

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ISSN : 1791-4574

www.elodi.org

Νοέμβριος-Δεκέμβριος 2012 # 30

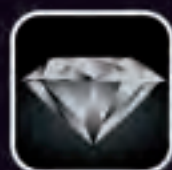


- Συμπληρώθηκαν 90 χρόνια από την ανακάλυψη της ινσουλίνης, η οποία χαρακτηρίστηκε από την ιατρική κοινότητα ως ιατρικό θαύμα. Την ιστορία ανακάλυψης της ινσουλίνης μάς παρουσιάζει ο κ. Φώτης Παυλάτος στο τεύχος μας
- Συνέντευξη του Κωνσταντίνου Λουράντου, προέδρου του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής
- Χριστουγεννιάτικα παραδοσιακά γλυκά για διαβητικούς
- Διαβητικό πόδι: Η «άγνοια» ακρωτηριάζει κι όχι ο διαβήτης


ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



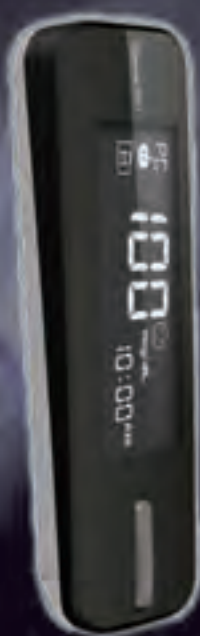


FORA® Diamond

Ένας Μετρητής Διαμάντι... στο Κινητό σου!



iDiamond



Bluetooth®

Diamond MINI

*Για την καλύτερη διαχείριση του Διαβήτη,
ζήσε την εμπειρία του Fora Diamond*

Κατεβάστε τώρα την εφαρμογή ΔΩΡΕΑΝ στο Google Play & στο iTunes!





ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

ΕΛΟΔΙ, Γ' Σεπτεμβρίου 90,
Πλ. Βικτωρίας, 104 34 Αθήνα
τ: 210 88 38 113, φ: 210 82 17 444

ΕΚΔΟΤΡΙΑ

Τζένη Περγαλιώτου > Χ.Ε. Ντούνη 36, 19 400
Κορωπί / τ: 210 69 15 785, φ: 210 69 24 416

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Τζένη Περγαλιώτου
jp@exelixa-sa.gr

ART DIRECTOR

Χρήστος Γεωργίου
georgiou.ch@exelixa-sa.gr

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

Αναστασία Καφούση
kafousi.a@exelixa-sa.gr

ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ & ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ

Μαρία Χατζηδάκη
chatzidaki.m@exelixa-sa.gr

ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Δημήτρης Χατζησταύρου

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ

Σοφία Νέτα

ΥΠΟΔΟΧΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

Πόλυ Βύνιου
advertising@exelixa-sa.gr

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ

Shutterstock

ΕΚΤΥΠΩΣΗ

ΠΕΔΙΟ Α.Ε.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ



Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί στα
τηλέφωνα: 210 8838113, 210 6915785 ή στα email:
info@elodi.org, jp@exelixa-sa.gr

Οι απόψεις των συντακτών και των αρθρογράφων δεν αποτελούν
αναγκαστικά τις απόψεις του εκδότη και του ιδιοκτήτη του περιοδικού.
Για τα αποσπασματικά έντυπα, κείμενα και φωτογραφίες,
ο εκδοτικός οίκος παίρνει αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης.
Κείμενα και φωτογραφίες που αποστέλλονται στο περιοδικό προς
δημοσίευση δεν επιστρέφονται. Απαγορεύεται η αναπαραγωγή
ή η μετάδοση ολόου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη
άδεια του εκδότη

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, καθηγητής παθολογίας - ενδοκρινολογίας, διευθυντής ενδοκρινολογικού τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Ανδριανή Βαζαίου, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' παιδιατρικής κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπληρωτής διευθυντής τμήματος ενδοκρινολογίας - μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσοκομείο «Ο Ευαγγελισμός»

Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη, ομότιμη καθηγήτρια παιδιατρικής - ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γεώργιος Δημητριάδης, καθηγητής παθολογίας, Β' προπαιδευτική παθολογική κλινική & μονάδα έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»

Χρήστος Ζούπας, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, διευθυντής διαβητολογικής κλινικής Νοσοκομείο «Υγεία»

Χριστίνα Κανακά, παιδίατρος - παιδοενδοκρινολόγος - διαβητολόγος, επίκουρη καθηγήτρια παιδιατρικής ενδοκρινολογίας - νεανικού διαβήτη, Α' παιδιατρική κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Βασίλειος Καραμάνος, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής παθολογίας - διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο Παίδων, Ανόβερο, Γερμανία

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μητράκου, επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσλεχ, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, λέκτορας παθολογίας-ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής παιδιατρικής, διευθυντής παιδιατρικής κλινικής Νοσοκομείου «Μητέρα»

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

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' παθολογικής κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, καθηγητής παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου ενδοκρινολογικής γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής τμήματος παιδιατρικής ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παίδων Μοντρεάλ

Σωτήριος Ράπτης, καθηγητής παθολογίας, ενδοκρινολογίας μεταβολισμού και σακχαρώδη διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας, πρόεδρος Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδη Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

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

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

Στέλιος Τίγκας, επίκουρος καθηγητής ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Χαράλαμπος Τούντας, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας, διευθυντής παθολογικής κλινικής «Βιοκλινική Αθηνών»

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής παθολογίας - ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

Γεώργιος Χρούσος, καθηγητής παιδιατρικής, διευθυντής Α' παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Helen Vlassara, MD, the Mount Sinai Chair on Diabetes and Aging, professor of geriatrics, medicine and molecular medicine, director, Division of Experimental Diabetes and Aging, Brookdale Department of Geriatrics, Mt Sinai School of Medicine

περιεχόμενα # 30

4

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ

• Η 90η επέτειος από την ανακάλυψη της ινσουλίνης (μέρος Β') / "Ένα πανοραμικό οδοιπορικό της ανακάλυψης της ινσουλίνης σε μια μορφή θεατρικού έργου σε τρεις πράξεις, από τον **Φώτη Παυλίτο** ομότιμο καθηγητή παθολογίας-ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

• Συνέντευξη του **Κωνσταντίνου Λουράντου**, προέδρου του Φαρμακευτικού Συλλόγου Αττικής

16

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

• Υπογλυκαιμία

• Κοινωνική συμμαχία ΙΣΑ-ΣΦΕΕ-ΕΟΦ, ενώνουν τις δυνάμεις τους στηρίζοντας ενεργά τους ανασφάλιστους και αναξιοπαθούντες ασθενείς

23

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

25

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

1922-2012: 90 χρόνια ινσουλίνης
«η πραγματοποίηση ενός θαύματος»
Η ιστορία ενός διαβητικού

29

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

"Έχω σακχαρώδη διαβήτη!
Τι εξετάσεις πρέπει να κάνω και κάθε πότε;

32

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Περιεχειρητική αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας

37

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Συστήματα κλειστής ανγκύλης:
ποικιλία και φυσική επιλογή



6



16



12

40

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Διαβητικό πόδι:
η «άγνοια» ακρωτηριάζει κι όχι ο διαβήτης

42

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

«Ο μεγαλύτερος μύθος που πιστεύω ότι υπάρχει σχετικά με τον διαβήτη είναι όταν σε ρωτάνε, αν είσαι ρυθμισμένος; Πολλές φορές έχω αναρωτηθεί τι σημαίνει αυτό. Πώς μπορεί κάποιος με διαβήτη να είναι ρυθμισμένος όταν τα πάντα γύρω σου σε επηρεάζουν, η διατροφή, η άσκηση, οι συνθήκες ζωής και κυρίως το stress και το άγχος.» Ρεαλισμό για την φύση του διαβήτη και αποφασιστικότητα για την αντιμετώπιση του επιδεικνύει η Ρένα Νοταρά στην από καρδιάς «κατάθεση» της εμπειρίας της με τον διαβήτη.

44

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Διαδίκτυακή αποπληάνση:
ένα κοινωνικό φαινόμενο με πολλές προεκτάσεις

56

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΛΛΑ

Χριστουγεννιάτικα παραδοσιακά γλυκά για διαβητικούς

61

ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Γίνετε δωρεάν συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

62

ΧΡΗΣΤΙΚΑ

Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

64

ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη



29



44



56



Αγαπητοί αναγνώστες,

Ο εορτασμός των 90 χρόνων φέτος από την ανακάλυψη της ινσουλίνης από τους Banting και Best, άλλαξε ελαφρώς τη δομή της ύλης του περιοδικού.

Ως κεντρικό θέμα και σε αυτό το τεύχος θα βρείτε τη συνέχεια του οδοιπορικού της ινσουλίνης υπό την αφηγηματική γλαφυρότητα της γραφίδας του καθηγητή κύριου Φώτη Παυλίδου. Ένα πόνημα με πλούσιο φωτογραφικό υλικό, που ενημερώνει σε βάθος κάθε ενδιαφερόμενο που θέλει να γνωρίζει το ιστορικό της ευεργετικής αυτής ορμόνης. Λίγες μόλις μέρες πριν την εκπνοή του 2012, όλοι λίγο πολύ, κάνουμε τον απολογισμό μας για τη χρονιά που πέρασε. Από την πλευρά μας, εμείς οι λειτουργοί του διαβήτη παραμένουμε πιστοί στο στόχο μας που είναι διαχρονικός: να συνδράμουμε στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Συνοδοιπόροι σε αυτήν την προσπάθεια είναι οι οικογένειες των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και φυσικά η Πολιτεία, η οποία παρά τη συνεχιζόμενη οικονομική κρίση, θα πρέπει έμπρακτα να αποδείξει ότι στηρίζει αυτούς τους ανθρώπους που δικαιούνται να απολαμβάνουν, χωρίς στερήσεις, τις χαρές της ζωής.

Οι γιορτινές μέρες που έρχονται, είναι σίγουρο ότι θα μας βάλουν όλους στον πειρασμό των διατροφικών ατασθαλιών. Με λίγη σύνεση και μέτρο, σίγουρα θα μπορείτε να απολαύσετε τα εορταστικά εδέσματα. Οι διατροφολόγοι, συνεργάτες του περιοδικού, σας δίνουν διάφορες επιλογές για τις εορταστικές αυτές ημέρες. Αυτό που έχει περισσότερη σημασία είναι συνολικά να φροντίζουμε για την καλή ρύθμιση, πράγμα που σημαίνει ότι μετά από οποιαδήποτε υπερβολή, μπορούμε να αυξήσουμε λίγο τη σωματική δραστηριότητα. Εξάλλου, η περίοδος των εορτών, ενδείκνυται για παρατεταμένες βόλτες με όλη την οικογένεια, ή και μοναχικούς περιπάτους για λίγη σκέψη και περισυλλογή.

Εύχομαι σε όλους σας υγεία, δύναμη και αισιοδοξία, για ένα καλύτερο και ελπιδοφόρο νέο έτος.

Δημήτριος Π. Χιώτης, διευθυντής σύνταξης



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 παρακολούθηση από οφθαλμίατρο. Ο τακτικός επανέλεγχος της όρασης είναι η καλύτερη ασπίδα απέναντι στο **διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας**, την πάθηση δηλαδή που αποτελεί την κύρια αιτία τύφλωσης ενηλίκων παγκοσμίως.

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





επιμέλεια: Μαρία Χατζηδάκη

Η 90η επέτειος από την ανακάλυψη της ινσουλίνης (μέρος Β')

Ένα πανοραμικό οδοιπορικό της ανακάλυψης της ινσουλίνης σε μια μορφή θεατρικού έργου σε τρεις πράξεις, από τον Φώτη Παυλάτο, ομότιμο καθηγητή παθολογίας-ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

**Πράξη δεύτερη
Ο θρίαμβος και το βραβείο Νομπέλ,**

Συνεχίζω στο ρόλο του αφηγητή:
Στην ιστορία της ανακάλυψης της ινσουλίνης παρουσιάζεται στη σκηνή ένας διάση-

μος ερευνητής με το όνομα August Krogh (1874 – 1949), κάτοχος του βραβείου Νόμπελ στη φυσιολογία ή ιατρική το 1920. Ο Krogh είχε επισκεφτεί το Τορόντο κατά τη διάρκεια της πειραματικής εργασίας της ομάδας του Τορόντο, κυρίως επειδή η σύζυγός του Marie Krogh έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη Τύπου 2. Ο καθηγητής Krogh είναι εκείνος ο οποίος έγραψε την έκθεση για την απονομή του βραβείου Νομπέλ στους Banting και Macleod, όπου αναφέρει: "Κατά την προσωπική μου γνώμη η πίστωση για την "ιδέα" της εργασίας που οδήγησε στην ανακάλυψη της ινσουλίνης οφείλεται, αναμφισβήτητα, στον Banting με την καθοδήγηση του καθηγητή Macleod". Για τους άλλους δύο συνεργευντές θεώρησε ότι η συμβολή τους δεν ήταν τόσο σημαντική ώστε να συμπεριληφθούν στην απονομή του βραβείου.

Στις 25 Οκτωβρίου 1923 οι 19 καθηγητές του Caroline Institute ψήφισαν υπέρ της απονομής του βραβείου Νόμπελ στη



August Krogh (1874-1949)



1923 October 25. The Nobel Prize in Medicine which awarded to F. G. Banting and J. J. R. Macleod.

φυσιολογία ή ιατρική στους Frederick Banting και John James Richard Macleod, για την «ανακάλυψη της ινσουλίνης».

Σ' αυτό το σημείο, θα πρέπει να υπογραμμιστεί το γεγονός ότι ο καθηγητής Krogh, ως κάτοχος του βραβείου Νόμπελ, είχε σημαντική επιρροή στην επιτροπή του βραβείου. Επίσης, θα πρέπει να σημειωθεί ότι εάν η γυναίκα του δεν ήταν διαβητική ενδεχομένως να μην είχε επισκεφθεί ποτέ το Τορόντο. Στην περίπτωση αυτή είναι πιθανόν να μην είχε απονεμηθεί στο βραβείο Νόμπελ στους Banting και Macleod το 1923 αλλά πολύ αργότερα και ίσως να είχε συμπεριληφθεί σε αυτό και ο Best. Αδιαμφισβήτητα, όπως είπε και ο Dr. R. Luft της Στοκχόλμης, με την ευκαιρία της 50ης επετείου από την ανακάλυψη της ινσουλίνης, και πολλοί άλλοι θα δικαιούνταν το βραβείο, μεταξύ των οποίων, με βεβαιότητα, οι James Collip, Nicolas C. Paulesco, Georg L. Zuelzer, Joseph von Mering και Oskar Minkowski.

Ο ιστορικός Michael Bliss περιγράφει την αντίδραση του Banting στην αναγγελία του βραβείου Νομπέλ ως ακολούθως: "Ο Banting ήταν έξαλλος για την επιλογή του Macleod και όχι του Best και απειλούσε να αρνηθεί το βραβείο αλλά μετά σκέφθηκε την μεγάλη τιμή που γινόταν στην πατρίδα του". Ο διάλογος είναι ενδιαφέρων:

Banting: Θα τηλεγραφήσω στη Στοκχόλμη ότι δεν θα δεχθώ το βραβείο και να πάνε αυτοί και ο γέρο-Krogh στο διάβολο! Όμως



Frederick Grant Banting (1891-1941)



Charles Herbert Best (1899-1978)



John James Rickard Macleod (1876-1935)



James Bertram Collip (1892-1965)

θα πρέπει πρώτα να σκεφτώ τη χώρα μου. Τι θα σκεφτούν οι συμπολίτες μου αν ο πρώτος Καναδός που λαμβάνει αυτή την μεγάλη τιμή δεν την αποδεχτεί; Αδιαμφισβήτητα, είναι σημαντική η συμβολή της ομάδας του Τορόντο με τους Banting, Best, Macleod και Collip, ιδιαίτερα όσον αφορά στην παρασκευή του μη τοξικού υλικού για τη χρήση του στον άν-

θρωπο. Αυτό είναι «το πιο ουσιαστικό στοιχείο» στην ανακάλυψη της ινσουλίνης και θα πρέπει να πιστωθεί εξ ολοκλήρου στην εξαιρετική εργασία του βιοχημικού Collip. Κατά τη γνώμη μου, το ήμουν να πω ότι "χωρίς τον Collip θα καθυστέρουσε πολύ η θεραπεία των διαβητικών μας με ινσουλίνη" και όπως είπα σε μια ομιλία μου στα αγγλικά: "No Collip, no Insulin".



Joseph-von-Mering



Στο ερώτημα: «Ποιος επιτέλους ανακάλυψε την ινσουλίνη», ο καθηγητής Dr. R. Luft της Στοκχόλμης, που ήδη ανέφερα, στην επέτειο των 50 ετών από την ανακάλυψη της ινσουλίνης, απευθυνόμενος στο κοινό, είπε:

"Εξαρτάται πως ορίζετε την λέξη «ανακάλυψη». Εάν εννοείτε ότι η ανακάλυψη της ινσουλίνης ταυτίζεται με την εφαρμογή της στον άνθρωπο και τη θεραπευτική της ενέργεια στο διαβήτη, τότε ήταν οι Banting και



Nicolas Constantine Paulesco (1869 – 1931)

Best και επίσης ο Collip. Ο Collip ήταν εκείνος ο οποίος κατόρθωσε να μας δώσει την καθαρισμένη Ινσουλίνη από το ακατέργαστο παγκρεατικό εκχύλισμα.

Εάν με τη λέξη «ανακάλυψη» εννοείτε τα αποδεικτικά στοιχεία ότι το ακατέργαστο εκχύλισμα βελτίωσε την διαβητική κατάσταση στα διαβητικά σκυλιά, όπως ο Paulesco και οι Banting και Best, ή ακόμη και στα μη διαβητικά σκυλιά, όπως έκανε μόνο ο Paulesco, τότε εκείνοι που ανακάλυψαν την Ινσουλίνη είναι ο Paulesco και οι Banting και Best."

Επίσης θα πρέπει να παραδεχτούμε ότι, όταν οι Banting και Best άρχισαν τα πειράματά τους, δεν γνώριζαν για την εργασία του Paulesco, παρά το γεγονός ότι τα ευρήματά του είχαν δημοσιευθεί λίγους μήνες νωρίτερα.

Τέλος, εάν με τη λέξη «ανακάλυψη» εννοείτε τον επιστήμονα, ο οποίος άνοιξε το πεδίο στην ερευνητική αυτή προσπάθεια, τότε η πλήρη πίστωση θα πρέπει να δοθεί στον Minkowski, που έκανε το 1889 το ουσιώδες πείραμα της αφαίρεσης του παγκρέατος από ένα σκυλί και βάζοντάς το κάτω από το δέρμα, είχε ενδείξεις ότι υπάρχει «κάτι» στο πάγκρεας, το οποίο όταν λείπει εμφανίζεται ο διαβήτης, όπως ακριβώς και στον άνθρωπο".

Πριν το πέσιμο της αυλαίας θα ήθελα να παραθέσω την τελευταία παράγραφο της ομιλίας του F.G. Banting κατά την απονομή του βραβείου Νομπέλ στην Στοκχόλμη στις 15 Σεπτεμβρίου 1925.

F.G. Banting: «Η ινσουλίνη δεν αποτελεί ίαση για το διαβήτη. Είναι μια θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου». "Insulin is not a cure for Diabetes, it is just a treatment"

Όσον αφορά την αναγνώριση του Best, για την συμβολή του στην ανακάλυψη της ινσουλίνης, πολλά χρόνια αργότερα, το 1972, ο ερευνητής αυτός είχε την ικανοποίηση της αναγνώρισης από την επίσημη ιστορία του βραβείου Νομπέλ, του λήθους το οποίο έγινε το 1923, με την επισημάνση ότι θα έπρεπε να είχε συμπεριληφθεί στην ομάδα στην οποία απονεμήθηκε το Βραβείο.

Πράξη τρίτη Η αντιπαράθεση (debate) και ο δελφικός χρησμός

Στις 7-9 Σεπτεμβρίου 2005 έγινε στην Αθήνα η πανηγυρική εκδήλωση του 41ου Συμποσίου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη Μελέτη του Διαβήτη (European Association for the Study of Diabetes - EASD) για τα 2000 χρόνια του σακχαρώδη διαβήτη. Η αντιπαράθεση (Debate) για την απόφαση της Επιτροπής για την απονομή

του Βραβείου Νομπέλ στους Καναδούς Frederick G. Banting και J.J.R. Macleod έγινε στον Αρχαιολογικό Χώρο των Δελφών (τον ομφαλό της γης).

Ποιος ανακάλυψε την ινσουλίνη; Δελφοί και χρησμός

Ο ομιλών, είχε την τιμή να εκπροσωπήσει τη χώρα μας στο Debate και είχε την ιδέα-έμπνευση να παρουσιάσει το θέμα της συζήτησης «Ποιος Ανακάλυψε την Ινσουλίνη;» ως δελφικό χρησμό τον οποίο παρουσίασα με τις λέξεις: «Δόξα για όλους όχι μόνο για τους Banting και Macleod» και ζήτησα από τους συμμετέχοντες, μετά από τη συζήτηση που θα έκαναν, να θέσουν το κόμμα πριν ή μετά τη λέξη «όχι». "Δόξα για όλους όχι μόνο για τους Banting και Macleod". Τελικά, μετά την ανταλλαγή επιχειρημάτων, όλοι συμφώνησαν ότι: «Δόξα για όλους, όχι μόνο για τους Banting και Macleod»



Επίλογος

Πριν το πέσιμο της αυλαίας θα ήθελα να παραθέσω την τελευταία παράγραφο της ομιλίας του F.G. Banting κατά την απονομή του βραβείου Νομπέλ στην Στοκχόλμη στις 15 Σεπτεμβρίου 1925.

F.G. Banting: "Η ινσουλίνη δεν αποτελεί ίαση για το διαβήτη. Είναι μια θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου". "Insulin is not a cure for Diabetes, it is just a treatment".

Το 2022 συμπληρώνονται εκατό χρόνια (1922 – 2022) από την ανακάλυψη της ινσουλίνης και προσδοκούμε ότι μέχρι τότε, με την εκπληκτική μέχρι σήμερα πρόοδο στον ερευνητικό τομέα και τη βοήθεια της υψηλής τεχνολογίας, θα έχουμε μια πραγματική ίαση για το διαβήτη και ίσως ακόμα έναν τρόπο πρόληψης της νόσου. Όμως, όταν θα έρθει εκείνη η μέρα και δεν θα έχουμε ανάγκη την ινσουλίνη για την αντιμετώπιση του διαβήτη, η



ορμόνη αυτή θα μένει πάντοτε στο νου και την καρδιά μας ως την πιο πολύτιμη θεραπευτική αγωγή στη φαρέτρα των θεραπευτικών μέσων και ένας «σωτήρας» εκατομμυρίων ατόμων με διαβήτη. Κλείνοντας την εργασία αυτή, επιτρέψτε μου να σας απαγγείλω την τελευταία στροφή του ποιήματος "My Name is Insulin", που εμπνεύστηκα ως ένα μεθελοντικό «ποιητικό αντίο» της Ινσουλίνης. Είθισται, μετά από κάθε ομιλία, το κοινό να χειροκροτεί τον ομιλήτη. Τούτη τη φορά, θα ήθελα τα χειροκροτήματά σας να είναι παρατεταμένα και να απευθύνονται σε όλους τους ερευνητές, που με την προσπάθειά τους, κατάφεραν να μας δώσουν το θαυμαστό φάρμακο (the wonder drug), που έσωσε και εξακολουθεί να σώζει εκατομμύρια συνανθρώπων μας με διαβήτη. ✕

Το ποίημα:

"And when the time will come
and I have to leave
and say good-bye,
I am sure, very sure,
that deep in your heart
and in your mind
I'll remain for ever and ever
just because,
simply, very simply
my name is Insulin."

Fotios Pavlatos, M.D.

Βιβλιογραφία

- Bankston J. Frederick Banting and the Discovery of Insulin. Mitchell Lane Publishers, 2002.
- Banting F.G. Diabetes and Insulin. Nobel Lecture, delivered at Stockholm, Sept. 15, 1925.
- Banting FG, Best CH. The Internal Secretion of the Pancreas, Journal of Laboratory and Clinical Medicine, VII, 256-271, 1922.
- Banting papers 1. Best to Macleod, Aug. 9, 1921.
- Bliss M. The Discovery of Insulin (25th Anniversary Ed.), The University of Chicago Press, Chicago, 2007.
- Gley E. Letter dated 20 February 1905, C.R.Soc.Biol., 87, 1922.
- Henderson JR. Who Discovered Insulin? Guy's Hospital Gazette, 315ff (June 19), 1971.
- Houssay BA. The Discovery of Pancreatic Diabetes: The Role of Oskar Minkowski. Diabetes, I, 2 (March-April 1952), 112-116, 1952.
- Karamitsos T. D. The story of Insulin discovery. Diabetes Research and Clinical Practice (International Diabetes Federation), 92S (2011) S2-S8.
- Laguesse EG. Sur la formation des ilots de Langerhans dans le pancréas. Comptes rendus hebdomadaires des seances et memoires de la Société de Biologie, 5, 819-20, 1893. 55
- Leopold E.J. Aretaeus the Cappadocian and his contribution to Diabetes Mellitus, Ann. Med. History, 12, 424-435, 1930.
- Mering J.v. and Minkowski O. Diabetes Mellitus After Pancreas Extirpation In: Archiv für Experimentale Pathologie und Pharmacologie, 1889, XXVI. Republished in: "Diabetes: A Medical Odyssey", Chapter VII, USV Pharmaceutical Corp., Tuckahoe, New York, 109 – 127, 1971.
- Merlevede W, Hoet JJ, van Baarle F. Reflections on the Birth of Insulin and its Christening by Jean De Meyer, I.D.F. Bulletin, 30, No 2, 22-24, 1985.
- Murray I. Paulesco and the Isolation of Insulin. Journal of the History of Medicine, XXVI, 2, 150-57, 1971.
- Opie EL. Diabetes mellitus associated with hyaline degeneration of the islands of Langerhans of the pancreas. John Hopkins Hospital Bulletin, No 125, August 1901.
- Papaspyros NS. The History of Diabetes mellitus, 2nd Edition, Stuttgart, 1964.
- Pavel I. The Priority of N.C. Paulesco in the Discovery of Insulin, Bucharest, 1976.
- Pavel I., Bonaparte H. and Sdrobici D. The Role of Paulesco in the Discovery of Insulin. Israel Journal of Medical Science, 8, 3 (March 1972), 488-500, 1972.
- Pavlatos F. The Sweet Mystery Syndrome "Who Discovered Insulin?". 2005. 56
- Rosenfeeld L. Insulin: Discovery and controversy, Clinical Chemistry, 48:12, 2270-2288, 2002.
- Saudek CD. 2002 Presidential Address: A tide in the affairs of Medicine. Diabetes Care, 26, 2, 520-525, 2003.
- Tattersall R. Diabetes: The Biography. Oxford University Press, 2009.
- Van Beeck C. Leonid V. Sobolev: 1876 – 1919. Diabetes, 7, 245 – 248, 1958.
- Zuelzer GL. The Overcoming of Diabetes. New Facts about Insulin – Unpublished article, Copy in Banting Papers, University of Toronto (see in M. Bliss book "Sources"), October 1923.

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΣΤΕΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ



Τα άτομα με διαβήτη είναι στο
επίκεντρο της δραστηριότητάς μας

Οι ανάγκες των ατόμων με διαβήτη καθοδηγούν τη σκέψη μας και η ολοκληρωμένη αντιμετώπιση των σύνθετων ζητημάτων, που αφορούν στη φροντίδα τους, αποτελεί προτεραιότητά μας. Περισσότερο από ποτέ είμαστε αφοσιωμένοι στην παροχή ολοκληρωμένων προτάσεων, στις οποίες περιλαμβάνονται καινοτόμες θεραπευτικές λύσεις, εξατομικευμένες υπηρεσίες και υψηλής ποιότητας προϊόντα. Η sanofi, πρωτοπόρος στη φροντίδα για την υγεία, σας στήριζει με στόχο την αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη αντιμετώπιση του Σακχαρώδη Διαβήτη.



ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΛΟΥΡΑΝΤΟΣ > πρόεδρος ΦΣΑ



« Όποιες πολιτικές και να προτείνονται από τους δανειστές μας και όσες πιέσεις και αν μας ασκούνται, δεν μπορεί ποτέ οι αποφάσεις που λαμβάνονται να είναι σε βάρος των ασφαλισμένων και πολύ περισσότερο σε βάρος της ποιότητας ζωής και της υγείας των πολιτών. »

της Μαρίας Χατζηδάκη

→ Κύριε Λουράντε, το τελευταίο χρονικό διάστημα παρατηρείται το φαινόμενο οι φαρμακοποιοί να βρίσκονται συνεχώς στο επίκεντρο της επικαιρότητας εξαιτίας διαφόρων θεμάτων που αφορούν το φαρμακευτικό σύλλογο. Μερικά από αυτά είναι η εξόφληση προηγούμενων οφελών από το κράτος, η δραστηκή ουσία, ενώ το τελευταίο καιρό κατεβάσατε ρολά στα φαρμακεία διεκδικώντας την μη εφαρμογή της αναδρομικής φορολόγησης των φαρμακείων -δια του τεχνάσματος του rebate- για συνταγές που εκτελέστηκαν από 1/1/2012 έως και σήμερα. Αισθάνεστε, κύριε Λουράντε, ότι η κυβέρνηση δρα σπασμωδικά προκειμένου να μπορέσει να μαζέψει χρήματα στα ταμεία της εφαρμόζοντας πολιτικές και πρακτικές που επιβάλλονται έξωθεν;

Στο επίκεντρο της επικαιρότητας, δεν είναι οι φαρμακοποιοί. Είναι -δυστυχώς- η δημόσια υγεία, που διαλύεται και το ασφαλιστικό σύστημα, που καταρρέει, επιβαρύνοντας εκατομμύρια ασφαλισμένους. Οι λανθασμένες αποφάσεις για τον ΕΟΠ-ΠΥ, η ελλιπέστατη χρηματοδότηση, η συνεχής αθέτηση των δεσμεύσεων της Πολιτείας στους επαγγελματίες της υγείας, η επιπόλαια πολιτική για το φάρμακο και η πεισματική και αναιτιολόγητη απόρριψη από τις κυβερνήσεις των τελευταίων χρόνων των προτάσεων, που οι φαρμακοποιοί έχουμε καταθέσει, μας έχουν οδηγήσει στη σημερινή, απαράδεκτη κατάσταση.

Κατανοούμε απολύτως την ανάγκη της δημοσιονομικής προσαρμογής και συμφωνούμε απολύτως με την περιστολή της σπατάλης. Διαφωνούμε όμως απολύτως με την περικοπή παραγωγικών δαπανών και δεν κατανοούμε με ποια λογική η δη-

μόσια υγεία αντιμετωπίζεται μόνο ως λογιστική εγγραφή στις δαπάνες. Όποιες πολιτικές και να προτείνονται από τους δανειστές μας και όσες πιέσεις και αν μας ασκούνται δεν μπορεί ποτέ οι αποφάσεις που λαμβάνονται να είναι σε βάρος των ασφαλισμένων και πολύ περισσότερο σε βάρος της ποιότητας ζωής και της υγείας των πολιτών.

