέτησης διαβητικών. Στην πολυκλινική (Τζον Αλιβιζάτος), στον Ευαγγελισμό (Διον. Ικκος), στο Αλεξάνδρα (Δημ. Κούτρας), στο Λαϊκό (Φώτης Παυλάτος). Τότε επέστρεψαν από την αληθοδαπή οι νέοι γιατροί, που είχαν μεταβεί για την μετεκπαίδευση. Ιδρυσαν διαβητοιλογικά ιατρεία, στο Ιπποκράτειο (Β. Καραμάνος και Π. Χριστακόπουλος), στο Αγία Σοφία Πλαίδων (Αικ. Δάκου), στο Παίδων Αγλαΐα Κυριακού (Χ. Μπαρτσόκας). Στη Θεσσαλονίκη ο Δ. Καραμήτσος (Ιπποκράτειο) και Ν. Παπάζογλου (Αγ. Παύλος).

Το 1975 ιδρύθηκε η Ελληνική Διαβητοιλογική Εταιρεία. Τα ιδρυτικά της μέλη ήσαν 30. Στις 6 Νοεμβρίου 1975, στην πρώτη γενική συνέλευση της εταιρείας, στο αμφιθέατρο της πολυκλινικής Αθηνών, εξελέγη το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο. Το αποτελούσαν...

Πρόεδρος: Τζον Αλιβιζάτος

Αντιπρόεδρος: Πάρις Χριστακόπουλος

Γεν. Γραμματέας: Ανδρέας Ρήγας

Ταμίας: Νίκος Θαλασσινός

Μέλη: Βάσος Καραμάνος, Φώτης Παυλάτος, Κώστας Ζέρβας, Νίκος Κατσιλάμπρος, Χρήστος Τασσόπουλος

Έτσι μπήκε «το νερό στο αυλάκι». Τις επόμενες δεκαετίες υπήρξε αθρόα συρροή νέων γιατρών στα διαβητοιλογικά ιατρεία, τα περισσότερα των οποίων μετεξεπλήθικαν σε κέντρα για μετεκπαίδευση στον διαβήτη. Άνθισε και εξακολουθεί να είναι θαλερός ο διαβήτης, όπως και οι ασχολούμενοι με αυτόν που είναι εξίσου δραστήριοι και αποτελεσματικοί στην καθοδήγηση των διαβητικών ατόμων, ώστε να τους βελτιώσουν την ποιότητα της ζωής τους και να τους βοηθήσουν να ζήσουν απαλλαγμένοι από το φόβο που προξενεί η άγνοια. ☐



Περιδιαβαίνοντας στο «δάσος του διαβήτη» αναζητούσα και τελικώς εντόπισα «το δέντρο που φύτεψαν οι πρωτοπόροι». Μεγάλωσε πολύ. Έχει χοντρό κορμό και δυνατά κλαδιά. Παραστατικά το ζωντάνεψε με σκίτσο ο Τζον Αλιβιζάτος. Με στοργή και τρυφερότητα του δίνει «Ζωή» ο Φώτης Παυλάτος στο ποιήμά του «Το δέντρο...». Χαρείτε τους στίχους...

[Το δέντρο]

Το δέντρο/που φύτεψαν οι πρωτοπόροι

Μεγάλωσε με τη στοργή/και με πολλή φροντίδα

Κι άπλωσε τις ρίζες του/άπλωσε τα κλαδιά του...

Κι έστρωσε τις γνώσες/πλούσιο τον ανθό

Και τον καλό του τον καρπό/εμείς θερίζουμε

Κι είναι μια χαρά, πολλή χαρά μαζί κι ευγνωμοσύνη

Στου δέντρου τη σκιά να ξαποστάνεις

Και τον καρπό τον ώριμο/να γεύεσαι

Στον πνευματικό τον κάμπο/ψηλό στέκει και περήφανο το δέντρο

Ιστορία του κόπου και του μόχθου

Σε αέναντη πανάληψη/σε αέναντη πορεία

Από το χτες στο σήμερα/από το σήμερα στο αύριο...

Μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος: Πρόοδος και προκλήσεις



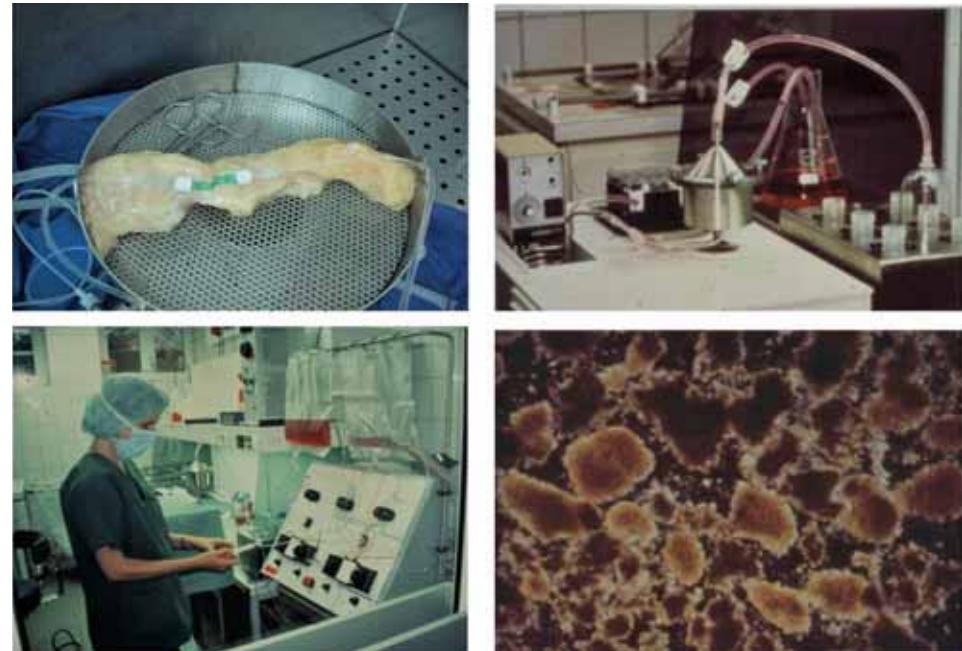
ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΚΑΡΑΤΖΑΣ,

επίκουρος καθηγητής χειρουργικής πανεπιστημίου Αθηνών, Β' Προπαιδευτική Χειρουργική Κλινική, «Λαϊκό» νοσοκομείο Αθηνών

Hαποτελεσματική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου-I εξακολουθεί να παραμένει μέχρι σήμερα μια εξεχωριστή θεραπευτική πρόκληση. Η μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος τη τελευταία δεκαετία, με την καθιέρωση του πρωτοκόλλου του Edmonton, αποτέλεσε μια εξαιρετικά υποσχόμενη θεραπευτική αντιμετώπιση για την απελευθέρωση του διαβητικού ασθενούς από την ινσουλίνη. Τα ποσοστά επιτυχίας της μεταμόσχευσης νησιδίων παγκρέατος, τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά κι αυτό οφείλεται στις καινοτόμες προδιαγραφές που έχουν θεσπισθεί με το πρωτόκολλο του Edmonton και που ακολουθούν τα μεγαλύτερα μεταμόσχευτικά κέντρα νησιδίων του κόσμου. Βασική προϋπόθεση για να απελευθερωθεί ένας διαβητικός ασθενής από την ινσουλίνη στη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος είναι να εμφυτεύεται η απαραίτητη ποσότητα και άριστη ποιότητα νησιδίων, στο συγκεκριμένο ασθενή.

Η επιτυχημένη μεταμόσχευση νησιδίων έχει σαν αποτέλεσμα κλινικά την πλήρη απελευθέρωση του διαβητικού ασθενούς από την ινσουλίνη. Για να επιτευχθεί αυτός ο στόχος η μεταμόσχευση νησιδίων, θα πρέπει να πληροί τις εξής προδιαγραφές, βάσει του πρωτοκόλλου του Edmonton:

1. Να μεταμοσχεύεται η ανάλογη ποσότητα νησιδίων για κάθε ασθενή που πρέπει να είναι 8-10 000 νησίδια/kg βάρους πλήπτη. Ο αριθμός αυτός των



Εικόνα 1. Επεξεργασία παγκρέατος και απομόνωση νησιδίων

νησιδίων για κάθε πλήπτη μπορεί να εξασφαλισθεί από έναν ή και περισσότερους δότες παγκρέατος.

2. Να ελέγχονται πριν τη μεταμόσχευση, η ποιότητα, η ακεραιότητα και η λειτουργικότητα των προς εμφύτευση νησιδίων και να αξιολογείται η ποσοτική παραγωγή της ινσουλίνης και η ζωτικότητα των νησιδίων από ένα μικρό δείγμα νησιδίων.

3. Να γίνεται σωστή επιπλογή του δότη παγκρέατος για την παραγωγή και απομόνωση του απαραίτητου αριθμού νησιδίων στο συγκεκριμένο υποψήφιο πλήπτη. Οι προδιαγραφές του ιδανικού δότη παγκρέατος είναι: ηλικία (35-55 ετών), παχύσαρκος ($BMI > 30$), ολιγοήμερη παραμονή σε μονάδα εντατικής θεραπείας νοσοκομείου. Ο διαβητικός πλήπτης-υποψήφιος για μεταμόσχευση νησιδίων, θα πρέπει να είναι αδύνατος, βάρους 60-65 kg.

4. Η χορήγηση του θεραπευτικού σχήματος ανοσοκαταστατικών φαρμάκων να τροποποιείται με βασικό στοιχείο την εξαίρεση της κορτιζόνης και τη σημαντική μείωση του αναστολέα της καλσινευρίνης (τοξικό για τα νησίδια) και επιβλαβούς για τα παιδιά. Να επιλέγεται ένας ασφαλής συνδυασμός ανοσοκαταστατικών φαρμάκων, που να είναι ελάχιστα τοξικός για τα μεταμοσχευμένα νησίδια.

5. Τροποποιήσεις σε καίρια σημεία των τεχνικών επεξεργασίας του παγκρέατος (συντήρηση, ενυγματική πέψη κ.λπ.) και απομόνωσης των νησιδίων, με την καθιέρωση ποιοτικού ελέγχου και καθηλιέργειας των νησιδίων πριν τη μεταμόσχευση [εικόνα 1].

Η επιλογή των διαβητικών ασθενών για μεταμόσχευση νησιδίων βασίζεται αυστηρά στις ενδείξεις που έχουν καθορισθεί από το πρωτόκολλο του

Edmonton και ακολουθούνται από τα μεγαλύτερα μεταμόσχευτικά κέντρα του κόσμου.

Οι ενδείξεις αυτές αφορούν συγκεκριμένες κατηγορίες διαβητικών ασθενών: **1)** Άτομα με σοβαρές επιπλοκές σακχαρώδη διαβήτη, όπως αμφιβλητορειδοπάθεια, νεφροπάθεια, μικρο- και μακροαγγειοπάθεια, νευροπάθεια κινητική και αισθητική, αυτόνομη νευροπάθεια του γαστρεντερικού και ασθενείς με αντίσταση στην ινσουλίνη. Στην ομάδα αυτή των διαβητικών επιπλοκών ανίκουν ασθενείς με σοβαρά προβλήματα όρασης, νεφρικής δυσλειτουργίας, ισχαιμικής βλάβης κάτω άκρων, γάγγραινας, προβλήματα κινητικά, γαστροπάρεστος, έντονων διαρροιών κ.λπ., **2)** άτομα με ασταθή διαβήτη, δηλαδή άτομα που έχουν σοβαρά προβλήματα ρύθμισης σακχάρου αίματος παρά την εντατικοποιημένη χορήγηση ινσουλίνης και την αυστηρή παρακολούθηση από διαβητολόγο, **3)** άτομα με σοβαρά ανεπίγνωστα υπογλυκαιμικά επεισόδια (ένα ή και περισσότερα τον χρόνο), για την αντιμετώπιση των οποίων χρειάζεται βοήθεια από τρίτους, διαφορετικά κινδυνεύει η ζωή τους, **4)** διαβητικοί ασθενείς με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση και χρειάζονται διπλή μεταμόσχευση νεφρού και νησιδίων, ή ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού πλόγω διαβητικής νεφροπάθειας, έχουν σταθερή νεφρική πλειουργία και χρειάζονται μεταμόσχευση νησιδίων έξι μήνες τουλάχιστον, μετά τη μεταμόσχευση νεφρού.

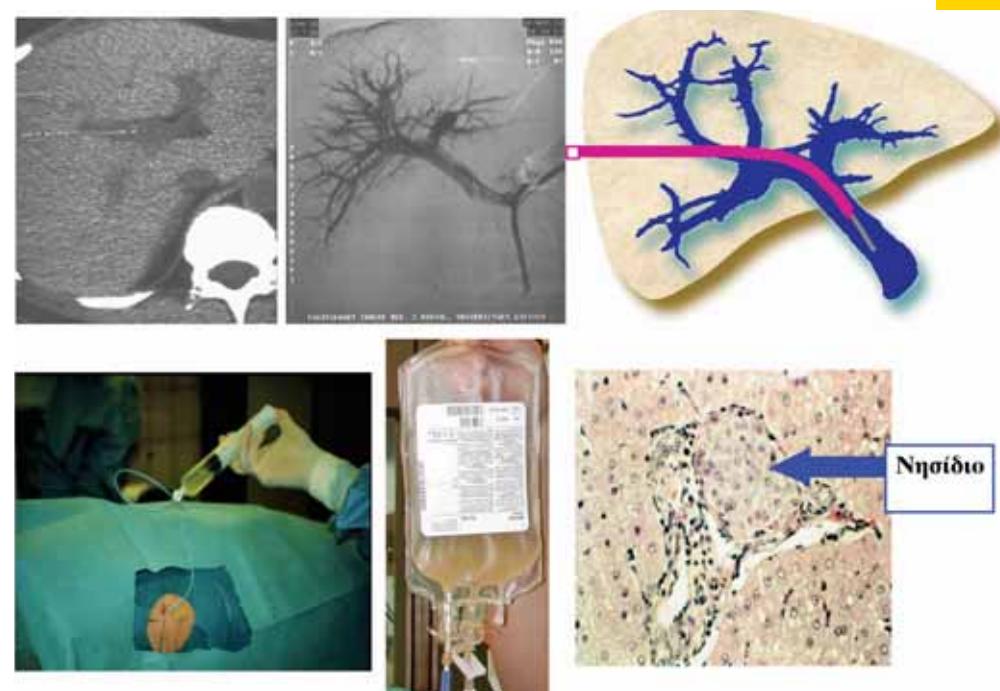
Στα παιδιά, οι ενδείξεις μεταμόσχευσης νησιδίων είναι πολύ περιορισμένες και σήμερα έχει επικρατήσει να γίνεται συνδυασμένη μεταμόσχευση νεφρού και νησιδίων όταν συνυπάρχει διαβητική νεφροπάθεια τελικού σταδίου, καθώς και επί κλινικών ενδείξεων ασταθούς διαβήτη και σοβαρών και επικίνδυνων υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Η τεχνική της μεταμόσχευσης - εμφύτευσης των νησιδίων σήμερα αποτελεί μια απλή επεμβατική διαδικασία. Γίνεται με τοπική αναισθησία και ξύπνιο τον

ασθενή, υπό άσοπτες συνθήκες στον χώρο του χειρουργείου, όπου πρακτικά τοποθετείται ένας λεπτός καθετήρας διαδερμικά-διπλατικά με τη κορυφή του να προωθείται στο στέλεχος της πυλαίας. Ακολουθεί η έγχυση των νησιδίων δια μέσου του καθετήρα, που διαρκεί 30-40' και παράλληλα μετριέται η πίεση στην πυλαία και παρακολουθείται ο ασθενής [Εικόνα 2]. Γενικά, η διαδικασία έγχυσης των νησιδίων είναι αρκετά ανεκτή από τον ασθενή και συνοδεύεται σε μικρό ποσοστό από ήπιες και εύκολης αντιμετωπίσιμες επιπλοκές. Μετά την εμφύτευση τα νησίδια αρχίζουν να λειτουργούν πλήρως σε 5-7 ημέρες.

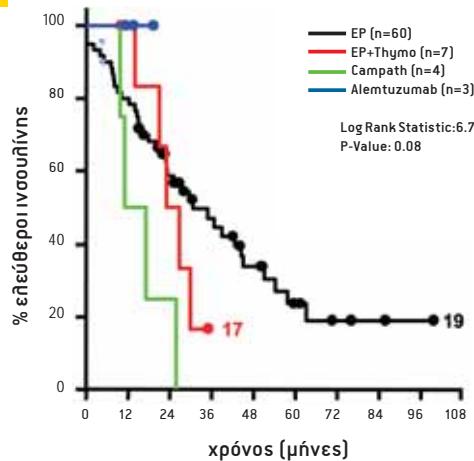
Τα νεότερα δεδομένα των μεταμόσχευσεων νησιδίων παγκρέατος τα τελευταία χρόνια προέρχονται από τις κλινικές μελέτες των μεγάλων μεταμόσχευτικών κέντρων που ακολουθούν το πρωτόκολλο του Edmonton και από τη συνολική ανάλυση των κλινικών αποτελεσμάτων των πολυκεντρικών μελετών. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθόσον παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά λειτουργικότητας των μεταμόσχευμένων νησιδίων,

σωστή ρύθμιση της ομοιόστασης του σακχάρου, έλεγχο των επιπλοκών και αποφυγή των επικίνδυνων υπογλυκαιμικών επεισοδίων των ασθενών. Ο E.A. Ryan και συν. σε μια αναδρομική μελέτη την από το κέντρο του Edmonton (Καναδά) σε 65 ασθενείς με μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος, μετά από πέντε χρόνια παρακολούθησης, αναφέρει ότι 82% των μεταμόσχευμένων παρέμειναν επεύθεροι ινσουλίνης τον πρώτο χρόνο, περίπου 50% στα τρία χρόνια και 10-13% στα πέντε έτη.

Οι συγγραφείς ανέφεραν επίσης ότι το σημαντικότερο όφελος στους ασθενείς αυτούς ήταν ότι το 80% του συνόλου των είχαν παραγωγή c-πεπτιδίου στο τέλος της 5ετίας, που αποδεικνύει την ύπαρξη υποθειματικής λειτουργικότητας των νησιδίων ικανής να διατηρήσει φυσιολογικά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ($HbA1c = 6,4\%$). Ακόμη, η κλινική σημασία της φυσιολογικής $HbA1c$ στο 80% των ασθενών αυτών ήταν ότι είχαν καλή ομοιόσταση σακχάρου που τους εξασφάλιζε την αποτροπή της περαιτέρω επιδείνωσης των επιπλοκών τους, □



Εικόνα 2. Εμφύτευση νησιδίων στο ήπαρ



Εικόνα 3:
Αποτελέσματα μεταμόσχευσης νησιδίων

την αποφυγή υπογήπουκαιμικών επεισοδίων και ασταθούς διαβήτη, προβλήματα για τα οποία χρειάσθηκαν τη μεταμόσχευση νησιδίων. Ο AMJ. Shapiro, ο εμπνευστής του πρωτοκόλλου του Edmonton από το ίδιο κέντρο, σε μελέτη ανασκόπησης στο περιοδικό «Transplantation» του 2005, σε 471 μεταμόσχευμένους ασθενείς με νησίδια από 43 κέντρα του κόσμου, κατέγραψε τα ίδια ποσοστά 1, 3 και 5 ετών επιβίωσης και ηειτουργικότητας των μεταμόσχευμένων νησιδίων, με μικρές αποκλίσεις μεταξύ των κέντρων.

Αναδρομική μελέτη του Bretzel και συν. (Giessen 2007), σε 74 μεταμόσχευμένους ασθενείς με διαφορετικούς συνδυασμούς ανοσοκαταστατικών φαρμάκων έδειξε ότι το 19% των ασθενών που έπαιρνε το ανοσοκαταστατικό σχήμα του Edmonton (n=60), παρέμενε ελεύθερο ινσουλίνης πέντε χρόνια μετά τη μεταμόσχευση. Το ίδιο ποσοστό απελευθέρωσης των ασθενών από την ινσουλίνη παρατηρήθηκε και στο διάστημα των εννέα χρόνων συνολικής παρακολούθησης των μετά τη μεταμόσχευση (Εικόνα 3). Επίσης, αναδείχθηκε από τη μελέτη αυτή ότι το 80% των ασθενών περίπου είχε παραγωγή c-πεπτιδίου.

Συμπερασματικά, από τα αποτελέσματα των μελετών των μεγαλύτερων μεταμόσχευτικών κέντρων νησιδίων παγκρέατος διαπιστώνεται ότι, παρά τα μη ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα ποσοστά απελευθέρωσης των μεταμόσχευμένων ασθενών από την ινσουλίνη στα εννέα χρόνια παρακολούθησης του πρωτοκόλλου του Edmonton, τα οφέλη που προκύπτουν από τη μερική ηειτουργικότητα των νησιδίων, με τη σωστή ομοιόσταση του σακχάρου, την αποφυγή των σοβαρών υπογήπουκαιμικών επεισοδίων και των επικίνδυνων επιπλοκών του ασθενούς, είναι μεγάλης κλινικής σημασίας. Τα περιθώρια βελτίωσης των αποτελέσμάτων για μακρόχρονη επιβίωση των μεταμόσχευμένων νησιδίων, είναι πολλά και έχουν σχέση με την τελειοποίηση της τεχνικής επεξεργασίας του παγκρέατος και απομόνωσης των νησιδίων, τη διερεύνηση των μηχανισμών επιβίωσης και συντήρησης των νησιδίων στο ήπαρ, τον έλεγχο του φαινομένου της απόπτωσής των στο ήπαρ, την εξεύρεση ανεκτικότερων ανοσοκαταστατικών φαρμάκων και την πρώιμη διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση των επεισοδίων απόρριψης των νησιδίων.

Η μελλοντική επίλυση των προβλημάτων αυτών θα κάνει τη μεταμόσχευση νησιδίων πολύ πιο αποτελεσματική και προσιτή σε περισσότερους διαβητικούς ασθενείς, με προοπτική να διευρυνθούν οι περιορισμένες ενδείξεις που ισχύουν σήμερα και ιδιαίτερα στα παιδιά. Οι μελέτες συνεργασίας μεταξύ των διεθνών μεταμόσχευτικών κέντρων νησιδίων που ακολουθούν το πρωτόκολλο του Edmonton και έχουν σαν βάση την υψηλή και ποιοτική παραγωγή των προσ μεταμόσχευση νησιδίων και τη τήρηση των κλινικών προδιαγραφών που έχουν καθορισθεί για επιτυχή μεταμόσχευση, θα μπορέσουν μέσα από συνεχείς ερευνητικές προσπάθειες να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των μεταμόσχευσων για να κάνουν τη μεταμόσχευση νησιδίων, θεραπεία εκλογής, για μόνιμη απελευθέρωση των διαβητικών ασθενών από την ινσουλίνη. ✎

Οι μελέτες συνεργασίας μεταξύ των διεθνών μεταμόσχευτικών κέντρων νησιδίων που ακολουθούν το πρωτόκολλο του Edmonton και έχουν σαν βάση την υψηλή και ποιοτική παραγωγή των προσ μεταμόσχευση νησιδίων και τη τήρηση των κλινικών προδιαγραφών που έχουν καθορισθεί για επιτυχή μεταμόσχευση, θα μπορέσουν μέσα από συνεχείς ερευνητικές προσπάθειες να βελτιώσουν τα αποτελέσματα των μεταμόσχευσων για να κάνουν τη μεταμόσχευση νησιδίων, θεραπεία εκλογής, για μόνιμη απελευθέρωση των διαβητικών ασθενών από την ινσουλίνη



NEO ATHINAION

M.D. HOSPITAL A.E.

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



Νέο Όραμα για την Υγεία σας

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



ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

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

Τι νεότερο υπάρχει για την αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας στα άτομα με διαβήτη;

Το διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας (ΔΟΩ) μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο κατά τη διάρκεια της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μια χρόνια, προοδευτική διαταραχή του αμφιβληστροειδικού μικροαγγειακού δικτύου και μια από τις συχνότερες μικροαγγειακές επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη



ΙΩΑΝΝΗΣ Α. ΜΑΛΛΙΑΣ,

χειρουργός οφθαλμίατρος, διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, διευθυντής Οφθαλμολογικού Τμήματος Mediterraneo Hospital

Hπλειοψηφία των ασθενών με μακρόχρονο σακχαρώδη διαβήτη θα αναπτύξει τελικά διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια σε κάποιο βαθμό. Στις πρωιμότερες ορατές κλινικές εκδηλώσεις της αμφιβληστροειδοπάθειας περιλαμβάνονται τα μικροανευρύσματα και οι αιμορραγίες. Οι βαμβακόμορφες κηλίδες, επίσης γνωστές ως μαλακά εξιδρώματα, είναι ισχαιμικές αποφράξεις

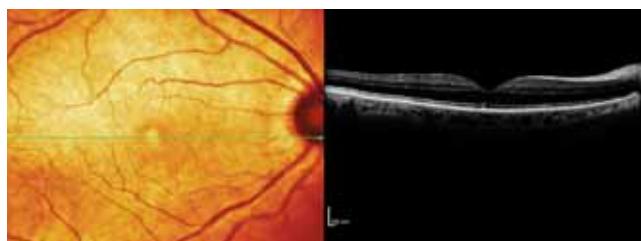
της στοιβάδας των νευρικών ινών και εμφανίζονται ως μίευκές, επιφανειακά εντοπιζόμενες βλάβες, οι οποίες διαφαίνονται με τη βυθοσκόπηση. Το επόμενο και πιο προχωρημένο στάδιο της αμφιβληστροειδοπάθειας (παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια) χαρακτηρίζεται από το κλείσιμο των αρτηριοιλίων και των φλεβιδίων και από την αντιδραστική παραγωγή νέου αγγειακού δικτύου στον οπικό δίσκο, στον αμφιβληστροειδή, στην ίριδα και τη γωνία του προσθίου θαλάμου. Η υαλοειδική αιμορραγία είναι συνήθης επιπλοκή της παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, η οποία εμφανίζεται ως αποτέλεσμα

της διαρροής αίματος από τις ανώμαλες νέες φλέβες εντός του υαλοειδούς.

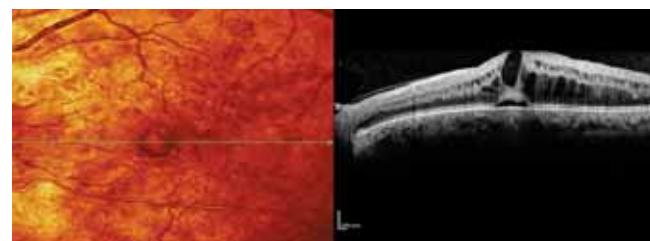
Το διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας αφορά τη συσσώρευση υγρού στις στοιβάδες του αμφιβληστροειδούς. Το ΔΟΩ μπορεί να προκύψει σε οποιαδήποτε φάση εξέλιξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και είναι η σημαντικότερη αιτία μείωσης της οπτικής οξύτητας των διαβητικών ασθενών.

Η διάσπαση του αιματοαμφιβληστροειδικού φραγμού οδηγεί στη διαρροή των συστατικών του πλάσματος στον περιβάλλοντα αμφιβληστροειδή, γεγονός που οδηγεί σε αμφιβληστροειδικό οίδημα. Όταν το ΔΟΩ αφεθεί χωρίς

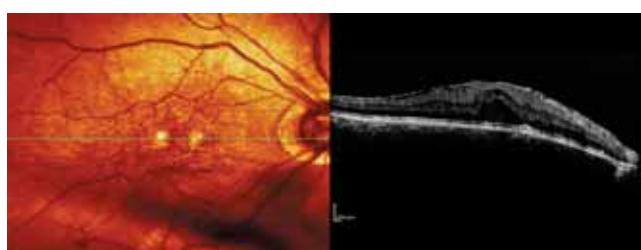
Μορφολογικά χαρακτηριστικά του ΔΟΩ στην τομογραφία οπτικής συνοχής
Οπτική τομογραφία συνοχής-ΟCT



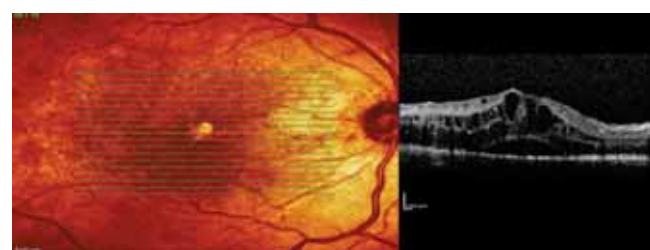
A. Φυσιολογική απεικόνιση των στιβάδων του αμφιβληστροειδούς



B. Εστιακό οίδημα ωχράς κηλίδας σε διαβητικό ασθενή



Οίδημα αμφιβληστροειδούς από επιαμφιβληστροειδική μεμβράνη



Διάχυτο ΔΟΩ: Διαρροή από διάχυτα διευρυμένα αμφιβληστροειδικά τριχοειδή σε όλο τον οπίσθιο πόλο

Θεραπεία, πάνω από το 50% των ασθενών θα εμφανίσει απώλεια της όρασης ≥10 γράμματα σε διάστημα δύο ετών. Στα επιπλέον συμπτώματα του διαβητικού οιδήματος περιλαμβάνονται: η παραμόρφωση της εικόνας, η μείωση της ευαισθησίας στην αντίθεση (contrast sensitivity), η φωτοφοβία, οι διαταραχές της αντίληψης των χρωμάτων και τα παράκεντρα σκοτώματα (ελλείμματα του οπικού πεδίου).

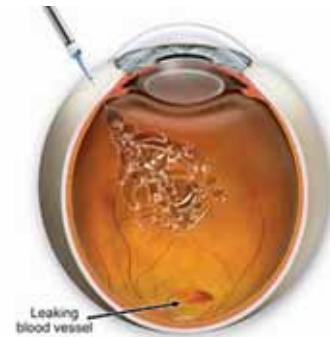
Ο επιπολασμός της οπικής δυσλειτουργίας λόγω ΔΟΩ ποικίλλει ανάλογα με τον τύπο και τη διάρκεια του διαβήτη. Στους διαβητικούς ασθενείς το ποσοστό επιπολασμού του κλινικά σημαντικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας (CSME) είναι περίπου 6-10%. Από διάφορες μελέτες προκύπτει ότι το 0,6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς.

Παράγοντες κινδύνου:

Το ΔΟΩ μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε στάδιο της διαβητικής αμφιβλητορειδοπάθειας και διάφοροι παράγοντες κινδύνου σχετίζονται με την εμφάνιση και την πορεία του. Ο κυριότερος παράγοντας είναι τα αυξημένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένους αιμοσφαιρίνου HbA1c.

Η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η διαβητική νεφροπάθεια και το κάπνισμα είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση και την πρόγνωση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς.

Η οπική δυσλειτουργία λόγω ΔΟΩ επιβαρύνει σημαντικά τόσο τον ίδιο τον ασθενή όσο και το σύστημα υγείας. Για τον ασθενή, η απώλεια της ανεξαρτησίας μπορεί να είναι αποτέλεσμα της μειωμένης ικανότητας εκτέλεσης συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, όπως είναι το διάβασμα ή η οδήγηση, γεγονός που οδηγεί σε επιδείνωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς. Σε κοινωνικό επίπεδο, ο οικονομικός αντίκτυπος του ΔΟΩ προκύπτει τόσο από τις άμεσες δαπάνες υγείας όσο και από τις έμμεσες δαπάνες, όπως η απώλεια παραγωγικότητας. Εκτός από το οίδημα, στα μορφολογικά χαρακτηριστικά του ΔΟΩ που γίνονται εμφανίσια στην τομογραφία οπικής συνοχής πε-



Σηματική απεικόνιση διενέργειας ενδουαποειδικής χορήγησης ρανιμπιζουμάππος

ρίλαμβάνονται η διάχυτη αμφιβλητορειδική πάχυνση, οι ενδοαμφιβλητορειδικοί κυστικοί χώροι, ο ορώδης αποκόλλησης αμφιβλητορειδούς, ο σχηματισμός επιαμφιβλητορειδικής μεμβράνης και η ενδοαμφιβλητορειδική αιμορραγία.

Η συνεχιζόμενη υπεργλυκαιμία σε ασθενείς με διαβήτη μπορεί να επιδράσει στα επίπεδα έκφρασης πολλών αγγειοδραστικών παραγόντων, οι οποίοι με τη σειρά τους μπορεί να συμβάλουν σε δομικές και λειτουργικές μεταβολές στο ΔΟΩ και στη διαβητική αμφιβλητορειδοπάθεια. Για παράδειγμα, σημαντικά αυξημένα επίπεδα του VEGF και της ιντερλεκίν -6 (IL-6) -παραγόντων που αυξάνουν την αγγειακή διαπερατότητα- έχουν παρατηρηθεί τόσο στο υδατοειδές υγρό όσο και στο υαλοειδές ασθενών με ΔΟΩ. Ο VEGF είναι κύριος διαμεσολαβητής της αυξημένης αμφιβλητορειδικής διαπερατότητας. Μπορεί να προκαλέσει υπερδιαπερατότητα του αιματοαμφιβλητορειδικού φραγμού είτε άμεσα είτε έμμεσα, με πλήθος μυχανισμών. Η υποξία, που προκαλείται από την αγγειοσυστολή ή τη μη διάθροση των αμφιβλητορειδικών τριχοειδών σε διαβητικούς οφθαλμούς οδηγεί σε αυξημένη έκφραση του VEGF από διάφορα αμφιβλητορειδικά κύτταρα. Άλλοι αγγειοδραστικοί παράγοντες, όπως είναι ο IL-6 και η αγγειοτενσίν II, μπορεί να παίζουν ρόλο σε αυτή την αυξημένη έκφραση μέσω της άμεσης διέγερσης της παραγωγής του VEGF.

Ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης του ΔΟΩ ήταν και παραμένει μέχρι και σή-

μερα η φωτοπιξία του αμφιβλητορειδούς με Argon laser. Στις περιπτώσεις εστιακού οιδήματος γίνεται φωτοπιξία των μικροανευρυσμάτων. Στις περιπτώσεις διάχυτου οιδήματος εφαρμόζεται laser δίκινη δικτύου (grid laser) ή συνδυασμός (modified grid laser).

Tous τελευταίους μήνες έχει προστεθεί στη θεραπευτική μας φάρετρα για το ΔΟΩ οι αντι-αγγειογενετικοί παράγοντες. Η ρανιμπιζουμάππ (Lucentis) είναι ένα μικρό τμήμα πλήρως ανθρωποποιημένου μονοκλωνικού αντισώματος, το οποίο δεσμεύει και αναστέλλει πολλαπλές ισομορφές βιολογικά ενεργού αγγειακού ενδοθηλιακού αυξητικού παράγοντα (VEGF)-A. Το φάρμακο χορηγείται με ενδοϋαποειδική ένεση υπό άσπιτης συνθήκες σε χειρουργική αίθουσα από χειρουργό οφθαλμίατρο εκπαιδευμένο στη διενέργεια ενδοϋαποειδικών ενέσεων. Η θεραπεία χορηγείται μηνιαία και συνεχίζεται έως ότου επιτευχθεί μέγιστη οπική οξύτητα, δηλαδάν οπική οξύτητα ασθενούς σταθερή για τρεις διαδοχικές μυνιαίες αξιολογήσεις, που γίνονται κατά τη διάρκεια της θεραπείας με Lucentis. Συνεπώς, αν δεν υπάρχει βελτίωση στην οπική οξύτητα κατά τη διάρκεια του χρόνου χορήγησης τριών ενέσεων, η συνέχιση της θεραπείας δεν συνιστάται. Στη συνέχεια οι ασθενείς πρέπει να παρακολουθούνται κάθε μήνα ως προς την οπική οξύτητα. Η θεραπεία επαναλαμβάνεται όταν ο παρακολούθηση δείχνει απώλεια οπικής οξύτητας, που οφείλεται σε ΔΟΩ. Τότε θα πρέπει να χορηγούνται μυνιαίες ενέσεις, έως ότου επιτευχθεί ξανά σταθερή οπική οξύτητα για τρεις συνεχόμενες αξιολογήσεις(υποδομής) που δύο ενέσεις κατ' ελάχιστο). Το διάστημα ανάμεσα σε δύο δόσεις δεν πρέπει να είναι μικρότερο του 1 μήνα. Η αποτελεσματικότητα των ενέσεων μπορεί να εκτιμηθεί με την μέτρηση της οπικής οξύτητας και τη μέτρηση του πάχους του κεντρικού αμφιβλητορειδούς με την OCT.

Στις μέρες μας γίνονται πολλές μελέτες που συγκρίνουν τα αποτελέσματα της φωτοπιξίας με την ενδουαποειδική χορήγηση ρανιμπιζουμάππος καθώς και τον συνδυασμό και των δύο θεραπειών. ☐

Άνοια και σακχαρώδης διαβήτης: υπάρχει σχέση και πώς αντιμετωπίζεται Όταν η άνοια αρχίζει να γίνεται κομμάτι της ζωής των αγαπημένων μας



ΑΝΤΩΝΗΣ ΛΕΠΟΥΡΑΣ,

ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, επιστημονικός διευθυντής Παθολογικής Κλινικής & Διατροφολογικού Τμήματος Ιατρικού Κέντρου Ψυχιατρικού, μέλος ADA, ASH, EASD, ESAF

Όσα πρέπει να γνωρίζουμε για την άνοια

- Αδυναμία συγκέντρωσης, εύκολη σύγχυση, δυσκολίες να εκτελέσουν στόχους της καθημερινότητας.
- Η άνοια επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ο εγκεφαλός λειτουργεί.
- Η νόσος Alzheimer (AD) είναι η συνήθης και πιο συχνή άνοια στους ηλικιωμένους (MERCK MANUAL OF GERIATRICS). Η πιο συχνή άνοια στους διαβητικούς, στις πιο πολλές μελέτες, είναι η αγγειακή άνοια (VAD), η αποδίδεται στα μικρά αγγειακά εγκεφαλικά που συμβαίνουν αθόρυβα στην πλευκή ουσία του εγκεφάλου ασυμπτωματικά

για συχνά μεγάλο διάστημα.