→ Πώς θα περιγράφατε, αυτή τη στιγμή, την κατάσταση στο χώρο της υγείας από την μέχρι σήμερα εμπειρία σας με την κυβέρνηση. Εκτιμάτε ότι, ενδεχομένως, όλες οι αποφάσεις, που παίρνονται από το υπουργείο υγείας, παίρνονται εξαιτίας του ελέγχου που έχει χαθεί;

Με μία λέξη θα έλεγα, ότι η κατάσταση στο χώρο της υγείας συνιστά αδιέξοδο. Αναγνωρίζω ότι από την πλευρά του



υπουργού υπάρχει θετική διάθεση, αυτή όμως πρέπει να συνοδεύει άμεσα, τόσο από στρατηγικού χαρακτήρα αποφάσεις, όσο και από μέτρα, που μπορούν να λύσουν σημαντικά προβλήματα της καθημερινότητας. Τα όσα αφορούν τους φαρμακοποιούς, είναι απολύτως χαρακτηριστικά. Τα τελευταία χρόνια, ο κλάδος μας αποτελεί ουσιαστικά το χρηματοδότη του ασφαλιστικού συστήματος σε ότι αφορά το φάρμακο. Εμείς καλύπτουμε τις ανάγκες των ασφαλισμένων, αγοράζοντας και πληρώνοντας άμεσα τα φάρμακα τους, για τα οποία πληρωνόμαστε με πολλούς μήνες καθυστέρηση. Γνωρίζετε ότι η Πολιτεία μας οφείλει περίπου ένα (1) δις από προηγούμενα χρόνια και τα χρήματα που δικαιούμεθα από τον Αύγουστο μέχρι σήμερα. Γνωρίζετε επίσης ότι, όταν καταφεύγουμε σε κινητοποιήσεις, έχουμε πρώτα εξαντλήσει κάθε περιθώριο και όριο.

Και η αλήθεια είναι, ότι δεν αντέχουμε άλλο. Δεν είναι μόνο η συνεχής αθέτηση των δεσμεύσεων της Πολιτείας, που σφίγγει τη θηλιά στο λαιμό των φαρμακοποιών και μας στερεί την αξιοπρέπεια μας. Είναι και οι απίθανοι παραλογισμοί μέτρων, όπως το αναδρομικό rebate, όπου εκ των υστέρων αλλοιάζουν σε βάρος μας οι όροι του παιχνιδιού και μας ζητούν επιστροφές για χρήματα ου δεν έχουμε εισπράξει!

Οι πολίτες γνωρίζουν ότι ο φαρμακοποιός τους ήταν, είναι, και θα είναι υπεύθυνος δίπλα τους. Γνωρίζουν ποια είναι η πραγματικότητα και αντιλαμβάνονται ότι οι κινητοποιήσεις μας αποτελούν έσχατο μέσο, είναι απολύτως δικαιολογημένες και υπηρετούν και τα δικά τους συμφέροντα, με πρώτο το δικαίωμα τους σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες υγείας από ένα βιώσιμο και λειτουργικό ασφαλιστικό σύστημα.

Η αλήθεια είναι, ότι δεν αντέχουμε άλλο. Δεν είναι μόνο η συνεχής αθέτηση των δεσμεύσεων της Πολιτείας, που σφίγγει τη θηλιά στο λαιμό των φαρμακοποιών και μας στερεί την αξιοπρέπεια μας. Είναι και οι απίθανοι παραλογισμοί μέτρων, όπως το αναδρομικό rebate, όπου εκ των υστέρων αλλοιάζουν σε βάρος μας οι όροι του παιχνιδιού και μας ζητούν επιστροφές για χρήματα που δεν έχουμε εισπράξει



πρόσωπο με πρόσωπο



Οι πολίτες γνωρίζουν ότι ο φαρμακοποιός τους ήταν, είναι και θα είναι υπεύθυνα δίπλα τους.

Γνωρίζουν ποιά είναι η πραγματικότητα και αντιλαμβάνονται ότι οι κινητοποιήσεις μας αποτελούν έσχατο μέσο

→ Ποιός πρέπει να είναι ο ρόλος του φαρμακοποιού στο χώρο της υγείας. Αποκτά μεγαλύτερη βαρύτητα η συμβολή των φαρμακοποιών στην θεραπεία των ασθενών. Ο φαρμακοποιός πρέπει να αξιολογεί, να κρίνει και να προτείνει το καλύτερο φάρμακο για τον ασθενή;

Ο φαρμακοποιός πρέπει να είναι –και είναι– υπεύθυνα δίπλα στον πολίτη. Χρόνια τώρα, είμαστε οι πιο προσιτοί, οι πιο οικείοι επιστήμονες στο χώρο της Υγείας. Γι' αυτό και σε πολλές περιπτώσεις είμαστε η πρώτη καταφυγή των πολιτών, πριν φτάσουν στο γιατρό τους. Από τη στιγμή που ο γιατρός επιλέγει την δραστική ουσία, ασφαλώς πιστεύω ότι ο φαρμακοποιός πρέπει να έχει λόγο στην επιλογή του φαρμάκου. Έχουμε τις ειδικές φαρμακολογικές γνώσεις, αφού αυτό σπουδάσαμε, έχουμε την εμπειρία και βεβαίως έχουμε μια μεγάλη γκάμα καλών φαρμάκων, από τα οποία μπορούμε κατά περίπτωση να επιλέξουμε.

→ Σε πρόσφατο άρθρο σας αναφερθήκατε στους σύγχρονους λιποτά-

κτες, αφήνοντας να εννοηθεί ότι η ιστορία επαναλαμβάνεται και πως και η σύγχρονη ιστορία της Ελλάδας διαθέτει τους εφιάλτες της. Συγκεκριμένα αναφέρατε «Η ιστορία επαναλαμβάνεται και οι θρησκευτικοί λόγοι έχουν καιρό τώρα αντικατασταθεί από προσωπικά συμφέροντα και... φυγόπονες νοοτροπίες». Ποιοι εκτιμάτε ότι θα μείνουν στην νεότερη ιστορία χαρακτηρισμένοι, ως λιποτάκτες, ή ως εφιάλτες της σωτηρίας της χώρας μας;

Όσοι δεν πάλεψαν, ή δεν παλέψουν, για το καλύτερο, όσοι υποχώρησαν, ή υποχωρήσουν χωρίς να παλέψουν μέχρι το τέλος για το καλύτερο, όσοι φοβήθηκαν, ή φοβηθούν τα μεγάλα συμφέροντα, όσοι ξέχασαν, ή ξεχάσουν ότι αυτός ο λαός κέρδισε με τη θέληση, το αίμα και τις θυσίες του μάχες, που όλοι θεωρούσαν χαμένες, αυτοί είναι οι σύγχρονοι εφιάλτες, οι λιποτάκτες της σύγχρονης ιστορίας μας. Και αυτοί θα είναι πάντα καταδικασμένοι στη συνείδηση των Ελλήνων, γιατί –ευτυχώς– ο λαός μας διαθέτει και μνήμη και κρίση. ■



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



Υπογλυκαιμία

Ως υπογλυκαιμία στο σακχαρώδη διαβήτη ορίζεται η οξεία κατάσταση η οποία εκδηλώνεται με συμπτώματα οφειλόμενα στην σημαντική μείωση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος. Ορίζεται ως η πτώση του σακχάρου σε επίπεδα κάτω των 70mg%. Θεωρείται σχεδόν σπάνιο για διαβητικό ασθενή να μην βιώσει, έστω και μία φορά, καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του με διαβήτη, ένα επεισόδιο υπογλυκαιμίας. Η πτώση των επιπέδων γλυκόζης επέρχεται συνήθως ως αποτέλεσμα μεγαλύτερης απελευθέρωσης ποσοτήτων ινσουλίνης στην κυκλοφορία του αίματος.

Αθανάσιος Ν. Νικολάου,
εξειδικευθείς σακχαρώδη διαβήτη-
συνεργάτης Διαβητολογικού
Κέντρου ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

Αίτια εμφάνισης υπογλυκαιμίας

- Έγχυση μεγαλύτερης δόσης ινσουλίνης από την απαιτούμενη.
- Υπέρβαση της δοσολογίας αντιδιαβητικών δισκίων (ινσουλινοεκκριτικών) ή ινσουλίνης ταχείας δράσης (προγευματικής) καταστάσεις που μπορεί να προκαλέσουν βαρύτερες μορφές υπογλυκαιμίας εάν δεν συνοδεύονται και από το απαραίτητο γεύμα.
- Μην επαρκής πρόσληψη φαγητού ενώ έχει ληφθεί από τον ασθενή η καθορισμένη φαρμακευτική αντιδιαβητική του αγωγή.
- Μεγαλύτερη από τη συνθισμένη προτεινόμενη ένταση και χρονική διάρκεια μυϊκή άσκηση υπό την μορφή χειρονακτικής εργασίας ή αερόβιας γυμναστικής.
- Μην προγραμματισμένη μυϊκή άσκηση χωρίς την απαιτούμενη πρόσληψη επιπλέον υδατανθράκων ή προγραμματισμένη χωρίς την ανάλογη μείωση της ινσουλίνης ή /και αύξηση των υδατανθράκων.
- Καθυστερήση λήψης γεύματος.
- Έντονη ζέση κατά τους θερινούς κυρίως μήνες και η έκθεση του σώματος σε υψη-

λές θερμοκρασίες από πηγές θερμότητας: θερμαντικές εστίες, φούρνοι κ.α.

- Λήψη οινοπνευματωδών ποτών επί νηστείας, διότι η αλκοόλη αναστέλλει τη νεογλυκογένεση όταν καταναλώνεται χωρίς λήψη τροφής.
- Ενδομυϊκή έγχυση ινσουλίνης αντί υποδόριας.
- Εγκατάσταση νεφρικής ανεπάρκειας η οποία αφενός καθυστερεί την αποδόμηση και αποβολή της ινσουλίνης από τους νεφρούς και αφετέρου εμποδίζει τη συμμετοχή του νεφρού στη παραγωγή γλυκόζης (νεογλυκογένεση).

Συχνότητα εμφάνισης

Είναι συχνή στον διαβήτη τύπου Ι (ινσουλινοεξαρτώμενο) και ιδιαίτερα στις μικρότερες ηλικίες. Το 50% έως 60% των ατόμων αυτών μπορεί να εμφανίσουν ένα περίπου επεισόδιο ήπιας υπογλυκαιμίας το μήνα. Συχνή και στον τύπου ΙΙ διαβήτη (κυρίως μεγαλύτερης ηλικίας) οι οποίοι θεραπεύονται με δισκία που προάγουν την έκκριση ινσουλίνης (ινσουλινοεκκριτικά) ή θεραπεύονται επί μακρόν με ινσουλίνη.

Συμπτώματα που αισθάνεται ο διαβητικός με υπογλυκαιμία

Προερχόμενα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα ως αντίδραση του οργανισμού στην υπογλυκαιμία:



- Αίσθημα θερμότητας, έντονη εφίδρωση, ζάλη, τρομάδες κινήσεις.
 - Αίσθημα αιμαδιών (μουδιάσματος) στα χείλη, ναυτία, ταχυκαρδία.
- Προερχόμενα από μειωμένη τροφοδοσία ενέργειας γλυκόζης στα εγκεφαλικά κύτταρα:

- Κεφαλαλγία, έλλειψη συγκέντρωσης, υπνηλία, διαταραχή συμπεριφοράς και ομιλίας (σύγχυση, δυσarthρία), λήθαργο.
- Αίσθημα πείνας, αδυναμία, θάμβος (θόλωση) της όρασης, αρκετά συχνά διπλωπία.
- Σπανιότερα και σε βαριά κυρίως υπογλυκαιμία μπορεί να εμφανισθούν σπασμοί ή ακόμη και κώμα.

Κατηγορίες υπογλυκαιμίας

1. Ασυμπτωματική υπογλυκαιμία

Δεν εμφανίζει συμπτώματα και οι τιμές γλυκόζης πλάσματος κυμαίνονται συνήθως μεταξύ 60 και 70 mg/dl. Η υπογλυκαιμία δε γίνεται αντιληπτή και διαπιστώνεται μόνο με μέτρηση της γλυκόζης.

2. Ήπια υπογλυκαιμία

Συνήθως εμφανίζεται με ελάχιστα εκ των γνωστών συμπτωμάτων. Η γλυκόζη πλάσματος ανευρίσκεται σε επίπεδα κάτω των 60mg/dl. Τα συμπτώματα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα όπως τα αναφέραμε παραπάνω, τις περισσότερες φορές προηγούνται των υπολοίπων που αφορούν την μειωμένη πρόσληψη γλυκόζης από τα εγκεφαλικά κύτταρα - όσο η υπογλυκαιμία παρατείνεται σε τιμές κάτω των 50 mg/dl γλυκόζης. Οι ασθενείς συνήθως είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν μόνοι τους την υπογλυκαιμία.

3. Σοβαρή υπογλυκαιμία

Η γλυκόζη πλάσματος ανευρίσκεται κάτω των 40 mg/dl. Οι γνωστικές και νοητικές διαταραχές είναι έντονες και μπορεί να καταλήξει σε κώμα. Απαιτείται ηπαρέμβαση άλλου προσώπου για την αντιμετώπιση της σοβαρής αυτής κατάστασης.

4. Ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία (hypoglycemia unawareness)

Ιδιαίτερη μορφή υπογλυκαιμίας κατά την οποία δεν εμφανίζονται συμπτώματα, παρότι οι τιμές γλυκόζης είναι κάτω έως και πολύ κάτω των 60 mg/dl. Μπορεί να διαπιστωθεί μόνον από τυχαίες μετρήσεις γλυ-

κόζης ή τη σχεδόν απροειδοποίητη επέλευση κώματος. Πιθανολογείται ότι ο υποθάλαμος δεν αναγνωρίζει τη σημαντική πτώση της γλυκόζης και δεν ανταποκρίνεται με ανάλογη έκκριση ορμονών που ανταγωνίζονται την ινσουλίνη. Η έλλειψη συμπτωμάτων δεν δημιουργεί την ανάγκη λήψης γλυκόζης με αποτέλεσμα την συνεχιζόμενη μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η αποκατάσταση μιας ήπιας υπογλυκαιμίας μπορεί να συμβεί αυτόματα μέσω των μηχανισμών ενδογενούς (από τον ίδιο τον οργανισμό) παραγωγής γλυκόζης (γλυκογονόλυση, νεογλυκογένεση). Πρόκειται για μηχανισμούς που πυροδοτούνται με έκκριση των ανταγωνιστικών προς την ινσουλίνη ορμονών όπως αδρεναλίνη, νοραδρεναλίνη, γλυκαγόνη, αυξητική ορμόνη και κορτιζόλη, ως συνέπεια της μείωσης των επιπέδων της γλυκόζης στο πλάσμα. Βαρύτερες υπογλυκαιμίες διορθώνονται στην πλειονότητά τους με χορήγηση από του στόματος ή ενδοφλεβίως γλυκόζης.

Πρακτικές συμβουλές

Εάν κάποιος διαβητικός τύπου 1 ή τύπου 2 εμφανίσει υπογλυκαιμία (π.χ. σάκχαρο 50 mg/dl ή λιγότερο), με ή χωρίς συμπτώματα, θα πρέπει να πάρει αμέσως 15 gr απλού υδατάνθρακα. Ο υδατάνθρακας μπορεί να ληφθεί είτε σε υγρή μορφή (π.χ. χυμός πορτοκαλιού χωρίς ζάχαρη), είτε σε στέρεα π.χ. κύβοι ζάχαρης ή ένα κουτάλι ζάχαρης ή μέλι. Όλα τα παραπάνω επειδή είναι απλοί υδατάνθρακες απορροφούνται γρήγορα και δρουν έγκαιρα, όμως η δράση τους διαρκεί μόνο 15 έως 20 λεπτά. Εάν η υπογλυκαιμία παρουσιάστηκε περισσότερο από 15 λεπτά πριν το προγραμματισμένο γεύμα, ο ασθενής θα πρέπει να φάει το γεύμα νωρίτερα ή να καταναλώσει και συμπλοκούς υδατάνθρακες ή πρωτεΐνες ώστε να καλυ-

φθεί για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (πέραν των 15 έως 20 λεπτών που του προσέφερε ο απλός υδατάνθρακας). Οι συμπλοκοί υδατάνθρακες όπως το ψωμί ή οι φρυγανιές σε συνδυασμό με πρωτεΐνη (π.χ. τυρί, βούτυρο ή γάλα) συνήθως ως τροφή, προκαλούν επαρκή κάλυψη, όμως το σάκχαρο αίματος θα πρέπει να ελέγχεται κάθε 20 λεπτά μέχρι το επόμενο γεύμα, ώστε να αποφευχθεί η επανεμφάνιση της υπογλυκαιμίας. Ένα ποτήρι άπαχου γάλακτος έχει την ίδια ποσότητα πρωτεΐνης και υδατανθράκων με ένα ποτήρι πλήρους λιπαρών. Εάν ο ασθενής είναι αναισθητός ή δε μπορεί αν καταπιεί, πρέπει άμεσα να του χορηγηθεί ενδομυϊκά ένεση γλυκαγόνης (Glucagon 1 mg).

Τα άτομα που συγκατοικούν με τον ασθενή θα πρέπει να έχουν εκπαιδευθεί στον τρόπο χορήγησης της ένεσης. Οι ασθενείς που είναι σε θεραπεία με σουλφονουλιδίες (αντιδιαβητικά χάπια) καθώς και όσοι έχουν επηρεασμένη τη νεφρική τους λειτουργία, θα πρέπει να επικοινωνήσουν με τον ιατρό τους. Σε αυτούς η υπογλυκαιμία είναι δυνατό να παραταθεί για ώρες ή και μέρες. Συνοπτικά, σε υπογλυκαιμία διαβητικού ατόμου συνιστάται χυμός πορτοκαλιού και έλεγχος σακχάρου αίματος 20 λεπτά αργότερα, εφόσον ο ασθενής δεν έχει στο μεταξύ καταναλώσει πλήρες γεύμα. Εάν στα 20 λεπτά το σάκχαρο παραμένει κάτω του 70 mg/dl ο ασθενής θα πρέπει να πιει περισσότερο χυμό πορτοκαλιού και να καταναλώσει συμπλοκούς υδατάνθρακες ή πρωτεΐνες ώστε να σταθεροποιήσει τα επίπεδα σακχάρου μέχρι το επόμενο γεύμα. Εάν κάποιος διαβητικός βρεθεί αναισθητός λόγω υπογλυκαιμίας, πρέπει:

1. να κληθεί άμεσα ιατρός
2. να μην του χορηγηθούν άμεσα υγρά χωρίς την παρουσία ιατρού και να γίνει γρήγορα ένεση γλυκαγόνης από άτομο που γνωρίζει. ✕

Ολοκληρωμένη σειρά προνομίων για όλα τα μέλη



Στο Club "ΧΑΡΑΖΩ"
δεν αντιμετωπίζουμε
το διαβήτη ως ασθένεια.
Για μας
είναι διαφορετικός
τρόπος ζωής.

Γίνε μέλος τώρα!

Γραμμή Υποστήριξης Μελών
800 11 222600
800 11 ABBOTT

Πρόγραμμα δωρεάν παροχής ταινιών σακχάρου ανάλογα με τις ανάγκες σας

Εγγύηση εφ' όρου ζωής σε όλα τα προϊόντα και
δωρεάν αντικατάσταση σε περίπτωση που χρειαστεί

Δωρεάν εκπαιδευτικό και ενημερωτικό υλικό
για το Διαβήτη

Δωρεάν ημερολόγιο καταγραφής μετρήσεων

Δωρεάν ισοθερμική θήκη μεταφοράς για τις πένες
ινσουλίνης και το μετρητή σακχάρου

Δωρεάν προστατευτική θήκη σιλικόνης
για τον μετρητή σακχάρου

Δωρεάν πρόγραμμα διαχείρισης δεδομένων
(software)

Δωρεάν συμβουλές και βοήθεια μέσω της
Γραμμής Υποστήριξης Μελών

Τα προνόμια ισχύουν **μόνο** για άτομα με διαβήτη που χρησιμοποιούν μετρητές σακχάρου
της Abbott και έχουν κάρτα - μέλους "ΧΑΡΑΖΩ".



Συστήματα αυτοελέγχου FreeStyle χωρίς κωδικοποίηση



Περισσότερη εξασφάλιση στον αυτοέλεγχο του διαβήτη



- Μέτρηση γλυκόζης και κετόνης
στο αίμα
- Ευκολία στη χρήση
- Ατομική αεροστεγής συσκευασία
που προστατεύει τις ταινίες
μέτρησης από πιθανές
επιμολύνσεις

Χρησιμοποιούνται και
με το μετρητή Precision Xceed



Για μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης



- Σχεδιασμός ZipWick
για ευκολότερη
τοποθέτηση αίματος
- Μικρή σταγόνα αίματος για πιο
ανώδυνη μέτρηση
- Αξιοπιστία αποτελεσμάτων¹



ΧΩΡΙΣ
ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ

FreeStyle

Συστήματα Μέτρησης Γλυκόζης Αίματος

¹ Tack C, Potlauer M, Bekmeier T, et al. Accuracy evaluation of five blood glucose monitoring systems obtained from the pharmacy: a European multicentre study with 455 subjects.
Το FreeStyle και ο σχεδιασμός ZipWick είναι εμπορικά σήματα της Abbott Diabetes Care.

Κοινωνική συμμαχία ΙΣΑ-ΣΦΕΕ-ΕΟΦ, ενώνουν τις δυνάμεις τους στηρίζοντας ενεργά τους ανασφάλιστους και αναξιοπαθούντες ασθενείς



της Μαρίας Χατζηδάκη

Σε μια σημαντική πρωτοβουλία προς όφελος των ασθενών συμπράττουν ο Σύνδεσμος Φαρμακευτικών Επιχειρήσεων Ελλάδος (ΣΦΕΕ) και ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών (ΙΣΑ), με στόχο τη στήριξη της φαρμακευτικής περίθαλψης των ανασφάλιστων και αναξιοπαθούντων πολιτών, προκειμένου να μην μείνει κανένας χρόνιος ασθενής ακάλυπτος από φαρμακευτική περίθαλψη, επειδή δεν έχει την οικονομική δυνατότητα να αγοράσει τα φάρμακά του. Αρωγός σε αυτή τη σημαντική προσπάθεια είναι ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Πρόκειται για ένα πρόγραμμα υιοθέτησης των ανασφάλιστων και αναξιοπαθούντων ασθενών στην Αττική καθώς και στις παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας, στο πλαίσιο της δραστηριότητας του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής που έχει δημιουργήσει ο ΙΣΑ με το Φιλανθρωπικό Οργανισμό «Αποστολή», της Ιεράς Αρχιεπισκοπής. Η διαδικασία, ο τρόπος και οι δικαιούχοι που θα ενταχθούν στο πρόγραμμα αυτό περιγράφονται αναλυτικά στο Σύμφωνο Συνεργασίας που θα υπογραφεί τις επόμενες ημέρες μεταξύ του ΙΣΑ και του ΣΦΕΕ. Ενώ, το πρόγραμμά θα ξεκινήσει τον Ιανουάριο του 2013 καλύπτοντας σε πρώτη φάση, 1.500 ανασφάλιστους και ανέργους μνηνία και τελεί υπό την εποπτεία του Εθνικού Οργανισμού Φαρμάκων (ΕΟΦ).

Ο ΕΟΦ, διασφαλίζει το ποιοτικό της μέρος και τροποποιεί τον τρόπο χορήγησης παγίων δωρεών, προκειμένου, για τους σκοπούς της δράσης, να γίνονται με την απλούστερη δυνατή διαδικασία έγκρισης.

Τα παραπάνω εξήγησαν οι πρόεδροι των ΙΣΑ, ΣΦΕΕ και ΕΟΦ στο πλαίσιο συνέντευξης τύπου για την παρουσίαση του προγράμματος. Οι ομιλητές αναφέρθηκαν στην δεινή οικονομική κατάσταση της χώρας και επισήμαναν ότι η ανεργία έχει ξεπεράσει το 25% (33% στον ιδιωτικό τομέα), ενώ οι μισοί ελεύθεροι επαγγελματίες δεν καταβάλλουν εισφορές στον ΟΑΕΕ με αποτέλεσμα να μην έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Σύμφωνα με στοιχεία του Υπουργείου Υγείας το κράτος δαπανά 100 εκατομ-

μύρια ευρώ το χρόνο για δαπάνες νοσηλευόμενων με βιβλιάριο ανασφάλιστου. Ενώ σύμφωνα με στοιχεία του ΙΣΑ, κανένα εμβόλιο δεν έχει διατεθεί για τους ανασφάλιστους πολίτες στα Κέντρα Υγείας και στους δήμους. Το γεγονός αυτό εγκυμονεί τεράστιους κινδύνους για τη δημόσια υγεία, καθώς εκατοντάδες χιλιάδες ανασφάλιστοι πολίτες -μεταξύ των οποίων είναι χιλιάδες παιδιά- δεν έχουν πρόσβαση στο εμβολιασμό.

«Ο ΣΦΕΕ ενώνει τις φαρμακευτικές επιχειρήσεις -στο πλαίσιο της Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης του Συνδέσμου- και συμπράττει με τον μεγαλύτερο επιστημονικό σύλλογο της χώρας, τον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών και τον εγκυρότερο εποπτικό φορέα, τον Εθνικό Οργανισμό Φαρμάκων, προκειμένου να διασφαλίσει τη φαρμακευτική περίθαλψη των ανασφάλιστων ασθενών και κυρίως αυτών που λαμβάνουν χρονίως αγωγή», σημείωσε ο πρόεδρος του ΣΦΕΕ κ. Κώστας Φρουζής. Όπως σημείωσε, ο ΣΦΕΕ επιχειρεί να δείξει στην πράξη ότι είναι θεμελιώδες δικαίωμα κάθε πολίτη η ανεμπόδιστη πρόσβασή του στη θεραπεία, κάτι που έχουμε "αφήσει πίσω" ως κοινωνία στην προσπάθεια να σώσουμε την οικονομία της χώρας.

«Η οικονομική κρίση εξελίσσεται σε ανθρωπιστική, με τον Έλληνα πολίτη συνεχώς βαλλόμενο και στο επίπεδο της Υγείας», τόνισε ο πρόεδρος του ΙΣΑ κ. Γιώργος Πατούλης. Όπως κατήγγειλε, εκατοντάδες

Επιδίωξή μας είναι η συλλογή των μεγαλύτερων δυνατών ποσοτήτων των απαιτούμενων φαρμάκων και η χορήγηση τους προς τον ανασφάλιστο ασθενή που τα έχει ανάγκη, εντελώς δωρεάν και χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε υπόνοια κέρδους ή οποιασδήποτε άλλης διακίνησης

χιλιάδες ασθενείς είναι ανασφάλιστοι και δεν έχουν πρόσβαση στην φαρμακευτική και στη νοσηλευτική περίθαλψη, ενώ χιλιάδες ελληνόπουλα κινδυνεύουν να μείνουν χωρίς το βασικό εμβολιασμό και πρόσβαση στις στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας. «Ο Ιατρικός Σύλλογος Αθηνών ως θεματοφύλακας της Δημόσιας Υγείας», πρόσθεσε, «θα είναι δίπλα σε κάθε πολίτη που υποφέρει και τον έχει ανάγκη μέχρι το τελευταίο άκρο της Ελλάδας». Για το λόγο αυτό - σημείωσε - τον περασμένο Φεβρουάριο ξεκίνησε με το Φιλανθρωπικό Οργανισμό της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών «Αποστολή», τη λειτουργία του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής για την πρωτοβάθμια ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανασφάλιστων πολιτών. Στο διάστημα αυτό έχουν εξεταστεί περισσότεροι από 6.300 ανασφάλιστοι πολίτες, έχουν γίνει 15.000 ιατρικές επισκέψεις για ιατρικές πράξεις και εξετάσεις, ενώ πολύ άλλοι ασθενείς έχουν επισκεφθεί τα παραρτήματα του Ιατρείου. Από το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής εξυπηρετήθηκαν επίσης περισσότεροι από 3.000 ανασφάλιστοι ασθενείς, των οποίων οι συνταγές εκτελέστηκαν δωρεάν από το Κοινωνικό Φαρμακείο.

Τη στήριξη του ΕΟΦ στην πρωτοβουλία του ΣΦΕΕ και του ΙΣΑ, για τη διάθεση φαρμάκων από τα Κοινωνικά Φαρμακεία, έδωσε ο πρόεδρος του Οργανισμού κ. Πάννης Τούντας. Ο πρόεδρος του ΕΟΦ χαρακτήρισε αξιόπαινη την προσπάθεια και δεσμεύτηκε ότι θα διευκολύνει την υλοποίησή της.

Το πρόγραμμα θα έχει διάρκεια ενός έτους. Σε πρώτη φάση θα εφαρμοστεί πιλοτικά σε ορισμένους δήμους και παραμεθόριες περιοχές. Στόχος όμως, είναι η επέκτασή του σε όλη τη χώρα. «Επιδιώξή μας είναι η συλλογή των μεγαλύτερων δυνατών ποσοτήτων των απαιτούμενων φαρμάκων και η χορήγηση τους προς τον ανασφάλιστο ασθενή που τα έχει ανάγκη, εντελώς δωρεάν και χωρίς να υπάρχει οποιαδήποτε υπόνοια κέρδους ή οποιασδήποτε άλλης διακίνησης», πρόσθεσε ο κ. Φρουζής.

Διαδικασία

Οι κ.κ. Φρουζής και Πατούλης περιέγραψαν τη διαδικασία, με την οποία θα υλοποιηθεί το πρόγραμμα. Όπως εξήγησαν σε κάθε δήμο και εννορία -από τον δήμαρχο, την κοινωνική υπηρεσία ή τον εφημέριο αντίστοιχα- θα πιστοποιείται η οικονομική αδυναμία και η έλλειψη κοινωνικής ασφάλισης των δικαιούχων της βοήθειας. Η πιστοποίηση θα συνοδεύεται από την ιατρική συνταγή της χρόνιας αγωγής κάθε ασθενούς. Στη συνέχεια, βάσει της συνταγής του θεράποντα ιατρού που έχει εξετάσει τον ασθενή, θα ετοιμάζονται τα φαρμακευτικά σκευάσματα που αποτελούν την αγωγή (κατά μέσο όρο υπολογίζονται τρία σκευάσματα ανά άτομο σε μηνιαία αγωγή) και θα αποστέλλονται στις αντίστοιχες κοινωνικές υπηρεσίες και τα κοινωνικά ιατρεία των Δήμων από τον ΙΣΑ. Τα φάρμακα θα παραλαμβάνονται με ένα πρωτόκολλο παράδοσης - παραλαβής από την κοινωνική υπηρεσία ή τον προϊστάμενο της εννορίας. Θα παραδίδονται από τον εθελοντή ή εργαζόμενο γιατρό ή φαρμακοποιό στον εκάστοτε ασθενή, με ευθύνη του δημάρχου ή του προϊσταμένου της εννορίας αντίστοιχα. Για τους δήμους, το κόστος μεταφοράς των φαρμάκων θα βαρύνει κάθε δήμο, ενώ για τις εννορίες την ευθύνη της μεταφοράς θα αναλάβει ο Φιλανθρωπικός Οργανισμός «Αποστολή» της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών ή η ίδια η εννορία ανάλογα

Άμεση προτεραιότητα αποτελεί η κάλυψη 30 δήμων της Αττικής, των 10 εννοριών της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, καθώς και των 20 νησιωτικών και ηπειρωτικών παραμεθόριων περιοχών, τις οποίες έχει επισκεφθεί επιτελείο του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής στα επτά οδοιπορικά Υγείας

με το ποια περιοχή της Ελλάδας βρίσκεται. Άμεση προτεραιότητα αποτελεί η κάλυψη 30 δήμων της Αττικής, των 10 εννοριών της Ιεράς Αρχιεπισκοπής Αθηνών, καθώς και των 20 νησιωτικών και ηπειρωτικών παραμεθόριων περιοχών, τις οποίες έχει επισκεφθεί επιτελείο του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής στα επτά οδοιπορικά Υγείας. Για την κάλυψη των αναγκών, εκτιμάται ότι απαιτούνται 4.000 έως 4.500 σκευάσματα σε μηνιαία βάση, τα οποία αναλογούν σε 1.000 έως 1.500 ασθενείς. Ανάλογα με την πορεία του προγράμματος, θα υπάρξει επέκταση και σε άλλες περιοχές.