- Η άνοια προτιμά διαβητικούς με υψηλή πίεση, υπερλιπιδαιμία και ιδίως όσους υποφέρουν από καρδιαγγειακή νόσο και δεν έχουν σωματική άσκηση (NATIONAL INSTITUTES OF HEALTH USA).
- Είναι δυνατόν στους διαβητικούς να συνυπάρχουν νόσος Alzheimer (AD) και αγγειακή άνοια (VAD).
- Το τμήμα του εγκεφάλου, που φαίνεται ότι σχετίζεται με τη μνήμη και ονομάζεται ιππόκαμπος, επιτρέπεται ιδιαίτερα τόσο από τις μεταβολής της πίεσης (υπερτασικοί ασθθενείς) όσο και από αυτές του σακχάρου (υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία στον σακχαρώδη διαβήτη). Όταν αυτό συμβαίνει συχνά ή σε μεγάλη διάρκεια χρόνου, ιδίως σε ευαίσθητες ηλικίες (μικρά παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, ή ηλικιωμένοι με σακχαρώδη διαβήτη), τότε οι βλάβες στον εγκεφαλό μπορεί να γίνουν σημαντικές

Ποια είναι τα συμπτώματα που θα μας ανησυχήσουν;

- Σύγχυση και απώλεια πρόσφατης μνήμης.
- Χαμένος ή περιπλανόμενος σε μέρη, αρκετά οικεία πριν.
- Περπάτημα με κοντά, γρήγορα «ανακατεμένα» βήματα.
- Ακράτεια ούρων ή κοπράνων.
- Συναισθηματικές μεταπτώσεις σε ακατάλληλες στιγμές.
- Δυσκολία να ακολουθήσουν οδηγίες.
- Δυσκολία να xειρισθούν τα χρήματα.

Ποια είναι η σχέση της άνοιας με το σακχαρώδη διαβήτη και ποιες είναι οι μέχρι τώρα γνώσεις μας για τα αίτια που τον προκαλούν;

- Η σχέση σακχαρώδη διαβήτη και άνοιας είναι κοινό συμπέρασμα σε όλες σχεδόν τις μελέτες.
- Υπαρξη σακχαρώδη διαβήτη οιανδήποτε τύπου (τύπου 1 ή τύπου 2), διπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας σε όλες δυστυχώς τις ηλικίες, ακόμα και σε νέους ενήλικες.
- Εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ηλικίες νεώτερες από τα 65 έτη αυξάνει πολύ τις πιθανότητες για όψιμη, δηλαδή σε μεγαλύτερες ηλικίες εμφάνιση τόσο αγγειακής άνοιας (VAD) όσο και νόσου Alzheimer (AD).
- Κυρίως τα -για αρκετό καιρό- υψηλά σάκχαρα, δηλαδή ο αρρύθμιστος σακχαρώδης διαβήτης, αλλά και οι υπογλυκαιμίες σε ευπαθείς ηλικίες (βρέφη, παιδιά, έφηβοι τύπου 1, ηλικιωμένοι), αυξάνουν πολύ τον κίνδυνο άνοιας.
- Επίσης υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις θετικής συσχέτισης σακχαρώδη



Ακόμα κι αν αυτά τα γυαλιά δεν τα φοράμε καθημερινά...



...αυτά πρέπει να τα φοράμε μία φορά το χρόνο

Φροντίζετε να επισκέπτεστε τον οφθαλμίατρό σας σε ετήσια βάση

Η όραση των ατόμων με **σακχαρώδη διαβήτη** χρειάζεται παρακολούθησης από οφθαλμίατρο. Ο τακτικός επανέλεγχος της όρασης είναι η καλύτερη ασπίδα απέναντι στο **διαβητικό οιδημα ωχράς κηλιδας**, την πάθηση δηλαδή που αποτελεί την κύρια αιτία τύφλωσης ενηλίκων παγκοσμίως.

Σήμερα υπάρχει αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπιση.
Για περισσότερες πληροφορίες συμβουλευτείτε τον οφθαλμίατρό σας.

Η ύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη οποιουδήποτε τύπου (τύπου 1 ή τύπου 2), διπλασιάζει τις πιθανότητες εμφάνισης άνοιας σε όλες δυστυχώς τις ηλικίες, ακόμα και σε νέους ενήλικες

διαβήτη και καπνίσματος με αγγειακή άνοια (VAD), καθώς και σακχαρώδη διαβήτη μαζί με υπερλιπιδαιμία, που συσχετίζεται θετικά και με τους δύο τύπους της άνοιας.

- Αυτό που δεν είναι ακόμα απολύτως κατανοητό είναι πώς ο σακχαρώδης διαβήτης ενεργοποιεί την άνοια -και η απάντηση μοιάζει να είναι πολυπαραγοντική.

Τι μπορούμε να κάνουμε; Υπάρχουν φαρμακευτικές θεραπείες που μπορεί να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση της άνοιας;

- Το θετικό μήνυμα είναι ότι υπάρχουν ήδη πολλές γνώσεις που αποδεικνύονται εφικτές για να προηλάψουμε και να αναστρέψουμε, ή τουλάχιστον να καθυστερήσουμε και να βελτιώσουμε τα συμπτώματα της άνοιας. Ερωτηματικά υπάρχουν πολλά ως προς την αιτιοπαθογένεια, επομένως και ως προς την επιλογή των καλύτερων θεραπειών τόσο για την πρόληψη όσο και για την ανατροφή των συμπτωμάτων. Ωστόσο για τους έχοντες σακχαρώδη διαβήτη υπάρχουν ήδη αρκετές επιστημονικές αποδείξεις ότι βοηθούν και αποτελούν «κλειδιά» σωστής θεραπευτικής παρέμβασης.
- Καλή γνωστική ρύθμιση, όσον το δυνατόν νωρίτερα, δηλαδή από την έναρξη του σακχαρώδη διαβήτη.
- Η συστηματική σωματική άσκηση 40'

κάθε δύο ημέρες (π.χ. έντονο περπάτημα, χειρωνακτικές εργασίες), ή 30' κάθε ημέρα, μπορεί όχι μόνο να βελτιώσει τη μνήμη, αλλά και να αναστρέψει ήδη εγκαταστημένες βλάβες στον ιππόκαμπο, που είναι σημαντικό κέντρο για τη μνήμη στον εγκέφαλο.

- Μεσογειακή διατροφή: ψάρι, όσπρια, λαχανικά, πράσινες σαλάτες, ελαιόλαδο, φρούτα και λίγο κρασί.
- Η αντιμετώπιση συνοδικά των καρδιαγγειακών παραγόντων κινδύνου βοηθά όχι μόνο στην άνοια, αλλά είναι και απαραίτητη στη βελτίωση της ποιότητας και της ποσότητας της ζωής στον σακχαρώδη διαβήτη. Αυτό σημαίνει:
 - Διακοπή καπνίσματος.
 - Άριστη ρύθμιση υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας, έστω και μικρή μείωση του βάρους (5-10%) για τους υπέρβαρους.
- Φαρμακευτικά φαίνεται ότι βοηθά: **α)** Χρήση στατινών, **β)** χρήση ινσουλίνο-ευαισθητοποιητικών αντιδιαβητικών φαρμάκων και κυρίως μετφορμίνης και **γ)** πιθανά συμπλήρωμα σε βιταμίνη D, αν ελλείπει φυσικά.

Πολλά έχουμε ακόμη να μάθουμε για την ολέθρια σχέση αλλά και τη θεραπεία της άνοιας στους ανθρώπους με σακχαρώδη διαβήτη. Η πρόληψη εξακολουθεί να παραμένει η καλύτερη θεραπεία, ιδίως για αγγειακή άνοια, και σε αυτό μπορούμε να κάνουμε με τις σημερινές γνώσεις πολλά. ✎



7ο Πανελλήνιο «Προπασχαλινό» Εκπαιδευτικό Σεμινάριο για την Καθ' Ημέρα Πράξη «Νεωτερισμοί στη Διαβητολογία» Πρόοδος ή στασιμότητα

Σε συνέντευξη Τύπου που πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο διεξαγωγής του 7ου Πανελλήνιου «Προπασχαλινού» Εκπαιδευτικού Σεμιναρίου για την Καθ' Ημέρα Πράξη «Νεωτερισμοί στη Διαβητολογία»-Πρόοδος ή Στασιμότητα, το οποίο διοργανώθηκε από την επιστημονική εταιρεία «Το Πάγκρεας», την Ελληνική Ακαδημία Ιατρικής Επιμόρφωσης και το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο Υγείας της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (European Academy of Sciences and Arts -EASA) στις 15-16 Απριλίου 2011 στο ξενοδοχείο Divani Caravel, τονίστηκε ότι διευρύνονται οι ορίζοντες της ιατρικής επιστήμης στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, καθώς στα πολύ αποτελεσματικά σύγχρονα φάρμακα προστίθεται ένα ακόμα «όπλο» στη φαρέτρα των γιατρών, αυτό της βαριατρικής xειρουργικής.

Την παραπάνω επισήμανση έκαναν οι: Σωτήρης Ράπτης, καθηγητής παθολογίας και ενδοκρινολογίας των πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλίμ Γερμανίας, ακαδημαϊκός και μέλος της συγκλήτου της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (EASA), πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ) και της Ελληνικής Ακαδημίας Ιατρικής Επιμόρφωσης (ΕΑΙΕ), Γιάννης Λεκάκης, αναπληρωτής καθηγητής καρδιολογίας του πανεπιστημίου Αθηνών και Κώστας Κωνσταντινίδης, επίκουρος καθηγητής xειρουργικής του Ohio State University των ΗΠΑ, πρώην πρόεδρος της Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας Παχυσαρκίας και Μεταβολικών Νόσων και πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Ρυμοποιικής Χειρουργικής.

Η βαριατρική xειρουργική, με συγκεκριμένα διεθνή κριτήρια βρίσκει σήμερα εφαρμογή και στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Η μέθοδος, η οποία γνωρίζει «άνθηση» τα τελευταία χρόνια σε ότι αφορά την αντιμετώπιση ατόμων με νοσηρή παχυσαρκία, αποδεικνύεται πλέον ότι μπο-



ρεί να συμβάλει στη θεραπευτική αντιμετώπιση των παχύσαρκων ατόμων με διαβήτη τύπου 2, μειώνοντας τόσο τη νοσηρότητα όσο και τη θνητότητα από τις επιπλοκές του. Η θεαματική αυτή εξέλιξη ανακοινώθηκε και επίσημα από τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (International Diabetes Federation -IDF) στις 28 Μαρτίου στη Νέα Υόρκη, κατά τη διάρκεια των εργασιών του 2ου Παγκοσμίου Συνεδρίου Επεμβατικών Θεραπειών για τον Διαβήτη τύπου 2. Την ανακοίνωση προσυπογράφουν ομόφωνα κορυφαίοι επιστήμονες-μέλη της ειδικής επιτροπής εμπειρογνωμόνων της IDF, οι οποίοι επεξεργάζονται νέες, αναθεωρημένες κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση της μεθόδου σε άτομα με διαβήτη τύπου 2.

Όπως τόνισε ο κ. Ράπτης, ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια σύγχρονη ιατροκοινωνική μάστιγα για οιλόκληρη την ανθρωπότητα -ιδιαίτερα για τον δυτικό κόσμο. Είναι χαρακτηριστικό ότι η συχνότητά της έχει σχεδόν δεκαπλασιαστεί τα τελευταία 25 χρόνια (1985: 30 εκατομμύρια, 2011: περίπου 285 εκατ.) παγκοσμίως. Μάλιστα, μέσα στην επόμενη 20ετία αναμένεται περαιτέρω αύξηση του προβλήματος κατά 50%, με τον αριθμό των ατόμων με διαβήτη να ξεπερνά τα 438 εκατομμύρια!

Στην Ελλάδα αντίστοιχα, οι αριθμοί είναι εξίσου εύγιμωτοι, όσο και ανοσυχητικοί: περισσότεροι από ένα εκατομμύριο συμπατριώτες μας έχουν διαβήτη (95% διαβητικοί τύπου 2), ενώ στην «ουρά» περιμένουν άλλες 200.000 άτομα με διαταραχή της ανοχής της γλυκόζης. Από αυτούς, περίπου το 70% θα εμφανίσουν έκδηλο σακχαρώδη διαβήτη εντός μιας πενταετίας, εάν έγκαιρα και αποτελεσματικά δεν απλάξουν το σημερινό τρόπο zωής τους. Τι σημαίνει αυτό: απώλεια σωματικού βάρους, ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, διακοπή του καπνίσματος, ένταξη σωματικής άσκησης στο ημερήσιο πρόγραμμα κτλ.

Ο κ. Ράπτης αναφέρθηκε και στη φαρμακευτική θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη, όπου έχουν πραγματοποιηθεί πολύ σημαντικές εξελίξεις. Η εισαγωγή των αναστολέων του DPP-4 (γλιπτίνες) και η σύνθεση των ομολόγων του GLP-1 έχουν ανοίξει με επιτυχία καινούριους δρόμους σε ότι αφορά την ενεργοποίηση της «κοιμώμενς» έκκρισης της ίνσουλίνης από το πάγκρεας, ομαλοποίηση του σακχάρου του αίματος, με σχεδόν ανύπαρκτο κίνδυνο υπογλυκαιμίων.

Έτσι λοιπόν, υπογράμμισε ο καθηγητής, «30 χρόνια μετά την πρώτη από εμάς περιγραφή και ανακοίνωση της σημα-

σίας των γαστρεντερικών ορμονών (ιν-κρετίνες) σε ένα από τα σπουδαιότερα ιατρικά περιοδικά της υφηλίου -Raptis S. A. Et al. New England Journal of Medicine 228, 1199, 1973- στην έκκριση της ινσου-λίνης άρχισε και η κλινική τους εφαρμογή σε διαβητικούς τύπου 2». Οι ινκρετίνες μπορούν να χρηγούνται σε συνδυασμό με κάθε είδος άλλης αντιδιαβητικής αγωγής και μάλιστα μαζί με ινσουλίνη (προς το παρόν έχει πάρει μόνο η σιταγμητίνη έγκριση να χρηγείται μαζί με ινσουλίνη) σε διαβητικούς τύπου 2.

Ανάλογα ινσουλινών βραδείας (24ώρου, μία δόση την ημέρα) δράσεως, χρηγούμενα σε συνδυασμό με ανάλογα ινσουλίνης ταχείς δράσεως που ενίσται 10' πριν από κάθε κύριο γεύμα αποτελούν εξέλιξη στην αντιμετώπιση των δια-βητικών τύπου 1 και 2, «καθοδόν» βρί-σκονται ινσουλίνες υπέρ-βραδείας δρά-σεως (μία ένεση κάθε τρεις ημέρες) και εισπνεόμενη ινσουλίνη προσκολλημέ-νη σε μικροσφαιρίδια. Και οι δύο αποτελούν «μουσική του μέλλοντος» (τελείω-σε η φάση ελέγχου II) και εάν και η τρί-τη φάση του ελέγχου τους δεν παρου-σιάσει κάποιες παρενέργειες, θα πρέπει να κυκλοφορήσουν περίπου μετά από 2-3 χρόνια.

Όσον αφορά τα κυριότερα σημεία της επίσημης ανακοίνωσης της IDF, ο κ. Κων-σταντινίδης, ο οποίος παρακολούθησε το ανωτέρω διεθνές συνέδριο στη Νέα Υόρκη, δήλωσε: «Η βαριατρική χειρουρ-

γική αποτελεί κατάλληλη θεραπεία για παχύσαρκα άτομα με διαβήτη τύπου 2, με δείκτη μάζας σώματος ίσο ή μεγαλύ-τερο του 35, και οι οποίοι δεν επιτυχάνουν τους θεραπευτικούς στόχους με τη χορήγηση φαρμάκων. Σε ορισμένες περι-πτώσεις, ως υποψήφιοι για τη χειρουργική θεραπεία μπορεί να είναι και ασθενείς με δείκτη μάζας σώματος 30-35.

Η βαριατρική χειρουργική θα πρέπει να θεωρείται συμπληρωματική στη φαρ-μακευτική θεραπευτική προσέγγιση για την ειλάττωση του κινδύνου μικροαγγειο-παθειών και καρδιαγγειακών παθήσεων.

Η αξιολόγηση και διαχείριση των ασθενών θα πρέπει να γίνεται για τον κά-θε ασθενή ξεχωριστά, από έμπειρες επι-στημονικές ομάδες όλων των εμπλεκομέ-νων σε κάθε περίπτωση γιατρών.

Ο γηλυκαιμικός έλεγχος θα πρέπει να βελτιστοποιείται προεγχειρητικά και να παρακολουθείται στενά μετεγχειρητικά.

Θα πρέπει να υπάρχει συνεχής και μα-κροπρόθεσμη διατροφική υποστήριξη του ασθενούς μετά την επέμβαση.

Οποιαδήποτε νέα χειρουργική τεχνι-κή θα πρέπει να δοκιμάζεται και να αξιο-λογείται μόνο σε ερευνητικό περιβάλλον, ενώ οι συμβατικές διαδικασίες θα πρέπει να τυποποιούνται».

Αναφερόμενος στη σχέση σακχαρώδη διαβήτη και καρδιαγγειακών παθήσεων, ο κ. Λεκάκης υπογράμμισε ότι η επιδημία του σακχαρώδους διαβήτη εξελίσσεται σε επιδημία καρδιαγγειακών νόσων που

σχετίζονται με τον σακχαρώδη διαβήτη. Πράγματι, ποσοστό 50% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη θα καταλήξει να νο-σήσει με εμφανή καρδιαγγειακά νοσήμα-τα, ενώ η πιθανότητα νόσουσης από καρ-διαγγειακά αίτια είναι 2-3 φορές υψηλότερη από τα άτομα χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Ειδικά σε ασθενείς που εμφανί-ζονται στο νοσοκομείο με έμφραγμα του μυοκαρδίου, το 30% πάσχει από σακχα-ρώδη διαβήτη. Η πρόληψη των καρδιαγ-γειακών επιπλοκών σε άτομα με διαβήτη είναι δύσκολη, αλλά μπορεί να βελτιωθεί με βάση τις ακόλουθες οδηγίες:

a. Ασπιρίνη σε χαμηλή δόση και έλεγχο της γηλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, ούτως ώστε να βρίσκεται σε επίπεδα <7%.

b. Ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης σε επίπε-δα <130/80 χιλιοστά στήλης υδραργύρου.

c. Χοληστερόλη χαμηλή, και, ειδικότερα, «κα-κή» χοληστερόλη χαμηλότερη από 100 χιλ%.

d. Καλή ρύθμιση του σακχάρου.

e. Άσκηση.

ζ. Σωστή διατροφή και μείωση του σωματι-κού βάρους.

Το σεμινάριο τελέστηκε υπό την αιγί-δα του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληληγγύης, του Εθνικού Κέντρου Δια-βήτη (ΕΚΕΔΙ), του Πλανελήνιου Ιατρικού Συλλόγου (ΠΠΣ), του Συνδέσμου Φαρμα-κευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ), της Ευρωπαϊκής Ακαδημίας Επιστημών και Τεχνών (ΕΑΣΑ) και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Μελέτη του Σακχαρώδη Διαβήτη (EASD). □

Εκδήλωση του Συλλόγου «Διαβητική Πορεία»

Ο Σύλλογος Διαβητικών Ν. Κοζάνης «Διαβητική Πορεία» ιδρύθηκε στις αρχές του 2000 από την ανάγκη να ενεργοποιηθούν όλοι οι διαβητικοί του νομού, προκειμένου να συμβάλουν συλλογικά στην επίλυ-ση των προβλημάτων που αντιμετω-πίζουν.

Ένας από τους πολλούς στόχους ήταν και είναι η ενημέρωση όλων των πολιτών και όχι μόνο των διαβητικών για τη «γηλυκιά ιστορία» που λέγεται σακχαρώδης διαβήτης. Πίστη μας εί-ναι ότι η άγνοια και η ημιμάθεια δη-

μιουργούν πανικό, ενώ η γνώση βοη-θάει στην καλύτερη αντιμετώπιση του προβλήματος.

Για τον λόγο αυτό διοργανώσαμε και φέτος -όπως κάθε χρόνο- εκδήλωση στο «Κοβεντάρειο» της Κοζάνης, στις 14 Μαΐου, με ομιλητή τον ομότιμο κα-θηγούτη παθολογίας-διαβητολογίας της ιατρικής σχολής του ΑΠΘ Δημήτρη Κα-ραμάτσο.

Ο καθηγούτης ανέπτυξε τα θέματα: «Σφάλματα στη θεραπεία με ινσουλί-νη» και «Η σημασία της δίαιτας στον σακχαρώδη διαβήτη». Κατανοτός και

επικοινωνιακός ο καθηγούτης ενθουσιά-σε το κοινό του νομού και έπιεσε πολ-λής απορίες μας. Το Δ.Σ. τον ευχαρί-στησε για την παρουσία του και του δώρισε δύο βιβλία του νομού Κοζά-νης, με φωτογραφίες του χθες και του σήμερα.

Να σημειωθεί ότι την εκδήλωση τί-μποσαν με την παρουσία τους φορείς του νομού μας, ο πρόεδρος της ΕΛΟ-ΔΙ κ. Συκιώτης, καθώς και οι πρόεδροι των συλλόγων Ν. Σερρών και Ν. Ημα-θείας κ. Ρουμελιώτης και κ. Ιωαννίδης αντίστοιχα. □

Μια ημερίδα με πολλά μονύματα διοργάνωσε ο Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη και το Παιδοδιαβοτολογικό Ιατρείο του ΠΑ.Γ.Ν.Η

Παγκρήτιος Σύλλογος για τον Νεανικό Διαβήτη, σε συνεργασία με το διαβοτολογικό ιατρείο του «Βενιζέλειου» νοσοκομείου και το παιδοδιαβοτολογικό ιατρείο του ΠΑ.Γ.Ν.Η, διοργάνωσε ημερίδα για τον νεανικό διαβήτη στον πολυχώρο του δήμου Ηρακλείου, στην παλιά λαχαναγορά, στις 8 Μαΐου. Πολλά μέλη και φίλοι του συλλόγου από όλη την Κρήτη, είχαν την ευκαιρία να παρακολουθήσουν ομιλίες με διαδίκτερο ενδιαφέρον, με κοινό παρανομαστή την προσπάθεια για καλύτερη ρύθμιση του διαβήτη, αλλά και την ποιότητα ζωής του ατόμου με διαβήτη.

Η Νατάσα Χρυσανθακοπούλου, νοσηλεύτρια του παιδοδιαβοτολογικού ιατρείου του ΠΑ.Γ.Ν.Η ξεκίνησε την ημερίδα μιλώντας για τη σημασία της αυτομέτρησης στον διαβήτη. Τόνισε το πόσο σημαντική είναι η σωστή τεχνική στη μέτρηση του σακχάρου αίματος αλλά και στους καινούριους μετρητές σακχάρου, που κάνουν ευκολότερη την καθημερινότητα των ανθρώπων με διαβήτη.

Στη συνέχεια η Ελένη Κουή, παιδοδιαιτολόγος, BSc, MSc, R.D., επιστημονικός συνεργάτης του νοσοκομείου παίδων «Η Αγία Σοφία», ανέπτυξε το θέμα με μοντέρνες απόψεις για τη διατροφή του διαβήτη. Έδωσε στο κοινό οδηγίες

για το πώς μπορεί ένα άτομο με διαβήτη να υπολογίζει σωστά τους υδατάνθρακες στο φαγητό του. Επισήμανε δε ότι ένα άτομο με διαβήτη εάν χρησιμοποιεί σωστά τα καινούρια σχήματα ινσουλίνοθεραπείας, έχει τη δυνατότητα να τρώει ότι θέλει, την ώρα που το θέλει, χωρίς να βγάλει από την καθημερινή του διατροφή τροφές που μέχρι πριν κάποια χρόνια ήταν απαγορευμένες.

Επόμενη ομιλία ήταν του Άγγελου Παπά (γιατρός παθοιλόγος), με εξειδίκευση στον διαβήτη, διευθυντής ΕΣΥ στο «Βενιζέλειο» νοσοκομείο, ο οποίος μίλησε για τον συνεχή έλεγχο γηγεκόντων στον υποδόριο ιστό. Πρόκειται για έναν αισθητήρα που μετράει το σάκχαρο του ασθενή 24 ώρες το 24ωρο και του δίνει τη δυνατότητα να έχει συνεχή παρακολούθηση του σακχάρου του, αποφεύγοντας έτσι υπογλυκαιμίες και υπεργλυκαιμίες, με αποτέλεσμα τη βελτίωση του γηγεκοντικού του εμέγχου, αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής του.

Τις ομιλίες έκλεισε ο Νίκος Κεφαλής, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος παιδοενδοκρινολογικού ιατρείου του «Μπέρα», μιλώντας για τις νεότερες εξερεύνησης για τον διαβήτη. Ενημέρωσε το κοινό για τα καινούρια δεδομένα στην αντιμετώπιση του διαβήτη, για τις

καινούριες αντιλίες ινσουλίνης και την προσπάθεια των γιατρών-ερευνητών να ολοκληρώσουν τον αλγόριθμο και να έχουν οι ασθενείς με διαβήτη το τεχνητό πάγκρεας. Αισιόδοξα τα μονύματά του και όλοι ελπίζουμε ότι σε λίγα χρόνια η τεχνολογία θα δώσει στα άτομα με διαβήτη τα «όπλα» που χρείζονται για να έχουν την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου και μια ποιότητα στη ζωή τους.

Συντονιστές της ημερίδας ήταν ο Νίκος Κεφαλογιάννης, γιατρός παθοιλόγος με εξειδίκευση στον διαβήτη, συντονιστής διευθυντής ΕΣΥ και ο Δημήτρης Μαμουλάκης, παιδίατρος-παιδοδιαβοτολόγος, διευθυντής ΕΣΥ.

Ακολούθησε δεξίωση που έδωσε την ευκαιρία στα μέλη και στους φίλους του συλλόγου να μιλήσουν μεταξύ τους και να ανταλλάξουν απόψεις για την καθημερινότητά τους. Οι μικροί μας φίλοι είχαν τη δυνατότητα να ξεναγηθούν στο μουσείο φυσικής ιστορίας και να περάσουν ευχάριστα το πρωινό τους, ενώ οι γονείς τους συμμετείχαν στην ημερίδα.

Ο Παγκρήτιος Σύλλογος για τον Νεανικό Διαβήτη ευχαριστεί θερμά τις εταιρείες Medtronic Hellas, Bayer Hellas και Novo Nordisk Hellas για την ευγενική τους χορηγία στην παραπάνω εκδήλωση. ✎



Ενημερωτική εκδήλωση του Συλλόγου Ν. Ημαθίας «Γλυκιά Ισορροπία»



Τις 10 Απριλίου, ο Σύλλογος Διαβοτικών Ν. Ημαθίας «Γλυκιά Ισορροπία», υπό την αιγίδα της ΔΕΤ, οργάνωσε εκδήλωση στη Νάουσα για την ενημέρωση των μελών του για τις νεότερες εξελίξεις στον διαβήτη. Προσκεκλημένοι ομιλητές ήταν ο Χρήστος Μανές, Λάζαρος Χατζηιωαννίδης, Περικλής Μάρας και η Τάνια Καραγιάννη (φωτογραφία 1).

Ο κ. Μανές ανέπτυξε το θέμα: «Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1». Επισήμανε τις διαφορές όσον αφορά τις πλικίες, ενώ τόνισε ότι ο διαβήτης τύπου 1, ή όπως παλιότερα ήταν γνωστός ως νεανικός διαβήτης, αντιμετωπίζεται αποκλειστικά με ινσουλίνη. Σήμερα χρησιμοποιούνται τα πολλαπλά σχήματα. Αλλά ινσουλίνη μπορεί να χορηγηθεί και σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, όταν με αυτά δεν

ρυθμίζονται καλά. Το ζητούμενο είναι να υπάρχει άριστη ρύθμιση για να αποφεύγονται οι επιπλοκές. Μια από τις σημαντικότερες είναι η διαβητική αγγειοπάθεια -το διαβητικό πόδι- που αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, μπορεί και να οδηγήσει σε ακρωτηριασμό του μέθους.

Από τη μεριά του ο κ. Χατζηιωαννίδης αναφέρθηκε στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2 με χάπια, στις νέες κυκλοφορίες καπιών, στη σημασία της σωστής διατροφής, αλλά και της άσκησης. Ο κ. Μάρας παρουσίασε τη θεραπευτική αγωγή με τα πολλαπλά σχήματα ινσουλινοθεραπείας (3-4 ενέσεις ημεροσίως). Εξέφρασε δε την ευχή σύντομα να κυκλοφορήσει και εμβόλιο κατά του διαβήτη.

Κλείνοντας η κα Καραγιάννη, ανέφερε πως οι διαβητικοί πρέπει κάθε χρόνο να κάνουν την εξέταση στα μάτια, την ονομα-

ζόμενη βυθοσκόπηση. Επίσης τόνισε πως οι διάφορες επιπλοκές στα μάτια αντιμετωπίζονται τώρα πιο ανώδυνα με τη χρησιμοποίηση laser. Να σημειωθεί πως η εκδήλωση είχε μεγάλη ανταπόκριση, αφού το κοινό παρακολούθησε με ενδιαφέρον τους ομιλητές που χρησιμοποίησαν τον πλέον γηλαφυρό, παιδαγωγικό και απλό τρόπο για την ενημέρωση. Την εκδήλωση τίμησαν με την παρουσία τους ο δήμαρχος Τάσος Καραμπατζός, ο σεβασμιότατος μητροπολίτης Ναούστς-Βέροιας και Καμπανίας, η Δόξα Ιτσάρα και η Δώρα Μπαλτατζίδης (φωτογραφία 2). Μετά το πέρας της εκδήλωσης ο πρόεδρος Κώστας Ιωαννίδης και τα μέλη του Δ.Σ. παρέθεσαν γεύμα στους προσκεκλημένους.

Τέλος, ο σύλλογος ευχαριστεί θερμά και τις εταιρείες BAYER ΕΛΛΑΣ-NOVO NORDISK, που συμμετείχαν ως χορηγοί. ✎

8ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΛΟΔΙ



H Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη, διοργανώνει στις 8-9 Οκτωβρίου το 8ο πανελλήνιο συνέδριο της στο ξενοδοχείο Classical Larissa Imperial στη Λάρισα.

Οσοι ενδιαφέρεστε να συμμετάσχετε ή να παρακολουθήσετε το συνέδριο, απευθυνθείτε στον πλησιέστερο διαβητικό σύλλογο.

Το αναλυτικό πρόγραμμα του συνεδρίου θα δημοσιευθεί στο επόμενο τεύχος του περιοδικού μας. ✎

Zήστε απελευθερωμένοι !!

Χαρίστε πολλά χαμόγελα στους αγαπημένους και την οικογένειά σας, με την φροντίδα που υπόσχονται και παρέχουν τα υψηλής ποιότητας ιατροτεχνολογικά προϊόντα Pharma Care.

Με 3 αλλαγές την ημέρα καλύπτετε όλο το 24ωρο

ΝΕΑ ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΣΕΙΡΑ Pharma Care



- **Pharma Slip**
πάνες ακράτειας με αυτοκόλλητο



- **Pharma Go On**
πάνες ακράτειας βρακάκι



- **Pharma Pad**
υποσέντονα μιας χρήσης



- **Pharma Lady**
σερβιέτες ελαφράς ακράτειας

Pharma Care *Extra*

Πάνα ακράτειας - Βρακάκι ημέρας/νυκτός - υποσέντονο - σερβιέτα

ΜΕ 3 ΠΑΝΕΣ ΚΑΛΥΠΤΕΤΑΙ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ



Το ΙΚΑ & ΟΑΕΕ (ΤΕΒΕ) χορηγούν μηνιαίως 30 πάνες ακράτειας (για νυκτερινή χρήση) & 30 υποσέντονα



Ελληνικό προϊόν
Παρασκευάζεται στην Ελλάδα

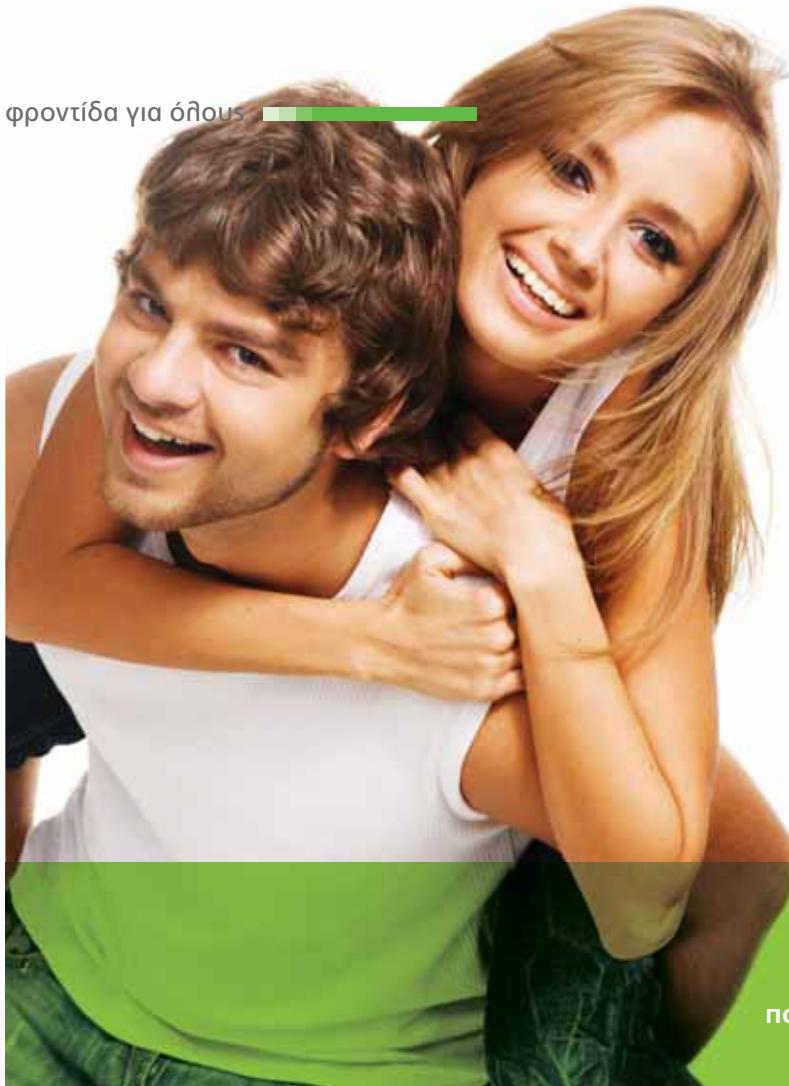
Ζητήστε τα ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ
και στα εξειδικευμένα καταστήματα



ΓΡΑΜΜΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ
801 111 5200



Φροντίδα για ποιότητα στη ζωή σας



φροντίδα για όλους

Σακχαρώδης διαβήτης και εφηβεία:

Νεανικά σκιρτήματα, νέες προκλήσεις

**Η άφιξη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου
1 στη ζωή ενός παιδιού και κυρίως
ενός εφήβου χαρακτηρίζεται από
πολυσάριθμα συναισθήματα θυμού, οργής,
αγανάκτησης και επαναστατικότητας**

 δρ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN,
MD, επίκουρη καθηγήτρια
παιδοενδοκρινολογίας - νεανικού διαβήτη,
παιδιατρικής κλινικής πανεπιστημίου Αθηνών,
νοσοκομείο παίδων «Αγία Σοφία»

Oι καθημερινές απαιτήσεις του διαβήτη για καλή ρύθμιση, που περιλαμβάνουν τρεις με τέσσερις (έως πολλές φορές έξι) μετρήσεις σακχάρου αίματος τη μέρα, δύο με πέντε ενέσεις ίνσουλίνης, διατήρηση σωστής διατροφής και συστηματικής άσκησης, καθώς και τήρηση ωραρίων έρχονται σε αντίθεση με το φυσιολογικό σκίρτημα για απελευθέρωση και ανεξαρτητοποίηση που xαρακτηρίζει κάθε έφηβο. Έτσι, έρχεται απρόσκλητη αυτή η νέα πραγματικότητα που συνοδεύεται από αναγκαστική συνεργασία, αλήθια και καθοδήγηση να προσκρουύσει στη φυσιολογική ανάγκη του εφήβου για ελευθερία και ξεγνοιασιά.

Ο σακχαρώδης διαβήτης θέτει, ποιοπόν, τον ή την έφοβο πολύ συχνά κάτω από τον γονείκο έλεγχο για τήρηση των ωραρίων, χορήγηση των ενέσεων και εξασφάλιση σωστής διατροφής και αναπόφευκτα κάτω από τον ιατρικό έλεγχο για συχνή παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου και συμβουλευτική για βελτίωση των μετορθώσεων.

Από την άλλη πλευρά η εφιβεία είναι μια φάση έντονων σωματικών και ψυχο-συναισθηματικών αλλαγών στη ζωή του παιδιού. Κατά την περίοδο της εφιβείας πορμονική και συναισθηματική αυτή... τρικυμία θέτει το παιδί σε μια συνεχή ένταση, η ανάγκη ένταξής του στην ομάδα των συνομιλήκων και η αμφισβήτηση κάθε μορφής εξουσίας, είτε αυτή είναι γονεϊκή ή ιατρική είναι εντονότατη, με αποτέλεσμα ο έφηβος να οδηγείται σε απάρνηση ή επανάσταση κατά του προβλήματός του. Επιπλέον, η σεξουαλικότητα όσο και ο πειρασμός χρήσης ουσιών, όπως αλκο-

όλη καπνίσματος ή νυκτερινής ζωής σε μια προσπάθεια εξόμοιώσης με τους συνομιλήκους είναι πρωταρχικές ενασχολήσεις του.