Πρέπει να επισημανθεί ότι ο ΣΦΕΕ, είναι από την πρώτη στιγμή αρωγός στη στήριξη του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής, μέσω του οποίου και υλοποιείται το ανωτέρω πρόγραμμα. Οι φαρμακευτικές επιχειρήσεις-μέλη του ΣΦΕΕ διέθεσαν ήδη 9.000 φάρμακα, τα οποία και διοχετεύτηκαν τόσο για τις ανάγκες των ασθενών που επισκέφθηκαν το Ιατρείο όσο και για τις υγειονομικές ανάγκες της άγονης γραμμής.

Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής

Κάνοντας έναν σύντομο απολογισμό από τη δεκάμηνη λειτουργία του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής ο κ. Πατούλης ανέφερε ότι αποτελεί την πρότυπη δομή Πρωτοβάθμιας Περίθαλψης στην Αττική. Στη συνέχεια έχοντας σημαντικό συνοδοιπόρο το Φιλανθρωπικό Οργανισμό «Αποστολή» της Ιεράς Αρχιεπισκοπής μεταλαμβάνει σε πολλούς Δήμους της χώρας δημιουργώντας Κοινωνικά Ιατρεία και Κοινωνικά Φαρμακεία.

Στελεχώνεται με 246 γιατρούς, 23 ειδικοτήτων για τη στήριξη των ανασφάλιστων, άστεγων και παραμελημένων κοινωνικών ομάδων του πληθυσμού που έχουν χτυπηθεί από την οικονομική κρίση.

Από την έναρξη της λειτουργίας του Ιατρείου -την 1η Φεβρουαρίου- μέχρι και σήμερα, έχουν εξεταστεί 6.300 ανασφάλιστοι πολίτες σε 15.000 ιατρικές επισκέψεις για ιατρικές πράξεις και εξετάσεις, καθώς και πολυάριθμοι άλλοι ασθενείς στα παραρτήματα του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής.

Οι ασθενείς λαμβάνουν δωρεάν και τη φαρμακευτική τους αγωγή από το Κοινωνικό Φαρμακείο του Ιατρείου Κοινωνικής Αποστολής. Εξυπηρετήθηκαν, επίσης, περισσότεροι από 3.000 ανασφάλιστοι ασθενείς, εκτελώντας δωρεάν συνταγές. Το Ιατρείο Κοινωνικής Αποστολής διέθεσε 24.000 φάρμακα και 280 κιβώτια με υγειονομικό υλικό σε 20 παραμεθόριες περιοχές και άγονα νησιά. ✕

από τη Σοφία Νέτα

ΑΣΠΙΔΑ Η ΑΕΡΟΒΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Μειωμένο κίνδυνο για διαβήτη διατρέχουν τα υπέρβαρα παιδιά που ασκούνται κάνοντας αερόβικη γυμναστική. Ερευνητές από το Medical College of Georgia εξέτασαν αν και κατά πόσο επηρέαζε τους παράγοντες κινδύνου για διαβήτη (αντίσταση στην ινσουλίνη, επίπεδα συνολικού και κοιλιακού λίπους) η διάρκεια της αερόβικης άσκησης, σε 200 εννιάχρονα υπέρβαρα ή παχύσαρκα παιδιά.

Διαπίστωσαν ότι όσα ακολούθησαν πενήνήμερο πρόγραμμα αερόβικης άσκησης επί 13 εβδομάδες είχαν μεγαλύτερη μείωση στην αντίσταση στην ινσουλίνη συγκριτικά με τα παιδιά στην ομάδα ελέγχου -που ακολουθούσαν την καθημερινή τους φυσική δραστηριότητα- καθώς και μεγαλύτερη μείωση στο γενικό και στο κοιλιακό λίπος.



Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΧΕΤΙΖΕΤΑΙ ΜΕ ΜΗ ΑΛΚΟΟΛΙΚΗ ΛΙΠΩΔΗ ΝΟΣΟ ΤΟΥ ΗΠΑΤΟΣ

Οι ασθενείς με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος, που έχουν διαβήτη ή οικογενειακό ιστορικό διαβήτη έχουν αυξημένο κίνδυνο για μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα και ίνωση, σύμφωνα με μια πρόσφατη ανάλυση. Οι ερευνητές αξιολόγησαν δεδομένα 1069 ασθενών με μη αλκοολική λιπώδη νόσο του ήπατος. Από διαβήτη υπέφερε το 30,4% των συμμετεχόντων και το 56% είχε συγγενείς με διαβήτη. Αφού ελήφθησαν υπόψη η ηλικία, το φύλο, ο ΔΜΣ και η εθνικότητα, οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι ο διαβήτης σχετίζεται με μη αλκοολική στεατοηπατίτιδα (NASH) και ίνωση.

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Προς το χειρότερο αλλάζει η διατροφική συμπεριφορά των Ελλήνων, εξαιτίας της οικονομικής κρίσης. Λόγω του αυξημένου κόστους της υγιεινής διατροφής, για να καλύψουν τις ενεργειακές τους ανάγκες καταφεύγουν σε υδατάνθρακες και τροφές με απλή ενεργειακή αξία, παραμελώντας την ποιότητα της τροφής. Αυτό έχει θορυβήσει τους ειδικούς καθώς δεδομένα από προηγούμενες περιόδους κρίσης δείχνουν ότι άτομα που ήταν τότε σε εμβρυική ή βρεφική ηλικία παρουσίασαν αργότερα παχυσαρκία, μεταβολικό σύνδρομο, διαβήτη και καρδιοπάθειες. Ήδη, η μελέτη Medis, που διεξήχθη από το Χαροκόπειο Πανεπιστήμιο και περιλάμβανε δείγμα 1.000 ηλικιωμένων κατοίκων της νησιωτικής χώρας, έδειξε ότι το 40% είναι παχύσαρκοι και το 22% έχει διαβήτη!



Αποτελέσματα παγκόσμιας έρευνας ανέδειξαν την ανάγκη για εξατομικευμένη προσέγγιση στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2. Πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν παράγοντες όπως ο τρόπος ζωής, το επάγγελμα και το ωράριο εργασίας οι οποίοι δεν συζητούνται τακτικά μεταξύ ιατρών και ασθενών. Σύμφωνα με την έρευνα Living Diabetes, το 44% των διαβητικών απάντησε ότι έχει παρουσιάσει υπογλυκαιμία εν ώρα εργασίας, το 25% πάντοτε/συχνά ή μερικές φορές παρέλειπαν γεύματα εξαιτίας του επαγγέλματός τους και του ωραρίου εργασίας τους, ενώ το 76% δεν θυμάται να έχει συζητήσει για το επάγγελμα και το ωράριο εργασίας τους στην εξέταση ρουτίνας, ούτε για τη συναισθηματική υγεία τους (64%).



A close-up photograph of a doctor's hands holding a large, bright red heart. The doctor is wearing a white lab coat and a blue stethoscope. The heart is the central focus, symbolizing cardiovascular health and the importance of heart rate monitoring.

Η Επιτροπή Φαρμακευτικών Προϊόντων για Ανθρώπινη Χρήση του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων εξέδωσε θετική γνώμοδότηση για την έγκριση της λιξισενατίδης, χορηγούμενης άπαξ ημερησίως για τη θεραπεία ενηλίκων με διαβήτη τύπου 2, ώστε να επιτύχουν τα επιθυμητά επίπεδα σακχάρου αίματος σε συνδυασμό με από του στόματος φαρμακευτικά σκευάσματα που μειώνουν τα επίπεδα γλυκόζης και/ή βασική ινσουλίνη, εφόσον τα παραπάνω, παράλληλα με διαίτα και άσκηση, δεν πετυχαίνουν επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο. Μετά από περίπου 3 μήνες αναμένεται να δοθεί η χορήγηση άδειας κυκλοφορίας της στην Ευρωπαϊκή Ένωση.



Στις 11 του Γενάρη 2012 συμπληρώθηκαν 90 χρόνια, από την ημέρα που έγινε η πρώτη ένεση ινσουλίνης, σε ένα δεκατετράχρονο αγόρι από τον Καναδά, που αργοπέθαινε στην αγκαλιά της μητέρας του και ονομαζόταν Leonard Thomson!

Η ανακάλυψη της ινσουλίνης, δεν άλλαξε μόνο τη ζωή και το μέλλον εκατομμυρίων ανθρώπων, των διαβητικών, άλλαξε την ιστορία, την εξέλιξη και το μέλλον της Ιατρικής γενικότερα. Σαν πρότυπο πολυεπιστημονικής ουσίας, άνοιξε το δρόμο για ένα πλήθος καινούργιες γνώσεις. Έτσι η «μαγική», για τις αρχές του 20ου αιώνα, λέξη «ορμόνη», που εισήγαγε πρώτος ο περίφημος φυσιολόγος Starling, βρήκε στην



→ Η ανακάλυψη της ινσουλίνης, δεν άλλαξε μόνο τη ζωή και το μέλλον εκατομμυρίων ανθρώπων, των διαβητικών, άλλαξε την ιστορία, την εξέλιξη και το μέλλον της ιατρικής γενικότερα. Σαν πρότυπο πολυτεπτιδικής ουσίας, άνοιξε το δρόμο για ένα πλήθος καινούργιες γνώσεις. Έτσι η «μαγική», για τις αρχές του 20ου αιώνα, λέξη «ορμόνη», που εισήγαγε πρώτος ο περίφημος φυσιολόγος Starling, βρήκε στην ινσουλίνη τον κυριότερο εκφραστή της.

ισουδίνη τον κυριότερο εκφραστή της. Από την πρώτη επίσημη ανακοίνωση της σπουδαίας ανακάλυψης, στις 14 Νοεμβρίου 1921, μέχρι τη πρώτη κλινική εφαρμογή της, στις 11 του Γενάρη του 1922, πέρασαν περισσότερα από 90 χρόνια! Ο απόηχος όμως της μεγάλης ανακάλυψης δεν έπαψε ποτέ, αφού πρόσφατα η Ιστορική Εταιρεία της Νέας Υόρκης διορ-

γάνωσε μία εντυπωσιακή έκθεση με την δραματική ιστορία της ανακάλυψης της ινσουλίνης, βασισμένη σε ένα πολύ ενδιαφέρον βιβλίο, που έγραψαν οι T. Cooper και A.Ainsberg, με τίτλο "Breakthrough" και στο οποίο περιγράφεται και η ιστορία της κόρης του υπουργού Εξωτερικών των ΗΠΑ, Elisabeth Evans Hughes, μιας νεαρής κοπέλας, από τις πρώτες διαβητικές περιπτώσεις, που έζησε χάρις στην ανακάλυψη της ινσουλίνης, παντρεύτηκε, έκανε 3 παιδιά, έγινε πολύ γνωστή δικηγόρος και πέθανε σε ηλικία 76 ετών, χωρίς κανείς να γνωρίζει μέχρι τότε, ότι είχε κάνει περισσότερες από 44.000 ενέσεις ινσουλίνης! Την ίδια περίοδο με την έκθεση, η ινσουλίνη ψηφίσθηκε και χαρακτηρίσθηκε, από τον επιστημονικό κόσμο, ως η μεγαλύτερη ανακάλυψη του 20ου αιώνα, με δεύτερη την πενικιλίνη! (New York Times, Καθημερινή).

Την ιστορία του πρώτου ανθρώπου στο κόσμο, που χάρις στην ανακάλυψη της ινσουλίνης, γλίτωσε από βέβαιο θάνατο και έζησε τα υπόλοιπα χρόνια της ζωής του, σχεδόν φυσιολογικά, μέχρι να πεθάνει, κατά τραγική ειρωνεία, από βρογχοπνευμονία τον Απρίλιο του 1935, λίγο καιρό πριν ανακαλυφθούν τα αντιβιοτικά, προσπαθεί να περιγράψει η ιστορία αυτή! Ο Leonard Thomson γεννήθηκε στο Τορόντο του Καναδά το 1908. Για πρώτη φορά ήλθε σε επαφή με τον ιατρικό κόσμο της εποχής του, όταν στις 2 Δεκεμβρίου 1921 μπήκε στο Γενικό Νοσοκομείο του Τορόντο εξ αιτίας μιας ασυνήθιστης Πολιουρίας και ιδιαίτερα νυχτερινής συχνουρίας, η οποία χρονολογείτο από διετίς περίπου. Στο νοσοκομείο οι εξετάσεις δεν άργησαν να αποδείξουν, ότι ο μικρός Leonard έπασχε από νεανικό ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, τύπου 1. Έτσι αμέσως μετά τη διάγνωση, μπήκε στο καθιερωμένο θεραπευτικό σχήμα της εποχής, που δεν ήταν τίποτα άλλο από μία αυστηρά περιορισμένη δίαιτα 450 θερμίδων, η οποία περιλάμβανε μόνο χορταρικά και στην οποία προστίθεντο εναλλάξ

λίγο κρέας ή φρούτα. Ήταν ακριβώς 13 χρονών και ζύγιζε μόλις 29 κιλά! Με την αυστηρότατη δίαιτα, η κατάσταση του βελτιώθηκε ελάχιστα. Το ζάχαρο αίματος εκυμαίνεται από 350 έως 560 mg% και η οξόνη στα ούρα από + έως ++++! Τον Ιανουάριο του 1922, ο μικρός Leonard είχε αδυνατίσει πάρα πολύ και οι γιατροί που τον παρακολουθούσαν, στη παιδιατρική κλινική του πανεπιστημίου του Τορόντο, δεν ήλπιζαν ότι θα ζήσει πολύ ακόμα! Τον ίδιο ακριβώς καιρό, οι Banding και Best, μετά από μήνες σκληρής και επίπονης ερευνητικής προσπάθειας, μέσα σε αντιξώες και προβληματικές συνθήκες, μόλις είχαν παρασκευάσει το πρώτο παγκρεατικό εκχύλισμα, που ελάττωνε το ζάχαρο σε παγκρεατεκτομηθέντα σκυλιά και ήταν έτοιμοι να το χορηγήσουν δοκιμαστικά σε ανθρώπους.

Όμως, ούτε ο Banding, ούτε ο Best, σαν ερευνητές, είχαν κλινική αρμοδιότητα χορήγησης του νέου «φαρμάκου», σε ασθενείς που νοσηλεύονταν στο Νοσοκομείο! Έτσι, μετά από διαμάχες και αντιπαραθέσεις, σε συνεννόηση του τμήματος Φυσιολογίας, υπό τον Καθηγητή MacLeod, στο οποίο ανήκαν οι δύο ερευνητές και της Παιδιατρικής Κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου του Τορόντο, αποφασίσθηκε η πρώτη δοκιμή να γίνει στις 11 Ιανουαρίου 1922. Το πρωί της 11ης Ιανουαρίου 1922, ένας νεαρός γιατρός, ο E.P.Jeffrey, εσωτερικός βοηθός της παθολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου του Τορόντο, υπό την εποπτεία και ευθύνη του Επιμελητή του, Dr Walter R. Cambell, χορήγησε ενδομυϊκά 7,5 ml παγκρεατικού εκχυλίσματος, το οποίο ονόμασαν προσωρινά «ορό MacLeod» σε κάθε γλιντού του δεκαετράχρονου πια Leonard Thomson, ενώ οι Banding και Best παρακολουθούσαν την όλη διαδικασία από το παράθυρο της πόρτας του θαλάμου, αφού δεν τους επέτρεψαν να μπουν στο θάλαμο και να παρακολουθήσουν από κοντά, τη πρώτη δο-



κιμή του παγκρεατικού εκχυλίσματος που αυτοί ανακάλυψαν! Στις επόμενες 6 ώρες, παρατηρήθηκε μια παροδική ελάττωση του ζαχάρου αίματος από 470 σε 320 mg%, χωρίς όμως αισθητή βελτίωση της κλινικής κατάστασης του μικρού Leonard. Η απειλπισία και η απογοήτευση στα πρόσωπα του Banding και Best, που περίμεναν εναγωνίως τα αποτελέσματα στο εργαστήριο τους, ήταν εμφανής. Προς στιγμή πέρασε από το μυαλό τους, ότι απέτυχαν και ήλθε το πλήρωμα του χρόνου να αποσυρθούν από την ερευνητική τους προσπάθεια, που τόσο τους είχε απορροφήσει και ταλαιπωρήσει το τελευταίο διάστημα. Ο MacLeod όμως, αλλιά και οι γιατροί που επιχείρησαν την πρώτη προσπάθεια, ούτε που ήθελαν να ακούσουν για εγκατάλειψη της προσπάθειας. Μάλιστα ζήτησαν περισσότερο παγκρεατικό εκχύλισμα για να ξαναπροσπαθήσουν. Δυστυχώς όμως, το «ιστορικό» αυτό γεγονός, δεν είχε άμεση συνέχεια, διότι δεν υπήρχε άλλο διαθέσιμο παγκρεατικό εκχύλισμα,

Το όνομά της η ινσουλίνη το πήρε από τη λατινική λέξη «Insula» που σημαίνει νήσος και μας παραπέμπει στα «νησίδα του Langerhans». Την πρότεινε ο καθηγητής MacLeod στον Banding και εκείνος τη βρήκε πολύ εύνηκη και σωστή

για συνέχιση της θεραπείας. Έτσι ο μικρός Leonard άρχισε πάλι την εξαντλητική δίαιτα των 450 θερμίδων. Στις 18 Ιανουαρίου 1922, οι γιατροί μετά από υπόδειξη του μικρού Leonard, διαπίστωσαν στο σημείο των ενέσεων του αριστερού γλιντού, μία σκληρυντική επιφάνεια 7,5 εκατοστών περίπου, η οποία υποδηλούσε την ύπαρξη ενός άσχημου αποστήματος. Ήταν η υπόδειξη, αλλιά και η απόδειξη, ότι το παγκρεατικό εκχύλισμα δεν ήταν ακόμη τόσο καθαρό, ώστε να χρησιμοποιηθεί άφοβα και χωρίς προβλήματα στους ανθρώπους. Εν τω μεταξύ, ο απόηχος της μεγάλης ανακάλυψης άρχισε να γίνεται όλο και περισσότερο αντιληπτός, παρά τα περιορισμένα μέχρι στιγμής αποτελέσματα. Ο διάσημος, για την εποχή του, καθηγητής της φυσιολογίας και «αφεντικό» του Banding και Best, άρχισε να συνειδητοποιεί και να αναγνωρίζει τη σημασία της ερευνητικής προσπάθειας των νεαρών επιστημόνων, με αποτέλεσμα να αποφασίσει να εγκαταλείψει τις ερευνητικές του εργασίες σχετικά με την ανοξαιμία και να ρίξει όλο το βάρος του εργαστηρίου του, στη διερεύνηση της φυσιολογικής δράσης του παγκρεατικού εκχυλίσματος, στον ανθρώπινο οργανισμό. Σε λίγο, χάρις στη συνεργασία και βοήθεια ενός καθηγητή βιοχημείας, του J.P.Collip, δεν άργησε να παρασκευασθεί ένα καινούργιο παγκρεατικό εκχύλισμα, πιο καθαρό και περισσότερο δραστικό. Στις 23 Ιανουαρίου 1922, 5ml από το καινούργιο και καθαρότερο παγκρεατικό εκχύλισμα, που το ονόμασαν «ορό του Collip», ενέθηκε στο υπογάστριο του μικρού Leonard. Ακολούθησαν άλλα 10ml, σε δυο διαδοχικές δόσεις, τις επόμενες 24 ώρες. Το ζάχαρο αίματος από 520mg% το πρωί της 23ης Ιανουαρίου, έπεσε στα 120mg% στις 5 το πρωί της επόμενης ημέρας και το βράδυ της 24ης Ιανουαρίου, μετά από δύο διαδοχικές ενέσεις των 10ml, το ζάχαρο ήταν 100mg%. Δεν υπήρχε πια καμιά αμφιβολία, ότι το

παγκρεατικό εκχύλισμα ήταν αποτελεσματικό και ότι το εκχύλισμα του Collip, ήταν πιο καθαρό και δραστικό από το εκχύλισμα του MacLeod. Το δυστύχημα όμως για τον Collip ήταν, ότι από τη χαρά και τον ενθουσιασμό του που απομόνωσε και «καθάρισε» το παγκρεατικό εκχύλισμα, ξέχασε να καταγράψει επακριβώς τη μέθοδο παρασκευής και καθαρισμού του εκχυλίσματος, με αποτέλεσμα να χάσει την ικανότητα παρασκευής του! Ευτυχώς όμως, εν τω μεταξύ, ο φιλόδοξος νεαρός βιοχημικός Best, με τη προτροπή του Banding, κατόρθωσε να παρασκευάσει και αυτός, ένα καθαρότερο και πιο δραστικό εκχύλισμα, με αποτέλεσμα, ο νεαρός Leonard να μη σταματήσει τη θεραπεία του. Έτσι, από τις 23 Ιανουαρίου μέχρι και τις 4 Φεβρουαρίου 1922, ο μικρός Leonard Thomson, συνέχισε να κάνει καθημερινά ενέσεις από το καινούργιο παγκρεατικό εκχύλισμα, με έκδηλη κλινική βελτίωση. Τα ζάχαρο στα ούρα ελαττώθηκε, η οξόνη εξαφανίσθηκε και το παιδί έγινε πιο έξυπνο, πιο ζωηρό και όπως έλεγε ο ίδιος αισθανόταν πιο δυνατό! Όταν η χορήγηση του παγκρεατικού εκχυλίσματος σταματούσε, τότε όλα τα αρχικά συμπτώματα και εργαστηριακά ευρήματα ξαναπαρουσιάζονταν. Κανένας πια δεν διατηρούσε τη παραμικρή αμφιβολία, ότι η "Isletin" η πρώτη ονομασία που δόθηκε στην ινσουλίνη, ήταν η ορμόνη που παράγουν τα β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος και αυτή που ρυθμίζει το μεταβολισμό των υδατανθράκων. Το όνομα της η ινσουλίνη το πήρε από τη λατινική λέξη "Insula" που σημαίνει νήσος και μας παραπέμπει στα «νησίδα του Langerhans". Την πρότεινε ο καθηγητής MacLeod στον Banding και εκείνος τη βρήκε πολύ εύνηκη και σωστή. Εν τω μεταξύ ο μικρός Leonard συνέχισε τις καθημερινές του ενέσεις με μεγάλη κλινική βελτίωση και βγήκε από το νοσοκομείο στις 15 Μαΐου 1922, ζυγίζοντας 30,6

Όλα άλλαξαν, από την ημέρα που ανακαλύφθηκε και εφαρμόστηκε κλινικά στον Leonard Thomson, η ινσουλίνη. Η ορμόνη, αυτή άλλαξε τη ζωή και το μέλλον εκατομμυρίων ανθρώπων και άνοιξε το δρόμο στη σύγχρονη ιατρική, για τη καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού

κιλά. Η δεύτερη εισαγωγή του στο νοσοκομείο έγινε στις 22 Οκτωβρίου 1922, διότι βρισκόταν πάλι, για απροσδιόριστους λόγους, σε διαβητική οξέωση. Ζύγισε μόλις 25 κιλά και η αδυναμία και η εξάντληση του, ήταν μεγάλη. Αμέσως, άρχισε θεραπεία με ινσουλίνη και η κατάσταση του παρουσίασε μια προοδευτική βελτίωση. Βγήκε από το νοσοκομείο στις 23 Απριλίου 1923 ζυγίζοντας 36 κιλά. Έκτοτε, ο νεαρός Leonard Thomson, χάρις στη ινσουλίνη, άρχισε να ζει μια σχεδόν φυσιολογική ζωή, εργαζόμενος κατά καιρούς και παίζοντας ακόμη και baseball! Από 15 μονάδες ινσουλίνης που έκανε το πρωί και 8 το βράδυ, έφθασε προοδευ-

τικά να κάνει 30 μονάδες πριν το πρωινό, 25 μονάδες πριν το μεσημεριανό, 20 μονάδες πριν το βραδινό και 20 μονάδες πριν κοιμηθεί! Η δίαιτα του περιλάμβανε, 50 γραμ. λεύκωμα, 100 γραμ., υδατάνθρακες και 160 γραμ. λίπη. Την ιατρική του παρακολούθηση είχε αναλάβει προσωπικά, ο γιατρός που επέβλεψε τη χορήγηση της πρώτης ένεσης ινσουλίνης, Walter Campbell.

Μέχρι πριν από λίγα χρόνια, οι διάφορες φήμες μας έκαναν να πιστεύουμε, ότι το αγόρι που γλίτωσε από βέβαιο θάνατο και χάρις στην ανακάλυψη της ινσουλίνης μπόρεσε να ζήσει μία σχεδόν φυσιολογική ζωή, είχε χάσει τη ζωή του σε αυτοκινητιστικό ατύχημα, υποκύπτοντας στα τραύματά του. Έπρεπε να περάσουν πολλά χρόνια για να μάθουμε τη πραγματική αλήθεια, για το τέλος, του πρώτου διαβητικού στο κόσμο που σώθηκε χάρις στην ινσουλίνη.

Με την ευκαιρία του εορτασμού των 150 χρόνων του Γενικού Νοσοκομείου του Τορόντο, μια ομάδα ιατρών στη προσπάθειά τους να προετοιμάσουν ένα συμπόσιο αφιερωμένο στο σακχαρώδη διαβήτη, ανακάλυψε τυχαία στα αρχεία του νοσοκομείου το τελευταίο ιστορικό του Leonard Thomson. Αυτό έδωσε την αφορμή και τη περιέργεια στους γιατρούς, για μια πιο λεπτομερή έρευνα, οπότε, ψάχνοντας στο παθολογοανατομικό Μουσείο του νοσοκομείου, βρήκαν το πάγκρεας του Leonard Thomson, διατηρημένο σε φορμαλίνη και στη παιδιατρική κλινική τα πρώτα φύλλα των ιστορικών του. Σύμφωνα με τα στοιχεία του τελευταίου ιστορικού του, μπήκε στο νοσοκομείο στις 17 Απριλίου 1935, γιατί 6 ημέρες πριν την εισαγωγή του, παρουσίασε αρθραλγίες, ανορεξία, ναυτία και εμέτους. Παρά τις 80 μονάδες ινσουλίνης που έκανε σε τέσσερις δόσεις, ήταν αδύνατον να σιτισθεί από το στόμα και προοδευτικά έπεσε σε ημικωματώδη κατάσταση, γεγονός που τον ανάγκασε να εισαχθεί στο νοσοκομείο.

Οι εργαστηριακές εξετάσεις κατά την εισαγωγή του, επιβεβαίωσαν το διαβητικό κύμα και στον ασθενή χορηγήθηκε αμέσως 1,5 lt dextrose 10% και 100 μονάδες ινσουλίνης ενδοφλεβίως. Μια ελαφρά βελτίωση του έδωσε τη δυνατότητα να πειερίληψη πορτοκαλάδα και να γίνουν άλλες 50 μονάδες ινσουλίνης, αλλά αργότερα παρουσίασε πυρετό της τάξεως 38,6. Την επόμενη ημέρα το πρωί παρουσιάστηκαν ακροαστικά, στην αριστερή βάση του πνεύμονα. Παρά τη χορήγηση υγρών και ινσουλίνης το ζάχαρο παρέμεινε σε υψηλά επίπεδα και ο πυρετός ανέβηκε 39,6.

Το πρωί της τρίτης ημέρας, βρέθηκε σε κωματώδη κατάσταση, τα ακροαστικά είχαν επεκταθεί και στις δύο βάσεις των πνευμόνων και ήταν κυανωτικός. Η χορήγηση οξυγόνου δεν απέδωσε και στις 2,15μ.μ. της 20ης Απριλίου 1935, ο Leonard Thomson πέθανε από οξεία αμφοτερόπλευρη βροχοπνευμονία.

Αυτή είναι η αληθινή ιστορία του πρώτου διαβητικού στο κόσμο, που σώθηκε χάρις στην ινσουλίνη.

Είναι η ιστορία που σφραγίζει μια ολόκληρη εποχή, την προ-ινσουλινική και ανοίγει μία καινούργια.

Μια εποχή που ο ινσουλινοπενικός σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, «έλιωνε» καθημερινά και αθεράπευτα τα διαβητικά παιδιά, χαρίζοντας τους μόνο 3-4 χρόνια ζωής και αυτά μαρτυρικά, πεινασμένα και απελπισμένα.

Και όλα άλλαξαν, από την ημέρα που ανακαλύφθηκε και εφαρμόστηκε κλινικά στον Leonard Thomson, η ινσουλίνη. Η ορμόνη, που άλλαξε τη ζωή και το μέλλον εκατομμυρίων ανθρώπων και άνοιξε το δρόμο στη σύγχρονη ιατρική, για τη καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας του ανθρώπινου οργανισμού.

Η ορμόνη που χάρισε και χαρίζει τη χαμένη ελπίδα, σε κάθε διαβητικό και εξακολουθεί να του προσφέρει, δύναμη, κουράγιο και ευεξία, εξασφαλίζοντας την αρμονική λειτουργία του οργανισμού του. Γιατί πραγματικά είναι ορμόνη ζωής. ✕

'Εχω σακχαρώδη διαβήτη! Τι εξετάσεις πρέπει να κάνω και κάθε πότε;

Ο σακχαρώδης διαβήτης στις ημέρες μας έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας καθώς τα δεδομένα μιλούν για μεγάλη αύξηση της επίπτωσής του παγκοσμίως. Στη χώρα μας υπολογίζεται ότι πάνω από 1.200.000 άτομα έχουν διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη ως τώρα.

Δρ. Ιωάννης Ντούπης,
παθολόγος με εξειδίκευση
στο σακχαρώδη διαβήτη,
διδάκτωρ ιατρικής σχολής
πανεπιστημίου Αθηνών, διευθυντής
διαβητολογικού ιατρικού
Π. Φαλήρου,
υπεύθυνος διαβητολογικού
ιατρείου Ναυτικού Νοσοκομείου
Ναυστάθμου Σαλαμίνας



Οι επιπλοκές του διαβήτη όπως η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η διαβητική νευροπάθεια, η διαβητική νεφροπάθεια, η περιφερική αρτηριακή νόσος, η νόσος των καρωτίδων, η στεφανιαία νόσος καθώς και το «διαβητικό πόδι», προβληματίζουν χιλιάδες συνανθρώπους μας παγκοσμίως επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα διαβίωσής τους.