Κατά συνέπεια ο έφηβος βρίσκεται συχνά σε μια σύγκρουση και σε ένα αδιέξοδο, νοιώθοντας αφενός το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη σαν αναγκαιότητα εξάρτησης (από γονείς, γεύματα και ωράρια) και αφετέρου μια ώθηση ανεξαρτητοποίησης λόγω της εφηβείας. Βιολογικά, επιπλέον, κατά τη φάση της εφηβείας με την έκρηξη έκκρισης τόσο των ορμονών του φύλου όσο και της αυξητικής ορμόνης υπάρχει μια φυσιολογική αντίσταση στην ινσουλίνη που μεταφράζεται σε αυξημένες ανάγκες χορήγησης ινσουλίνης. Ο έφηβος, ποιοπόν, ενώ χρειάζεται περισσότερη δόση ινσουλίνης, λόγω της ανάγκης του να ξεχάσει την ιδιαιτερότητά του, συχνά παραθίπει ενέσεις, με συνέπεια τη σημαντική επιδείνωση του επλήγχου του σακχάρου του. Αντίθετα, άλλης

φορές προκειμένου να φάει το απαγορευμένο ποθητό προσθέτει επιπλέον δόσεις ινσουλίνης με συνέπεια τον κίνδυνο της παχυσαρκίας, κυρίως στα κορίτσια κατά την εφηβική περίοδο. Ενώ σε άλλες περιπτώσεις παραθέπει γεύματα προκειμένου να αδυνατίσει, με συνέπεια πολλές φορές να παρατηρούνται υπογλυκαιμικά επεισόδια, άλλοτε άλλης βαρύτητας. Επίσης, πολύ συχνά καταφεύγει στην καταγραφή ψευδών τιμών στο βιβλιαράκι ελέγχου για να αποφύγει τη γονεϊκή επίπλοξη, ή την ιατρική νουθεσία.

Η χρήση ουσιών, καθώς και οινοπνευματωδών ποτών στην εφηβεία είναι συχνό φαινόμενο παρερμηνεύομενο από πολλούς εφήβους σαν εκδήλωση ενυπλικώσης.

Θα ήταν, ποιοπόν, άστοχη η απόλυτη απαγόρευσή τους στον έφηβο με διαβήτη, ο οποίος αναζητεί δρόμους εξομοίωσής του με τους συνομηλίκους.

Αντίθετα, είναι απαραίτητη η σωστή ενημέρωσή του, ότι το αλκοόλ μπορεί να τον οδηγήσει σε βαρειά υπογλυκαιμία. Έτσι, θα πρέπει μεν να εκπαιδευθεί να καταναλώνει αλκοόλ με μέτρο, αλλά με γεμάτο το στομάχι και βέβαια να μετρά την τιμή σακχάρου του επιστρέφοντας σπίτι πριν τον ύπνο, ώστε να πάρει τα απαραίτητα μέτρα, π.χ. πρόσληψη υδατανθράκων σε περίπτωση υπογλυκαιμίας.

Ακόμη, όσον αφορά το κάπνισμα και πάλι η αυταρχική απαγόρευση δεν θα επιφέρει θετικό αποτέλεσμα. Αντίθετα, έχει σημασία να ενημερωθεί ο έφηβος ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σε περίπτωση κακής ρύθμισης φέρει τον κίνδυνο αγγειοπάθειας και ότι το ίδιο το κάπνισμα επίσης ανεβάζει σημαντικά τον κίνδυνο αγγειοπάθειας. Δυστυχώς ένας μελλοντικός κίνδυνος δεν λαμβάνεται στην εφηβεία ουσιαστικά υπόψη, ενώ η ανάγκη του εφήβου να είναι όμοιος με τους συνομιλήκους είναι πολύ ισχυρότερο και ο πειρασμός μεγαλύτερος. Είναι χρέος μας, πάντως, να επαναλαμβάνουμε κατά τακτά, όχι ασφυκτικά, χρονικά διαστήματα την ενημέρωση για τα ανύπαρκτα οφέλη και τους σημαντικούς κινδύνους του καπνίσματος.

Kai as έλθουμε στο καίριο θέμα της σεξουαλικότητας του εφήβου με σακχα-

ρώδη διαβήτη, ένα θέμα που κυριαρχεί στη σκέψη και τη φαντασίωση κάθε εφήβου. Πολλές φορές ο έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη ανησυχεί μάτιπως ο σύντροφός του δεν τον καταλαβαίνει ή μάτιπως τον απορρίψει. Και πάλι πρωταρχικής σημασίας είναι η σωστή ενημέρωση του εφήβου. Θα πρέπει πρώτα από όλα να ενθαρρυνθεί ότι φυσικά και μπορεί να αντεπεξέλθει σε μια σχέση όπως κάθε συνομήλικός του, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη του τη σημασία της υγιεινής της περιγεννητικής περιοχής και να ενημερωθεί πλήρως τόσο για τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα όσο και για τις μεθόδους αντισύλληψης, όπως και κάθε άλλος νέος ή νέα της πλικίας του. Ιδιαιτέρως θα πρέπει να ενημερωθεί για τον κίνδυνο υπογλυκαιμίας κατά ή μετά τη σεξουαλική πράξη.

Πολύ συχνά ο έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη, στην ευάλωτη αυτή φάση μετάβασής του στην ενήλικο ζωή με τον κατακλυσμό των υπαρξιακών ανησυχιών και τον καταίγισμό των συναισθηματικών μεταπτώσεων θέλει να ενταχθεί πλήρως στην ομάδα των συνομήλικων του και όμως οι μετρήσεις, οι ενέσεις, το διαιτολόγιο των επαναφέρουν στο κέντρο του προβλήματος και της διαφοράς του, με αποτέλεσμα να οδηγείται συχνά σε απάρνηση σε μια απαισιόδοξη στάση ζωής και τάση εγκατάλειψης οδηγούμενος σε κατάθλιψη του προβλήματος («δεν μετρώ, δεν τηρώ ωράρια, είμαι ελεύθερος»), ή να καταπίπτει και κοινωνική απόσυρση, που επιδρούν με τη σειρά τους αρνητικά στον μεταβολικό του έπειγχο επιφέροντας έναν φαύλο κύκλο. Μόνη η σωστή ενημέρωση, η «ζεστή» αντιμετώπιση, το αιθιομήνο άκουσμα των ανησυχιών του θα του δώσουν την ώθηση να ανοίξει τα φτερά του και να ξεκινήσει με ασφάλεια το ταξίδι της ενηλικίωσης.

Συνοψίζοντας, ο έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη, όπως κάθε έφηβος, έχει ανάγκη ανεξαρτητοποίησης. Ο ρόλος μας έγκειται στην προώθηση της ανεξαρτητοποίησης αυτής μέσα από επαρκή ενημέρωση και στήριξη. Ο έφηβος θα παρατρυνθεί να φθάσει στην ανεξαρτητοποίηση του αναλαμβάνοντας τις καθημερι-

νές του μετρήσεις και τις αποφάσεις για τις απαιτούμενες δόσεις ινσουλίνης, ενώ σιγά-σιγά ο γονέας που είχε το κύριο βάρος των αποφάσεων και της ρύθμισης, μπαίνει σε δευτερεύοντα ρόλο συμβούλου και υποστηρικτή του εφήβου. Σημειάρια ενημέρωσης εφήβων, καθώς και ανάληψη από τον ίδιο τον έφηβο του ρόλου του εκπαιδευτή παιδιών ή άλλων εφήβων με μικρότερη εμπειρία στον σακχαρώδη διαβήτη προωθούν επίσης την ανεξαρτητοποίησή του, το αίσθημα επάρκειας στην αντιμετώπιση ιδιαιτέρων συνθηκών και της αυτοεκτίμησης του, που συνομικά οδηγούν σε μια καλύτερη γηγενική ρύθμιση και ευτυχέστερη εφηβική πλικία.

Έτσι, η συνύπαρξη σακχαρώδη διαβήτη και εφηβείας -αν και δύσκολη- είναι εφικτή, όταν ο έφηβος εισπράττει το αίσθημα ότι τον αντιμετωπίζουμε σαν ενήλικα, ότι είναι ενήμερος για όλα τα θέματα που τον αφορούν και όταν νοιώθει ότι γίνονται πραγματικά ακουστές οι αγωνίες και οι ανάγκες του. Και ας μην ξεχνάμε ότι κάθε έφηβος με διαβήτη είναι ένας φυσιολογικός έφηβος με τις ευθύνες και το δικαίωμα της χαράς της ωραίας αυτής πλικίας. ☐

Μόνο να θυμηθούμε ότι, Η σωστή ενημέρωση και γνώση είναι η αιλιθινή απελευθέρωση

Η Ειρήνη Ράπτη είναι ένα 16χρονο κορίτσι που πηγαίνει στην 1η Λυκείου. Η γλυκιά αυτή δεσποινίδα, με θάρρος και ιδιαίτερη τόλμη αντιμετωπίζει κάθε της πρόβλημα από πολύ μικρή ηλικία. Αντιμετωπίζει με άποψη και επιχειρήματα τη συμβίωσή της με τον διαβήτη. Και όπως πολύ όμορφα μας εξηγεί στο κείμενο της, ε και; «Γιατί αυτό πρέπει να είναι εμπόδιο για τη συνέχεια της ζωής μου; Εντάξει, έχω διαβήτη, ε και; Τιμή μου και καμάρι μου και όποιος τολμήσει να τον προσβάλει, καλά θα κάνει πρώτα να κοιτάξει τα δικά του προβλήματα και ύστερα να με κρίνει» "



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: MARIA XATZIDAKΗ



Ο διαβήτης μου ξεκίνησε όταν ήμουν 13 μηνών, επομένως, για να περιγράψω τις στιγμές με τον διαβήτη μου, πρέπει να περιγράψω τη ζωή μου. Σε αντίθεση με άλλα άτομα (που έχουν γράψει για τον ίδιο λόγο) δεν τα βλέπω και τόσο ρόδινα και τόσο υπέροχα τα πράγματα με τον διαβήτη. Όσο και αν προσπαθώ να μη μου στερήσει τίποτα ο διαβήτης -και στο νοσοκομείο έχω πάει από υπογλυκαιμίες, αλλά και πιο μικρή πικραίνόμουν όταν όλοι οι άλλοι συνέχιζαν το παιχνίδι- εγώ έπρεπε να φύγω γιατί δεν αισθανόμουν καλά.

Ωστόσο, πρέπει να σημειώσω ότι η οικογένειά μου με στήριξη σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ο πατέρας μου ενδιαφέρθηκε πολύ για το πρόβλημά μου, εξαιτίας του γεγονότος ότι είναι αρκετά χρόνια πρόεδρος του Συλλόγου Διαβητικών Βορείου Ελλάδος και αρκετά χρόνια αντιπρόεδρος στην ομοσπονδία. Τόσα χρόνια όμως, πολλά είναι τα ερωτήματα που με βασανίζουν, π.χ. μπορώ όταν κουραστώ να απαλλαγώ από τον διαβήτη μου; Μπορώ να μη φοβάμαι για τις επιπλοκές που μπορεί να έρθουν; Από μικρή που ξεκίνησα το σχολείο

φοβόμουν να μιλήσω για το πρόβλημά μου. Φοβόμουν να το εμπιστευτώ ακόμη και στην καλύτερή μου φίλη, γιατί πίστευα πως θα με περιθωριοποιούσε! Με τα χρόνια όμως, βίωσα διάφορα προβλήματα και άλλων παιδιών, εξίσου σοβαρά με το δικό μου και συνειδητοποίησα πως μου άρεσε πολύ όταν με εμπιστεύονταν και μου έλεγαν για το πρόβλημά τους. Τότε εγώ όχι απλά δεν τους περιθωριοποιούσα, αλλά έκανα ότι ήταν δυνατόν για να τους βοηθήσω και να τους εμψυχώσω. Φυσικά, δεν είχα κάτσει ποτέ να αναρωτηθώ το για-



τί. Γιατί να παριστάνω ότι δεν έχω τίποτα και είμαι τόσο δυνατή; Για να ενταχτώ και να με δεχετεί ένας κόσμος γεμάτος προβλήματα; Ύστερα από πολλά χρόνια κατέληξα στο συμπέρασμα ότι δεν είναι ο διαβήτης αυτός που καταστρέφει τη ζωή μου, ο διαβήτης είναι η ζωή μου. Εγώ θα επιπλέξω τον τρόπο που θα τη ζήσω!

Όταν άλλαξα σχολείο, διότι είχε έρθει η ώρα να πάω γυμνάσιο, πήρα τη μεγάλη απόφαση να μιλήσω σε όλους μου τους φίλους για τον διαβήτη, που δεν είναι και από τα ωραιότερα κομμάτια της ζωής μου. Θυμάμαι ότι τους μίλησα έχοντας τόσο φόβο και ενώ περίμενα να αντιδράσουν περίεργα, εκείνοι με κοίταζαν με πραγματική απορία και μου είπαν «ε και; και εγώ έχω κάποιο πρόβλημα, δεν έχεις μόνο εσύ κυρία μου». Τότε χάρηκα τόσο πολύ που το πήραν έτσι και άρχισα να χαίρομαι περισσότερο τη ζωή μου. Άρχισα να χαίρομαι που έχω διαβήτη. Πήγαινα με την παρέα μου εκδρομές, στη θάλασσα και μπορώ να πω με σιγουριά πως περισσότερο απασχολούσε ο διαβήτης τους φίλους μου παρά εμένα. Εδώ και αρκετά χρόνια κάνω χορό και ενώ όταν έχουμε κάποιες παραστάσεις χρειάζεται να κάνουμε πολύωρες πρόβες, γεγονός που σημαίνει ότι ιδρώνω αρκετά, ωστόσο δύμας ποτέ δεν έχω γυρίσει

στο σπίτι με υπεργήσκαιμία ή υπογήσκαιμία. Με πολλή προσπάθεια κατάφερα να φτάσω τις γήικονηιωμένες ενός μη διαβητικού παιδιού.

Σε αυτό το σημείο που βρίσκομαι μπορώ να πω πως λατρεύω τη ζωή μου, επομένως λατρεύω και τον διαβήτη μου, με τα θετικά και τα αρνητικά του. Βέβαια εννοείτε πως αν αυτήν τη στιγμή, με έναν μαγικό τρόπο, μπορούσα να εξαφανίσω τον διαβήτη μου, θα το έκανα. Αλλά ποτέ δεν θα ξενούσα τις όμορφες στιγμές της ζωής μου ακόμα και με τον διαβήτη. Αντιθέτως, θα ξενούσα τις άσχημες στιγμές, γιατί θέλει πως αν μαζέψεις όλες τις άσχημες στιγμές της ζωής σου φτιάχνεις μια ζωή και εγώ δεν θέλω μια δυστυχισμένη ζωή!

Εντάξει, έχω διαβήτη, ε και; Τιμή και καμάρι μου και όποιος τολμήσει να τον προσβάλει, καλά θα κάνει πρώτα να κοιτάξει τα δίκια του προβλήματα και ύστερα να με κρίνει.

Θα μπορούσα αντί για διαβήτη να έχω στραβή μύτη για παράδειγμα. Αλλά να σας πω κάτι που δεν το χω πει σε κανέναν; Καλύτερα που δεν έχω στραβή μύτη, δεν πρέπει να παραβλέπουμε ότι η εξωτερική εμφάνιση είναι ένα θέμα. Καλύτερα με την αντίλια μου, η οποία είναι όμορφη, είναι ροζ και τη λατρεύω! ■

¶ Σε αυτό το σημείο που βρίσκομαι μπορώ να πω πως λατρεύω τη ζωή μου άρα, λατρεύω και τον διαβήτη μου, με τα θετικά του και τα αρνητικά του. Βέβαια εννοείτε πως αν αυτήν τη στιγμή, με ένα μαγικό τρόπο, μπορούσα να εξαφανίσω τον διαβήτη μου, θα το έκανα. Αλλά ποτέ δεν θα ξενούσα τις όμορφες στιγμές της ζωής μου ακόμα και με το διαβήτη ¶

„Εάν οι ιανές αέγανε την ζωή σας...“



Οι φυτικές ίνες επιβραδύνουν την απορρόφηση των άλλων θρεπτικών συστατικών που καταναλώνουμε στο ίδιο γεύμα, λόγου χάρη των υδατανθράκων. Αυτή η επιβράδυνση μπορεί να συντελέσει στην πρόληψη των εξάρσεων και υφέσεων του επιπέδου του σακχάρου στο αίμα μας.

*Wish
bars*

Οι ευεργετικές ιδιότητες των φυτικών ινών ως προς την απώλεια βάρους, τη μείωση της χοληστερόλης και την προστασία κατά των καρδιακών νοσημάτων έχουν αποδειχτεί με πολλές επιστημονικές μελέτες, ενώ πρόσφατα ερευνητές ανακοίνωσαν ότι οι φυτικές ίνες μπορούν να πλειούργησουν προηποτικά και εναντίον θανατηφόρων νόσων.

Συγκεκριμένα, τύποι φυτικών ινών που εμπεριέχονται στη βρώμη, τα δόσπιρα και τους ξηρούς καρπούς μπορούν να βοηθήσουν στη μείωση της χοληστερόλης στο αίμα. Ένα επιπρόσθετο πλεονέκτημά τους είναι ότι οι φυτικές ίνες δημιουργούν το αίσθημα της πληρότητας στον οργανισμό, προάγοντας έτσι τον κορεσμό του στομάχου. Το πρόβλημα είναι ότι η δυτικού τύπου διατροφή που τείνουμε όλοι πλέον να κάνουμε, κάθε άλλο παρά αυξημένη περιεκτικότητα σε φυτικές

ίνες έχει. Όσο πιο επεξεργασμένα είναι τα τρόφιμα, τόσο χαμηλότερες οι περιεκτικότητά τους σε φυτικές ίνες.

Για να αλλάξουμε ποιοπόνο αυτή την κατάσταση μπορούμε να ακολουθήσουμε τρεις απλές συμβουλές:

- Τρώμε άφθονα φρέσκα και αποξηραμένα φρούτα (σύκα, δαμάσκηνα)
- Τρώμε ξηρούς καρπούς (αμύγδαλα, καρύδια, πιλόσπορο, φυστίκια)
- Περιλαμβάνουμε περισσότερα δόσπιρα στα γεύματά μας
- Επιλέγουμε δημητριακά ολικής άλεσης & βρώμη

Τα Νέα WISH Bars Χωρίς Ζάχαρη είναι μια πολύ καλή επιλογή προϊόντων πλούσια σε φυτικές ίνες. Θα τα βρείτε σε 3 μοναδικές γεύσεις: σύκο, δαμάσκηνο, σοκολάτα.

Για περισσότερες πληροφορίες www.atcare.gr

ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ ΕΠΙΔΟΡΠΙΩΝ



Sweet & Balance

χωρίς ζάχαρη

λίγες θερμίδες

χαμηλά λιπαρά

χαμηλός γλυκαιμικός δείκτης

Δοκιμάστε
τις νέες
γεύσεις!



ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

SOLID

Γι' αυτούς που ζουν χωρίς ζάχαρη αλλά δεν ζουν χωρίς γλυκό!

Με τη νέα γενιά επιδορπίων Sweet & Balance της ΓΙΩΤΗΣ, η ευχή μας για «γλυκά χωρίς τύψεις» γίνεται πραγματικότητα. Χωρίς ζάχαρη, με φυτικές ίνες, περιορισμένες θερμίδες και λιπαρά συνδυάζουν τα χαρακτηριστικά ενός υγιεινού διαιτολογίου. Έτσι, είναι ιδανικά για εκείνους που προσέχουν τη διατροφή και το βάρος τους. Με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, κατάλληλα άρα και για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, πάντα με την καθοδήγηση και σύμφωνη γνώμη ειδικού γιατρού ή διαιτοφοιτού. Με απίθανη γεύση!