Οι κυριότερες από τις επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη είναι κατά κανόνα αγγειακής αιτιολογίας. Δικαιολογημένα λοιπόν ο διαβήτης χαρακτηρίζεται αγγειακή νόσος και μάλιστα ισοδύναμη της στεφανιαίας νόσου.

Ο ακρογωνιαίος λίθος για την πρόληψη των επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη και τη διατήρηση ενός υψηλού βιοτικού επιπέδου, είναι η σωστή ρύθμιση των τιμών του σακχάρου αλλά και ο τακτικός έλεγχος

και ανίχνευση των επιπλοκών του. Για το λόγο αυτό οι εξετάσεις και ο έλεγχος που θα πρέπει να πραγματοποιείται από το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να γίνεται προγραμματισμένα, σε τακτική βάση και ανεξαρτήτως ενοχλημάτων καθώς οι περισσότερες από τις επιπλοκές του διαβήτη διαδράμουν χωρίς καθόλου συμπτώματα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Στόχος του παρόντος άρθρου είναι να επισημάνει την αξία του τακτικού προληπτικού ελέγχου που απαιτείται σε συνδυασμό με την άριστη γλυκαιμική ρύθμιση του ασθενούς ώστε να αποφευχθούν κατά το δυνατόν οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη.

Τακτική αυτομέτρηση του σακχάρου

Η τακτική αυτομέτρηση του σακχάρου, η οποία με τη βοήθεια των σύγχρονων μετρητών έχει πλέον καταστεί ιδιαίτερα εύκολη, είναι ιδιαίτερα σημαντική για την σωστή και σχολαστική ρύθμιση των τιμών του σακχάρου. Επιπλέον, οι τακτικές μετρήσεις του σακχάρου και η καταγραφή τους δίνουν στον θεράπων ιατρό την «γλυκαιμική εικόνα» του ασθενούς διευκολύνοντάς τον στην εφαρμογή της κατάλληλης υγιεινοδιατροφικής ή φαρμακευτικής παρέμβασης. Δύο με τέσσερις μετρήσεις την εβδομάδα είναι συνήθως αρκετές για τα άτομα με διαβήτη τύπου 2 υπό αγω-



ρύθμιση του διαβήτη



- Στόχος του άρθρου είναι να επισημάνει την αξία του τακτικού προληπτικού ελέγχου που απαιτείται σε συνδυασμό με την άριστη γλυκαιμική ρύθμιση του ασθενούς ώστε να αποφευχθούν κατά το δυνατόν οι επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη. Θα πρέπει να κάνετε τακτικά:
- Τακτική αυτομέτρηση του σακχάρου
 - Έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ και της αρτηριακής πίεσης
 - Μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1c)
 - Οφθαλμολογικός έλεγχος – βυθοσκόπηση
 - Τακτικός έλεγχος των νεφρών
 - Καρδιολογικός έλεγχος
 - Αγγειακός έλεγχος
 - Ανίχνευση «ποδιού σε κίνδυνο»
 - Οδοντιατρικός έλεγχος

γή με αντιδιαβητικά δισκία. Όσον αφορά τα άτομα με διαβήτη υπό αγωγή με ινσουλίνη, συνήθως απαιτούνται 2 με τρεις μετρήσεις ημερησίως. Τέλος, στον διαβήτη τύπου 1 και τον διαβήτη κύησης είναι απαραίτητες τουλάχιστον πέντε μετρήσεις ημερησίως. Πρέπει πάντοτε να γνωρίζουμε όμως ότι κάθε περίπτωση ασθενούς είναι διαφορετική και οι οδηγίες μας για αυτομέτρηση θα πρέπει να εξατομικεύονται.

Έλεγχος του λιπιδαιμικού προφίλ και της αρτηριακής πίεσης

Ο στενός έλεγχος των λιπιδίων αλλή και της αρτηριακής πίεσης είναι απαραίτητος για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη καθώς και τα δύο αποτελούν σημαντικούς παράγοντες κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια. Ο συνδυασμός αυτών με το σακχαρώδη διαβήτη αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο του ατόμου. Πρέπει λοιπόν να ελέγχουμε τακτικά την αρτηριακή πίεση (2-3 φορές την εβδομάδα) και να συμβουλευόμαστε τον ιατρό μας αν είμαστε εκτός στόχων, δηλαδή πάνω από 130 mm/Hg για τη συστολική πίεση και 80 mmHg για τη διαστολική πίεση. Επιπλέον πρέπει να μετράμε τη χοληστερόλη HDL και LDL καθώς και τα τριγλυκερίδιά μας τουλάχιστο 1 φορά το χρόνο και να ζητάμε ξανά τη βοήθεια του ιατρού μας αν είμαστε εκτός ορίων. Τα άτομα με διαβήτη δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 200 mg/dl για την ολική χοληστερόλη, τα 100 mg/dl για την LDL χοληστερόλη και τα 150 mg/dl για τα τριγλυκερίδια.

Μέτρηση γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1c)

Ο καθρέπτης της γλυκαιμικής μας ρύθμισης κατά το τελευταίο δίμηνο ή και τρίμηνο είναι η τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1c). Μεγάλες κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι μπορούμε να ελαχιστοποιήσουμε την πιθανότητα να εμφανίσου-

Φροντίζοντας την αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου μας και τηρώντας ένα πρόγραμμα τακτικού προληπτικού εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, είναι δυνατόν να προλάβουμε σημαντικές επιπλοκές του διαβήτη ή να τις αντιμετωπίσουμε εγκαίρως, διατηρώντας κατ'αυτόν τον τρόπο ένα υψηλό επίπεδο διαβίωσης

με επιπλοκές από το σακχαρώδη διαβήτη αν έχουμε γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κάτω από 7% εφόσον αυτό επιτυγχάνεται χωρίς υπογλυκαιμίες. Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης πρέπει να γίνεται κάθε τρεις μήνες. Η αντίστοιχη μέση τιμή του σακχάρου συμφώνως των τιμών της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης φαίνονται στον παρακάτω **πίνακα**:

Γλυκοζυλιωμένη Αιμοσφαιρίνη (HB A1c) %	Μέση τιμή σακχάρου κατά το τελευταίο 3μηνο
6	126
6.5	140
7	154
7.5	169
8	183
8.5	197
9	212
9.5	226
10	240
10.5	255
11	269
11.5	283
12	298

Οφθαλμολογικός έλεγχος-βυθοσκόπηση

Τα μάτια μας αποτελούν έναν από τους πιο ευαίσθητους «στόχους» του διαβήτη. Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο Διαβήτης είναι η πρώτη αιτία τύφλωσης παγκοσμίως. Τακτική βυθοσκόπηση από οφθαλμίατρο, με το ερώτημα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας μπορεί να προλάβει σημαντικές βλάβες στα μάτια μας. Ο έλεγχος αυτός πρέπει να γίνεται σε ετήσια βάση εκτός και αν παρουσιαστεί κάποιο πρόβλημα οπότε η βυθοσκόπηση θα πρέπει να επαναληφθεί σε έξι μήνες.

Τακτικός έλεγχος των νεφρών

Ένα από τα σημαντικότερα όργανα που μπορεί να προσβληθεί από το Διαβήτη είναι οι νεφροί. Είναι γνωστό ότι ο διαβήτης είναι η πρώτη αιτία αιμοκάθαρσης παγκοσμίως. Με τη βοήθεια των νέων σύγχρονων εργαστηριακών τεχνικών έχουμε πλέον την δυνατότητα να ανιχνεύσουμε την αρχόμενη νεφρική προσβολή από

το διαβήτη μετρώντας την αλβουμίνη των ούρων σε τυχαίο δείγμα. Η εξέταση αυτή πρέπει να γίνεται τουλάχιστον μια φορά το χρόνο, μαζί φυσικά με τις εξετάσεις αίματος για τους νεφρούς (ουρία, κρεατινίνη, ηλεκτρολύτες) και να επαναλαμβάνεται ανά 6μηνο αν τα αποτελέσματα είναι παθολογικά. Επιθυμητή τιμή αλβουμίνης ούρων τυχαίου δείγματος είναι κάτω του 30 mg/lit. Σε αυξημένες τιμές της αλβουμίνης ούρων πρέπει να ζητάμε την παρέμβαση του ιατρού μας.

Καρδιολογικός έλεγχος

Ο τακτικός ετήσιος καρδιολογικός έλεγχος είναι απολύτως ενδεδειγμένος στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη καθώς η στεφανιαία νόσος έχει ιδιαίτερα αυξημένη επίπτωση στα άτομα αυτά. Εξετάσεις όπως το ηλεκτροκαρδιογράφημα το τρίπλεξ καρδιάς ή το τεστ κοπώσεως είναι κάποιες από τις εξετάσεις τις οποίες θα μας ζητήσει ο καρδιολόγος μας κατά την κρίση του στον ετήσιο καρδιολογικό μας έλεγχο.

Αγγειακός έλεγχος

Έλεγχος των καρωτίδων μας αλλή και των αρτηριών των κάτω άκρων επιβάλλεται να πραγματοποιείται μια φορά ετησίως. Ιδιαίτερα για τα κάτω άκρα η εξέταση γίνεται επιβεβλημένη αν υπάρχει πόνος των γαστροκνημίων κατά τη βάδιση. Η βαρύτητα του προβλήματος αξιολογείται ανάλογα με την απόσταση που μπορεί να διανύσει ο ασθενής πριν εμφανιστεί ο πόνος.

Σε περίπτωση που βρεθεί κάποιου βαθμού στένωση, η εξέταση χρήζει επανάληψης σε λιγότερο από ένα χρόνο (ανάλογως της βαρύτητας της στενώσεως). Σε κάποιες περιπτώσεις ο ασθενής χρειάζεται να υποβληθεί σε αγγειογραφία (ψηφιακή, αξονική ή μαγνητική) προκειμένου να αποφασιστεί πιθανή περεταίρω παρέμβαση σε κάποιο στενωμένο αγγείο.

Ανίχνευση «ποδιού σε κίνδυνο»

Το διαβητικό πόδι αποτελεί μια από τις σημαντικότερες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη καθώς εκτός από την σοβαρή επίπτωση που έχει στην ποιότητα ζωής του ασθενούς αποτελεί και μια από τις δαπανηρότερες καταστάσεις για τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Τακτικός έλεγχος των ποδιών (τουλάχιστον μια φορά το εξάμηνο από τον ιατρό μας) έχει την δυνατότητα να αναδείξει το «πόδι σε κίνδυνο» για εξέλιξη. Η διαπίστωση αυτή συνήθως αφορά την εμφάνιση διαβητικής συμμετρικής περιφερικής νευροπάθειας, πράγμα που κάνει τον ασθενή (λόγω της ελαττωμένης αντίληψης του πόνου στους άκρους πόδες) να υποεκτιμά κάποιους μικροτραυματισμούς στα πόδια του οι οποίοι δύνανται επιπλέον να επιμολυνθούν. Η κατάσταση αυτή αν συνδυαστεί με τυχόν υπάρχουσα αρτηριακή νόσο των κάτω άκρων, μπορεί να οδηγήσει τελικά ακόμα και στον ακρωτηριασμό του άκρου.

Οδοντιατρικός έλεγχος

Είναι επιβεβλημένος ο τακτικός οδοντικός έλεγχος στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη όπως και ο τακτικός οδοντιατρικός καθαρισμός. Ο λόγος είναι διότι τα άτομα με διαβήτη έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη περιοδοντίτιδας με συνέπεια την απώλεια οδόντων τα οποία συχνά είναι υγιή. Πρέπει λοιπόν, να επισκεπτόμαστε τον οδοντίατρό μας σε 6μηνη βάση.

Συμπερασματικά, φροντίζοντας την αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου μας και τηρώντας ένα πρόγραμμα τακτικού προληπτικού εργαστηριακού και απεικονιστικού ελέγχου, είναι δυνατόν να προλάβουμε σημαντικές επιπλοκές του διαβήτη ή να τις αντιμετωπίσουμε εγκαίρως, διατηρώντας κατ'αυτόν τον τρόπο ένα υψηλό επίπεδο διαβίωσης. **✎**



Περιεγχειρητική αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας

Η υπεργλυκαιμία κατά τη διάρκεια της περιεγχειρητικής περιόδου μπορεί να συμβάλλει στην πιθανή δυσμενή έκβαση μιας χειρουργικής επέμβασης καθώς προάγει την εκδήλωση λοιμώξεων, ηλεκτρολυτικών διαταραχών, την αφυδάτωση, την οξέωση, την κακή επούλωση των τραυμάτων, καθώς και θρομβωτικές επιπλοκές (Σχήμα 1). Μια πρόσφατη αναδρομική μελέτη που εξέτασε 2090 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική χειρουργική και αγγειοχειρουργική επέμβαση έδειξε ότι η μετεγχειρητική υπεργλυκαιμία μπορεί να αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση λοιμώξεων στο χειρουργικό τραύμα, ενώ αρκετές ακόμη επιδημιολογικές μελέτες παρατήρησης έχουν δείξει ότι η περιεγχειρητική υπεργλυκαιμία συνδυάζεται με αύξηση της μετεγχειρητικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.

Σταύρος Θ. Λιάτης,
επιμελητής Α' ΕΣΥ, Α' παθολογική
κλινική & διαβητολογικό κέντρο
ΓΝΑ «Λαϊκό»

Γλυκαιμικοί στόχοι

Οι τυχαίοποιημένες κλινικές μελέτες θεωρήθηκε ότι μπορεί να δώσουν την απάντηση ως προς τα ιδανικά επίπεδα γλυκαιμίας για τους νοσηλευόμενους αλλά και ειδικότερα για τους χειρουργικούς ασθενείς. Οι μελέτες αυτές, ωστόσο, έχουν πραγματοποιηθεί σχεδόν αποκλειστικά σε βαρέως πάσχοντες ασθενείς, που νοσηλεύονταν σε γενικές, χειρουργικές ή καρδιοχειρουργικές μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Καθώς τα αποτελέσματα παραμένουν αμφιλεγόμενα, μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε χειρουργική ΜΕΘ έδειξε μείωση της θνησιμότητας με την εντατική ινσουλινοθεραπείας που στόχευε σε επίπεδα σακχάρου πλάσματος κοντά στα φυσιολογι-

κά (80-110 mg/dl). Ωστόσο, μεταγενέστερες μελέτες όχι μόνο δεν επιβεβαίωσαν τα ευρήματα αυτά, αλλά στη μεγαλύτερη, πολυκεντρική, πολυεθνική τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη έως τώρα, που συμπεριέλαβε ασθενείς από χειρουργικές και

γενικές ΜΕΘ, τα ποσοστά θνησιμότητας ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς που έλαβαν εντατικοποιημένη αγωγή (με επίτευξη μέσης τιμής σακχάρου τα 115 mg/dl), συγκριτικά με την ομάδα που έλαβε συμβατική αγωγή (με επίτευξη μέ-



σης τιμής σακχάρου τα 145 mg/dl). Τα δεδομένα αυτά δείχνουν πως παρόλο που η υπεργλυκαιμία πρέπει να αντιμετωπίζεται προσεκτικά στο νοσοκομειακό περιβάλλον, η προσπάθεια επίτευξης αυστηρών γλυκαιμικών στόχων αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο σοβαρής υπογλυκαιμίας, η οποία στην πραγματικότητα μπορεί να έχει επιβλαβή αποτελέσματα. Οι γλυκαιμικοί στόχοι που προτείνονται για τη θεραπεία της ενδοноσοκομειακής υπεργλυκαιμίας, ισχύουν και για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση. Έτσι, σύμφωνα με τις πρόσφατες θέσεις ομοφωνίας (consensus statement) που εκδόθηκαν από την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (ADA, American Diabetes Association) και την Αμερικανική Εταιρεία Κλινικών Ενδοκρινολόγων (AACE, American Association of Clinical Endocrinologists) ο γλυκαιμικός έλεγχος των νοσηλευόμενων ασθενών πρέπει να εστιάζεται στους ακόλουθους στόχους:

- Ασθενείς σε κρίσιμη κατάσταση: 140-180 mg/dl
 - Ασθενείς σε μη κρίσιμη κατάσταση:
 - > Προγευματικά: <140 mg/dl
 - > Τυχαία μέτρηση: <180 mg/dl
- Τονίζεται ωστόσο, πως οι γλυκαιμικοί στόχοι, πρέπει να εξατομικεύονται, με βάση διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, η κλινική κατάσταση, το επίπεδο θρέψης, η βαρύτητα της βασικής νόσου και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (π.χ. κορτικοστεροειδών).

Αντιμετώπιση - Βασικές αρχές

Δεν υπάρχουν συγκεκριμένες κατευθυντήριες οδηγίες σχετικά με την περιεγχειρητική αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας. Επομένως, η κλινική εμπειρία καθώς και ορισμένα δεδομένα από αναδρομικές μελέτες και από μελέτες σε ΜΕΘ, καθοδηγούν τη λήψη των κλινικών αποφάσεων. Η περιεγχειρητική αντιμετώπιση του ασθενή με υπεργλυκαιμία εξαρτάται από τους ακόλουθους παράγοντες (Σχήμα 2):

S O S

→ Η προηγηθείσα γλυκαιμική ρύθμιση καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα πριν από το χειρουργείο. Γενικά, συνιστάται ο προσδιορισμός της HbA1c κατά τη διάρκεια του συνολικού προεγχειρητικού ελέγχου του διαβητικού ασθενή. Υψηλή τιμή της HbA1c (ιδιαίτερα εάν είναι >8%) σε συνδυασμό με επίπεδα σακχάρου πάνω από 180 mg/dl (10mmol/L) υποδεικνύουν πως η προεγχειρητική ρύθμιση του σακχάρου ήταν πτωχή και πως υπάρχει ισχυρό ενδεχόμενο για σημαντική περαιτέρω αποσταθεροποίηση των τιμών του κατά τη διάρκεια αλλά και μετά τη χειρουργική επέμβαση.



Σχήμα 2
Παράγοντες που συμβάλλουν απορρύθμιση της γλυκαιμικής ρύθμισης στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση

Σχήμα 1
Μηχανισμοί που οδηγούν σε συνολική διαταραχή του μεταβολισμού στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση

πρόληψη & διαγνωστικός έλεγχος

- Είδος χειρουργικής επέμβασης (μείζων ή έλσσον χειρουργείο)
- Ποιότητα του προηγούμενου γλυκαιμικού ελέγχου
- Τύπος του διαβήτη (τύπος 1 ή τύπος 2)
- Είδος της προηγούμενης αντιδιαβητικής θεραπείας (μόνο δίαιτα, και/ή αντιδιαβητικά δισκία) και/ή ινσουλίνη)

Είδος χειρουργικής επέμβασης

Οι μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις αναμένεται να προκαλέσουν σημαντικό βαθμό διαταραχή της μεταβολικής ρύθμισης λόγω της μεγάλης αύξησης στην έκκριση αντιρροπιστικών ορμονών (κυρίως κατεχολαμινών και κορτιζόλης), της παρατεταμένης κατάκλισης, της πιθανής μείωσης του ενδογαστρικού όγκου και της στέρσης τροφής. Οι παραπάνω μεταβολές προκαλούν περιφερική αντίσταση στην ινσουλίνη, αύξηση της ηπατικής παραγωγής γλυκόζης, διαταραχή της έκκρισης ινσουλίνης και διάσπαση (καταβολισμό) των λιπιδίων και των πρωτεϊνών, προάγοντας την υπεργλυκαιμία και σε μερικές περιπτώσεις ακόμη και την εκδήλωση κέτωσης.

Ποιότητα του προηγούμενου γλυκαιμικού ελέγχου

Η προηγηθείσα γλυκαιμική ρύθμιση καθορίζει σε μεγάλο βαθμό τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα πριν από το χειρουργείο. Γενικά, συνιστάται ο προσδιορισμός της HbA1c κατά τη διάρκεια του συνολικού προεγχειρητικού ελέγχου του διαβητικού ασθενή. Υψηλή τιμή της HbA1c (ιδιαίτερα εάν είναι >8%) σε συνδυασμό με επίπεδα σακχάρου πάνω από 180 mg/dl (10mmol/L) υποδεικνύουν πως η προεγχειρητική ρύθμιση του σακχάρου ήταν πτωχή και πως υπάρχει ισχυρό ενδεχόμενο για σημαντική περαιτέρω αποσταθεροποίηση των τιμών του κατά τη διάρκεια αλλήλ και μετά τη χειρουργική επέμβαση.

Τύπος του διαβήτη

Πρέπει πάντοτε να καθίσταται αντιληπτό ότι οι ασθενείς με τύπου 1 διαβήτη πα-

ρουσιάζουν απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης (γεγονός που τους καθιστά επιρρεπείς στην εκδήλωση διαβητικής κετοξέωσης) και ότι τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα τους, ακόμη και αν έχουν καλή ρύθμιση, μπορεί συχνά να παρουσιάζουν σημαντικές διακυμάνσεις. Επομένως, η υπογλυκαιμία είναι ένα συχνό (σχεδόν καθημερινό) φαινόμενο στους ασθενείς αυτούς. Η ινσουλίνη δεν πρέπει ποτέ να διακόπτεται στους ασθενείς με διαβήτη τύπου 1. Η εκπαίδευση και η γνώση που διαθέτουν οι ασθενείς αυτοί σχετικά με τη νόσο τους πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στις θεραπευτικές αποφάσεις.

Οι ασθενείς με τύπου 2 διαβήτη αποτελούν μια ετερογενή ομάδα. Η περιεγχειρητική τους αντιμετώπιση εξαρτάται κυρίως από το είδος της προηγούμενης αντιδιαβητικής θεραπείας και το επίπεδο της προηγούμενης γλυκαιμικής ρύθμισης.

Είδος της προηγούμενης αντιδιαβητικής θεραπείας

Οι ασθενείς που λαμβάνουν ινσουλίνη συνήθως συνεχίζουν το θεραπευτικό σχήμα τους μέχρι το χειρουργείο. Οι ασθενείς

που ρυθμίζονται μόνο με δίαιτα ή εκείνοι που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία και έχουν καλό γλυκαιμικό έλεγχο μπορούν να συνεχίσουν τη θεραπεία τους μέχρι το βράδυ της παραμονής του χειρουργείου. Ένα σύνθετο πρόβλημα εντοπίζεται στους ασθενείς που λαμβάνουν υψηλές δόσεις συνδυασμών αντιδιαβητικών δισκίων έχοντας όμως πτωχή ρύθμιση. Οι ασθενείς αυτοί πρέπει να ξεκινήσουν θεραπεία με ινσουλίνη και, εάν είναι δυνατό, η ινσουλίνη πρέπει να χορηγηθεί 10-14 ημέρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση προκειμένου να δοθεί επαρκής χρόνος για να βελτιωθεί η υπεργλυκαιμία.

Αντιμετώπιση κατά την προεγχειρητική περίοδο

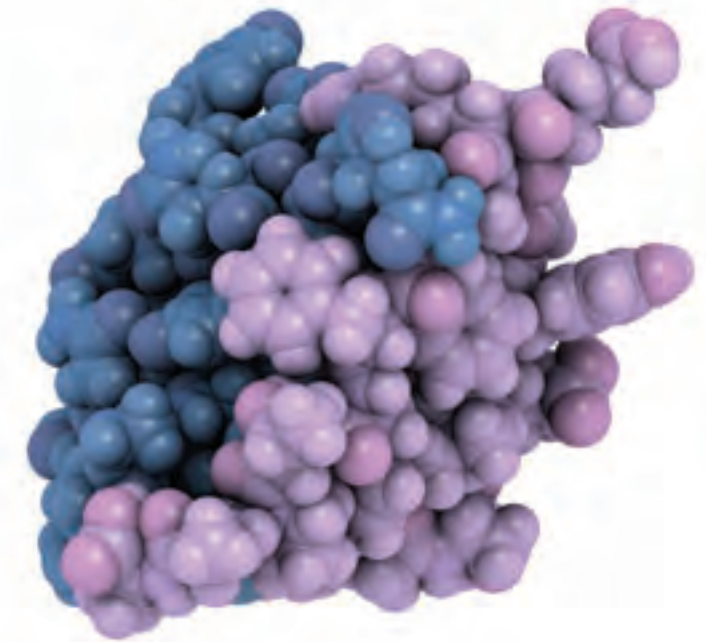
Οι ασθενείς με αποδεκτό προηγούμενο γλυκαιμικό έλεγχο (HbA1c <8% και/ή τιμές σακχάρου πλάσματος <180 mg/dl) που υποβάλλονται σε ελάσσονα χειρουργική επέμβαση, δε χρειάζονται ειδική θεραπεία. Μπορούν να συνεχίσουν τη συνήθη αγωγή τους μέχρι την ημέρα του χειρουργείου. Εξάιρεση αποτελούν οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 και



HbA1c <8% αλλήλ με ασταθείς τιμές σακχάρου αίματος και/ή συχνές υπογλυκαιμίες, οι οποίοι είναι ενδεχομένως προτιμότερο να εισάγονται στο νοσοκομείο 12 ώρες πριν το χειρουργείο.

Εάν έχει προγραμματιστεί μείζων χειρουργική επέμβαση, συνήθως χρειάζεται εισαγωγή των ασθενών που λαμβάνουν αγωγή με ινσουλίνη, 12-24 ώρες πριν το χειρουργείο. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 μπορούν να συνεχίσουν το συνήθες σχήμα ινσουλίνης τους. Η δόση βασικής ινσουλίνης κατά την κατάκλιση μπορεί να μειωθεί κατά 10-20%. Η τακτική παρακολούθηση του σακχάρου αίματος πρέπει να πραγματοποιείται κάθε 4-6 ώρες και να χορηγείται, εάν χρειαστεί, υποδορίως επιπλέον ινσουλίνη ταχείας δράσης, με βάση κλίμακα.

Το ίδιο σχήμα συνιστάται και για τους ινσουλινοθεραπευόμενους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Όπως αναφέρθηκε, τα αντιδιαβητικά δισκία πρέπει να διακόπτονται το απόγευμα της παραμονής του χειρουργείου. Η τελευταία δόση σουλφονουριδίας (γλιμεπιρίδης, γλικλαζιδης, γλιβενκλαμίδης ή γλιπιζιδης) πρέπει να λαμβάνεται όχι νωρίτερα από 18 ώρες πριν το χειρουργείο. Το πρωινό της επέμβασης, η υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης πρέπει να παραλείπεται και να ξεκινά η έγχυση διαλύματος γλυκόζης-ινσουλίνης-καλίου. Οι ασθενείς με πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο (HbA1c ≥8% και/ή τιμές σακχάρου πλάσματος νηστείας ≥180 mg/dl) αποτελούν μείζον πρόβλημα για την προεγχειρητική θεραπεία της υπεργλυκαιμίας. Η ομάδα αυτή αποτελείται τόσο από ασθενείς με γνωστό διαβήτη, όσο και από ασθενείς προσφάτως διαγνωσμένους (συνήθως με την ευκαιρία της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης), μερικές φορές μάλιστα με σημαντικό βαθμό υπεργλυκαιμία. Στους ασθενείς αυτούς η χειρουργική επέμβαση μπορεί και να αναβληθεί για μερικές ημέρες προκειμένου να επιτευχθεί η μείωση των επιπέδων σακχάρου αίματος. Ωστόσο, εάν ο ασθενής πα-



Οι γλυκαιμικοί στόχοι, πρέπει να εξατομικεύονται, με βάση διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, η κλινική κατάσταση, το επίπεδο θρέψης, η βαρύτητα της βασικής νόσου και η χορήγηση ορισμένων φαρμάκων (π.χ. κορτικοστεροειδών)

ραμένει σημαντικά υπεργλυκαιμικός ή το χειρουργείο δεν μπορεί να αναβληθεί, θα ήταν ίσως συνετό να προταθεί η εισαγωγή του ασθενούς 24-48 ώρες πριν από μια μεγάλη χειρουργική επέμβαση ή 12 ώρες πριν από μια μικρότερη. Πρέπει να γίνει έναρξη χορήγησης ινσουλίνης με σχήμα basal-bolus (βασική και γευματική ινσουλίνη). Το βράδυ πριν από ελάσσονα χειρουργική επέμβαση, μπορεί να χρειαστεί μόνο βασική ινσουλίνη (ιδιαίτερα στο διαβήτη τύπου 1) και/ή μικρές δι-ορθωτικές δόσεις ταχείας δράσης ινσουλίνης υποδορίως, βάσει κλίμακας ώστε να επιτευχθούν αποδεκτές τιμές σακχάρου αίματος το επόμενο πρωινό. Ωστόσο, το βράδυ πριν από μείζονα χειρουργική επέμβαση είναι πιθανώς προτιμότερο να διακόπτεται η υποδόρια ινσουλίνη και να χορηγείται έγχυση διαλύματος γλυκόζης-ινσουλίνης-καλίου, ενώ παράλληλα να γίνεται τακτικός έλεγχος του σακχάρου αίματος παρά την κλίση του ασθενούς (συνήθως κάθε 4 ώρες) και να χορηγείται επιπλέον ινσουλίνη ταχείας δράσης υποδορίως βάσει κλίμακας, ανάλογα με τις ανάγκες.

Σε ελάχιστονες χειρουργικές επεμβάσεις μικρής διάρκειας, είναι συνήθως αρκετή η έγχυση διαλύματος γλυκόζης-ινσουλίνης, ενώ επιπλέον μικρές δόσεις ινσουλίνης μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλεβίως, εάν χρειαστεί

Διεχειρητική αντιμετώπιση

Όλοι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 1, καθώς και πολλοί με διαβήτη τύπου 2, χρειάζονται συνεχή έγχυση ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης προκειμένου να διατηρηθεί ο γλυκαιμικός έλεγχος. Οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 που βρίσκονταν μόνο σε διατηρητική αγωγή ή λάμβαναν μικρές δόσεις αντιδιαβητικών διατηρώντας καλό γλυκαιμικό έλεγχο (προεχειρητική HbA1c <7%) μπορεί να μην χρειαστούν ινσουλίνη εάν η χειρουργική επέμβαση είναι σχετικά σύντομη. Σε ελάχιστονες χειρουργικές επεμβάσεις μικρής διάρκειας, είναι συνήθως αρκετή η έγχυση διαλύματος γλυκόζης-ινσουλίνης, ενώ επιπλέον μικρές δόσεις ινσουλίνης μπορούν να χορηγηθούν ενδοφλεβίως, εάν χρειαστεί. Σε μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις, η έγχυση ινσουλίνης από ξεχωριστή γραμμή αποτελεί ενδεχομένως την προτιμώμενη θεραπευτική προσέγγιση.

Μετεχειρητική αντιμετώπιση

Κατά τη μετεχειρητική περίοδο, η αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας ακολουθεί τους ίδιους κανόνες όπως και για τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους ασθενείς. Εάν ο ασθενής μεταφερθεί στη ΜΕΘ, η έγχυση ινσουλίνης μέσω ξεχωριστής ενδοφλεβίας γραμμής, αποτελεί συνήθως τη θεραπεία εκλογής. Κατά την παροχή ιατρικής φροντίδας στο περιβάλλον της γενικής χειρουργικής πτέρυγας, η θεραπεία πρέπει να στοχεύει στη γρήγορη και ασφαλή αποκατάσταση του προηγούμενου αντιδιαβητικού θεραπευτικού σχήματος (εάν ήταν επιτυχές) ή (εάν δεν ήταν) σε μια θεραπεία, η οποία θα έχει κατ' αρχήν ως βάση τη χορήγηση ινσουλίνης.

Ειδικές καταστάσεις Επείγον χειρουργείο

Είναι πολύ συχνό, πολλοί ασθενείς με διαβήτη, οι οποίοι χρειάζεται να υποβληθούν σε επείγουσα χειρουργική επέμβαση, να εμφανίζουν υψηλά επίπεδα σακχάρου αίματος, ακόμη και εάν προηγουμένως είχαν αποδεκτό γλυκαιμικό έλεγχο. Σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί να εμφανίσουν ακόμη και διαβητική κετοξέωση. Βασική προτεραιότητα είναι η αξιολόγηση και εκτίμηση του γλυκαιμικού ελέγχου, της οξεοβατικής ισορροπίας, του όγκου υγρών καθώς και η

προσπάθεια για διόρθωση κάθε διαταραχής πριν από το χειρουργείο. Αυτό είναι ιδιαίτερα κρίσιμο εάν υπάρχει οξέωση ή διαταραχή των συγκεντρώσεων καλίου. Στο πλαίσιο αυτό, η υπεργλυκαιμία πρέπει να ελεγχθεί με τη χορήγηση έγχυσης ινσουλίνης, όπως περιγράφηκε στην «Αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας στους βαρέως πάσχοντες ασθενείς». Η χειρουργική επέμβαση πρέπει να αναβληθεί, εάν αυτό είναι δυνατό, προκειμένου να σταθεροποιηθεί η μεταβολική κατάσταση του ασθενούς.

Ολική παρεντερική διατροφή (ΟΠΑ)

Δεν υπάρχουν ελεγχόμενες κλινικές μελέτες που να εξέτασαν την καλύτερη προσέγγιση για τη θεραπεία της υπεργλυκαιμίας σε ασθενείς με ΟΠΑ. Μια επιλογή αποτελεί η προσθήκη ινσουλίνης στο διάλυμα της ΟΠΑ, αλλά η εκτίμηση της απαιτούμενης δόσης ινσουλίνης μπορεί να αποδειχθεί δύσκολη. Εναλλακτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί ξεχωριστή έγχυση ινσουλίνης, ιδίως στο περιβάλλον της ΜΕΘ, όπου η προσέγγιση αυτή έχει αναφερθεί πως επιτυγχάνει τους στόχους σακχάρου εντός 24 ωρών. Στη συνέχεια, το 70-100% της απαιτούμενης δόσης ινσουλίνης μπορεί να προστεθεί στον ασκό της ΟΠΑ, ενώ η ξεχωριστή έγχυση ινσουλίνης μπορεί να διακοπεί. ✕

Βιβλιογραφία

1. S. Liatis, N. Katsilambros. Management of hyperglycemia in the hospital. In: Diabetic emergencies. The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley and Sons, Ltd. 2011, 148-177.
2. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2010. Diabetes Care 2008; 33 (suppl 1): S11-61.
3. I. Ioannidis. Surgery in diabetes. In Katsilambros N, Diabetes in Clinical Practice. The Atrium, Southern Gate, Chichester: John Wiley and Sons, Ltd. 2006, 78-84.

4. Furnary A, Zerr K, Grunkemeier G, et al. Continuous intravenous insulin infusion reduces the incidence of deep sternal wound infection in diabetic patients after cardiac surgical procedures. Ann Thorac Surg 1999;67:352-62.
5. Furnary AP, Gao G, Grunkemeier GL, et al. Continuous insulin infusion reduces mortality in patients with diabetes undergoing coronary artery bypass grafting. J Thorac Cardiovasc Surg 2003;125: 1007-21.
6. Marks JB. Perioperative Management of Diabetes. Am Fam Physician 2003;67:93-100.

Συστήματα κλειστής αγκύλης: ποικιλία και φυσική επιλογή

Όταν ο Δαρβίνος έπλευσε με το σκάφος του στα νησιά Galápagos το 1835, εμπνεύστηκε από την εκπληκτική ποικιλία των ειδών των χελωνοειδών, ώστε να διαμορφώσει τις αρχές για τη θεωρία προέλευσης των διαφόρων ειδών και της φυσικής επιλογής. Χωρίς καμιά αμφιβολία, κάτι αντίστοιχο συμβαίνει σε όλες τις τελευταίες συναντήσεις για τα συστήματα κλειστής αγκύλης - τεχνητό πάγκρεας.



Νικόλαος Κεφαλάς, MD, παιδιάτρος-ενδοκρινολόγος

Σε αυτές, εμφανίζονται πολλαπλά είδη αισθητήρων γλυκόζης, διάφορες αντλίες ινσουλίνης και ιδιαίτερα πολλά σχέδια αλγορίθμων και «ελεγκτών» του συστήματος που συνδυάζονται με πολλούς τρόπους. Αυτό το «ανοιχτό» περιβάλλον είναι κατάλληλο για τα αρχικά στάδια ανάπτυξης ενός τέτοιου συστήματος, στα οποία βρισκόμαστε. Οι πρώτες μελέτες σε ανθρώπους έχουν βγει και τα πρώτα απο-

τελέσματα προσμετρώνται: οι υποστηρικτές του συστήματος proportional (αναλογικό)-integrative (ενδογενές)-derivative (ανάλογο) ή PID εκτιμούν ότι το σύστημα τους είναι καλύτερο από το σύστημα model-predictive-control (μοντέλο με ελεγκτή πρόβλεψης) ή MPC. Στο τεύχος Δεκεμβρίου 2012 του Diabetes Care, ο Russell et al.⁽¹⁾ αναφέρουν τα αποτελέσματα ενός κλειστού «διορμονικού» κλειστού κυκλώματος, που περιλαμβάνει έναν αισθητήρα (Freestyle Navigator; Abbott Diabetes Care, Alameda, CA) και δυο διαφορετικά συστήματα έγχυσης δυο ορμονών, ινσουλίνης και γλυκαγό-

SOS

→ Είναι πρόωρο να βγάλουμε συμπεράσματα, σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων συστημάτων κλειστής αγκύλης, καθώς τα κλινικά πρωτόκολλα και οι πληθυσμοί είναι διαφορετικοί: ενήλικες έναντι παιδιών, άτομα που κάνουν άσκηση έναντι αυτών που έχουν πιο «καθιστική» ζωή, μικρά έναντι μεγάλων γευμάτων, και προγευματικό bolus έναντι χωρίς προγευματικό bolus. Επιπλέον τα εργαστήρια μηχανικής που αυτά τα συστήματα κλειστής αγκύλης γεννήθηκαν, δεν έχουν καμία σχέση με το περιβάλλον που θα λειτουργήσουν, θα ζήσουν και θα πεθάνουν.

Οι πρώτες μελέτες σε ανθρώπους έχουν βγει και τα πρώτα αποτελέσματα προσμετρώνται: οι υποστηρικτές του συστήματος proportional (αναλογικό)-integrative (ενδογενές)-derivative (ανάλογο) ή PID εκτιμούν ότι το σύστημα τους είναι καλύτερο από το σύστημα model-predictive-control (μοντέλο με ελεγκτή πρόβλεψης) ή MPC

που, που εγχέονται από δυο διαφορετικές αντλίες (Omni Pod; Insulet Corp., Bedford, MA), που η καθεμία ελέγχεται από διαφορετικό αλγόριθμο: έναν βασισμένο στον MPC ελεγκτή για την ινσουλίνη και έναν βασισμένο σε PID ελεγκτή για το γλυκαγόνο. Σε έξι ενήλικες εθελοντές με τύπου 1 διαβήτη, που είχαν το σύστημα κλειστής αγκύλης για 48 ώρες, το σύστημα αυτό πέτυχε κατά μέσο όρο επίπεδα γλυκόζης αίματος 158 ± 44 mg/dL, με 68% των τιμών να είναι μεταξύ του επιθυμητού στόχου 70–180 και μόνο 0.7% των τιμών <70 mg/dL. Η μέση μεταγευματική τιμή γλυκόζης ήταν 257 ± 69 mg/dL, που επιτεύχθηκε με τη προσθήκη προγευματικού bolus 0.035–0.05 units/kg ινσουλίνης ανά γεύμα, που χορηγούνταν πριν το γεύμα. Φαίνεται ότι η χρήση της γλυκαγόνης ήταν επιτυχής στην αποφυγή των περισσότερων επεισοδίων υπογλυκαιμίας, ιδιαίτερα κατά την μεταγευματική περίοδο, συγκρινόμενη με δυο προηγούμενες κλειστής αγκύλης μελέτες που χρησιμοποιούσαν μόνο ινσουλίνη και PID ελεγκτή^(2,3). Μολονότι τα επίπεδα της μέσης γλυκόζης ήταν ελαφρά χαμηλότερα (133 ± 52 και 138 ± 50 mg/dL, αντίστοιχα) και τα ποσοστά των τιμών γλυκόζης εντός του εύρους στόχου 70–180 mg/dL ήταν ελαφρά υψηλότερα (75 και 85%, αντίστοιχα) στο PID βασισμένο σύστημα, υπήρχε μια τάση καθυστέρημένης μεταγευματικής υπογλυκαιμίας, είτε πριν από το μεσημεριανό γεύμα ή μετά από το δείπνο^(2,3) όταν το γεύμα δεν δινόταν εντός 4 ωρών από το προηγούμενο. Στη συγκεκριμένη μελέτη μίνι-δόσεις γλυκαγόνου χορηγούμενες στην καθυστέρημένη μεταγευματική περίοδο, όταν η γλυκόζη ήταν σε πτώση, αντιμετώπισε τη δράση της υπολειπόμενης δόσης ινσουλίνης από το προηγούμενο γεύμα. Θα είναι ενδιαφέρον να δούμε, αν η γλυκαγόνη θα είναι ακόμη απα-

ραίτητη όταν η φαρμακοκινητική και φαρμακοδυναμική της ινσουλίνης βελτιωθεί. Περιμένουμε να δούμε αν στρατηγικές για επιτάχυνση της δράσης της ινσουλίνης, όπως θέρμανση της περιοχής έγχυσης⁽⁴⁾, συνχορήγηση με υαλourινιδάση⁽⁵⁾, ή ενδοπυλαία χορήγηση ινσουλίνης⁽⁶⁾, θα λύσει αυτό το πρόβλημα της καθυστέρημένης μεταγευματικής «υπερστόχευσης» της ινσουλίνης. Αλγοριθμικές αντιμετώπισεις για να ελιττωθεί αυτό το φαινόμενο, όπως η ενσωμάτωση μιας τροποποίησης στον PID αλγόριθμο ανάλογα με τη χορηγηθείσα ινσουλίνη, έχουν δείξει κάποια αρχική αποτελεσματικότητα⁽⁷⁾, και σε μια πρόσφατη μελέτη, χρήση του PID μαζί με τα δεδομένα από την ινσουλίνη αλγόριθμο είχε σαν αποτέλεσμα, την ολοκληρωτική αποφυγή υπογλυκαιμιών σε σχεδόν 400 ασθενείς-ώρες σε σύστημα κλειστής αγκύλης, με ελάχιστη υψηλότερη μέση τιμή γλυκόζης⁽⁸⁾. Η χρησιμοποίηση της γλυκαγόνης σε ένα διορμονικό σύστημα φαίνεται ότι θα έχει τη μεγαλύτερη χρησιμότητα ελαχιστοποιώντας το κίνδυνο υπογλυκαιμίας κατά τη διάρκεια και μετά από την άσκηση, όταν οι ασθενείς με διαβήτη εμφανίζουν ιδιαίτερα μεγάλο κίνδυνο υπογλυκαιμίας⁽⁹⁾. Ακόμη και αν ανασταθεί η χρήση της αντλίας, κατά τη διάρκεια άσκησης, δεν αποφεύγονται όλα τα επεισόδια υπογλυκαιμίας μετά την άσκηση⁽¹⁰⁾. Από την άλλη πλευρά, είναι άγνωστες οι πιθανές επιπλοκές και τοξικότητα από τη μακροχρόνια χρήση της γλυκαγόνης⁽¹¹⁾, όπως επίσης και πρακτικά θέματα σχετικά με τη χρήση πολλοπληλών αντλιών και θέσεις έγχυσης. Έτσι κανείς μπορεί να αναρωτηθεί μήπως είναι πιο ασφαλές να δίνουμε υδατάνθρακες προ της άσκησης, όπως γίνεται στον κόσμο της ανοιχτής αγκύλης.

Είναι πρόωρο, αν και ίσως επιθυμητό, να βγάλουμε συμπεράσματα, σχετικά με την ασφάλεια και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων συστημάτων κλειστής αγκύλης, καθώς τα κλινικά πρωτόκολλα και οι πληθυσμοί είναι διαφορετικοί: ενήλικες έναντι παιδιών, άτομα που κάνουν άσκηση έναντι αυτών που έχουν πιο «καθιστική» ζωή, μικρά έναντι μεγάλων γευμάτων, και προγευματικό bolus έναντι χωρίς προγευματικό bolus. Επιπλέον τα εργαστήρια μηχανικής που αυτά τα συστήματα κλειστής αγκύλης γεννήθηκαν, δεν έχουν καμία σχέση με το περιβάλλον που θα λειτουργήσουν, θα ζήσουν και θα πεθάνουν. Είναι, κατά τη γνώμη μου, λυπηρό αν σκεφτούμε ότι η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των αντλιών που χρησιμοποιούμε, που κοστίζουν χιλιάδες ευρώ και έχουν ελεγχθεί για ακριβή χορήγηση μικροτάτων ποσοτήτων ινσουλίνης, τελικά εξαρτάται από το πλαστικό και την κόλλα στη θέση έγχυσης. Έτσι τελικά, η επιτυχία ή η αποτυχία του συστήματος κλειστής αγκύλης θα πρέπει να καθοριστεί όχι από το πόσο καλά λειτουργούν στο εργαστήριο αλλά από το πόσο καλά αποδίδουν στο σκληρό περιβάλλον του σχολείου, της παιδικής χαράς ή του γηπέδου. Εκτιμώ, ότι στο τέλος, τα συστήματα κλειστής αγκύλης που θα επιζήσουν (εμπορικά και ανταγωνιστικά), θα έχουν διαφορετικές ικανότητες και αδυναμίες: π.χ. κάποιο μπορεί να χειρίζεται πιο αποτελεσματικά τα γεύματα κάποιο άλλο είναι καλύτερο με την άσκηση. Οι κλινικοί γιατροί, θα έχουν την ευκαιρία να επιλέξουν ανάμεσα σε πολλά συστήματα κλειστής αγκύλης, το κατάλληλο που θα ικανοποιήσει τις ανάγκες του κάθε ασθενούς τους. Ζήτω η φυσική επιλογή, κατά περίπτωση! ✕

Βιβλιογραφία

1. Russell SJ, et al Blood glucose control in type 1 diabetes with a bihormonal bionic endocrine pancreas. *Diabetes Care* 2012;35:2148–2155
2. Steil GM, Rebrin K, Darwin C, Hariri F, Saad MF. Feasibility of automating insulin delivery for the treatment of type 1 diabetes. *Diabetes* 2006;55:3344–3350pmid:17130478
3. Weinzier SA, Steil GM, Swan KL, Dziura J, Kurtz N, Tamborlane WV. Fully automated closed-loop insulin delivery versus semiautomated hybrid control in pediatric patients with type 1 diabetes using an artificial pancreas. *Diabetes Care* 2008;31:934–939pmid:18252903
4. Cengiz E, Weinzier SA, Sherr JL, et al Acceleration of insulin action by infusion site warming. *Diabetes* 2012;61Suppl. 1A22
5. Hompesch M, Muchmore DB, Morrow L, Vaughn DE Accelerated insulin pharmacokinetics and improved postprandial glycemic control in patients with type 1 diabetes after coadministration of prandial insulins with hyaluronidase. *Diabetes Care* 2011;34:666–668pmid:2127349
6. Renard E, Place J, Cantwell M, Chevassus H, Palerm CC Closed-loop insulin delivery using a subcutaneous glucose sensor and intraperitoneal insulin delivery: feasibility study testing a new model for the artificial pancreas. *Diabetes Care* 2010;33:121–127pmid:19846796
7. Steil GM, Palerm CC, Kurtz N, et al The effect of insulin feedback on closed loop glucose control. *J Clin Endocrinol Metab* 2011;96:1402–1408pmid:21367930
8. Weinzier SA, Sherr JL, Cengiz E, et al Effect of pramlintide on prandial glycemic excursions during closed-loop control in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Diabetes Care* 2012;35:1994–1999pmid:22815298
9. Tsalikian E, Mauras N, Beck RW, et al., Diabetes Research In Children Network Direcnet Study Group Impact of exercise on overnight glycemic control in children with type 1 diabetes mellitus. *J Pediatr* 2005;147:528–534pmid:16227041
10. Tsalikian E, Kollman C, Tamborlane WB, et al., Diabetes Research in Children Network (DirecNet) Study Group Prevention of hypoglycemia during exercise in children with type 1 diabetes by suspending basal insulin. *Diabetes Care* 2006;29:2200–2204pmid:17003293
11. Ward WK, Massoud RG, Szybala CJ, et al In vitro and in vivo evaluation of native glucagon and glucagon analog (MAR-D28) during aging: lack of cytotoxicity and preservation of hyperglycemic effect. *J Diabetes Sic Tech* 2010;4:1311–1321pmid:21129325
12. Stuart A. Weinzier, Closed-Loop Systems: Diversity and Natural Selection. *Diabetes Care* November 2012 35:2111–2112; doi:10.2337/dc12-1443

Διαβητικό πόδι: η «άγνοια» ακρωτηριάζει κι όχι ο διαβήτης

Μια από τις πιο δραματικές επιπλοκές του, αποτελεί το λεγόμενο «διαβητικό πόδι», διότι επηρεάζει τόσο τον ασθενή, επιβαρύνοντας σημαντικότερα την ποιότητα ζωής του, όσο και τα κρατικά συστήματα υγείας παγκοσμίως, καθώς αυξάνει κατακόρυφα το κόστος υγειονομικής περίθαλψης για τη φροντίδα των εν λόγω ασθενών.

Δρ. Ιωάννης Ντούπης,
παθολόγος με εξειδίκευση στο
σακχαρώδη διαβήτη, διδάκτωρ
ιατρικής σχολής πανεπιστημίου
Αθηνών, διευθυντής διαβητολογικού
ιατρικού Π. Φαλήρου,
υπεύθυνος διαβητολογικού
ιατρείου Ναυτικού Νοσοκομείου
Ναυστάθμου Σαλαμίνας

Ως «διαβητικό πόδι» ορίζουμε την νευροπαθητική ή νευροισχαιμική εξέλιξη του ποδιού ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη, συνεπεία διαβητικής περιφερικής νευροπάθειας ή περιφερικής αρτηριακής νόσου ή συχνότερα, συνδυασμού και των δύο. Δυστυχώς, συνέπεια αυτού είναι, αρκετά συχνά, ο ασθενής να οδηγείται σε άληπτε άληπες εκτάσεις ακρωτηριασμό του άκρου ποδός.

Χαρακτηριστικό είναι το γεγονός, ότι στις μέρες μας κάθε 30 δευτερόλεπτα ακρωτηριάζεται ένα πόδι, κάπου στον κόσμο, λόγω του διαβήτη. Η αιτία αυτού ξεκινά από το γεγονός, ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι δυνατόν να προκαλέσει νευροπάθεια στα κάτω άκρα, με συνέπεια την διαταραχή στην αισθητικότητα και την

αντίληψη του πόνου στα πόδια. Η νευροπάθεια εμφανίζεται συνήθως σε ασθενείς που έχουν σακχαρώδη διαβήτη τουλάχιστον για 10 χρόνια και παρουσιάζει κατανομή τύπου «κάτλης». Αυτό έχει ως συνέπεια, ο ασθενής να υφίσταται μικροτραυματισμούς οι οποίοι συχνά -λόγω της έλλειψης του πόνου- δε γίνονται αντιληπτοί και για το λόγο αυτό δεν τηρούν της αντίστοιχης φροντίδας. Επιπλέον, η διαβητική νευροπάθεια συμβάλλει στη δημιουργία υπερκερατώσεων στα σημεία αυξημένων πιέσεων του πέλματος, οι οποίες αν δεν αντιμετωπιστούν εγκαίρως, μπορεί να οδηγήσουν στη δημιουργία έλκους.

Ιδιαίτερα ευαίσθητη περιοχή είναι αυτή των κεφαλών των μεταταρσίων, οι οποίες λόγω ατροφίας των μεσοστέων μυών και πτώση του προσθίου ποδός, υφίσταται ιδιαίτερα αυξημένες πιέσεις από το βάρος του σώματος.

Επιπροσθέτως, η νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος, που κατά κανόνα συνυπάρχει με την περιφερική νευροπάθεια, έχει ως αποτέλεσμα την πλημμελή ενυδάτωση του ποδιού -λόγω δυσλειτουργίας των ιδρωτοποιών αδένων- και την εμφάνιση εντονότερης ξηρο-

δερμίας και προδιάθεσης για σκασίσεις και έλκη στο δέρμα.

Σε περίπτωση που συνυπάρχει επιπλέον και αρτηριακή νόσος των κάτω άκρων το πρόβλημα επιτείνεται, η επούλωση του έλκους γίνεται ιδιαίτερα δύσκολη και πάντοτε βέβαια όσο υπάρχει ανοικτό έλκος εγκυμονεί ο κίνδυνος σοβαρής λοίμωξης, που μπορεί να οδηγήσει τελικά σε ακρωτηριασμό.



Η διάγνωση της περιφερικής Διαβητικής νευροπάθειας και ο εντοπισμός του «ποδιού σε κίνδυνο» είναι κάτι που πρέπει να γίνεται από τον ιατρό με την κλινική εξέταση αλήλα και την χρήση κατάλληλου ιατρικού εξοπλισμού.

Για το λόγο αυτό ο ασθενής θα πρέπει να «απαιτεί» από τον ιατρό του να τον εξετάζει τακτικά στα κάτω άκρα για την πιθανότητα ανάπτυξης περιφερικής νευροπάθειας ή/και περιφερικής αρτηριακής νόσου. Οι ακρωτηριασμοί μπορούν και πρέπει να αποσοβούνται.

Όταν ένας ασθενής αποδειχθεί κλινικά πως έχει πόδι σε κίνδυνο για εξέλιξη είναι απαραίτητο να λαμβάνει κατάλληλα μέτρα φροντίδας για τα πόδια του σε καθημερινή βάση.

Συγκεκριμένα:

- Καθημερινή καθαριότητα στα κάτω άκρα με νερό και σαπούνι ακολουθούμενο από σχολαστικό στέγνωμα ιδιαίτερα ανάμεσα στα δάκτυλα.
- Προσοχή στο κόψιμο των νυχιών.
- Τακτικός έλεγχος του πέλματος είτε από τον ίδιο είτε από πρόσωπο του κοντινού του περιβάλλοντος. Ο έλεγχος πρέπει να περιλαμβάνει τον έλεγχο για πρηξίματα, ερυθρότητα, αυξημένη θερμοκρασία και παρουσία πληγών στο πέλμα.
- Προσοχή στα στενά παπούτσια.
- Χρήση καλτσών χωρίς ραφές.
- Αποφυγή βάδισης χωρίς υποδήματα.
- Να ελέγχονται τα παπούτσια πριν φορεθούν για την πιθανότητα ύπαρξης ξένων σωμάτων εντός αυτών.
- Να απευθύνονται πάντα στον ιατρό τους σε περίπτωση παρουσίας υπερκερατώ-

σεων στο πέλμα για να λάβουν την αντίστοιχη ιατρική φροντίδα. Ήπιες υπερκερατώσεις είναι δυνατόν να αντιμετωπιστούν από τον ίδιο το ασθενή με τη χρήση ελαφρόπετρας.

Στην περίπτωση που έχει ήδη δημιουργηθεί διαβητικό έλκος στο πέλμα, η θεραπευτική προσπάθεια του ιατρού θα πρέπει να εστιάζεται στην επούλωση του τραύματος και την γρήγορη αποκατάσταση του ασθενούς.

Η θεραπεία αυτή οφείλει να περιλαμβάνει τις παρακάτω ενέργειες:

- Άριστη ρύθμιση του σακχάρου.
- Επεμβάσεις επαναγγείωσης σε περίπτωση περιφερικής αγγειακής νόσου.
- Τακτική νεροποίηση-καθαρισμός του τραύματος
- Έλεγχος των πιθανών λοιμώξεων.
- Αποφόρτιση του έλκους με κατάλληλες μεθόδους.

Συμπερασματικά λοιπόν, ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για ακρωτηριασμό των κάτω άκρων, λόγω της περιφερικής αρτηριακής νόσου αλήλα και της περιφερικής νευροπάθειας, που δύναται να προκαλέσει.

Παρ' όλα αυτά όμως, τόσο η αναγνώριση του «ποδιού σε κίνδυνο», όπως επίσης και η λήψη των κατάλληλων μέτρων αποφυγής της εξέλιξης αλήλα και η εξειδικευμένη και έγκαιρη αντιμετώπιση μιας πιθανής εξέλιξης, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αποφυγή των ακρωτηριασμών και τη διαφύλαξη της ποιότητας ζωής των ατόμων με διαβήτη. ✕



→ Ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις για ακρωτηριασμό των κάτω άκρων, λόγω της περιφερικής αρτηριακής νόσου αλήλα και της περιφερικής νευροπάθειας, που δύναται να προκαλέσει. Παρ' όλα αυτά όμως, τόσο η αναγνώριση του «ποδιού σε κίνδυνο», όπως επίσης και η λήψη των κατάλληλων μέτρων αποφυγής της εξέλιξης αλήλα και η εξειδικευμένη και έγκαιρη αντιμετώπιση μιας πιθανής εξέλιξης, μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στην αποφυγή των ακρωτηριασμών.



«Ο μεγαλύτερος μύθος που πιστεύω ότι υπάρχει σχετικά με τον διαβήτη είναι όταν σε ρωτάνε, αν είσαι ρυθμισμένος; Πολλές φορές έχω αναρωτηθεί τι σημαίνει αυτό. Πώς μπορεί κάποιος με διαβήτη να είναι ρυθμισμένος όταν τα πάντα γύρω σου σε επηρεάζουν, η διατροφή, η άσκηση, οι συνθήκες ζωής και κυρίως το stress και το άγχος.» Ρεαλισμό για την φύση του διαβήτη και αποφασιστικότητα για την αντιμετώπιση του επιδεικνύει η **Ρένα Νοταρά** στην από καρδιάς «κατάθεση» της εμπειρίας της με τον διαβήτη.

Επιμέλεια: Μαρία Χατζηδάκη

Είμαι 40 χρονών και ακριβώς πριν 10 χρόνια τέτοια εποχή είχα αρχίσει να έχω όλα τα συμπτώματα του σαχαρώδη διαβήτη, πολυουρία, πολυδιψία, κλπ. Παρ' όλο που είχα μεγαλώσει βλέποντας τη γιαγιά μου να κάνει τις ενέσεις ινσουλίνης

και πάντα να βρίσκεται σε πρόγραμμα διατροφής δεν μπορούσα να φανταστώ ότι τώρα είχε έρθει η δική μου σειρά να αντιμετωπίσω το πρόβλημα αυτό. Μέσα στην ατυχία μου στάθηκα τυχερή καθώς ο καιρός περνούσε και ενώ καταλάβαινα ότι κάτι δεν πάει καλά και έλεγα σε μια φίλη μου μικροβιολόγο τον προβληματισμό μου, με παρακίνησε να κάνω εξέταση ζάχαρου. Αυτό ήταν μέσα σε λίγες

ώρες η ζωή μου γύρισε τούμπα. Βέβαια, δεν μπορούσα να φανταστώ το μέγεθος της αλλαγής. Τον πρώτο καιρό υπήρχε η άρνηση προσπαθώντας με χάπια, στη συνέχεια χωρίς καν να το καταλάβω ο επόμενος γιατρός που πήγα μου έκανε την πρώτη ένεση, και έτσι μπήκα στον κόσμο των ενέσεων και της καθημερινής πάλης να καταλάβω πως μπορώ να το ρυθμίσω. Εκ τότε πολλὰ έχουν αλλάξει, δεν φοβά-

μαι κάθε φορά που έχω υπογλυκαιμίες ή έχω υψηλές τιμές και έτσι το αντιμετωπίζω πιο ψύχραιμα. Το να ζεις με τον διαβήτη είναι κάτι το οποίο έχει διακυμάνσεις. Σίγουρα υπάρχουν οι δύσκολες στιγμές, αγανακτείς, σου φτάνει όλοι και όλα, και λες κουραστικά, όμως από την άλλη μαθαίνεις τελικά να ζεις με όλο αυτό όσο δύσκολο και αν είναι, και ειδικά αν αναλογισθείς πόσο χειρότερες ασθένειες υπάρχουν από αυτή την πάθηση, τότε λες είμαι καλά γιατί εγώ τουλάχιστον μπορώ να έχω (αν το προσέχω) μια καλή ζωή.

Ο μεγαλύτερος μύθος που πιστεύω ότι υπάρχει σχετικά με τον διαβήτη είναι όταν σε ρωτάνε είσαι ρυθμισμένος; Πολλές φορές έχω αναρωτηθεί τι σημαίνει αυτό. Πως μπορεί κάποιος με διαβήτη να είναι ρυθμισμένος όταν τα πάντα γύρω σου σε επηρεάζουν, η διατροφή, η άσκηση, οι συνθήκες ζωής και κυρίως το stress και το άγχος. Και σίγουρα είναι μύθος ότι ο διαβήτης μαθαίνεις και σου γίνεται τρόπος ζωής. Ένας τρόπος ζωής πολύ κουραστικός που σε κάνει να χάνεις τον αυθορμητισμό σου μέσα στη ζωή.

Πριν ένα χρόνο ακριβώς τοποθέτησα αντλία. Το είχα συζητήσει αρκετές φορές με τον γιατρό μου ο οποίος με προέτρεπε και εγώ απλά το ανέβαλα λόγω του φόβου της αλλαγής και του αγνώστου. Τελικά αποδείχτηκε ότι είχε δίκιο, καθώς λιτρώθηκα από τις καθημερινές και επαναλαμβανόμενες ενέσεις. Το μόνο αρνητικό που θα μπορούσε να πει κάποιος ότι έχει η αντλία είναι η αίσθηση ότι κουβαλάς κάτι πάνω σου συνέχεια, το οποίο όμως και αυτό το συνηθίζεις, κάτι σαν το ρολόι σου.