Συμβάλλει
στον καλύτερο
γλυκαιμικό
έλεγχο

Για περισσότερες πληροφορίες: www.sweetandbalance.gr

Τα φρούτα του καλοκαιριού και ο σακχαρώδης διαβήτης

Η κατανάλωση των φρούτων την καλοκαιρινή εποχή αυξάνεται σημαντικά. Τόσο η μεγαλύτερη ποικιλία σε φρούτα όσο και η σταδιακή αύξηση της θερμοκρασίας επιδρούν ευεργετικά στην κατανάλωσή τους. Παιδιά και ενήλικες επιλέγουν τα καλοκαιρινά φρούτα επειδή είναι εύγευστα και δροσιστικά.



ΜΕΛΙΝΑ Σ. ΚΑΡΙΠΙΔΟΥ,

MSc, κλινική διαιτολόγος διατροφολόγος,
υπεύθυνη τμήματος διαιτολογίας
κλινικής «Μπέρα»

Hκατανάλωση φρούτων και λαχανικών είναι αποδεδειγμένο πως δρα ευεργετικά στην πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, των καρδιαγγειακών νοσημάτων, καθώς και ορισμένων μορφών καρκίνου.

Τα φρούτα αποτελούν πολύ πλούσιες πηγές υδατανθράκων, νερού, βιταμινών, ανόργανων συστατικών, αντιοξειδωτικών και διαιτητικών ινών. Είναι βασικό συστατικό της καθημερινής διατροφής και η κατανάλωσή τους θα πρέπει να κυμαίνεται σε 2-3 μερίδες ημεροσίως. Η μεγάλη περιεκτικότητά τους σε νερό βοηθάει ιδιαί-

τερα στην κάλυψη των πολύ αυξημένων αναγκών σε υγρά που έχει ο ανθρώπινος οργανισμός τους καλοκαιρινούς μήνες. Τα φρούτα περιέχουν ορισμένες δραστικές φυτοχημικές ουσίες, οι οποίες συνεργιστικά δρουν αντιοξειδωτικά και προστατευτικά στην εμφάνιση της γήρανσης και διαφόρων νοσημάτων.

Οι υδατάνθρακες αποτελούν τη βασική πηγή ενέργειας για τον ανθρώπινο οργανισμό και τη μοναδική για τον εγκέφαλο. Τα φρούτα είναι πλούσια σε υδατάνθρακες και για αυτό συνήθως συστήνεται η κατανάλωσή τους ενδιάμεσα των κυρίων γευμάτων, για την παροχή ενέργειας. Τα ευεργετικά οφέλη από την κατανάλωση φρούτων ισχύουν και για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, όμως υπάρχουν κάποια θέματα που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και αφορούν το εί-

δος και την ποσότητα των υδατανθράκων που περιέχουν. Η κατανάλωση φρούτων αυξάνει τη γλυκόζη του αίματος. Συγκεκριμένα, ένα ισοδύναμο φρούτο περιέχει 15 γραμμάρια υδατανθράκων. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (τύπων 1 και 2, κύπσης) μπορούν να καταναλώνουν όλα τα είδη των φρούτων, αρκεί να τα καταναλώνουν στις συνιστώμενες ποσότητες, να τα κατανέμουν σωστά κατά τη διάρκεια της ημέρας και να υποθογίζουν την ποσότητα των υδατανθράκων ανάλογα με το σχήμα της θεραπευτικής αγωγής που ακολουθούν. Ανάλογα με το μέγεθος του φρούτου και την περιεκτικότητά του σε νερό καθορίζεται και η ποσότητα του ισοδυνάμου. Συγκεκριμένα, ένα ισοδύναμο φρούτο περιέχει 15 γραμμάρια υδατανθράκων, αποδίδει 60 θερμίδες και αντιστοιχεί στις παρακάτω ποσότητες:

Φρούτο	Ποσότητα ισοδυνάμου
Βερίκοκα	150 γραμ.
Δαμάσκηνα	140 γραμ.
Καρπούζι	200 γραμ.
Κεράσια	85 γραμ.
Νεκταρίνι	140 γραμ.
Πεπόνι	170 γραμ.
Ροδάκινα	110 γραμ.
Σταφύλια	90 γραμ.
Σύκα	80 γραμ.
Φράουλες	200 γραμ.
Χυμός	½ φλιτζάνι (120 ml)
Χυμός σταφυλιού	1/3 φλιτζανιού
Χυμός δαμάσκηνου	1/3 φλιτζανιού



Για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή σακχαρώδη διαβήτη κύουσσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τόσο ο γλυκαιμικός δείκτης όσο και το γλυκαιμικό φορτίο των φρούτων. Ο γλυκαιμικός δείκτης δείχνει πόσο αυξάνονται τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος μετά από την κατανάλωση ενός τροφίμου, σε σχέση με ένα τρόφιμο αναφοράς. Επειδή ο γλυκαιμικός δείκτης επηρεάζεται από το είδος και όχι από την ποσότητα των υδατανθράκων στο τρόφιμο, δημιουργήθηκε το γλυκαιμικό φορτίο, το οποίο σχετίζεται με την ποσότητα των υδατανθράκων που περιέχει το τρόφιμο. Περισσότερες πληροφορίες για τις τιμές του γλυκαιμικού δείκτη και του γλυκαιμικού φορτίου μπορείτε να βρείτε στον ιστοτόπο <http://www.glycemicindex.com/>.

Συνεπώς, όσο πιο πολύ αυξάνει ένα τρόφιμο τη γλυκόζη του αίματος τόσο υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη έχει και τόσο πιο αυστηρά θα πρέπει να είναι στην ποσότητα του φρούτου που θα καταναλώσουν τα διαβητικά άτομα. Υπάρχουν ορισμένοι κανόνες που βοηθούν στην επιλογή των φρούτων τα οποία έχουν χαμηλότερο γλυκαιμικό δείκτη σε σχέση με άλλα αντίστοιχα.

Επιλογή μη παραγινωμένων φρούτων

Όσο πιο γινωμένο είναι ένα φρούτο τόσο υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη έχει και αυξάνει περισσότερο τη γλυκόζη του αίματος. Για παράδειγμα μια μπανάνα πρασινωπή έχει γλυκαιμικό φορτίο έξι, ενώ μια μπανάνα ώριμη έχει το διπλάσιο (13). Συνεπώς, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι καλό να επιλέγουν φρούτα όσο το δυνατό πιγότερο ώριμα.

Επιλογή φρούτων αντί των χυμών τους

Οι χυμοί (είτε φυσικοί είτε τυποποιημένοι) έχουν υψηλότερο γλυκαιμικό φορτίο από τα αντίστοιχα φρούτα. Για παράδειγμα: το πορτοκάλι έχει γλυκαιμικό φορτίο πέντε, ενώ ο χυμός του 13. Οι διαιτητικές ίνες που περιέχουν τα φρούτα



Υπάρχουν τρόφιμα τα οποία έχουν μικρότερη περιεκτικότητα σε νερό, υψηλότερη σε υδατάνθρακες, είναι πιο γλυκά στη γεύση και, συνεπώς, έχουν υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη. Σε αυτά τα φρούτα θα πρέπει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη να είναι ιδιαίτερα προσεκτικά, ώστε να μην ξεπερνούν τη συνιστώμενη ποσότητα. Τέτοια φρούτα είναι το σύκο, το σταφύλι, ο ανανάς, η μπανάνα, ο λωτός κ.ά. □

τα καθυστερούν την αύξηση της γλυκόζης του αίματος και τη φτάνουν σε μικρότερα επίπεδα σε σχέση με το χυμό που δεν έχει καθόλου ίνες. Δεν είναι τυχαίο ότι σε περιπτώσεις υπογλυκαιμίας συστήνεται η κατανάλωση χυμού και όχι φρούτου.

Προσοχή στην ποσότητα των φρούτων που έχουν υψηλό γλυκαιμικό δείκτη

Υπάρχουν τρόφιμα τα οποία έχουν μικρότερη περιεκτικότητα σε νερό, υψηλότερη σε υδατάνθρακες, είναι πιο γλυκά στη γεύση και, συνεπώς, έχουν υψηλότερο γλυκαιμικό δείκτη. Σε αυτά τα φρούτα θα πρέπει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη να είναι ιδιαίτερα προσεκτικά, ώστε να μην ξεπερνούν τη συνιστώμενη ποσότητα. Τέτοια φρούτα είναι το σύκο, το σταφύλι, ο ανανάς, η μπανάνα, ο λωτός κ.ά. □



**Σε κάθε περίπτωση,
παρά τις λίγες
θεωρήσεις για τα
άτομα με σακχαρώδη
διαβήτη, τα φρούτα
έχουν θέση στο
καθημερινό
διαιτολόγιό τους από
τα οποία λαμβάνουν τα
ευεργετικά οφέλη**



Υπάρχουν πολλοί τρόποι με τους οποίους μπορούν να καταναλωθούν τα φρούτα, ώστε να αποκτούν περισσότερο ενδιαφέρον ειδικά για τα άτομα που δεν είναι οπαδοί τους. Μερικοί από αυτούς αναφέρονται παρακάτω.

Γρανίτες

Μπορείτε να περάσετε από τον αποχυμωτή τόσο ένα φρούτο όσο και ποικιλία αυτών, να τα τοποθετήσετε σε ειδικές θήκες στην κατάψυξη και να απολαύσετε μια γρανίτα. Η περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες είναι ίση με εκείνη που περιέχουν τα φρούτα που χρησιμοποιήσατε για να φτιάξετε τη γρανίτα.

Milkshake

Γάλα 0%, φρούτο της προτίμοσής σας (καλή επιλογή είναι οι φράουλες) και παγάκια! Ένα φλιτζάνι γάλα περιέχει 12 γραμμάρια υδατανθράκων και 100 γραμμάρια φράουλες επτά γραμμάρια υδατανθράκων.

Ζελέ με φρούτα

Μπορείτε να φτιάξετε ζελέ light και να προσθέσετε κομμάτια από διάφορα φρούτα. Ως υδατάνθρακες υπολογίζονται μόνο εκείνοι των φρούτων.

Γιαούρτι με φρούτα

Μπορείτε να κόψετε σε μικρά κομμάτια

διάφορα φρούτα και να τα προσθέσετε στο γιαούρτι. Εναλλακτικά, μπορείτε να τα αιλέσετε και να ανακατέψετε μαζί και το γιαούρτι. Η περιεκτικότητα σε υδατάνθρακες είναι 12 για το γιαούρτι, συν τους υδατάνθρακες από τα επιπλέον φρούτα που θα προσθέσετε.

Σε κάθε περίπτωση, παρά τις λίγες θεωρήσεις για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, τα φρούτα έχουν θέση στο καθημερινό διαιτολόγιό τους από τα οποία λαμβάνουν τα ευεργετικά οφέλη. Οι συστάσεις κατανάλωσης τόσο σε αριθμό όσο και σε ποικιλία είναι ίδιες με εκείνες τους γενικού πληθυσμού.

Τα θρεπτικά συστατικά των φρούτων έχουν άμεση σχέση με το χρώμα τους. Για τον λόγο αυτό είναι καλό να καταναλώσετε τα φρούτα (και λαχανικά) να χαρακτηρίζεται από ποικιλία χρωμάτων σε καθημερινή βάση. Τα φρούτα και λαχανικά κατατάσσονται σε πέντε κατηγορίες ανάλογα με το χρώμα τους και, συνεπώς, την περιεκτικότητά τους σε ορισμένα θρεπτικά συστατικά. Έτσι, είναι καλό να επιδιώκεται κατανάλωση φρούτων και των πέντε κατηγοριών. Οι κατηγορίες αυτές και ορισμένα παραδείγματα φρούτων είναι: η κόκκινη (καρπούζι, φράουλες), η πράσινη (σταφύλια, αχλάδι), η κίτρινη-πορτοκαλί (βερίκοκο, ροδάκινο), η λιευκή-καφέ (μπανάνα, πεπόνι) και η μπλε-μωβ (μούρα, δαμάσκηνα).



Premium
Quality

spinspan

100% από ΦΡΟΥΤΑ και χυμούς φρούτων

- Χωρίς προσδήκη ζάχαρης
- Χωρίς συντηρητικά
- Χωρίς χρώματα



Παραδοσιακές συνταγές του καλοκαιριού

Το καλοκαίρι η συνοδική διατροφή των ατόμων με διαβήτη πρέπει να είναι και πιο ελαφριά, όσον αφορά τα συστατικά, αλλά και τον τρόπο μαγειρικής παρασκευής, αλλά ταυτόχρονα να χορτάινει παρέχοντας και τους απαραίτητους υδατάνθρακες αλλά και ιχνοστοιχεία.

Δύο συνταγές για σαλάτες με ζυμαρικά και λαχανικά, ένα πιάτο με βάση το ψάρι και ένα με βάση το κοτόπουλο. Τέλος, μια κλασική εύκολη συνταγή με αβγό και καλοκαιρινές ντομάτες είναι κάποιες από τις προτάσεις για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.



ΧΑΡΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ,

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

Σαλάτα με κοφτό και γαρίδες

Υλικά για 4 μερίδες:

- 100 γρ. κρύο κοφτό ζυμαρικό βρασμένο με αλάτι και 1/2 κτγ σκόνη κάρι
- 1 ντοματούλα (πομοντόρο)
- 1 πιπεριά φλωρίνης φρέσκια σε κυβάκια
- 3 κτψιλοκομμένο μαϊντανό
- 1/2 κτσ δυόσμο
- 2 κρεμμυδάκια σε ροδέλης (και το πράσινο)
- 1 σκ. σκόρδο λίγο κοπανισμένο
- 150 γρ. βρασμένες-καθαρισμένες γαρίδες
- 50 γρ. τριμμένη φέτα (λίγο για τον διάκοσμο)
- μερικές σταγόνες σκούρα σάλτσα σάγιας
- 1 πρέζα καγιέν
- Αλάτι, πιπέρι (προσσοχή στο αλάτι, λίγω φέτας)
- 3 κτσ λάδι, 1/2 κτσ ξίδι



Διαδικασία:

- ✓ Ποιτοποιούμε τον δυόσμο, τη ντομάτα, το μεγαλύτερο μέρος της φέτας και προσθέτουμε στον ποιτοποιητή τα μπαχαρικά με το ξίδι και στο τέλος το λάδι.
- ✓ Ανακατεύουμε τα υλικά σε μια σαλατιέρα που έχουμε τρίψει με τη σκελίδα σκόρδου (τη χρησιμοποιούμε για άλλο μαγείρεμα).
- ✓ Περιχύνουμε με τη σάλτσα. Αφήνουμε τη σαλάτα να καθήσει λίγο πριν τη σερβίρουμε.

Προετοιμασία:
15 λεπτά βράσιμο για το κριθαράκι

Σαλάτα ζυμαρικού

Υλικά για 2 μερίδες:

- 100 γρ. ζυμαρικού (πέννες, κοφτό, βίδες)
- 6 κουτ. ανάμεικτα λαχανικά κατεψυγμένα
- 4 κουτ. σούπας γιασούρτι στραγγιστό 2%, ή 4 κουταλάκια γηινούρι μαγιονέζα έξτρα light
- 1 κρεμμύδι
- 1 σκελίδα σκόρδο
- Ρίγανη
- Αλάτι, πιπέρι
- 1 κουταλάκι γηινούρι λάδι
- 1 βραστό αυγό κομμένο σε φέτες ή κύβους.

Διαδικασία:

- ✓ Βράζετε το ζυμαρικό μαζί με τα ανάμεικτα λαχανικά για 8-10 λεπτά.
- ✓ Στη συνέχεια τα σουρώνετε καλά σε παγωμένο νερό και κόβετε το κρεμμύδι, το αυγό και το σκόρδο σε ποιλή μικρά κομμάτια.
- ✓ Επειτα αδειάζετε τα υλικά σε ένα μικρό μπολ και προσθέτετε το γιασούρτι (ή τη μαγιονέζα), το αλάτι, το πιπέρι, τη ρίγανη και το λάδι.
- ✓ Αφήνετε να κρυώσει στο ψυγείο.



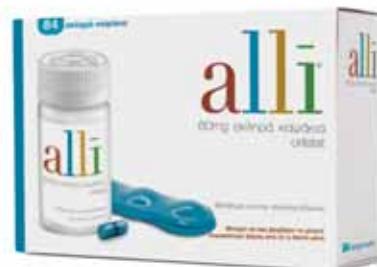


alli. Η προσθήκη του σε μία υποθερμιδική δίαιτα μειωμένων λιπαρών μπορεί να σας βοηθήσει να **χάσετε 50% περισσότερο βάρος** από ότι κάνοντας μόνο δίαιτα.

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 πεβοθιροβίνην. 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.

 Ο φαρμακοποίος σας Η πρώτη συμβουλή υγείας



www.alli.gr

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

Ψάρι αλά Σπετσιώτα

Υλικά για 5-6 μερίδες:

- 5-6 φέτες από μεγάλο ψάρι, π.χ. συναγρίδα, σφυρίδα, πέρκα, ξιφίδια
- 1 κρεμμύδι κομμένο σε μικρά κομμάτια
- 4 σκελίδες σκόρδο ψιλοκομμένο
- 3 μέτριες ντομάτες
- ½ φλ. Κρασί, πίευκό ξηρό
- Μαϊντανός ψιλοκομμένος
- Λεμόνι και λίγο αλάτι
- 5-6 κουτ. σούπας λάδι (μία για κάθε μερίδα)

Διαδικασία:

- ✓ Καθαρίζουμε το ψάρι και χαράζουμε, για να ψωθεί καλά, όπη του η σάρκα.
- ✓ Βάζουμε το ψάρι σε ταψί, μαζί με τον χυμό του λεμονιού, το αλάτι και προαιρετικά πιπέρι.
- ✓ Βάζουμε επίσης το μισό λάδι και το αλεύρι.
- ✓ Αφήνουμε να ψωθεί για περίπου μία ώρα.
- ✓ Βάζουμε το υπόλοιπο λάδι.
- ✓ Σταράρουμε ελαφρά το κρεμμύδι και το σκόρδο και μετά βάζουμε στο σκεύος τη ντομάτα, το κρασί και τον μαϊντανό.
- ✓ Αφήνουμε τα υλικά να σιγοβράσουν, για να φτιάξουμε μια πιο «δεμένη» σάλτσα.
- ✓ Περιχώνουμε με τη σάλτσα που φτιάξαμε το ψάρι, ενώ στη συνέχεια ψήνουμε 175°C για μία ώρα.
- ✓ Σερβίρουμε μαζί με βραστή ή ωμή σαλάτα όπως με μαρούλι, χόρτα, μπρόκολα ή κολοκούθα κρέατος.