Όταν έμεινα έγκυος πριν πέντε χρόνια περίπου και μου είπαν μάλιστα ότι έχω δίδυμα, φοβήθηκα λίγο στην αρχή καθώς όπως είχα ενημερωθεί ο διαβήτης επηρεάζει την ανάπτυξη του παιδιού. Όμως

Η αντιμετώπιση της κάθε κατάστασης θέλει δύναμη και ακόμη και εάν κάποιες φορές λυγίζουμε είναι ανθρώπινο. Σημασία έχει να καταφέρνουμε να στεκόμαστε ξανά στα πόδια μας γιατί η ζωή είναι γλυκιά

με την σωστή παρακολούθηση που είχα και από την γυναικολόγο μου αλλιώς και του κου Σουβατζόγλου που ήταν ο θεράπων ιατρός μου κατά την διάρκεια της κύησης και εξακολουθεί να είναι, οι ανησυχίες που μπορεί να είχα ήταν πολύ μικρές δεδομένης μιας δίδυμης κύησης. Καταλυτικό ρόλο στο να φέρω εις πέρας την εγκυμοσύνη αυτή έπαιξε ο διαβητολόγος μου οποίος με στήριξε και με έκανε να ξεπεράσω κάθε ανησυχία που τυχόν είχε δημιουργηθεί.

Παρ' όλο ότι τα κατάφερα και έφερα στον κόσμο δυο υγιέστατα παιδιά και χωρίς να έχω οποιαδήποτε επιπλοκή, στην πορεία ειδικά των πρώτων μηνών του μεγαλύτερου των παιδιών υπήρχαν στιγμές πραγματικά δύσκολες, με πολλές υπογλυκαιμίες καθώς θήλαζα έως και τον

3ο μήνα, κάτι το οποίο έβαζε σε κίνδυνο κάποιες στιγμές και τα μωρά. Η κούραση μεγάλη καθώς υπήρχαν λιγοστές στιγμές για ύπνο και μη σωστή διατροφή. Πέρα όμως από αυτό το μέγιστο των παιδιών είναι μια δύσκολη υπόθεση και πολύ περισσότερο έχοντας διαβήτη. Στη διάρκεια των 10 ετών έχουν υπάρξει πολλές στιγμές που ένιωσα ότι με έχει βάλει κάτω. Όμως αυτές ήταν και είναι στιγμές. Ο καλύτερος τρόπος για να μπορέσεις να ζήσεις αρμονικά είναι πρώτα απ' όλα να το αποδεχθείς και να συνειδητοποιήσεις ότι όσο εσύ το προσέχεις στο μέγιστο δυνατό (αναλόγως συνθηκών) για τον καθένα τόσο πιο ομαλά και χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα θα συνεχίσει η ζωή. Βασικό ρόλο βέβαια σε αυτό παίζει και ο γιατρός που θα είναι δίπλα σου, γιατί θα πρέπει να σε δει πέρα από την ιδιότητα του ασθενή και να σε στηρίζει και ψυχολογικά.

Ήδη θεωρώ ότι έχουν αρχίσει να αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω της μη εκτέλεσης των συνταγών χορήγησης των φαρμάκων από τα φαρμακεία, το μηνιαίο κόστος κάλυψης τους είναι υψηλό. Ειδικά για όσους χρησιμοποιούν αντλίες ήδη οι εταιρείες χορηγήσεως των αναλωσίμων απαιτούν τα χρήματα με την παράδοση ενώ τα χρήματα από τα ταμεία σε αυτό το στάδιο θα δίνονται 2 μήνες μετά. Σε κάθε περίπτωση εάν συνεχισθεί έτσι η κατάσταση, οι συνθήκες θα είναι άσχημες και για τα άτομα με διαβήτη.

Κλείνοντας θα ήθελα να πω σε όλους ότι η αντιμετώπιση της κάθε κατάστασης θέλει δύναμη και ακόμη και εάν κάποιες φορές λυγίζουμε είναι ανθρώπινο. Σημασία έχει να καταφέρνουμε να στεκόμαστε ξανά στα πόδια μας γιατί η ζωή είναι γλυκιά και όμορφη ακόμη και κάτω από τις πιο αντίξοες συνθήκες. Μην ξεχνάμε ότι ο Άγιος Βασίλης υπάρχει για όλους και είναι μέσα μας. ✕



Διαδικτυακή αποπλάνηση

Ένα κοινωνικό φαινόμενο με πολλές προεκτάσεις

Μαρία Χατζησυμεών-Χατζηβασιλειάδη,
παιδιάτρος, διδάκτωρ Πανεπιστημίου
Αθηνών, επιστημονική συνεργάτις Α΄
παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου
Αθηνών, νοσοκομείο Παίδων
«Η Αγία Σοφία»

Η αποπλάνηση παιδιών και εφήβων, από παιδόφιλους και παιδεραστές, αποτελεί άγχος για κάθε γονιό και πλήγμα για κάθε κοινωνία. Ενήλικες με τη διαστροφή αυτή, υπήρχαν ανέκαθεν. Μέχρι πρότινος, ο κίνδυνος προερχόταν μόνο από το φυσικό κόσμο και μάλιστα από το γνωστό περιβάλλον του παιδιού, άτομα, δηλαδή, της εγγύτερης ή ευρύτερης οικογένειας (πατέρα, μεγαλύτερο αδελφό, εξάδελφο, θείο, θετό γονιό κ.ά.) ή από τη γειτονιά, το σχολείο, τις εξωσχολικές του δραστηριότητες κ.λ.π. Στις μέρες μας, όμως, η προσέγγιση των υποψηφίων θυμάτων «αναβαθμίστηκε», όπως τόσα άλλα στη ζωή μας. Γίνεται πλέον και με τη χρήση των σύγχρονων ηλεκτρονικών μέσων τεχνολογίας.

Η προσφορά του internet στην εν γένει πρόοδο είναι αναμφισβήτητη. Είναι όμως καταφανές, ότι όλο και μεγαλύτερος αριθμός νέων μπαίνουν σε online περιπέτειες, με τη χρήση του. Θα αναφερθώ εκτενώς, σε δυο «πληγές» της εποχής μας με «θετικό χημειοτακτισμό» προς τα παιδιά σχολικής ηλικίας: Τον κίνδυνο του διαδικτυακού εθισμού και αυτόν του διαδικτυακού εκφοβισμού, με στόχο να αποκομίσουμε μόνο οφέλη από την εξαιρετική αυτή ανακάλυψη του internet και να προστατεύουμε τα παιδιά μας από τις παγίδες που περικλείει η χρή-

ση του. Στο άρθρο αυτό, θα συμπληρώσω το πάζλ και με τον τρίτο κίνδυνο: την τραγωδία θυματοποίησης αθώων ανηλίκων μέσω διαδικτυακής σεξουαλικής παρενόχλησης ή αποπλάνησης, (cyber grooming) από διεστραμμένα άτομα. Στόχος μου: η ευαισθητοποίηση των γονιών και προς την κατεύθυνση αυτή και η κινητοποίησή τους για την αποσόβησή του. Η εμπειρία της αποπλάνησης, αποτελεί ιδιαίτερα τραυματικό γεγονός, τόσο για το παιδί ή τον έφηβο, όσο και για την οικογένεια του. Τα αποτυπώματά της παραμένουν ανεξίτηλα στην ψυχή του θύματος, εάν δεν ακολουθήσει εντατική ψυχοθεραπεία.

Παιδεραστία σε οικογένεια

Για να κινητοποιήσω το ενδιαφέρον σας και να αντιληφθείτε κάπως την ένταση που δημιουργείται στην οικογένεια, όταν γίνει αντιληπτή περίπτωση παιδεραστίας, θα αναφέρω εδώ γεγονός από γνωστό μου περιβάλλον. Έτυχε να το πληροφορηθώ από μητέρα δυο μικρών κοριτσιών, τα παιδιά της οποίας παρακολουθούσα ως παιδίατρος. Έχει γραφεί ανεξίτηλα στη μνήμη μου και αξίζει να σας το μεταφέρω: Θα΄χουν περάσει ίσως και 10 χρόνια, από τότε που παίρνω το πιο κάτω τηλεφώνημα στο ιατρείο:



→ Διαβεβαιώστε το παιδί σας ότι δε θα του στερήσετε το internet, εάν σας αποκαλύψει περίπτωση «ψαρέματος», με την οποία έχει τύχει να έρθει αντιμέτωπο στο διαδίκτυο.

Ο φόβος μιας τέτοιας συνέπειας μπορεί να κάνει το παιδί να διστάσει να σας το αναφέρει. Αναμιχθείτε περισσότερο με τους διαδικτυακούς φίλους του παιδιού σας, συζητώντας με απ' ευθείας σύνδεση με τον καθένα, κατά τρόπο που δείχνει σεβασμό για την ιδιωτική ζωή του παιδιού σας. Ετσι, το προφυλάσσετε από ακατάλληλη επικοινωνία.



καθημερινή πρακτική

~«Καλησπέρα. Είμαι η κυρία... Θέλω να σας επισκεφθώ με την κόρη μου, γιατί έχει πυρετό».

~«Ευχαρίστως, απαντώ».

Πρόκειται για σοβαρή κυρία, μητέρα δυο παιδιών, -κοριτσάκια 5 και 8 ετών- με άριστη επικοινωνία μεταξύ μας. Ακούγοντάς την, συνειδητοποιώ ότι δεν έχουμε συναντηθεί για αρκετό χρονικό διάστημα.

~«Χαθήκαμε, αλληά είχαμε προβλήματα», συμπληρώνει και συνεχίζει: «Επειδή αποφεύγω να μιλήω μπροστά στα παιδιά, θέλω να σας ενημερώσω για τα γεγονότα που συνέβησαν στην οικογένειά μου, κατά το διάστημα που έχω να επικοινωνήσω μαζί σας. Έχετε χρόνο να με ακούσετε τώρα, από το τηλέφωνο;»

~«Έχω» απαντώ, ενώ αρχίζει να με κυριεύει ανησυχία. Για κάτι σοβαρό πρόκειται, σκέφτομαι. Δεν παίρνει κανείς τέτοια τηλεφωνήματα συχνά. Συνεχίζοντας η μητέρα μιλά χωρίς περιστροφές:

~«Τα παιδιά μου βίωσαν έντονη αναστάτωση, γιατί ο πατέρας τους τα προσέγγισε σεξουαλικά. Θέλω να σας παρακαλέσω να μην κάνουμε οποιαδήποτε συζήτηση για το θέμα αυτό μπροστά στο παιδί, όταν έρθω. Τα παιδιά μου είναι πολύ τραυματισμένα από τα δικαστήρια που έχουν μεσολαβήσει».

Αν εδώ χρησιμοποιήσω τη λέξη «πάγω-σα», δεν υπερβάλλω. Δεν πίστευα σε ότι άκουγα. Αυτόματα πλημύρισα από ποικίλα συναισθήματα τόσο για τα παιδάκια, όσο και για τη μητέρα τους, αλληά και... για τον πατέρα. Δε βγήκε όμως λέξη από το στόμα μου.

~«Αντιλαμβάνομαι την ανησυχία σας και σέβομαι την επιθυμία σας», απαντώ. «Αλληά μπορείτε να με πληροφορήσετε τι συνέβη μετά;

~«Χώρισα. Μετά ακολούθησαν τα δικαστήρια, συμπληρώνει».

~ Επειδή όμως πέρασε από το μυαλό μου η τραγική σκέψη ότι η σεξουαλική παρενόχληση από τον πατέρα μπορεί να συνεχίσει, -διόλου απίθανο-, αρκέσθηκα στην ερώτηση:



~«Που βρίσκεται τώρα ο πατέρας;»

~«Μετακόμισε σε άλλη πόλη, ξαναπαντρεύτηκε και τώρα έχει αποκτήσει ένα ακόμα παιδί... με πληροφορεί».

Από τη μια πλευρά ανακουφίζομαι, από την άλλη όμως σκέφτομαι: Κι άλλο θύμα. Ας το φυλάει ο Θεός!

Η μητέρα ήρθε με το κοριτσάκι στο ιατρείο στο προκαθορισμένο ραντεβού. Ασχολήθηκα μόνο με το τρέχον πρόβλημα υγείας του παιδιού, χωρίς να αναφερθώ στο καυτό θέμα, που τόσο πλήγωσε την οικογένειά μου. Με ενημέρωσε ότι επισκέπτεται ψυχοθεραπευτή. Ικανοποιήθηκα, γιατί το ψυχικό τραύμα είναι βαθύ για τα άτομα που εμπλέκονται σε τέτοια εμπειρία και δεν επουλώνεται όταν αγνοούν το συμβάν.

Από την πλευρά μου, εύχομαι για την οριστική επουλωση των πληγών στα μέλη της οικογένειας.

Τα «αρπακτικά» του κυβερνοχώρου

Ο τρόπος σεξουαλικής αποπλάνησης του παιδιού, που αναφέρω παραπάνω, αποτελεί έναν από τους κλασικούς του είδους. Εκτός όμως από αυτόν, και εκτός από όσους άλλους έχουμε ακούσει ή φανταζόμαστε ότι μπορεί να υπάρχουν στο φυσικό κόσμο, μας καταλαμβάνει εξ απήνης σήμερα η εμφάνιση της «μεταλλαγμένης» -και ίσως πιο επικίνδυνης- μορφής αποπλάνησης των ανηλίκων: η διαδικτυακή σεξουαλική παρενόχληση ή αποπλάνηση ανηλίκων (cyber-grooming). Η τραγωδία αυτή μπορεί να εξελιχθεί και μέσα στο ίδιο μας το σπίτι, με θύματα τα παιδιά μας, χωρίς καν να το αντιληφθούμε, γιατί ο δράστης δεν εισέρχεται σ' αυτό, οπότε και δεν τον αντιλαμβανόμαστε. Όπως όλοι γνωρίζουμε, τα παιδιά και

οι έφηβοι στις μέρες μας, είναι ιδιαίτερα εξοικειωμένοι με τη χρήση των ηλεκτρονικών υπολογιστών και των σύγχρονων τηλεφώνων, τα οποία ενσωματώνουν πολλές από τις χρήσεις των πρώτων. Με αυτόν τον εξοπλισμό, εισέρχονται στο internet, την επανάσταση της εποχής μας, το οποίο και χρησιμοποιούν ως εργαλείο για να συλλέξουν πολύτιμες πληροφορίες για εκπαιδευτικούς σκοπούς, να ενημερωθούν γύρω από την καθημερινότητα (δρομολόγια, διευθύνσεις, προγράμματα θεαμάτων, κ.λπ.), να διασκεδάσουν παίζοντας παιχνίδια και για κοινωνική δικτύωση. Το facebook, αλληά και άλλες σελίδες κοινωνικής δικτύωσης, μέσω των οποίων επικοινωνούν μεταξύ τους και αλληλεπιδρούν, αποτελούν μέρος της καθημερινότητας τους. Επειδή όμως το ένα φέρνει τ' άλλο, σύντομα ανακαλύπτουν και άλλες εντυπωσιακές, κατ' αρχήν, δυνατότητες του διαδικτύου, καθώς και τρόπους να τις εκμεταλλεύονται. Ο παγκόσμιος διαδικτυακός ιστός ανοίγει έναν φαινομενικά μαγευτικό κόσμο μπροστά τους, που όμως (αλληόιμονο!) κάτω ακριβώς από την επιφάνεια του, κρύβεται η δόλια πλευ-

ρά του. Τα παιδιά είναι ανυποψίαστα για την ύπαρξη του κινδύνου αυτού. Εμείς όμως, ως μεγαλύτεροι, πρέπει να είμαστε ενήμεροι ότι στη σκοτεινή πλευρά του internet, κυκλοφορούν, δυστυχώς, «ταχυδακτυλουργοί» με «αξιοζήλευτες» ικανότητες. Ανάμεσα σ' αυτούς συναντά κανείς τους παιδόφιλους/παιδεραστές: τα «αρπακτικά» του κυβερνοχώρου, την ύπουλη δράση των οποίων διευκολύνει ο μυθικός και συναρπαστικός, για τους ανηλίκους, κόσμος του internet.

Η διαδικτυακή σεξουαλική παρενόχληση ή αποπλάνηση ανηλίκου (cyber-grooming), η οποία αποτελεί ιδιαίτερα σοβαρή απειλή, εμφανίζεται στις μέρες μας ως νέος και επικίνδυνος τύπος εγκλήματος. Με τον όρο αυτό αναφερόμαστε σε παράνομες δράσεις, κατά τις οποίες άτομα με διαστρόφη, στο πλαίσιο της διαδικτυακής επικοινωνίας, προσπαθούν να αναπτύξουν συναισθηματικό δεσμό με ανήλικο. Στόχο τους αποτελεί η μείωση των αναστολών του ανηλίκου, ώστε να αρχίσουν εφαρμογή διαδικασίας σχετική για προετοιμασία σεξουαλικής δραστηριότητας ή να προχωρήσουν στην εκμετάλλευση του μέσω



Θεωρείται συνετό να εφαρμόσετε προστατευτικά μέτρα τεχνολογικής φύσεως, τα οποία συμπληρώνουν τη δική σας καθοδήγηση και υποστήριξη. Υπάρχουν τρόποι εγκατάστασης φίλτρων που μπλοκάρουν την είσοδο στα chat rooms και στα άμεσα μηνύματα, τους κλασικούς δηλαδή τρόπους διαδικτυακής αποπλάνησης και ηλεκτρονικού σεξ. Με χρήση φίλτρων και ειδικών προγραμμάτων μπορείτε επίσης να καθορίσετε το χρόνο που θα ασχολείται το παιδί στο διαδίκτυο

παράνομης ενασχόλησης, όπως η παιδική πορνεία ή/και πορνογραφία.

Πρόσφορο έδαφος για την διαδικτυακή σεξουαλική παρενόχληση ή αποπλάνηση ανηλίκου (cyber-grooming) προσφέρουν:

- Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ανηλίκων που αποκτούν το δικό τους υπολογιστή, ιδιαίτερα στο σπίτι, τα τελευταία χρόνια.
- Ο συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ανηλίκων, που εγγράφονται καθημερινά σε σελίδες κοινωνικής δικτύωσης όπως: facebook, myspace, twitter κ.λπ.
- Η δυνατότητα επικοινωνίας μέσω skype, η συνομιλία στις διαδικτυακές σελίδες επικοινωνίας (chat rooms), τα διαδικτυακά ραντεβού και τα άμεσα μηνύματα, που ανταλλάσσουν οι ανήλικοι μεταξύ τους.
- Η είσοδος των «αρπακτικών» του internet συχνά σε διαφημιστικές διαδικτυακές πύλες, προσφέροντας -υποθετικά- ποικίλες ευκαιρίες για εργασία ή καριέρα σε ανήλικους (π.χ. στο modeling).
- Η προσέγγιση, από παιδόφιλους/παιδεραστές, των ανυποψίαστων παιδιών και εφήβων μέσα από διευθύνσεις για παιχνίδια, διασκέδαση κ.α., που απευθύνονται σε ανήλικους.

Ποιοί είναι οι παιδόφιλοι/παιδεραστές και ποιοί εξ αυτών δρουν ως ηλεκτρονικοί εισβολείς, -«αρπακτικά»- στον κυβερνοχώρο;

Τα άτομα που επιδιώκουν να αποπλανήσουν ανήλικους -παιδόφιλοι ή παιδεραστές-, με απώτερο σκοπό τη σεξουαλική εκμετάλλευσή τους, είναι κυρίως ενήλικοι άνδρες ή και μεγάλοι έφηβοι. Ως παιδόφιλοι χαρακτηρίζονται όσοι ενήλικες έχουν την τάση να έλκονται σεξουαλικά από ανήλικα άτομα -παιδιά, εφήβους και νέους γύρω από την εφηβεία-, χωρίς να έρχονται σε σεξουαλική επαφή μαζί τους. Ως παιδεραστές, όσοι ενήλικες, ελκόμενοι από ανήλικα άτομα, πραγματοποιούν



Συζητείστε με το παιδί σας για τις ποικίλες θετικές εμπειρίες που προσφέρει το internet, αλλά και για τους κινδύνους που караδοκούν από συνδεδεμένα στο διαδίκτυο άτομα. Όπως στο φυσικό κόσμο, έτσι και στο διαδίκτυο υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να θέλουν να το βλάψουν

σεξουαλική επαφή μαζί τους. Τα θύματά τους είναι κυρίως κορίτσια. Ο αριθμός των ατόμων με τη διαστροφή αυτή δεν είναι ευκαταφρόνητος. Διασπείρονται σε κάθε γωνιά της γης.

Στους παιδόφιλους/παιδεραστές, που προσεγγίζουν τα θύματά τους στο φυσικό κόσμο ή ηλεκτρονικά, αποδίδονται τα εξής χαρακτηριστικά:

- Πρόκειται για άτομα που φοβούνται την επικοινωνία με ενήλικες. Θεωρούν τη σχέση με ανήλικους λιγότερο επίφοβη και πλέον ασφαλή, γι' αυτό και προσανατολίζονται προς αυτούς.
- Συχνά ο παραβάτης αποτελεί γνώριμο πρόσωπο της οικογένειας.
- Το θύμα γνωρίζει τον παραβάτη σε ποσοστό 85-95% των περιπτώσεων και είναι εξαρτημένο από αυτόν.
- Οι επικρατέστεροι μεταξύ των επιτιθεμένων, σύμφωνα με έρευνες, είναι άτομα που δεν έχουν τιμωρηθεί μέχρι στιγμής.
- Άτομα που έχουν καταδικασθεί για σεξουαλικές επιθέσεις εναντίον παιδιών και νεαρών ατόμων στο φυσικό κόσμο, μπορεί να υποτροπιάσουν στο μέλλον «ψαρεύοντας» τα θύματά τους ηλεκτρονικά.
- Οι δράστες που επιτίθενται ηλεκτρονικά είναι σε θέση να χειραγωγήσουν θύματα, από μεγάλη απόσταση!! Ως «αρπακτικά» του κυβερνοχώρου, μπορούν να τα μεταφέρουν σε όποιο σημείο του κόσμου επιθυμούν, όπως αποδεικνύεται στην πράξη.
- Τόσο οι παιδόφιλοι/παιδεραστές, που δρουν στο φυσικό κόσμο, όσο και οι ηλεκτρονικοί εισβολείς -«αρπακτικά» του internet - αποτελούν ετερογενή ομάδα ατόμων και αποδεδειγμένα, δεν ανήκουν αποκλειστικά στα κατώτερα στρώματα της κοινωνίας. Απεναντίας, συχνά πρόκειται κυρίως για μορφωμένα και υπεράνω κάθε υποψίας άτομα, κυρίως άνδρες. Ορισμένοι μάλιστα εξ αυτών διακρίνονται επαγγελματικά ως δικηγόροι, δάσκαλοι, αστυνομικοί, προπονητές κ.λπ. Αυτό φαίνεται και στον κατάλογο ατόμων, μελών κυκλώματος παιδερασίας με διεθνείς προεκτάσεις, που κατά καιρούς αποκαλύπτονται στη χώρα μας.

Μεταξύ των σοβαρών παραγόντων επικινδυνότητας για θυματοποίηση κατά την εφηβική ηλικία είναι:

Ποιοι ανήλικοι θυματοποιούνται;

Η εμπλοκή σε διαδικτυακή αποπλάνηση είναι πιο πιθανή για ανήλικους χρήστες του internet, που αναλώνουν μεγάλο μέρος του ελεύθερου χρόνου τους για ψυχαγωγία, σε διαδικτυακούς τόπους επικοινωνίας (chatrooms, άμεσα μηνύματα, κοινωνικά δίκτυα), όπου, ψάχνοντας για φίλους και συντρόφους στη ζωή, συναντούν με ευκολία άλλα άτομα, εικονικά. Θύματα διαδικτυακής αποπλάνησης γίνονται συνήθως νέοι ηλικίας 11-17 ετών και συνήθως κορίτσια. Τα παιδιά, οι έφηβοι και γενικώς τα νεαρά άτομα αποδεικνύονται ως πλέον δεκτικά σε χειραγωγήση από τους δράστες, συγκριτικά με άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, δεδομένου ότι στην ηλικία αυτή, δεν έχουν αποκτήσει εμπειρία στη ζωή και επομένως δεν έχουν ακόμα αναπτύξει πλήρως τις κοινωνικές τους δεξιότητες.

Μελέτες αποδεικνύουν ότι τα «αρπακτικά» επιλέγουν ως θύματα ανήλικους με γνώμονα χαρακτηριστικά όπως:

- Παιδιά με χαμηλή αυτοεκτίμηση και έλλειψη αυτοπεποίθησης, καθώς και παιδιά με ειδικές ανάγκες -σωματικές ή ψυχικές-, γιατί τα απομονώνουν ευκολότερα.
- Παιδιά ευαίσθητα, με οικονομικά προβλήματα, που ψάχνουν για δουλειά για να υποστηρίξουν την οικογένειά τους.
- Αθώα και εύπιστα παιδιά, που πρόθυμα εμπλέκονται σε online συζητήσεις με αγνώστους και τα οποία δεν αντιλαμβάνονται εύκολα τον κίνδυνο που ελλοχεύει στην επικοινωνία του τύπου αυτού.
- Εφήβους πρόθυμους για συζητήσεις γύρω από τη σεξουαλικότητα.

Μεταξύ των σοβαρών παραγόντων επικινδυνότητας για θυματοποίηση κατά την εφηβική ηλικία είναι:

- Η μη αντιστρεπτή χορήγηση προσωπικών πληροφοριών μέσω διαδικτύου.
- Η μη περιφρούρηση των προσωπικών δεδομένων.

Οι γονείς και όσοι ασχολούνται με παιδιά πρέπει να πεισθούν ότι ο κίνδυνος από αγνώστους κατά το σερφάρισμα στον κυβερνοχώρο είναι πραγματικότητα. Έχουν ληφθεί καταγγελίες στη γραμμή βοήθειας για κορίτσια ηλικίας ακόμη και 13 ετών.

Μεθόδευση ηλεκτρονικής αποπλάνησης από τα «αρπακτικά» του κυβερνοχώρου

Ας δούμε, πως μεθοδεύουν τις παράνομες δραστηριότητές τους οι παιδόφιλοι. Όταν εισέρχεται κανείς στις σελίδες διαδικτυακών τόπων (chat rooms, skype, myspace, twitter κ.λπ.), μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή ή κινητού τηλεφώνου, δε γνωρίζει τον πραγματικό συνομιλητή του, αλλά ούτε και τον τρόπο που, ο άγνωστος χρησιμοποιεί τις πληροφορίες που εκμαεύει από τη μεταξύ τους συζήτηση. Οι δράστες αόρατοι και με υπομονή σερφάρουν ατελείωτες ώρες στον κυβερνοχώρο, караδοκώντας να «γραπώσουν»

ανυποψίαστα ανήλικα θύματα, δελεάζοντάς τα ποικιλοτρόπως. Όταν εντοπίσουν το υποψήφιο θύμα, εργάζονται μεθοδικά για τη χειραγωγήσή του, προσπαθώντας να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του, με τελικό στόχο τη σεξουαλική τους σχέση με αυτό. Εξελίσσονται λοιπόν σε ιδιαίτερα ύπουλο εκθρό, ο οποίος προσπαθεί με επιδέξιους χειρισμούς να επιτύχει το στόχο του. Οι χειρισμοί αυτοί εφαρμόζονται σε τέσσερα στάδια, βάσει προδιαγεγραμμένου σχεδίου, το οποίο έχουν καταστρώσει. Αναλυτικότερα:

Επιδέξιοι χειρισμοί

Η πορεία της χειραγωγήσης (αποπλάνησης) του ανηλίκου μέσω της ηλεκτρονικής τεχνολογίας εξελίσσεται κατά τα εξής τέσσερα βασικά στάδια:

- Πρώτο στάδιο: Προετοιμασία για προσέγγιση του θύματος μέσω διαδικτύου
- Δεύτερο στάδιο: Προσέγγιση του θύματος στο διαδίκτυο
- Τρίτο στάδιο: Προετοιμασία για συνάντηση με το θύμα στο φυσικό κόσμο
- Τέταρτο στάδιο: Συνάντηση με το θύμα στην πραγματικότητα

Κατά την πορεία της διαδικασίας αυτής οι παιδόφιλοι χρησιμοποιούν σε κάθε στάδιο ποικίλες μεθόδους και τεχνικές. Ειδικότερα:



Πρώτο στάδιο:**Προετοιμασία για προσέγγιση**

Στο αρχικό αυτό στάδιο ο παιδόφιλος/ παιδεραστής προετοιμάζει το έδαφος για την αποπλάνηση του θύματος, χρησιμοποιώντας την τακτική ψευδούς ταυτότητας. Η τακτική προβολής ψευδούς ταυτότητας αποτελεί τη συχνότερα εφαρμοζόμενη τακτική των παιδόφιλων ή παιδεραστών. Ο εισβολέας, δηλαδή, μιμούμενος διαφορετικό πρόσωπο από αυτό που είναι, δίνει ψευδείς πληροφορίες για τον εαυτό του. Για το σκοπό αυτό αλληάζει το όνομά του και, επειδή συνήθως πρόκειται για άτομο πολύ μεγαλύτερο σε ηλικία από το θύμα, προσαρμόζει κατάλληλα την ηλικία και τη φωτογραφία του, έτσι ώστε να εναρμονίζεται με το πρόσωπο που μιμείται. Υποδύεται δηλαδή συνομήλικο του υποψήφιου θύματος.

Έτσι ο παιδόφιλος ή παιδεραστής μπορεί να παρουσιάζεται με:

- **Στατική ταυτότητα:** Υιοθετεί μια μόνο υποθετική ταυτότητα και με αυτήν απευθύνεται σε όλα τα θύματα της επιλογής του.
- **Δυναμική ταυτότητα:** Τροποποιεί κάθε φορά την ταυτότητά του ανάλογα με την περίπτωση, χρησιμοποιώντας διαφορετικά υποκοριστικά ονόματα ή φωτογραφίες. Τροποποιεί επίσης τα ενδιαφέροντά του σκοπίμως, ή τις εκδοχές ως προς τις σεξουαλικές ή άλλες προσωπικές του προτιμήσεις, έτσι ώστε να κατορθώσει να πλησιάσει το θύμα του κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο. Με την επιλογή του αυτή, ο δράστης κατορθώνει να επικοινωνεί με πολλά θύματα ταυτόχρονα, επειδή το γεγονός τον εκστασιάζει, καταβάλλοντας συγχρόνως προσπάθεια να θυμηθεί ή να καταγράψει τα ψέματα που έχει πει στο καθένα. Επομένως, εάν ο/η νέος/α, κατά την ώρα συνομιλίας με άγνωστο άτομο στο internet, αντιληφθεί καταφανείς αντιφάσεις (π.χ. αλληλαγή ηλικίας, ονόματος ή άλλων πληροφοριών), πρέπει να υποψιάζεται ότι ενδέχεται να επικοινωνεί

νεί με παιδόφιλο ή παιδεραστή.

- **Ψεύτικους τίτλους:** Μερικές φορές ο παιδόφιλος/παιδεραστής, δεν παρουσιάζεται στο υποψήφιο θύμα ως μεμονωμένο άτομο, όπως είναι στην πραγματικότητα, αλλά συστήνεται ως αντιπρόσωπος ανύπαρκτης εταιρείας ή ανώτερο στέλεχος επιχείρησης-«μαϊμού» (δι-αχειριστής, διευθυντικό στέλεχος, κ.λπ.), με εξειδίκευση στην οικονομική βοήθεια για άτομα που μειονεκτούν κοινωνικά. Την «εταιρεία», την οποία «αντιπροσωπεύει», προβάλλει στο internet διαφημίζοντας ανύπαρκτες παροχές, με μοναδικό σκοπό να αλιεύσει θύματα. Την αξιοπιστία της προβαλλόμενης «επιχείρησης» εγγυάται διευθυντικό της στέλεχος-φάντασμα!
- Συχνά μπορεί να αποτελεί κρίκο ομάδας παιδόφιλων, άσχετα εάν προβάλλεται ως μεμονωμένο άτομο.