Κοτόπουλο με λαχανικά

Υλικά για 2 μερίδες:

- 3 κτσ ελαιόλαδο
- Χυμός ½ λεμονιού
- 2 μεγάλα στήθη κοτόπουλο σε κύβους
- 2-3 καρότα σε λεπτές ροδέλες
- 2-3 κολοκουθάκια σε ροδέλες
- Αλάτι, πιπέρι
- ½ ποτήρι ζωμός λαχανικών
- 1 ματσάκι σέλινο χοντροκομμένο για γαρνίρισμα

Διαδικασία:

- ✓ Αλατοπιπερώστε τα φίλέτα κοτόπουλου.
- ✓ Βάλτε το ελαιόλαδο και τον χυμό λεμονιού σε ένα μικρό σκεύος αντικομιθητικό.
- ✓ Προσθέτε και τα κομμάτια του κοτόπουλου και ψήστε σε χαμηλή φωτιά για 12 λεπτά.
- ✓ Γυρίστε δύο φορές να ψωθεί και από τις δύο πλευρές.
- ✓ Παράλληλα, αναμίξτε τα λαχανικά, αλατοπιπερώστε τα ελαφρά και μισοβράστε τα με κλειστό καπάκι (10').
- ✓ Προσθέτε τα λαχανικά και ½ ποτήρι από τον ζωμό τους και ψήστε για 5-7 λεπτά ακόμα.



Στραπατσάδα

Υλικά για 2 μερίδες:

- 4 αβγά
- ½ κιλό ντομάτες
- 1 μεγάλο κρεμμύδι
- 2-3 καρότα σε λεπτές ροδέλες
- 2-3 κολοκουθάκια σε ροδέλες
- Αλάτι, πιπέρι

Διαδικασία:

- ✓ Κόβετε σε μικρά κυβάκια το κρεμμύδι.
- ✓ Πλένετε και ψιλοκόβετε σε κυβάκια τις ντομάτες.
- ✓ Χτυπάτε καλά τα αυγά με το σύρμα.
- ✓ Προσθέτε το κρεμμύδι, τις ντομάτες, λίγο αλάτι και πιπέρι και τα ανακατεύετε όλα μαζί για λίγο ακόμα.
- ✓ Αδειάζετε όλα τα υλικά σε αντικομιθητικό ταψάκι και ψήνετε σε μέτριο φούρνο για 15 λεπτά.
- ✓ Συνοδεύετε με ψωμί ολικής άλεσης.





Είστε διαβητικοί
(τύπου 2);
Διευκολύνετε τη
ζωή σας με τρόπο
απλό και φυσικό!

Εάν οι αδιάλλα όσα αξάντανα!

Όάιμιά σέα οι αέαλλα

Diabecinn Extra:
το ασφαλές βοόθημα!

Οι κάψουλες κανέλας DIABECINN EXTRA περιέχουν ένα ειδικό εκχύλισμα κανέλας υδατικής βάσης (ZN112), που προσφέρει καλή απορρόφηση από τον οργανισμό, ελαχιστοποιώντας την πιθανότητα εμφάνισης αλληργικών αντιδράσεων. Η δράση της κανέλας έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για τους διαβητικούς αλλά και όσους εμφανίζουν συμπτώματα του μεταβολικού συνδρόμου (π.χ. παχυσαρκία, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλό επίπεδο κολποστερίνης, σακχαρώδη διαβήτη κ.ά.)*. Επίσης:

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

*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. Akilen, A. Tsiami, D. Devendra, N. Robinson.

Diabecinn®
extra

ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΚΑΝΕΛΑΣ

Κανέλα για τον διαβήτη

Diabecinn Extra. Η ασφαλής λύση!



Ελβετική Ποιότητα

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

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ (τύπου 2)

- Περιέχει πρόσθετα αντιοξειδωτικά (Βιτ. C και E), τις βιταμίνες 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 διάτοι διαβητικών τύπου 2.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική σγωνγή για τον διαβήτη τύπου 2.

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

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

Diabecinn®
extra

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 κόκκινου ρυζιού και του αποστάγματος κανέλλας που αποδειγμένα έχουν θετική επίδραση στα επίπεδα της Συνολικής Χοληστερόλης, στην LDL-Χοληστερόλη, στο επίπεδο των τριγλυκεριδίων (λιπίδια) καθώς και στο επίπεδο σακχάρου στο αίμα.

Περιέχει 9 διαφορετικά είδη μονακολινών (δράση ανάλογη με τις στατίνες, αλλά χωρίς τις αρνητικές τοξικές επιδράσεις), φυτοστερόλες (περιορίζουν την απορρόφηση χοληστερόλης στα έντερα), ισοφλαβόνες, μη κεκορεσμένα λιπαρά οξέα (βοηθούν 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



Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος: ΑΓΓΕΛΙΚΑ ΕΛΟΒΑΡΗ Α.Ε.

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



Εναλλακτικός αθλητισμός για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη το καλοκαίρι

συνεργάτης Υφυπουργού Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, πτυχιούχος ΤΕΦΑΑ

O σακχαρώδης διαβήτης, αν δεν ρυθμίζεται σωστά, μπορεί να προκαλέσει μια σειρά από επιπλοκές μακροπρόθεσμα. Μια από αυτές είναι η αρτηριοσκλήρυνση που προκαλεί διαταραχές στην καρδιακή λειτουργία και την κυκλοφορία του αίματος κυρίως στα άκρα και κάποιες φορές οδηγεί σε ακρωτηριασμούς. Επίσης, προκαλεί βλάβες στα νεφρά, τα μάτια, και τα περιφερικά νεύρα. Το ευχάριστο όμως είναι ότι ο σακχαρώδης διαβήτης, με τα μέσα που διατίθενται σήμερα, μπορεί να ελεγχθεί.

Η καθιστική ζωή μαζί με την παχυσαρκία και τη βιολογική γήρανση αποτελούν τους κύριους παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση του διαβήτη τύπου II. Μάλιστα, σε μια πιλοτική έρευνα διατροφικών συνηθειών και φυσικής δραστηριότητας 1.480 ατόμων με διαβήτη τύπου II που συμμετείχαν σε μια μεγαλύτερη Αμερικανική επιδημιολογική μελέτη μεταξύ 1988 και 1994 έδειξε,

ότι η πλειοψηφία των ατόμων με διαβήτη τύπου II κατανάλων δίαιτα υψηλή σε κορεσμένο λίπος και σχεδόν το ένα τρίτο αυτών δήλωσαν καθόλου φυσική δραστηριότητα, ενώ το 38% των ατόμων έκαναν καθιστική ζωή. Έχει προταθεί πως η συστηματική φυσική δραστηριότητα μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος πρόληψης αλλά και θεραπείας του διαβήτη τύπου II μιας και βελτιώνει τη δράση της ινσουλίνης και ρυθμίζει καλύτερα τη γλυκόζη. Είναι γνωστό πως η μυϊκή συστολή κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας αυξάνει την πρόσθιψη γλυκόζης από τους μυς.

Μπορεί, πλοιόπον, η φυσική δραστηριότητα να εμποδίσει την εμφάνιση του διαβήτη; Μια έρευνα σε 41.837 γυναίκες ηλικίας 55-69 ετών στο Πανεπιστήμιο της Μίνεσότα στις ΗΠΑ, έδειξε, ότι τα υψηλά επίπεδα φυσικής δραστηριότητας μείωσαν τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II κατά 50%. Μια άλλη

μελέτη σε 5.990 άντρες αποφοίτων του Πανεπιστημίου της Πενσυλβανία στις ΗΠΑ, ηλικίας 45-55 ετών, έδειξε, ότι το επίπεδο της φυσικής δραστηριότητας είναι αντίστροφα συνδεδεμένο με τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Ιδιαίτερα στους άντρες σε υψηλό κίνδυνο παρατηρήθηκε 6% μείωση του κινδύνου για κάθε 500 θερμίδες που ξόδευαν κατά τη διάρκεια άσκησης. Τέλος μια μελέτη, με ιατρούς, ηλικίας 40-84 ετών, έδειξε ότι όσοι ασχολούνται με έντονη φυσική δραστηριότητα τουλάχιστον μια φορά την εβδομάδα είχαν 29% χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης του διαβήτη κατά τη διάρκεια 5 ετών παρακολούθησης συγκριτικά με εκείνους που δεν απασχολούνται με έντονη φυσική δραστηριότητα.

Επιπλέον, σε μια από τις μεγαλύτερες κλινικές μελέτες που έγινε στις ΗΠΑ σε 27 ιατρικά κέντρα, 3.234 άτομα που δεν είχαν χαρακτηριστεί ακόμα ως διαβητικοί, αλλά είχαν υψηλότερα του φυσιο-

πλογικού επίπεδα σακχάρου, χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες: στην ομάδα ειλέγχου (οι οποίοι δεν έκαναν τίποτα), στην ομάδα που πήρε ένα κλασσικό αντιδιαβητικό φάρμακο (μετφορμίνη) και στην ομάδα παρέμβασης στους οποίους ζητήθηκε να αιλλάξουν τις συνήθειές τους όσον αφορά την φυσική δραστηριότητα και τη διατροφή τους. Πιο συγκεκριμένα τους ζητήθηκε να ασκούνται για τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα και να ακολουθούν μια δίαιτα χαμογή σε λίπος και θερμίδες με στόχο μια απώλεια βάρους της τάξεως του 7%. Τα άτομα που βεβήτιωσαν τα επίπεδα της φυσικής τους δραστηριότητας και τη διατροφή τους είχαν καλύτερη εξέλιξη του διαβήτη τύπου II κατά 39% και 58% σε σύγκριση με τα άτομα που έπαιρναν μόνο ένα κλασικό διαβητικό φάρμακο ή τα άτομα που δεν έκαναν τίποτα, αντίστοιχα.

Οδηγίες άσκησης στο διαβήτη

Φαίνεται ποιοπόν πως η φυσική δραστηριότητα μπορεί να μειώσει το σχετικό κίνδυνο εμφάνισης του διαβήτη τύπου II. Πιο συγκεκριμένα, φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης διάρκειας τέσσερις ώρες την εβδομάδα είναι αρκετή για να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Παραδείγματα ασκήσεων χαμογής έως μέτριας έντασης συμπεριλαμβάνουν τα ψώνια, το καθάρισμα σπιτιού, την κηπουρική, το γρήγορο βάδισμα, την κολύμβηση, την ποδηλασία, το τρέξιμο, το χορό, κ.α. Τα προγράμματα αεροβικής άσκησης, άσκησης αντοχής, και άσκηση με αντίστασης πολλών επαναλήψεων με μικρό βάρος συστήνονται σε όλα τα άτομα με διαβήτη τύπου II συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων.

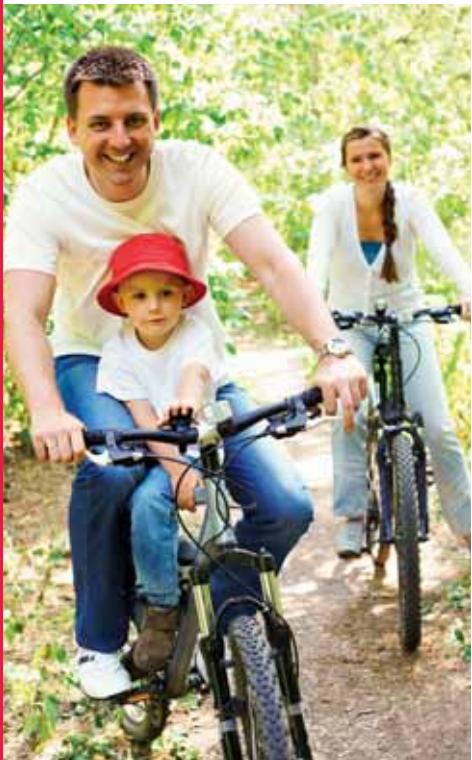
Ποια μέτρα πρέπει να ληφθούν πριν ξεκινήσει κάποιος ένα πρόγραμμα φυσικής δραστηριότητας; Πριν ξεκινήσει ένα άτομο με διαβήτη τύπου II ένα συστηματικό πρόγραμμα άσκησης, είναι σημαντικό να καθοριστεί ιατρικώς η ικανότητά του για συμμετοχή. Το ιατρικό ιστορικό και η φυσική εξέταση θα πρέπει να εστιαστούν στα συμπτώματα και σημεία της ασθένειας που επηρεάζουν την καρ-

διά και τα αγγεία, τα μάτια, τα νεφρά, τα πόδια, και το νευρικό σύστημα τα οποία μπορεί να επηρεαστούν από τη σωματική άσκηση.

Μια τυπική συμβουλή για το άτομο με διαβήτη τύπου II, όπως και για τα μη διαβητικά άτομα, είναι ότι η φυσική δραστηριότητα θα πρέπει να αποτελείται από μια σωστή περίοδο προθέρμανσης και χαλάρωσης. Η προθέρμανση προετοιμάζει τους σκελετικούς μύες, την καρδιά, και τους πνεύμονες για τη σωματική δραστηριότητα και η χαλάρωση επαναφέρει το σώμα στην ηρεμία και προάγει την αποτελεσματική αποκατάσταση. Η προθέρμανση θα πρέπει να αποτελείται από περίπου πέντε λεπτά ήπιας δραστηριότητας (βάδισμα, ποδήλατο, κλπ) και μείκτες διατάσεις. Κατά κύριο λόγο θα πρέπει να διαταθούν οι μύες που θα χρησιμοποιηθούν κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, αν και είναι προτιμότερη η προθέρμανση όλων των ομάδων των μυών. Το χαλάρωμα μετά την άσκηση είναι σημαντικό για την αποτελεσματική ανάνηψη από τη φυσική δραστηριότητα. Το χαλάρωμα θα πρέπει να διαρκέσει περίπου πέντε λεπτά και σταδιακά να μειώσει τον καρδιακό ρυθμό στα προ-ασκήσεως επίπεδα. □

Φυσική δραστηριότητα μέτριας έντασης διάρκειας τέσσερις ώρες την εβδομάδα είναι αρκετή για να μειώσει σημαντικά τον κίνδυνο εμφάνισης διαβήτη τύπου II. Παραδείγματα ασκήσεων χαμογής έως μέτριας έντασης συμπεριλαμβάνουν τα ψώνια, το καθάρισμα σπιτιού, την κηπουρική, το γρήγορο βάδισμα, την κολύμβηση, την ποδηλασία, το τρέξιμο, το χορό, κ.α. Τα προγράμματα αεροβικής άσκησης, άσκησης αντοχής, και άσκηση με αντίστασης πολλών επαναλήψεων με μικρό βάρος συστήνονται σε όλα τα άτομα με διαβήτη τύπου II συμπεριλαμβανομένων των ηλικιωμένων.





Υπάρχουν αρκετά σημαντικά και συγκεκριμένα θέματα όσον αφορά το άτομο με διαβήτη τύπου II. Παρότι συστάνεται η αεροβική άσκηση, είναι σημαντικό για τα άτομα με διαβήτη να παίρνουν προηπιτικά μέτρα για τα πόδια τους. Η χρήση κατάλληλων υποδημάτων που είναι αναπαυτικά και μαθακά ιδιαίτερα στην πτέρνα και στο μέσο του πέλματος, καθώς και η χρήση απορροφητικών καπιτών που εφαρμόζουν καλά (από ποδιεστέρα ή μίγμα βαμβάκι-ποδιεστέρα), είναι πολύ σημαντική για να αποφευχθούν οι φουσκάλες, να διατηρηθούν τα πόδια στεγνά για να ελαχιστοποιηθούν τα τραύματα στα πόδια. Η επιλογή κατάλληλων υποδημάτων είναι ιδιαίτερα σημαντική για τα άτομα με περιφερική νευροπάθεια. Τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να παρακολουθούν προσεκτικά τα πόδια τους για παρουσία φουσκαλών και άλλης πιθανής βλάβης πριν και μετά την άσκηση. Είσουν σημαντικό για τα άτομα με διαβήτη τύπου II είναι να μετρούν περιοδικά τη γλυκόζη του αίματος πριν, κατά τη διάρκεια, και μετά την άσκηση ώστε να διατηρούν καλό γλυκαιμικό έλεγχο.

Όταν ένα άτομο ασκείται σε θερμό περιβάλλον, πρέπει να λαμβάνονται ιδιαίτερες προφυλάξεις ώστε να προλαμβάνονται προβλήματα που σχετίζονται με τη θερμότητα. Η επαρκής ενυδάτωση στη ζέστη είναι απαραίτητη. Συστάνεται η κατάλληλη ενυδάτωση πριν την άσκηση (π.χ. 500 ml υγρών, περίπου 2 ποτήρια νερό, 2 ώρες πριν την άσκηση). Κατά τη διάρκεια της φυσικής δραστηριότητας, τα υγρά θα πρέπει να καταναλώνονται σε τακτικά διαστήματα, σε ποσότητες αρκετές για να αναπληρώσουν την απώλεια σε ιδρώτα, που αντικατοπτρίζεται ως απώλεια βάρους.

Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρία συμβουλεύει όλα τα άτομα με διαβήτη να:

- χρησιμοποιούν κατάλληλα παπούτσια, και εάν είναι απαραίτητο, επιπρόσθετο προστατευτικό εξοπλισμό
- αποφεύγουν την άσκηση σε ακραίες συνθήκες κρύου ή ζέστης
- εξετάζουν τα πόδια τους καθημερινά μετά την άσκηση και
- αποφεύγουν την άσκηση κατά τη διάρκεια περιόδων φτωχού μεταβολικού ελέγχου (π.χ. τιμές σακχάρου που υπερβαίνουν κατά πολύ τις φυσιολογικές).

Συμπερασματικά για τα άτομα με διαβήτη τύπου II προτείνονται:

- **Τύπος άσκησης:** Αερόβιες ασκήσεις (π.χ. βάδισμα, τρέξιμο, ποδηλασία, κολύμβηση) και χαμηλής έντασης ασκήσεις με αντιστάσεις.
- **Συχνότητα:** Πέντε με εφτά φορές την εβδομάδα με αερόβιες ασκήσεις και ασκήσεις με αντιστάσεις 2 φορές την εβδομάδα.
- **Ένταση:** Για τις αερόβιες ασκήσεις χαμηλή με μέτρια ένταση 40-75% μέγιστης καρδιακής συχνότητας (μέγιστη καρδιακή συχνότητα=220 - ηλικία σε χρόνια). Για τις ασκήσεις με αντιστάσεις πρέπει να δίνεται έμφαση στις πολλές επαναλήψεις και μέτρια ένταση.
- **Διάρκεια:** Για τις αερόβιες ασκήσεις τρία με πέντε λεπτά προθέρμανση, διάρκεια άσκησης 15 με 60 λεπτά και

3-5 λεπτά χαλάρωση. Για τις ασκήσεις με αντιστάσεις προτείνονται 10 με 15 επαναλήψεις για κάθε άσκηση.

Εάν η άσκηση με αντιστάσεις δεν είναι εφικτή τότε προτείνεται τα άτομα να ακολουθούν τουλάχιστον ένα πρόγραμμα άσκησης μέτριας έντασης, όπως το γρήγορο βάδισμα, για 30 λεπτά τουλάχιστον 3 με 5 φορές την εβδομάδα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα οφέλη της φυσικής δραστηριότητας στην υγεία είναι παρόμοια όταν η άσκηση γίνεται σε μία ή ξεχωριστές συνεδρίες ίσης συνολικής διάρκειας κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Δηλαδή 30 λεπτά περπάτημα την ημέρα έχουν το ίδιο όφελος στην υγεία όπως και τρία δεκάλεπτα περπατήματος που πραγματοποιούνται ξεχωριστά (π.χ. 10 λεπτά το πρωί, το μεσημέρι και το απόγευμα). Επιπρόσθετα, για τα άτομα που αδυνατούν να βρουν 30 ολόκληρα λεπτά για φυσική δραστηριότητα, συνεδρίες άσκησης μικρότερης διάρκειας είναι σίγουρα προτιμότερες από την πλήρη αποχή από τη φυσική δραστηριότητα.