Δείγμα διαφήμισης «για ψάρεμα» στο Internet

Η διαφήμιση που αναρτά στο διαδίκτυο το διεστραμμένο αυτό άτομο μπορεί να μοιάζει κάπως έτσι:
«Γεια σας φίλοι μου. Είστε κάτω των 15; Σας αρέσουν οι υπολογιστές; Σας αρέσει να σερφάρετε στο διαδίκτυο; Δηλώστε συμμετοχή

στο διαγωνισμό μας και κερδίστε θαυμάσια δώρα. Το μόνο που χρειάζεται είναι να μας αποστείлите το όνομά σας, την ηλεκτρονική σας διεύθυνση και το τηλέφωνό σας και θα συμπεριληφθείτε στην κλήρωση. Στα δώρα συγκαταλέγονται: γρήγορο κομπιούτερ, κινητά τηλέφωνα, επώνυμα ρούχα και άλλα. Η ηλεκτρονική μας διεύθυνση είναι: «.....»

Δεύτερο στάδιο: Επικοινωνία με το υποψήφιο θύμα - Εγκατάσταση και εδραίωση της σχέσης

Κατά το δεύτερο στάδιο της χειραγώγησης (αποπλάνησης) του θύματος, ο παιδόφιλος εδραιώνει την επικοινωνία με το θύμα και συνεχίζει να εργάζεται επιδιώκοντας να χτίσει τη σχέση που επιθυμεί μαζί του στο διαδίκτυο.

Για το σκοπό αυτό ακολουθεί αλληλουχία μεθοδεύσεων, όπως:

α) Αντικατοπτρισμός

Ο αντικατοπτρισμός αποτελεί αντιπροσωπευτική μέθοδο κάθε διαδικτυακού παιδόφιλου /παιδεραστή. Κατ' αυτήν το «αρπακτικό», στην προσπάθειά του να εξουδετερώσει τους φραγμούς και να πλησιάσει το θύμα, προσπαθεί να το αντιγράψει. Συμπεριφέρεται δηλαδή ως αντικατοπτριζόμενος με αυτό. Για παράδειγμα: εάν το θύμα εκφράσει ότι αισθάνεται μοναξιά ή

Τοποθετείστε τον υπολογιστή σε κοινόχρηστο χώρο, ώστε να μπορείτε να ελέγχετε τη δραστηριότητα του παιδιού. Τα chat-rooms και τα άμεσα μηνύματα αποτελούν συνήθη τρόπο και τόπο, όπου οι παιδόφιλοι/ παιδεραστές πλησιάζουν τα υποψήφια θύματα

ότι έχει ορισμένα προβλήματα, το «αρπακτικό» δηλώνει ότι καταλαβαίνει απόλυτα ότι του λείπει, γιατί έχει και αυτός παρόμοια προβλήματα, προτρέποντάς το θύμα να τον εμπιστευθεί πλήρως και να βασισθεί σ' αυτόν. Με τον αντικατοπτρισμό ο εισβολέας αναπτύσσει τακτική χειραγώγησης του θύματος. Δημιουργώντας αίσθηση φιλίας και προτείνοντας νόμιμες δραστηριότητες, προσπαθεί βαθμιαία να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ανήλικου. Το θύμα με την τεχνική αυτή ξεπερνά τη φοβία επικοινωνίας με άγνωστα άτομα και κατ' επέκταση με το δράστη.

Στις πλείστες των περιπτώσεων οι παιδόφιλοι/παιδεραστές που δρουν μέσω διαδικτύου, επιθυμούν να δίνουν την εντύ-

πωση στο θύμα τους, ότι αποτελούν είτε αξιόπιστους συνομηλικούς του ή μεγαλύτερα άτομα που θέλουν να το φροντίσουν. Άλλες πάλι φορές προφασίζονται θλιμμένο άτομο, γεγονός που κάνει τον ανήλικο να μην είναι τόσο καχύποπτος για τις προθέσεις και τις πράξεις του.

Ορισμένοι ανήλικοι, εντυπωσιάζονται από την επικοινωνία αυτή. Νομίζουν ότι έχουν συναντήσει κάποιο ενδιαφέρον άτομο στην πραγματικότητα όμως επικοινωνούν με ενήλικα ο οποίος ενδιαφέρεται γι' αυτούς μόνο σεξουαλικά. Τα «αρπακτικά» στοχεύουν στη δημιουργία ισχυρού συναισθηματικού δεσμού με τον ανήλικο, ώστε να δημιουργηθεί η επιθυμία στο θύμα να συναντήσει τον ενήλικα στο φυσικό κόσμο. Συχνά εστιάζονται σε συζητήσεις γύρω από την «αληθινή αγάπη» και το sex μέσω διαδικτυακής κάμερας.

Η διαδικτυακή αποπλάνηση ενδέχεται να υφίσταται ανασχεδιασμό. Τότε οι δύο πλευρές επικοινωνούν μέσω e-mails ή κινητού τηλεφώνου.

β) Προσπάθεια εκμείευσης πληροφοριών από το θύμα, «ψάρεμα»

Ο δράστης, εκτός από τα προσωπικά στοιχεία του θύματος (όνομα, ηλικία, φωτογραφία) προσπαθεί να εξασφαλίσει και άλλες πληροφορίες όπως π.χ. το σχολείο στο οποίο φοιτά, τις διασημότητες που προτιμά, τα ενδιαφέροντα, τα hobby του, κ.λπ. Με τα δεδομένα που αποκτά, τα οποία συμπληρώνει με στοιχεία από το διαδίκτυο, μέσω των μηχανών αναζήτησης, όπως π.χ. το google, δημιουργεί το προφίλ του θύματος. Κατά τον ίδιο τρόπο επιβεβαιώνει και το αληθές των πληροφοριών που έχει αποσπάσει από το θύμα. Πως καταφέρνει ο δράστης να αποσπάσει από το θύμα τις πληροφορίες που χρειάζεται;

Τις πληροφορίες, που χρειάζεται το «αρπακτικό», τις εξαγοράζει προσφέροντας στο θύμα του δώρα όπως: χρήματα, κινητά τηλέφωνα, mp3 players, ηλεκτρονι-

κά παιχνίδια, επώνυμα ρούχα κ.λπ. Έχει διαπιστώσει ότι η μέθοδος αυτή αυξάνει την αξιοπιστία του. Όταν φθάσει στο επίπεδο αυτό, αργά και μεθοδικά υπεισέρχεται σε πιο ευαίσθητους τομείς, όπως αυτόν της σεξουαλικότητας. Κινητοποιεί βαθμιαία το ενδιαφέρον του θύματος, αρχικά με συζήτηση γύρω από το σεξ και στη συνέχεια με πορνογραφικό υλικό, δείχνοντάς του πορνογραφικές εικόνες ή βίντεο, με σκοπό να θεωρήσει ο ανήλικος φυσιολογική τη συμπεριφορά αυτή. Στη συνέχεια, μέσω δωροδοκίας, καταφέρνει να φτάσει στο στόχο του! Να πετύχει δηλαδή την απόκτηση ευαίσθητων δεδομένων του θύματος, όπως π.χ. γυμνές φωτογραφίες και video, μέσω web κάμερας ή μέσω αποστολής. Ο δράστης γνωρίζει καλά, ότι όσο περισσότερες πληροφορίες του εμπιστευθεί το θύμα, τόσο περισσότερο προσκολλητάι και εξαρτάται από αυτόν.

γ) Προσπάθεια αποστασιοποίησης του θύματος από το περιβάλλον του

Ο δράστης έχοντας πετύχει το σκοπό του είναι πλήρως ικανοποιημένος. Αυτό όμως το οποίο είναι τώρα ουσιώδους σημασίας γι' αυτόν, είναι να προστατεύσει τα νώτα του. Χρησιμοποιώντας εκβιασμό και εκφοβισμό λέγοντάς στο θύμα: «μην το πεις στη μητέρα σου γιατί θα σε μισήσει» ή «θα του στερήσει τον υπολογιστή», απαγορεύει στο ανήλικο να ενημερώσει για τη σχέση του αυτή τους γονείς του ή άτομο του περιβάλλοντός του.

Τρίτο στάδιο: Προετοιμασία για συνάντηση στο φυσικό κόσμο

Ο επιτιθέμενος διαθέτει τώρα ευαίσθητες πληροφορίες και προσωπικά δεδομένα του θύματος. Επομένως μπορεί να προγραμματίσει προσωπική συνάντηση. Και στο στάδιο όμως αυτό συνεχίζει ακόμα να χρησιμοποιεί μέθοδο στοχευμένων χειρισμών. Η τεχνική να ξεπεράσει τη διαφορά ηλικίας μεταξύ του παιδόφιλου και του θύματος. Ο ηλεκτρονικός παιδεραστής, όπως προκύπτει από περιπτώ-



σεις που έχουν συμβεί, χρησιμοποιεί επιλεγμένες τεχνικές για να ξεπεράσει τη διαφορά ηλικίας του με το θύμα.

Σε μία από αυτές: Ο εισβολέας επικοινωνεί για μερικές εβδομάδες με ψεύτικη ταυτότητα, σύμφωνα με την οποία δηλώνει ανήλικος. Μετά από λίγο καιρό πληροφορεί το θύμα ότι ο πατέρας του, του απαγορεύει να χρησιμοποιεί το internet, αλλά ο τριαντάχρονος αδελφός του -άλλη μια ταυτότητα του ιδίου εισβολέα- επιθυμεί να συνεχίσει την επικοινωνία μαζί του. Το θύμα τότε δέχεται να συνεχίσει να επικοινωνεί με ενήλικα, άτομο, δηλαδή, κατά πολύ μεγαλύτερο του.

Σε άλλη περίπτωση: Ο δράστης (cybergroomer) δηλώνει στο θύμα, ότι για να συναντηθούν, θα παραληφθεί από μεγαλύτερης ηλικίας άτομο, τον πατέρα ή τον αδελφό του. Δεν πρόκειται όμως για άλλο άτομο, παρά μόνο για τον ίδιο τον παιδεραστή, ο οποίος μετά την παραλαβή του θύματος, κατευθύνεται, όπως δηλώνει, σε «ασφαλές μέρος». Εκεί το κακοποιεί σεξουαλικά.

Τέταρτο στάδιο: Συνάντηση με το θύμα

Εφ' όσον ο δράστης καταφέρει να αποκτήσει τα πολύ ευαίσθητα προσωπικά δε-

δομένα του ανηλίκου, τα χρησιμοποιεί για να πετύχει το σκοπό, για τον οποίο εργαζόταν μεθοδικά τόσο καιρό, δηλαδή: Τη συνάντηση με το θύμα!

Οι παιδεραστές για να πετύχουν το ραντεβού αυτό προσπαθούν να κάνουν το θύμα να πιστέψει πράγματα που δεν είναι σωστά, ενθαρρύνοντάς το να εγκαταλείψει τη στάση σκεπτικισμού και δυσπιστίας που το διακατέχει. Στο σημείο αυτό χειραγώγησης, το θύμα παθαίνει σύγχυση, γιατί ο παιδεραστής, τον οποίο έχει ήδη αρχίσει να εμπιστεύεται, αλληλάζει συμπεριφορά και φέρεται κατά τρόπο ώστε να το κάνει να αισθάνεται αμήχανα.

Στην περίπτωση που το θύμα αρνείται να συναινέσει για το ραντεβού, ο επιτιθέμενος αρχίζει τους εκβιασμούς, απειλώντας το με δημοσίευση των ευαίσθητων δεδομένων, που έχει πλέον στα χέρια του όπως: αποστολή των γυμνών φωτογραφιών στους φίλους και τους γονείς του, αποστολή τυπωμένου υλικού από τη μεταξύ τους επικοινωνία σε γείτονες ή στο σχολείο του, δημοσίευση φωτογραφιών του με συνοδά υποτιμητικά σχόλια, π.χ. ο Πάννης είναι gay! Το τηλέφωνό του είναι XXX-XXXXXXX- κ.λπ. Πολλά παιδιά πραγματοποιούν τη συνάντηση μη μπο-

Η διαδικτυακή αποπλάνηση αποτελεί τραυματικό γεγονός για τον έφηβο, γιατί ο δράστης προσπαθεί να τον εκμεταλλευθεί σεξουαλικά. Επίσης δημιουργεί αρνητικά πρότυπα ερωτικών σχέσεων. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει ο έφηβος ότι η διαδικτυακή αποπλάνηση κατατάσσεται στα ιδιαίτερα σοβαρά παραπτώματα και χρειάζεται άμεση παρέμβαση. Απαιτείται υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειας του, ώστε να γίνει καταγγελία με στόχο τη βοήθεια εκ μέρους της αστυνομίας

ρώντας να αντισταθούν στις απειλές. Φοβούνται την ταπείνωση από τους άλλους. Άλλα όμως δέχονται τη συνάντηση με τη βούλησή τους και χωρίς προηγούμενο εκβιασμό. Στην περίπτωση αυτή, σύντομα ο δράστης αλληλάζει πρόσωπο και μετατρέπεται σε στυγνό εκβιαστή, με τη δωροδοκία ως ισχυρό όπλο εναντίον του θύματος. Τα θύματα επιστρέφουν κατ' επανάληψη στο θύτη για τα προσφερόμενα δώρα, επιτρέποντας έτσι την κατ' εξακολούθηση κακοποίησή τους. Στο δυσάρεστο αυτό σημείο, μπορούμε πλέον να μιλάμε για εκπόρνευση ανηλίκου.

Πόσο διαρκεί η προσπάθεια σεξουαλικής παρενόχλησης ή αποπλάνησης μέσω διαδικτύου;

Οι συζητήσεις μέσω των οποίων εφαρμόζονται συναισθηματικοί χειρισμοί χειραγώγησης του θύματος, κατά τη διάρκεια της σεξουαλικής παρενόχλησης ή αποπλάνησης ανηλίκου, διαρκούν επί μακρόν -μέρες, εβδομάδες, μήνες ή ακόμα και χρόνια- ανάλογα με το διάστημα που απαιτείται ώστε ο δράστης να αποκτήσει την εμπιστοσύνη του παιδιού και να το καταφέρει να συναινέσει για συνάντηση στο φυσικό κόσμο. Το χρονικό αυτό διάστημα εξαρτάται άμεσα από τον τρόπο χειρισμού του παιδοφιλού/παιδεραστή και την ευπιστία του θύματος. Αναφέρεται περίπτωση που το «αρπακτικό» εφάρμοζε διαδικασία αποπλάνησης σε ανήλικο επί δύο χρόνια, για να πετύχει συνάντηση μαζί του και σεξουαλική του κακοποίηση.

Πώς να υποψιαστούμε εάν παιδί ή έφηβος γίνεται αντικείμενο διαδικτυακής παρενόχλησης ή αποπλάνησης;

Εάν παιδί ή έφηβος/η πείσει θύμα διαδικτυακής αποπλάνησης, εμφανίζει συμπτώματα όπως:

- Περνά υπερβολικό χρόνο στο διαδίκτυο και ιδιαίτερα αργά τη νύχτα.
- Κρατά καλά κρυμμένο το μυστικό σχετικά με τους διαδικτυακούς του φίλους, τους

οποίους και δεν αποκαλύπτει.

- Δεν αποκαλύπτει πώς αναλώνει το χρόνο του στο internet.
- Παρατηρείται αλλαγή στη συμπεριφορά του: απομακρύνεται από την οικογένεια ή/και τους φίλους του και γίνεται καταθλιπτικός/η και απαθής, λόγω της κακοποίησης που υφίσταται.
- Μειώνεται η απόδοσή του στο σχολείο -παίρνει χαμηλούς βαθμούς-.

Το στήσιμο σχυρών μας Προστατευτικά μέτρα: Συστάσεις - Συμβουλές Αδιάκοπη επαγρύπνηση

Οι Αρχές αποκαλύπτουν συνεχή αύξηση του αριθμού των περιστατικών διαδικτυακής σεξουαλικής παρενόχλησης και αποπλάνησης ανηλίκων. Θεωρώ εκ των ουκ άνευ ότι γονείς, κηδεμόνες, εκπαιδευτικοί και ειδικές υπηρεσίες οφείλουν να είναι υποψιασμένοι για τον κίνδυνο που καρδοκεί, από την ενασχόληση των παιδιών με το internet, κατά την ευάλπη ηλικία της εφηβείας και να κινητοποιούνται αποτελεσματικά, με στόχο την προστασία τους. Θα πρέπει να πεισθούν ότι είναι πολύ εύκο-

λο για ένα «αρπακτικό», κρυμμένο πίσω από την οθόνη του υπολογιστή, να αρπάξει ανήλικο, -μία τόσο επιθυμητή λεία για διεστραμμένους- μέσω των ιστοσελίδων κοινωνικής δικτύωσης, όπως το facebook, myspace, κ.λπ. Κατέχει καλά τη μέθοδο, με την οποία μπορεί να το μεταφέρει από τον ένα τόπο στον άλλο, από μια χώρα ή και ήπειρο σε άλλη. Τέτοια δράματα έχουν συμβεί. Δεδομένου δε ότι ο αριθμός ανηλίκων, που εγγράφονται καθημερινά στις ιστοσελίδες αυτές αυξάνει συνεχώς, οι γονείς και οι Αρχές Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος θα πρέπει να επαγρυπνούν αδιάκοπα για την πιθανή εντόπιση υποψηφίων θυμάτων.

Οι φόβοι των γονιών

Από «καταβολής» κόσμου, οι γονείς ανησυχούν για τα παιδιά τους και ιδιαίτερα για τα κορίτσια τους, μήπως «πέσουν» θύμα σεξουαλικής αποπλάνησης. Συμβουλές από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της τρυφερότητας ηλικίας όπως: «Μην πιστέψεις κάποιον που θα σου πει: έλα μέσα να σου δώσω καραμέλες», είναι από τις πιο συνηθισμένες. Προ καιρού υπέπεσε στην αντίληψη



μου εκδοχή αλληγορίας, για το πιο γνωστό παιδικό παραμύθι: «Η κοκκινোসκουφίτσα και ο κακός λύκος». Εντυπωσιάσθηκα. Αξίζει να σας το μεταφέρω:

Η κοκκινোসκουφίτσα ντυμένη στα κόκκινα, -που συμβολίζουν τον έρωτα-, περπατάει μόνη της στο δάσος, για να πάει στη γιαγιά της. Φεύγοντας από το σπίτι, η μητέρα τη συμβουλεύει να μη χρονοτριβεί στη διαδρομή. Εκείνη όμως χαριεντιζόμενη, δεν πάει κατ' ευθείαν στη γιαγιά, αλλά χαζεύει μαζεύοντας λουλουδάκια, οπότε και τη συναντά ο λύκος... Η συνέχεια του παραμυθιού είναι γνωστή.

Ο λύκος εδώ συμβολίζει το κακό και αλληγορικά τους παιδεραστές, οι οποίοι μπορεί να βρεθούν στο δρόμο κάθε κοριτσιού με πρόθεση να το παρασύρουν.

Το παραμύθι αποδίδει καλά τους φόβους των γονιών για τους κινδύνους των παιδιών στο φυσικό κόσμο, τον μοναδικό δηλαδή κόσμο, που ξέραμε όλοι μέχρι προτίνος και στον οποίο μπορούμε να παρακολουθούμε κατά το δυνατό τα παιδιά. Τα τελευταία όμως χρόνια, με την εξέλιξη της τεχνολογίας, πηλά στο φυσικό κόσμο συνυπάρχει και ένας καινούργιος, με απεριόριστες δυνατότητες, ο κόσμος του internet, τον οποίο οι πλειονότητα των ενηλίκων δε γνωρίζουμε καλά και για τον οποίο πρέπει να εκπαιδευτούμε.

Το «περιβάλλον» στο οποίο «κινούνται» λοιπόν σήμερα τα παιδιά και οι έφηβοι διαφέρει ουσιαστικά από εκείνο της παιδικής ηλικίας των γονιών τους.

Αποτελεί θλιβερή πραγματικότητα η ύπαρξη «αρπακτικών», που σπαταλούν ατελείωτες ώρες σερφάροντας στο διαδίκτυο, προσπαθώντας να δειλέασουν αθώα μικρά πηλάσματα. Με τις δυνατότητες που παρέχει το διαδίκτυο, όταν τα άτομα αυτά αποφασίσουν να βγουν για «ψάρεμα», «απλώνουν» εύκολα τα δίκτυα τους. Φανταστείτε, λοιπόν, κίνδυνος σαν κι' αυτόν, κατευθυνόμενος από αόρατες δυνάμεις, να συναντήσει και να αρπάξει με ένα κλικ, ότι πολύτιμότερο έχει κάθε γονιός: το παιδί του! Όπως τονίζει σε ομιλία της η κ. Άρτεμις Τσί-



τσικα, λέκτορας εφηβικής παιδιατρικής: «Η διαδικτυακή αποπλήνωση αποτελεί τραυματικό γεγονός για τον έφηβο, στιγματίζοντας τη ζωή του, γιατί ο δράστης προσπαθεί να τον εκμεταλλευθεί σεξουαλικά. Επίσης δημιουργεί αρνητικά πρότυπα ερωτικών σχέσεων. Είναι σημαντικό να συνειδητοποιήσει ο έφηβος ότι η διαδικτυακή αποπλήνωση κατατάσσεται στα ιδιαίτερα σοβαρά παραπτώματα και χρειάζεται άμεση παρέμβαση. Απαιτείται υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειας του, ώστε να γίνει καταγγελία με στόχο τη βοήθεια εκ μέρους της αστυνομίας». Έχει μεγάλη δύναμη η καταγγελία. Δεν πρέπει να διστάζουν οι γονείς να προβαίνουν σ' αυτήν. Έτσι μπορεί να ξετιλιχθεί το κουβάρι σπείρας παιδεραστών, με απώτερο κέρδος να αποσοβηθεί ο κίνδυνος για θυματοποίηση και άλλων παιδιών στο μέλλον.

Τι μπορούν να κάνουν οι γονείς;
Σημαντικές οδηγίες προς τους γονείς για να προστατεύσουν το παιδί τους από τις παγίδες του internet

Επιγραμματικά εστιάζουμε στην προτροπή: «Γονείς προστατεύετε το μέλλον του παιδιού σας».

Και αναλυτικότερα:

- Αποκτήστε καλύτερες τεχνικές δεξιότητες, ώστε να καλύψετε το κενό γνώσεων που υπάρχει ανάμεσα σε σας και τους εφήβους. Η οδηγία αυτή είναι βασική και αδιαπραγμάτευτη.
- Τοποθετείστε τον υπολογιστή σε κοινόχρηστο χώρο, ώστε να μπορείτε να ελέγχετε τη δραστηριότητα του παιδιού. Τα chat-rooms και τα άμεσα μηνύματα αποτελούν συνήθη τρόπο και τόπο, όπου οι παιδόφιλοι/παιδεραστές πλησιάζουν τα υποψήφια θύματα.

- Συζητείστε με το παιδί σας για τις ποιτικές θετικές εμπειρίες που προσφέρει το internet, αλλά και για τους κινδύνους που караδοκούν από συνδεδεμένα στο διαδίκτυο άτομα. Όπως στο φυσικό κόσμο, έτσι και στο διαδίκτυο υπάρχουν άνθρωποι που μπορεί να θέλουν να το βλάψουν.

- Ενισχύστε το παιδί σας υποδεικνύοντάς του τον τρόπο που πρέπει να συμπεριφέρεται στο διαδίκτυο. Δεν πρέπει να επιστεύεται αγνώστους και να παρέχει σ' αυτούς ευαίσθητες προσωπικές του πληροφορίες (π.χ. διεύθυνση, σχολείο που φοιτά κ.λπ.).

- Συζητάτε με το παιδί σας, με λόγια που καταλαβαίνει, για τον υπαρκτό κίνδυνο της διαδικτυακής παρενόχλησης ή αποπλήνωσης ανηλίκων.

- Διαβεβαιώστε το παιδί ότι, ανεξάρτητα με ό,τι και αν συναντήσει στο διαδίκτυο, που θα το ενοχλήσει, μπορεί να βασισθεί στη δική σας πρόθυμη υποστήριξη και καθοδήγηση. Διδάξτε το, ότι θεωρείται βασικό να ενημερώνει εσάς όσο το δυνατόν νωρίτερα και ότι δεν πρέπει να κάνει το λάθος να συζητά τα σοβαρά προσωπικά του θέματα, όπως είναι αυτό, με οποιονδήποτε άγνωστο.

(Η οδηγία αυτή θεωρείται η σημαντικότερη από όλες).

- Διαβεβαιώστε το παιδί σας ότι δε θα του στερήσετε το internet, εάν σας αποκαλύψει περίπτωση «ψαρέματος», με την οποία έχει τύχει να έρθει αντιμέτωπο στο διαδίκτυο. Ο φόβος μιας τέτοιας συνέπειας μπορεί να κάνει το παιδί να διστάσει να σας το αναφέρει.

- Αναμιχθείτε περισσότερο με τους διαδικτυακούς φίλους του παιδιού σας, συζητώντας με απ' ευθείας σύνδεση με τον καθένα, κατά τρόπο που δείχνει σεβασμό για την ιδιωτική ζωή του παιδιού σας. Έτσι το προφυλάσσετε από ακατάλληλη επικοινωνία.

- Παρακολουθείτε το παιδί σας κατά τη διάρκεια της συζήτησής του στο internet. Συμπεριφορά η οποία δηλώνει μυστι-

Θα πρέπει να ενστερνισθείτε και να εφαρμόζετε τις παραπάνω οδηγίες. Έτσι αφ' ενός μεν δεν εγκαταλείπετε το παιδί σας ανοχύρωτο σε «επιδρομές διεστραμμένων», αφ' ετέρου δε του εξασφαλίζετε διασκέδαση χωρίς κινδύνους στο internet

κοπάθεια, απάθεια ή επιθετικότητα προς τους γονείς ή φίλους ή χρήση λεξιλογίου που δεν αρμόζει στην ηλικία και τις εμπειρίες του, αποτελεί ένδειξη διαδικτυακής σεξουαλικής κακοποίησης.

- Διαπραγματευθείτε με τα παιδιά στρατηγική πρόληψης σχετικά με τη διαδικτυακή αποπλήνωση καθώς και παρέμβασης για νέους, ανάλογα με την ηλικία τους.

- Ενθαρρύνετε τα παιδιά να αναλάβουν υπευθυνότητα σε προσανατολιζόμενα προς νέους τμήματα του internet και να συμβάλλουν στην προβολή καθαρών προτύπων διαδικτυακής συμπεριφοράς.

- Βεβαιωθείτε ότι το παιδί σας γνωρίζει την ύπαρξη των αρμόδιων διευθύνσεων για αναφορά και επεξεργασία παραπτωμάτων στο διαδίκτυο, καθώς και τον τρόπο που μπορεί να απευθύνεται σ' αυτές. Αλλιώς ενημερώστε το.

- Αποτελεί καλή ιδέα να καταγράψετε τη συμφωνία αυτή σε χαρτί, υπό μορφή σύμβασης για ότι έχετε διαπραγματευτεί και συμφωνήσει.

- Δημιουργείτε συνθήκες στο παιδί σας ώστε να αποκτήσει φίλινες στον πραγματικό κόσμο, από μικρή ηλικία. Έτσι δε θα έχει την ανάγκη των «εικονικών» φίλων του internet.

- Θα πρέπει να ενστερνισθείτε και να εφαρμόζετε τις παραπάνω οδηγίες. Έτσι αφ' ενός μεν δεν εγκαταλείπετε το παιδί σας ανοχύρωτο σε «επιδρομές διεστραμμένων», αφ' ετέρου δε του εξασφαλίζετε διασκέδαση χωρίς κινδύνους στο internet.

Τεχνολογική υποστήριξη
Ρυθμίσεις ασφαλείας για παιδιά
Για τα μικρότερα παιδιά:

Θεωρείται συνετό να εφαρμόσετε προστατευτικά μέτρα τεχνολογικής φύσεως, τα οποία συμπληρώνουν τη δική σας καθοδήγηση και υποστήριξη. Υπάρχουν τρόποι εγκατάστασης φίλτρων που μπλοκάρουν την είσοδο στα chat rooms και στα άμεσα μηνύματα, τους κλασικούς δηλαδή τρόπους διαδικτυακής αποπλήνωσης και ηλεκτρονικού σεξ.

Με χρήση φίλτρων και ειδικών προγραμμάτων μπορείτε επίσης να καθορίσετε το χρόνο που θα ασχολείται το παιδί στο διαδίκτυο.

Για εφήβους:

Ειδικές ρυθμίσεις για την εφηβική ηλικία.

Συστάσεις για προφυλάξεις, μη τεχνικής φύσεως.

Μεταξύ των πλέον σημαντικών συστάσεων είναι:

- Η Πολιτεία και οι κοινωνικοί εταίροι απαιτείται να γνωρίζουν τη χρήση του διαδικτύου και των υπηρεσιών του.
- Πρέπει να χρηματοδοτούνται καμπάνιες, για την πρόληψη της διαδικτυακής αποπλήνωσης και του ηλεκτρονικού εκφοβισμού, οι οποίες να προβάλλονται και στα κοινωνικά δίκτυα. ✖



Χριστουγεννιάτικα παραδοσιακά γλυκά για διαβητικούς

δρ. Αιμιλία Παπακωνσταντίνου,
κλινικός διατολόγος-
διατροφολόγος, ΠΓΝ «Αττικών»
(Οι συνταγές έχουν δημοσιευτεί
στο περιοδικό «Διαβητολογικά Νέα»)

Μελομακάρονα

Υλικά (50 μελομακάρονα)

- 2 φλιτζάνια του τσαγιού
ελαιόλαδο
- 1 φλιτζάνι ζάχαρη
- 3/4 φλιτζανιού χυμό
πορτοκαλιού
- 1/4 φλιτζάνι κονιάκ
- 2 κουταλάκια του γλυκού ξύσμα
πορτοκαλιού
- 1 κουταλάκι του γλυκού σόδα
- 8 φλιτζάνια αλεύρι για όλες τις
χρήσεις

Για το σιρόπι

- 2 φλιτζάνια μέλι
- 2 φλιτζάνια ζάχαρη
- 2 φλιτζάνια νερό

Για το γαρνίρισμα

- 1 1/2 φλιτζάνι ψιλοκομμένα
καρύδια
- 1 κουταλάκι του γλυκού κανέλα
- 1/2 κουταλάκι του γλυκού
γαρύφαλλο

Θρεπτική αξία (ανά κομμάτι)

- Θερμίδες (kcal): 230
- Υδατάνθρακες: 32 γραμμάρια
- Πρωτεΐνη: 2 γραμμάρια
- Ολικό λίπος: 12 γραμμάρια
- Κορεσμένο λίπος: 2 γραμμάρια
- Μονοακόρεστα λιπαρά: 9
γραμμάρια
- Πολυακόρεστα λιπαρά:
2 γραμμάρια
- Διαιτητικές ίνες: 1 γραμμάριο



Εκτέλεση

Χτυπήστε 4' στο μίξερ ή στο μπλέντερ, στη δυνατή ταχύτητα, τα 6 πρώτα υλικά. Κοσκινίστε το αλεύρι με τη σόδα και το μπέικιν πάουντερ σε μια λεκάνη ζυμώματος. Ανοίξτε ένα λάκκο στο κέντρο και ρίξτε το μίγμα των υγρών υλικών. Παίρνοντας λίγο-λίγο το αλεύρι από τριγύρω, ανακατέψτε το με τα υγρά υλικά και ζυμώστε το ελαφρά. Πλάστε ή κόψτε τη ζύμη με κουπ πατ σε διάφορα σχήματα. Αραδιάστε τα σε ταψί και ψήστε τα στους 175 βαθμούς Κελσίου, για 30' περίπου, ώσπου να ροδίσουν καλά. Όταν πιουν το σιρόπι, αναποδογυρίστε τα κι αφήστε τα να σταθούν, ώσπου να κρυώσουν εντελώς. Ανακατέψτε τα καρύδια με την κανέλα και το γαρύφαλλο. Πάρτε τα μελομακάρονα ένα-ένα, αναποδογυρίστε τα κι έτσι, όπως είναι μελωμένη η επιφάνεια, πασπαλίστε τα με καρύδι κι αραδιάστε τα σε πιατέλα. Σκεπάστε τα με π्लाστική μεμβράνη. Διατηρούνται ένα μήνα εκτός ψυγείου.