Η φυσική δραστηριότητα έχει θετικές επιδράσεις σε όλα τα οργανικά συστήματα, όπως το μυοσκελετικό, το καρδιαγγειακό, το αναπνευστικό και το ενδοκρινικό. Μερικά από τα πολλά οφέλη για την υγεία που επέρχονται από τη φυσική δραστηριότητα συμπεριλαμβάνουν το μειωμένο κίνδυνο για πρόωρη θνησιμότητα, για εμφάνιση καρδιαγγειακής νόσου, υπέρτασης, διαβήτη, καρκίνου του παχέως εντέρου και του μαστού. Η συστηματική φυσική δραστηριότητα, είτε αυτή είναι δουλειές του σπιτιού, ψώνια, ενασχόληση με τον κήπο, μαγειρική, είτε βάδισμα, τρέξιμο, χορός έχει συσχετιστεί εκτός των άλλων και με μείωση της κατάθλιψης και του άγχους, βελτίωση της διάθεσης και βελτίωση της ικανότητας για εκπλήρωση καθημερινών καθηκόντων καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής.

Είναι αναγκαίο να ενταχθεί ή άσκηση στο οπλοστάσιο της πρόληψης τόσο από πλευράς της ατομικής φροντίδας υγείας όσο και από τη σκοπιά των εφαρμογών στη Δημόσια Υγεία. ☐

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



Ο Άδοε Δοϊ ιοθόίβ: çéá åëìåëöìà÷ ðiùòýóôå÷

της ΜΑΡΙΑΣ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Το όμορφο Capri είναι μια απότομη ασβεστόλιθος σχηματισμός στη νότια Ιταλία. Βρίσκεται στο νότιο άκρο του Κόλπου της Νάπολης, περίπου πέντε χιλιόμετρα δυτικά της χερσονήσου Sorrentskέho. Το Capri είναι ένα πολύ ελκυστικός για τους τουρίστες προορισμός, χάρη στην όμορφη φύση που διαθέτει και τη μοναδική τοποθεσία. Ιδιαίτερα κατά τους θερινούς μήνες το Capri κατακλύζεται από εκατοντάδες επισκέπτες που θέλουν να αποδαύσουν τις ομορφιές του τόπου.



Τοποθεσίες και μνημεία

↓

Κατά την περίοδο της αρχαίας Ρώμης το Capri φαίνεται ότι ήταν ένας δημοφιλής προορισμός, εξαιτίας των αρκετών ρωμαϊκών επαύλων που βρίσκονται στη γύρω περιοχή. Οι πιο δημοφιλείς επαύλεις είναι του αυτοκράτορα Αυγούστου και του Τιβέριου.

Στο σύνολό του το Capri είναι διακοσμημένο με επιδεικτικούς δρόμους που συνδέουν τα διάφορα χωριά και τις διάφορες εκκλησίες που βρίσκονται σε βραχώδεις λόφους. Ένας από αυτούς είναι η εκκλησία της Σάντα Μαρία del

Soccero, όπου ο επισκέπτης μπορεί να δει το άγαλμα της Θεοτόκου. Επίσης σας προτείνουμε να επισκεφτείτε την πόλη του Anacapri, που βρίσκεται στο ανώτερο τμήμα του νησιού. Ιδιαίτερο αρχιτεκτονικό δημιούργημα είναι η εκκλησία του San Michele, στην οποία το δάπεδο της απεικονίζει τον Αδάμ και την Εύα στον παράδεισο. Μπορείτε ακόμη να επισκεφθείτε την Villa San Michele, που είναι κτισμένη πάνω από τις βραχώδεις ακτές. Το τελευταίο και μικρότερο χωριό στη γύρω περιοχή είναι το Marina Piccola, στο οποίο θα συναντήσετε μια υπέροχη παραλία με όμορφα βότσαλα.

Στη γύρω περιοχή

↓

Στα περίχωρα της πόλης μπορούμε να επισκεφτούμε μια σειρά από τουριστικά αξιοθέατα, όπως π.χ. Pozzuoli περίπου 31 χλμ., (αρχαιολογικοί χώροι) Πομπηία, Herculaneum και Torre Annunziata, περίπου 31 χλμ., Amalfitana Coast περίπου 33 χλμ., Villa Jovis περίπου 3,3 χλμ., Castel dell'Ovo περίπου 31 χλμ., Museo del mare περίπου 30 χλμ., Duomo Sant'Andrea περίπου 24 χλμ., Torrione περίπου 37 χλμ., Herculaneum περίπου 30 χλμ.

Ανοιξιάτικες-καλοκαιρινές προτάσεις ομορφιάς και περιποίησης από τη BENOSTAN

Η άνοιξη και η αρχή του καλοκαιριού είναι μια περίοδος, με αυξημένες απαιτήσεις για το δέρμα μας, που θα πρέπει να προστατευτεί από τον πρώτο ήλιο και να ενισχυθεί με ενυδατικά και αντιγηραντικά στοιχεία. Η BENOSTAN, πάντα πρωτοπόρος στη φυσική εκχύλιση των βιοτάνων, διαθέτει προϊόντα με φυτικά συστατικά, ικανά να προσφέρουν ουσιαστική προστασία και ευεργετική ενυδάτωση.



Ενυδατική κρέμα BENOSTAN με αντιηλιακό φίλτρο > 18 ευρώ

Η καλή ενυδάτωση είναι η βάση για την ομορφιά! Όταν δε η ενυδάτωση συνδυάζεται ταυτόχρονα με την αντηλιακή προστασία, όπως το εφαρμόζει η κρέμα προσώπου BENOSTAN, αποτελεί καθημερινή ασπίδα προστασίας για κάθε γυναίκα.

Η κρέμα προσώπου BENOSTAN συνίσταται, κατά βάση, σε επιδερμίδες με στεγνή όψη και υφή. Όλοι γνωρίζουμε ότι οι στρεσογόνες συνθήκες ζωής στην πόλη επιδρούν αρνητικά στην επιδερμίδα: η ατμοσφαιρική ρύπανση, η δυνατή ακτινοβολία (ακόμα και τον χειμώνα), καθώς και το άγχος της καθημερινότητας οδηγούν στην πρόωρη γήρανση.

Η ενυδατική κρέμα προσώπου BENOSTAN με αντηλιακό φίλτρο περιέχει εκχυλίσματα πλούσια σε φυτικές βιταμίνες και αντιοξειδωτικά στοιχεία με ενυδατικές και αντιγηραντικές ιδιότητες, αποτελώντας απαραίτητη προστασία την περίοδο που διανύουμε και ειδικά απέναντι στις βλαπτικές περιβαλλοντικές επιθέσεις. Η ενυδατική κρέμα BENOSTAN αποτελεί δε και ιδανική βάση για μακιγιάζ. Με εκχυλίσματα από τίτλιο, αγγούρι, καλέντουμπα, αβοκάντο, φύλλο ελιάς. Δεν περιέχει χρώμα, ούτε αιθανολαμίνες...

Αντιρυτιδική κρέμα ματιών BENOSTAN >13,50 ευρώ

Η αντιρυτιδική κρέμα ματιών BENOSTAN είναι ιδανική στο να απαλύνει τις ήπειρές γραμμές και ρυτίδες, που πολλές φορές προκαλούνται από την αντίδραση-κίνηση της επιδερμίδας στο έντονο φως του ήλιου. Σε κάθε περίπτωση, οι ήπειρές ρυτίδες κάτω από τα μάτια - το «πόδι της χήνας» εμφανίζονται ανεξάρτητα από την ηλικία και αυτό γιατί αφενός η επιδερμίδα είναι εξαιρετικά ήπειρη και τα μάτια είναι σε συνεχή κίνηση και αφετέρου γιατί δεν υπάρχουν αδένες εκεί, που να παράγουν λιπαρά και η επιδερμίδα αφυδατώνεται.

Σε αντίθεση με τις ενυδατικές κρέμες που η σύνθεσή τους είναι βαριά, η αντιρυτιδική κρέμα ματιών BENOSTAN, που είναι πλούσια σε φυτικές βιταμίνες A, C και σύμπλεγμα B, ενισχύει τους ήπειρους ιστούς και απαλύνει τις ρυτίδες.

Η αντιρυτιδική κρέμα ματιών BENOSTAN περιέχει εκχυλίσματα από φασόκυπρο, τίτλιο, φύλλο ελιάς, λάδι ελιάς, υπέρικο.



Ενυδατικό γαλάκτωμα σώματος BENOSTAN >9,50 ευρώ

Η ενυδάτωση του σώματος είναι το ίδιο σημαντική όσο εκείνη του προσώπου. Το ενυδατικό γαλάκτωμα σώματος BENOSTAN αποκαθιστά την υγρασία στο αφυδατωμένο δέρμα και του δίνει ότι πραγματικά έχει ανάγκη: την απαρίτητη υγρασία και τόνωση.

Πολλές φορές η ταλαιπωρημένη επιδερμίδα μας από τις ξηρές χειμερινές συνθήκες ή από την πρώτη έκθεση στον ήλιο, μας «τραβάει» ή την αισθανόμαστε να «διψάει». Το ενυδατικό γαλάκτωμα σώματος της BENOSTAN, που περιέχει φυτικά εκχυλίσματα και βιταμίνες όπως: μέντα, υπέρικο, λάδι και φύλλο ελιάς, μας ανακουφίζει άμεσα από την αφυδάτωση και αποκαθιστά τη φυσική υγρασία της επιδερμίδας.

H Benostan Laboratories διαθέτει 25ετή εμπειρία σε έρευνα και παραγωγή θεραπευτικών προϊόντων και καλλυντικών, με βάση την ελιά και τα βότανα της ελληνικής φύσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι η Benostan Laboratories χρησιμοποιεί τη μέθοδο της φυσικής εκχύλισης βιοτάνων, προκειμένου να παράξει προϊόντα εντελώς αγνά, στα πρότυπα της φύσης.

Τα καλλυντικά Benostan διαθέτουν μια μεγάλη γκάμα προϊόντων και μπορείτε να τα βρείτε σε επιλεγμένα φαρμακεία, καθώς και σε καταστήματα καλλυντικών στο εξωτερικό. Επίσης, η Benostan παράγει όλα τα καλλυντικά για το Costa Navarino και ταυτόχρονα διαθέτει τη σειρά Sponge (προϊόντα που χρησιμοποιούνται από celebrities & media persons) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

Πληροφορίες: κα Βασιλική Ούτσα, 6944 343236, vassiliki@benostan.gr

Ενημερωθείτε για όλα τα προϊόντα: www.benostan.gr

Κάψουλες μαστίχας, κάψουλες υγείας



Αποκλειστικά στα φαρμακεία

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρι, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία», Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467473 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα», Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770431, 210 3381182 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7776321
- > Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο», Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 210 7775605 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7473787
- > Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «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
- > Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Διαβητολογικό Κέντρο, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, τηλ.: 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7237578
- > Γ.Ν. Αθηνών «Πολυκληνική», Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944
- > Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα», Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 210 2776612, fax: 210 2776230
- > Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Μονάδα Σακχαρώδη Διαβήτη, Μεταβολισμού, Δυσλιπιδαιμών & Αθηροσκλήρωσης, Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Βασ. Σοφίας 80, ΤΚ 11528 Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, τηλ.: 210 3381392 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7770473, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8049422
- > Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», Δημ. Μαντούβαλον 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- > Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννενο», Αφεντούλη & Τζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709
- > Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Λεωφόρος Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μαγούλα, Τ: 210 5534200, 210 5534774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΣ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > 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
- > 1 Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελίσσιων), τέρμα Ζάμην, ΤΚ 15127, Μελίσσια, 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», Σισιμανογλείου 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», Μπότσαν 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) (Τρίπο-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

- > Ν.Γ.Ν. Θερβάν, 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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημητρίος»,** Ελένης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 969100, 2310 969427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 206015
- > **Ν.Α.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»,** Εθνικής Αντίστασης 161, Φοίνικας, ΤΚ 54625, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 493400 (τηλ. κέντρο), 2310 49353 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 451727
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσ/νίκη, Τ: 2310 993111, 2310 993375-6 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994803
- > **Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» (κεντρικό),** Εθνικής Αμύνης 41, ΤΚ 54635, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 211221, fax: 2310 210401
- > **Β' Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης (Παναγία),** Ν. Πλαστήρα 22, ΤΚ 55132, Ν.Κρήνη, Τ: 2310 479600, Fax: 2310 438122
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 892784
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 819758
- > **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Α' Παθολογική Κλινική, Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 693000, 2310 693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 693181**
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»,** ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

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

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

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

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

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

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

- > **Γ.Ν.Ν. Βέροιας Ασωμάτων Βέροιας,** ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23310 51141 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23310 29920

- > **Ν.Γ.Ν. Νάουσας,** Νοσοκομείου 3, ΤΚ 59200, Νάουσα, Τ: 23320 22200, 23320 59241 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23320 23422

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

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

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

- > **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»,** Ε. Βοστάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700, εσωτ. 5340 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 41500

Ν. ΣΑΜΟΥ

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

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

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

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

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

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

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

ΘΡΑΚΗ / Ν. ΕΒΡΟΥ

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

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

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

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

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

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

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

ΚΡΗΤΗ / Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

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

Ν. ΧΑΝΙΩΝ

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ / Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ

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

Ν. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Τρίπολης «Ευαγγελίστρια»,** Ερ. Σταυρού (τέρμα), ΤΚ 22100, Τρίπολη, Τ: 27100, 27103 71809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27103 38175

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

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

Mas ρωτάτε > Σας απαντάμε



■ **Ο γιος μου είναι έξι ετών και έχει διαβήτη εδώ και έξι μήνες. Μου ζητάει συνέχεια πράγματα που «απαγορεύονται»: σοκολάτες, γλυκά και παγωτά. Νιώθω πολύ άσχημα. Τί να κάνω; Τί θα γίνει όταν μεγαλώσει και θα μπορεί να παίρνει ότι θέλει μόνος του;**

Δεν υπάρχουν «απαγορευμένες» τροφές στον διαβήτη. Όλα επιτρέπονται με μέτρο και με τροποποίηση της ινσουλίνης. Είναι γεγονός ότι τροφές, όπως τα γλυκά, πλούσιες σε «γρήγορους» υδατάνθρακες, θα ανεβάσουν το σάκχαρο σίματος γρήγορα. Σε αυτές τις περιπτώσεις, ίσως βοηθήσει καλύτερα η χρησιμοποίηση ενός ανάλογου ινσουλίνης ταχείας δράσης. Σχετικά με την επιθυμία ενός διαβοτικού παιδιού να ζητά συνεχώς γλυκά για φαγητό, αυτό έχει σίγουρα ψυχολογική βάση. Συνήθως αναζητούμε αυτό που μας απαγορεύουν. Η προσέγγιση που ακολουθώ και δουλεύει εξαιρετικά, σε συνεργασία με τον διαιτολόγο, είναι ότι συμφωνώ με τους μικρούς μου φίλους ότι 1-2 φορές την εβδομάδα θα τρώνε κάτι γλυκό που θα διαλέγουν: σοκολάτα, παγωτό, οτιδήποτε. Όταν ζητάνε κάτι παραπάνω, τους

πέω ότι κανονικά κανένας δεν κάνει να φάει πάνω από 1-2 φορές την εβδομάδα κάτι γλυκό. Είναι θέμα υγιεινής διατροφής!

■ **Η κόρη μου είναι 17 ετών και έχει διαβήτη τύπου 1 τα τελευταία δύο χρόνια. Πέρυσι το καλοκαίρι έκανε πλιοθεραπεία και οι τιμές του σακχάρου της παρουσίασε σκαμπανεβάσματα. Μιλώντας και με άλλους γονείς παιδιών με διαβήτη παρατήρησαν το ίδιο. Επιτρέπεται οι διαβοτικοί να κάνουν πλιοθεραπεία, καθώς το καλοκαίρι είναι κοντά;**

Δεν έχει αποδειχθεί η σχέση της έκθεσης στον ήλιο με υπογλυκαιμίες ή υπεργλυκαιμίες. Μπορούμε να αιτιολογήσουμε τη μεταβαθμίδη μενενικόν των σακχάρων, σε σχέση με την πλιοθεραπεία με πολλούς τρόπους: πλιοθεραπεία σημαίνει και θάλασσα και αυξημένη δραστηριότητα. Αυτό σίγουρα μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμίες. Στην όποια προσπάθεια να αποφύγουν τις υπογλυκαιμίες, οι διαβοτικοί ίσως πάρουν έξτρα φαγητό, που μπορεί να κάνει πλίγο υψηλότερο σάκχαρο σίματος. Η

έκθεση στον ήλιο ίσως προκαλέσει μια αγγειοδιαστολή στα περιφερικά τριχοειδή, που με τη σειρά του θα προκαλέσει γρυπορότερη απορρόφηση και δράση της ινσουλίνης. Τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να προσέχουν την έκθεση στον ήλιο, όπως και οι μη διαβοτικοί: καπέλο, γυαλιά πλίου, αντιπλιακό με υψηλό βαθμό προστασίας και πλιοθεραπεία για μικρό χρονικό διάστημα. Επιπλέον, ίσως χρειαστεί τροποποίηση της ινσουλίνης και της διατροφής σε συνεργασία με τον γιατρό σας, ώστε να αποφευχθούν υπογλυκαιμίες και υπεργλυκαιμίες. Και θυμηθείτε: ο μέτρος του σακχάρου αίματος στη θάλασσα είναι ο καλύτερος βοηθός σας!

■ **Ο γιος μου δίνει φέτος εξετάσεις για εισαγωγή στο πανεπιστήμιο και έχει διαβήτη εδώ και πέντε χρόνια. Ανοσυχώ μάτως δεν μπορέσει να ανταποκριθεί... Τι μπορώ να κάνω;**

Το γεγονός ότι ο γιος σας έχει διαβήτη, δεν θα πρέπει να επιπρεάσει την ικανότητά του να δώσει εξετάσεις. Δεν διαφέρει από κανένα άλλο παιδί. Θα πρέπει να κάνει τη μέτρησή του πριν μπει στο εξεταστικό κέντρο. Θα πρέπει να έχει μαζί του τον μετρητή του, καθώς και καραμέλες ή χυμό. Αν κάνει υπογλυκαιμία, θα τη θεραπεύσει ανάλογα. Ίσως χρειαστεί να τροποποιήσει τη δόση της ινσουλίνης του σε συνεργασία με τον γιατρό του. Συνήθως τα παιδιά με διαβήτη πριν τις εξετάσεις, πλόγω του άγχους που συνυπάρχει, έχουν ψηλότερα νούμερα. Μη σας προβληματίζετε: αυτό διορθώνεται με το πέρας των εξετάσεων και δεν έχει παρά μικρή σημασία μπροστά στη μεγάλη εικόνα. Καλή επιτυχία! ☺

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