Βασιλόπιτα

Υλικά (20 κομμάτια)

- 500 γραμμάρια υποκατάστατο ζάχαρης, σουκραλόζη (από εταιρεία Γιώτης sweet balance στα σουπερμάρκετ ή σε φαρμακεία με το όνομα Splenda)
- 320 γραμμάρια μαργαρίνη
- 1 κουταλιά της σούπας κρεμμόριο (σαν βανίλια)
- 2 κούπες γάλα (1% λιπαρά)
- 2 κούπες χλιαρό νερό
- 10 αυγά
- χυμός και ξύσμα ενός λεμονιού
- 2 κουταλάκια του γλυκού σόδα
- 1 κιλό αλεύρι
- Σουκραλόζη για γαρνίρισμα ή αχνή ζάχαρη

Θρεπτική αξία (ανά κομμάτι)

- Θερμίδες (kcal): 328
- Υδατάνθρακες: 40 γραμμάρια
- Πρωτεΐνη: 10 γραμμάρια
- Ολικό λίπος: 13 γραμμάρια
- Κορεσμένο λίπος: 2,5 γραμμάρια
- Μονοακόρεστα λιπαρά: 5,5 γραμμάρια
- Πολυακόρεστα λιπαρά: 4 γραμμάρια
- Διαιτητικές ίνες: 1,5 γραμμάρια

Εκτέλεση

Χτυπάμε τη μαργαρίνη με τη σουκραλόζη. Προσθέτουμε τα αυγά. Διαλύουμε στο χλιαρό νερό το κρεμμόριο και το προσθέτουμε στο γάλα. Διαλύουμε τη σόδα στο χυμό λεμονιού. Ανακατεύουμε όλα τα υλικά και προσθέτουμε το αλεύρι. Ψήνουμε σε ταψί 30 εκατοστών και γαρνίζουμε με άχνη.

Καρυδόπιτα (20 κομμάτια)

Για τη ζύμη

- 10 αυγά (μόνο τα ασπράδια)
- 5 κουταλιές (75 γρ) της σούπας υποκατάστατο ζάχαρης σουκραλόζη (από Εταιρεία Γιώτης sweet balance στα σουπερμάρκετ ή σε φαρμακεία με το όνομα Splenda)
- 10 κουταλιές (150 γρ) της σούπας σιμιγδάλι ψιλό
- 1 κουταλιά της σούπας κανέλα σκόνη
- 1 κουταλάκι του γλυκού γαρύφαλλο σκόνη
- 2 κουταλάκια του γλυκού μπέικιν πάουντερ
- 2 κούπες χοντροκομμένα καρύδια
- 1/3 κούπας κονιάκ

Για το σιρόπι

- 2,5 κουταλιές της σούπας ζάχαρη
- 3,5 κούπες νερό
- 3-4 σταγόνες χυμό λεμονιού
- 3 κουταλιές της σούπας ελαιόλαδο για το ταψί



Θρεπτική αξία (ανά μερίδα)

- Θερμίδες (kcal): 215
- Υδατάνθρακες: 10 γραμμάρια
- Πρωτεΐνη: 6 γραμμάρια
- Ολικό λίπος: 16 γραμμάρια
- Κορεσμένο λίπος: 0,1 γραμμάρια
- Μονοακόρεστα λιπαρά: 4 γραμμάρια
- Πολυακόρεστα λιπαρά: 10 γραμμάρια
- Διαιτητικές ίνες: 1,5 γραμμάρια

Εκτέλεση

Χτυπάμε τα ασπράδια σε μαρέγκα όχι πολύ σφιχτή. Προσθέτουμε τη ζάχαρη ανακατεύοντας να αναμειχθεί. Ανακατεύουμε το σιμιγδάλι με την κανέλα, το γαρύφαλλο και το μπέικιν πάουντερ. Το ρίχνουμε κουταλιά κουταλιά στη μαρέγκα ανακατεύοντας με προσοχή. Προσθέτουμε το κονιάκ και τέλος τα καρύδια. Βράζουμε τα υλικά για το σιρόπι 3-4 λεπτά, το ρίχνουμε κουταλιά κουταλιά στο κρύο γλυκό. Αφήνουμε την καρυδόπιτα να κρυώσει και τη σερβίρουμε σε θερμοκρασία δωματίου ή τη φυλάτουμε σκεπασμένη στο ψυγείο. Αλείφουμε ένα ταψί 30 εκατοστών με το ελαιόλαδο και αδειάζουμε το μίγμα. Το ψήνουμε σε προθερμασμένο φούρνο στους 180 βαθμούς για 50 λεπτά. Βγάζουμε από το φούρνο και αφήνουμε να κρυώσει και το κόβουμε σε κομμάτια.



Στέβια και σακχαρώδης διαβήτης

Καθημερινή απόλαυση, λιγότερες στερήσεις

Παραδοσιακά η ζάχαρη και τα γλυκά αποτελούν τα τρόφιμα που στερούνται περισσότερο τα άτομα με υψηλά επίπεδα σακχάρου. Ωστόσο, οι εξελίξεις στη βιομηχανία τροφίμων τα τελευταία χρόνια δίνει όλο και περισσότερες και καλύτερες λύσεις. Η stevia, ένα φυσικό γλυκαντικό, αποτελεί την πιο πρόσφατη επιλογή για αντικατάσταση της ζάχαρης και ως εκ τούτου για ένταξη σε διαιτολόγια μειωμένων σακχάρων του καθημερινού γλυκού.

Οι «γλυκοζίτες στεβιόλης» είναι το γλυκαντικό που προέρχεται από τα φύλλα του φυτού stevia. Το γλυκαντικό αυτό έχει φυσική γλυκιά γεύση, δεν μεταβολίζεται από τον ανθρώπινο οργανισμό και δεν παρέχει θερμίδες. Είναι εγκεκριμένο από όλους τους αρμόδιους επιστημονικούς φορείς και δεν επηρεάζει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.

Τα φύλλα της stevia χρησιμοποιούνται για τις γλυκαντικές τους ιδιότητες εδώ και χιλιάδες χρόνια στην Ν. Αμερική. Το γλυκαντικό από το εκχύλισμα του φυτού stevia (γλυκοζίτες στεβιόλης) αποδίδει γλυκύτητα 250-300 φορές υψηλότερη από τη ζάχαρη, γεγονός που επιτρέπει τη χρήση του σε μικρές ποσότητες ενώ παράλληλα δεν προάγει και την τερηδόνα. Το γλυκαντικό διατηρεί τις ιδιότητές του στο ψήσιμο ή το βράσιμο και για αυτό μπορεί να χρησιμοποιηθεί, χωρίς κανέναν ενδοιασμό, σε κάθε συνταγή. Η εταιρεία ΓΙΩΤΗΣ προσφέρει το γλυκαντικό Sweet & Balance φυσικής προέλευσης από το φυτό stevia σε δισκία –που είναι ιδανικά για τα ροφήματα– αλλά και σε σκόνη, για να δημιουργείτε εύκολα και με ακρίβεια απολαυστικές συνταγές χωρίς ζάχαρη.

Για περισσότερες πληροφορίες για τη stevia, τα προϊόντα Sweet & Balance και συνταγές επισκεφτείτε το www.sweetandbalance.gr

Επιπλέον, τα προϊόντα της σειράς επιδορπίων Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ περιέχουν γλυκαντικό από το φυτό stevia, αντί ζάχαρης. Τα επιδόρπια Sweet & Balance συνδυάζουν την απουσία ζάχαρης με το χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη, τα περιορισμένα λιπαρά και θερμίδες, ενώ περιέχουν φυτικές ίνες. Έτσι, αποτελούν ιδανική επιλογή για όσους προσέχουν τα γλυκά είτε για λόγους υγείας, είτε λόγω βάρους είτε ακολουθούν ισορροπημένη διατροφή. Τέλος, χάρη στη μεγάλη ποικιλία επιδορπίων της σειράς, όπως μιλφέιγ, τσικέκι, σοκολάτες, κέικ, κρέμα καραμελέ, μίγμα για παγωτό και πολλά άλλα, οι επιλογές και οι λύσεις για καθημερινή απόλαυση είναι απεριόριστες καλύπτοντας κάθε περίπτωση και κάθε επιθυμία σας.

Καινοτομία στο χώρο του διαβήτη

Η ελληνική εταιρεία ATCARE, προσηλωμένη στο σχεδιασμό, την ανάπτυξη και την προώθηση καινοτόμων λύσεων για την καλύτερη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη, έχοντας παρακολουθήσει τις εξελίξεις και τις τάσεις του mobile health, λανσάρει στην ελληνική αγορά τις πιο πρωτοποριακές συσκευές μέτρησης σακχάρου.

Δύο νέα καινοτόμα συστήματα παρακολούθησης σακχάρου, έρχονται να αλληλοσυμπληρώσουν τη ζωή των ατόμων με διαβήτη τύπου 1, προσφέροντας ευελιξία & ευκολία στη διαχείριση του διαβήτη τους και διευκολύνοντας παράλληλα το έργο του θεράποντα ιατρού.

Για πρώτη φορά, με τη νέα σειρά μετρητών σακχάρου **Fora Diamond Mini Bluetooth & Fora i-Diamond**, ο ασθενής θα μπορεί να έχει όλες τις μετρήσεις του στο **κινητό**, το **tablet** ή το **i-pod** του και να διαχειρίζεται όλα τα δεδομένα του σακχάρου του από όπου κι αν βρίσκεται μέσω μιας ειδικά σχεδιασμένης εφαρμογής (app)!

Η εφαρμογή ονομάζεται **ifora diabetes manager** και έχει σχεδιαστεί ειδικά για να βοηθήσει τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 τα οποία έχουν δραστήρια ζωή & θέλουν με ένα σύγχρονο & απλουστευμένο τρόπο να επεξεργάζονται πληροφορίες που αφορούν την κατάσταση της υγείας τους. Είναι συμβατή με συσκευές **android & iOS** και οι χρήστες μπορούν να την κατεβάσουν στη συσκευή τους **δωρεάν!**

'Ενας μετρητής...διαμάντι στο κινητό σου!



Fora Diamond Mini Bluetooth Ο μοναδικός μετρητής σακχάρου με bluetooth!

Ο πρωτοποριακός μετρητής σακχάρου είναι ο μοναδικός στον κόσμο μετρητής που μεταφέρει δεδομένα γλυκόζης μέσω **bluetooth** σε συσκευές **iOS & android**. Ο χρήστης μπορεί να επιλέξει το Μετρητή σακχάρου που του ταιριάζει και μέσω της ειδικά σχεδιασμένης εφαρμογής **ifora diabetes manager**, να έχει όλες τις μετρήσεις σακχάρου αποθηκευμένες στη συσκευή του, να κάνει διαχείριση των αποτελεσμάτων του ανά πάσα στιγμή και να μοιράζεται πληροφορίες, εάν επιθυμεί, μέσω mail, με τον επαγγελματία υγείας που τον παρακολουθεί. Η εταιρία ATCARE προσφέρει σε όλους τους ασθενείς τύπου 1 δωρεάν το μετρητή σακχάρου καθώς και μαθήματα εκπαίδευσης για την ορθή χρήση της εφαρμογής.

Fora i-Diamond Ο μοναδικός μετρητής σακχάρου που συνδέεται απευθείας με το iPhone, το iPod touch ή το iPad!

Η πρωτοποριακή συσκευή **Fora i-Diamond**, μεγέθους μόλις 2,5 εκατοστών, είναι η πρώτη συσκευή μέτρησης σακχάρου που συνδέεται απευθείας με τις συσκευές **iOS** της Apple.



Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να μας επισκεφτείτε στο www.atcare.gr ή να μας καλέσετε στο **210 57 83 080**

ΑΝΑΖΗΤΗΣΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΣΤΑ ΕΞΗΣ ΣΗΜΕΙΑ:

Σύλλογοι ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΦΙΛΩΝ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΚΑΙ ΙΘΑΚΗΣ
Σωτήρης 9, 28100, Αργοστόλι Κεφαλονιάς
Τ. 26710 23754, 6937 416600

→ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΓΩΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ | ΠΕΑΝΔ
Μεσογείων 24, Αθήνα / Τ. 210 77 96 600,
F. 210 77 96 461 / peand@live.com

→ ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ | ΠΑΣΥΝΕΔ
ΠΑΓΝΗ Βούτες Ηρακλείου Κρήτης / Τ. 6973 500 783,
6973 409 526 / ipatsakis@gmail.com

→ ΠΑΝΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ | ΠΕΝΔΙ
Μπουμπουλίνας 4, 454 45, Ιωάννινα,
Τ/Φ. 26510 73 634

→ ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ
Σκουφά 29, 41 222, Λάρισα / Τ. 2410 25 24 31

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΑΛΗΝΟΣ
Θεοφιλοπούλου 16, 117 43, Αθήνα
Τ. 210 92 26 798

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΣΕΡΡΩΝ
Ορφέως 14 (Παλαιό Νοσοκομείο)
Τ/Φ. 23210 58 791

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ
Σωφρονίου 25, 59 200, ΚΑΠΗ Νάουσας, Νάουσα
Τ. 23320 24 947

→ ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΚΑΙ ΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ
Ερμού 13, 54 624, Θεσσαλονίκη / Τ. 2310 223518,
F. 2310 223 595 / www.diabetic.gr
e-mail info@diabetic.gr

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ | ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ
Εθν. Αντιστάσεως 11, 50 200, Πτολεμαΐδα
Τ. 24630 28 188 / info@diabitiki-poria.gr
www.diabitiki-poria.gr

→ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ
3ης Σεπτεμβρίου 90, Αθήνα / Τ. 210 88 38 118

→ ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ
Εθνικής Αντιστάσεως 8, 60 100, Κατερίνη
Τ. 23510 477 81 / diapi@otenet.gr

→ Σε όλα τα διαβητολογικά κέντρα πανελλαδικά (βλ. σελίδες 60-61)

→ Αν δεν βρίσκετε το περιοδικό μας σε ένα από τα παραπάνω σημεία διανομής,

- ✓ επικοινωνήστε με τα γραφεία της ΕΛΟΔΙ (Γ' Σεπτεμβρίου 90, 104 34, Αθήνα)
- ✓ ενημερωθείτε στο www.elodi.org
- ✓ ή αποστείλτε την παρακάτω αίτηση συνδρομής



Γίνετε δωρεάν συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

Αποστείλτε τα στοιχεία σας στο fax: 210 69 24 416, ή στην εταιρεία ΕΞΕΛΙΞΗ Α.Ε., Χ. Ε. Ντούνη 36, 194 00, Κορωπί. Επίσης μπορείτε να αποστείλετε την αίτηση στα γραφεία της ΕΛΟΔΙ, Γ' Σεπτεμβρίου 90, 104 34, Αθήνα ή ηλεκτρονικά στο www.elogi.org. Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στο 210 69 15 785

Στοιχεία συνδρομητή

Όνομα - Επώνυμο:
Διεύθυνση:
Περιοχή:
ΤΚ:
Τηλέφωνο:
e-mail:
Υπογραφή:

Επιθυμώ να λαμβάνω το περιοδικό: ☐ σε έντυπη μορφή ☐ σε ηλεκτρονική μορφή



Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

Αθήνα

- > **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικών»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2013451, 210 7496312 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»**, Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, (εξωτ. ιατρείο), Τ: 210 3381392, fax: 210 7770473
- > **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, 213 2088333 (εξωτ. ιατρείο) fax: 213 2088646
- > **Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»**, Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- > **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»**, Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), 213 2009856
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»**, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839
- > **Ν.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»**, ενδοκρινολογικό τμήμα, Ψηφιλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > **Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ**, Μονής Πετρόκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7297958
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Ποδγκληνική»**, Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944

Πειραιάς

- > **Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»**, Δημ. Μαντούβαλου 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- > **Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννειο»**, Αφεντούλη & Ζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709

Θεσσαλονίκη

- > **Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»**, Α' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313303316 (ραντεβού), 2310 9933369 (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: 2313 323000 (εξωτ. ιατρείο) (εσωτ. 4226 ή 4248), fax: 2310 321862

Ιωάννινα

- > **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**, Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, ΤΚ 45500, Ιωάννινα, Τ: 26510 99111, 26510 99227 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26510 46617

Πάτρα

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

[ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ]

Στερεά Ελλάδα / Αττική & Πειραιάς

- > **Μαιευτικό Γυναικολογικό κέντρο Αθηνών «Έλενα Ε. Βενιζέλου»**, πλ. Ε. Βενιζέλου, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6411156
- > **Π.Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π.&Α. Κυριακού»**, Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2009429
- > **Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο»**, Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- > **Γ.Ν.Μ. 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσίων)**, τέρμα Ζαΐμη, ΤΚ 15127, Μελίσσια, Τ: 210 8106200, 210 8106262 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- > **251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας**, Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χοιλαργός, Τ: 210 7463399, 210 7464093 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7715690
- > **Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»**, Μεσογείων 152, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7778611-19, 210 7763194 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7778838
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Σισμανόγλειο»**, Σισμανογλείου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- > **Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Εήνης»**, Δημοτσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445602
- > **Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο»**, Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 213 2163000, 213 2163142 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8923326
- > **Γ.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»**, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Δ. Μαντούβαλου 3,

- Νίκαια, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 213 2076709
- > **Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταά»**, Μπότση 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 213 2079670 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4599774
- > **Γ.Ν.Α. «Γιώργος Γεννηματάς»**, λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 213 2032283-4, fax: 210 7705980
- > **Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα»**, Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 213 2057000, 213 2057222 (εξωτ. ιατρείο)
- > **Γ.Ν.Ε. «Θυρίσιο»**, λεωφόρος Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μαγούλα, Τ: 213 2028000, 213 2028774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243
- > **Γ.Ν.Α. «Η Παμμακάριστος»**, Ιακωβάτων 43, ΤΚ 11144, Αθήνα, Τ: 210 2284851, 210 2001100, 210 2001344 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 2020002
- > **Ν.Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμινγκ»**, 25ης Μαρτίου 14, ΤΚ 15126, Μελίσσια, Τ: 210 8030303, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8038399
- > **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649

Ν. Βοιωτίας

- > **Ν.Γ.Ν. Θηβών**, Τσεβά 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, 26623 50133 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. Δωρίδος

- > **Ν.Γ.Ν. Άμφισσας**, Οικισμός Δροσοχωρίου, ΤΚ 33100, Άμφισσα, Τ: 22650 28460, (εσωτ.: 171), fax: 22650 22086

Ν. Εύβοιας

- > **Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας**, Γαζέπη 48, Χαλκίδα, ΤΚ 34100, Τ: 22210 21901-10, 22210 35259 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22210 85131
- > **Κ.Υ. Καρύστου**, Ποθ. Κάτσικα 56, ΤΚ 34001, Κάρυστος, Ν. Ευβοίας, Τ: 22243 50100, 22243 50104 (εξωτ. ιατρείο)

Ν. Φθιώτιδας

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

Μακεδονία / Ν. Θεσσαλονίκη

- > **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»**, Εθλίνης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 322100, 2313 322427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2313 322205
- > **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, Κρήνη Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 476936, fax: 2310 438322
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 312000, 2310 892462 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 992784
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 312000, 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: 2313 323000, 2310 693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 321862
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»**, ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603
- > **Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, Αηεξ. Συμεωνίδη 2, ΤΚ 54351, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 898170

Ν. Κιλκίς

- > **Νοσοκομείο Γουμένισσας**, Μαυροπούλου 9, ΤΚ 61300, Γουμένισσα, Ν. Κιλκίς, Τ: 23430 41411, 23433 50321 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23430 428431
- > **Ν.Γ.Ν. Κιλκίς**, Νοσοκομείου 1, ΤΚ 61100, Κιλκίς, Τ: 23413 51400, 23413 51671 / 51498 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23413 51630

Ν. Πιερίας

- > **Ν.Γ.Ν. Κατερίνης**, 7ης Μεραρχίας 26, ΤΚ 60100, Κατερίνη, Τ: 23513 50200, 23513 50251 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23513 50115

Ν. Χαλκιδικής

- > **Ν.Γ.Ν. Χαλκιδικής**, ΤΚ 63100, Ποθύγυρος, Τ: 23710 20101, 23710 20248 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23710 23781

Ν. Δράμας

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

Ν. Καβάλας

- > **Ν.Γ.Ν. Καβάλας**, Ύψωμα Βασιλάκη, ΤΚ 65500, περιοχή Αγ. Σύλλα, Καβάλα, Τ: 2513 501100, 2513 501231-2 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2513 501548

Ν. Σερρών

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

Ν. Ημαθίας

- > **Γ.Ν.Ν. Βέροιας**, Ασωμάτων Βεροίας, ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23313 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. Κοζάνης

- > **Ν.Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»**, Μαματσειού 1, ΤΚ 50100, Κοζάνη, Τ: 24610 67600, 24613 52647 (εξωτ. ιατρείο), fax: 24613 52630

Ν. Πέλλης

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

Νησιά Αιγαίου Πελάγους / Ν. Λέσβου

- > **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»**, Ε. Βοτάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700, 22513 51540 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 40366

Ν. Σάμου

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

'Ηπειρος / Ν. Ιωαννίνων

- > **Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»**, λεωφόρος Μακρυγιάννη, ΤΚ 45001, Ιωάννινα, Τ: 26510 80111, 26510 80444 - 80475 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26510 31414

Θεσσαλία / Ν. Λάρισας

- > **Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας**, Μεζούρη, ΤΚ 41110, Λάρισα, Τ: 2413 501000, 2413 502430 & 2431 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2410 611097
- > **Γ. Ν. Λάρισας**, Τσακάλωφ 1, ΤΚ 41221, Λάρισα, Τ: 2410 230031, 2410 560384 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2410 535150

Ν. Μαγνησίας

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

Ν. Τρικάλων

- > **Ν.Γ.Ν. Τρικάλων**, Καρδίτσας 56, ΤΚ 42100, Τρίκαλα, Τ: 24313 50100, 24313 50721 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 24310 37392

Ν. Καρδίτσας

- > **Ν.Γ.Ν. Καρδίτσας**, Τέρμα Τουρωπού, 43100 Καρδίτσα, Τ: 24410 65555, 24413 51222 (εξωτ. ιατρείο, fax: 24410 26313

Θράκη / Ν. Έβρου

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

Ν. Ξάνθης

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

Ν. Ροδόπης

- > **Ν.Γ.Ν. Κομοτηνής**, Σισμανόγλου 45, ΤΚ 69100, Κομοτηνή, Τ: 25313 51100, 25313 51465 (εξωτ. ιατρείο), fax: 25313 51527

Νησιά Ιονίου Πελάγους / Ν. Ζακύνθου

- > **Ν.Γ.Ν. Ζακύνθου**, ΤΚ 59200, Ζάκυνθος, Τ: 26950 59100, 26950 59221 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26950 42520

Ν. Λευκάδας

- > **Ν.Γ.Ν. Λευκάδας**, Βαθαωρίτου 24, ΤΚ 31100, Λευκάδα, Τ: 26450 38200, 26450 38284 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26450 25377

Κρήτη / Ν. Ηρακλείου

- > **Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο»**, Λ. Κνωσσού 363, ΤΚ 71409, Ηράκλειο Κρήτης, Τ: 2810 368000, 2810 368174 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2810 368684
- > **Πε.Πα.Γ.Ν. Ηρακλείου**, διασταύρωση Βουτών-Σταυρακίου, ΤΚ 71110, Βούτες Ηρακλείου, Τ: 2810 392111, 2810 392269 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2810 542064

Ν. Χανίων

- > **Ν.Γ.Ν. Χανίων «Άγιος Γεώργιος»**, Δημοκρατίας 81, 73134, Χανιά, Τ: 28210 22000, 28210 22594 (εξωτ. ιατρείο), fax: 28210 71112, 28210 22394

Πελοπόννησος / Ν. Αργολίδος

- > **Ν.Γ.Ν. Αργούς**, Κορινθίου 191, ΤΚ 21200, Αργος, Τ: 27513 60290, 27510 24455, 27510 64128 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27510 24644

Ν. Αρκαδίας

- > **Ν.Γ.Ν. Τρίπολης «Ευαγγελίστρια»**, Ερ. Σταυρού (τέρμα), ΤΚ 22100, Τρίπολη, Τ: 2710 371700, 2710 371809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27103 38175

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε

★ Είμαι 22 ετών και έχω διαβήτη τύπου 1 εδώ και 10 χρόνια. Είμαι τώρα φοιτήτης και τα πάω μια χαρά με τον έλεγχο του σακχάρου μου και την γλυκοζυλιωμένη. Πάντα όμως αγχώνομαι γιατί τώρα τις γιορτές που βγαίνω λίγο παραπάνω και θέλω να πω αλκοόλ δεν ξέρω πώς να το χειριστώ. Τι θα με συμβουλευάτε;

Το αλκοόλ πάντα δρα να ξέρεις σαν extra μονάδες ινσουλίνης και πάντα τελικά τείνει να προκαλεί υπογλυκαιμία. Οπότε το σημαντικότερο είναι να μην πίνεις ποτέ με άδειο στομάχι και μπορεί να χρειαστεί να ξαναφάς ένα μικρογεύμα πριν τον ύπνο μετά από διασκέδαση. Επίσης, αν πίνεις και τρως μαζί, το πλύνει ασφαλές θα ήταν να μειώσεις τη δόση ινσουλίνης στο γεύμα σου κατά περίπου 20%. Κάποια αλκοολούχα ποτά περιέχουν και αυτά υδατάνθρακες, όπως μπύρα, κοκτέιλ, λικέρ. Αυτά αρχικά θα προκαλέσουν άνοδο στις τιμές σακχάρου και αν πίνεις πάνω από 2-3 τότε μπορεί να χρειαστεί να κάνεις 1-2 μονάδες ινσουλίνης. Η αντίδραση στο αλκοόλ είναι τελείως εξατομικευμένη, οπότε πρώτα παρατηρείς με μετρήσεις πώς αντιδρά ο οργανισμός σου και μετά αποφασίζεις τι θα κάνεις με τις μονάδες. Το βασικό σου μέλημα είναι να αποφύγεις την υπογλυκαιμία!

★ Η κόρη μου είναι 8 χρονών και διαγνώστηκε με διαβήτη τύπου 1 πριν από 2 μήνες. Είναι τα πρώτα Χριστούγεννα που θα πρέπει να σκεφτώ και να αποφασίσω τι θα κάνω με τα γλυκά των Χριστουγέννων και τις τιμές σακχάρου της. Ποιά γλυκά μπορεί να φάει και ποιό είναι το πιο υγιεινό κατά την γνώμη σας;

Φυσικό είναι η κόρη σας να θέλει και φέτος να φάει από τα γλυκά των Χριστουγέννων και εννοείται πως μπορεί να τα απολαύσει μέσα σε λογικά πλαίσια όπως άλλωστε και όλα τα παιδιά! Μεταξύ μελομακάρονου και κουραμπιέ, το πρώτο είναι πιο 'υγιεινό'. Ένα μεσαίου μεγέθους μελομακάρονο (40gr) περιέχει 17-20gr υδατάνθρακες και μέχρι 170 θερμίδες. Ενώ ο κουραμπιές του ίδιου μεγέθους έχει 25gr υδατάνθρακα και 200-260 θερμίδες. Επίσης, το μελομακάρονο έχει και καλύτερης ποιότητας λιπαρά, αφού προέρχονται από ελαιόλαδο και όχι βούτυρο. Η κόρη σας λοιπόν θα μπορούσε να τρώει μέχρι και 2 χριστουγεννιάτικες λιχουδιές την εβδομάδα πάντα με τις ανάλογες μονάδες ινσουλίνης! Απαραίτητη η μέτρηση για να μπορείτε να επιβεβαιώσετε την επίδραση του γλυκού στις τιμές σακχάρου.



★ Είμαστε ένα ζευγάρι, με τον άντρα μου και οι δύο έχουμε διαγνωστεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Οι γιορτές είναι αγαπημένη περίοδος και για τους δύο μας και πάντα οργανώνουμε ένα δείπνο-μπουφέ για τους φίλους μας τα Χριστούγεννα. Πάντα εκείνη την ημέρα μας είναι δύσκολο να ελέγξουμε τα σάκχαρά μας. Τι θα μας συμβουλευάτε;

Είναι πολύ ωραία η ιδέα του μπουφέ, αλλά θέλει λίγη προσοχή στην διαχείριση του φαγητού με την ινσουλίνη. Πρώτον, αντί να τσιμπολογάτε συνεχώς από τον μπουφέ είναι καλύτερο να σερβίρετε το πιάτο σας και με βάση αυτό που αποφασίσατε να φάτε να κάνετε και τις ανάλογες μονάδες. Αν απλά τρώτε από τον μπουφέ τότε είναι εύκολο να χάσετε τον έλεγχο των μερίδων σας. Αν θέλετε να φάτε και γλυκό καλύτερα να κάνετε τις μονάδες ξεχωριστά και όχι όλες μαζί από την αρχή, αφού έχετε καταλήξει πόσο θα φάτε από το γλυκό. Επειδή είστε και οι οικοδεσπότες πρέπει να σκεφτείτε πόσο δραστήριοι θα είστε εκείνο το βράδυ, γιατί μπορεί να πρέπει να μειώσετε την ποσότητα φαγητού. Το ίδιο θα συμβεί αν έχετε σκοπό να χορέψετε! ✎



Ακρίβεια που μπορείτε να εμπιστευέστε



ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

ACCU-CHEK

Συνιστάται από την



Experience what's possible.

Το ACCU-CHEK είναι εμπορικό σήμα της Roche. © 2012 Roche.

Τμήμα εξυπηρέτησης πελατών Accu-Chek: Από κινητό 210 2703700 και από σταθερό δωρεάν στο 800 11 71000



www.accu-chek.com

ACCU-CHEK®



ακόμα μεγαλύτερη

Ακρίβεια

GR-CYTHW3AD-0517

Νέος εύκολος στη χρήση μετρητής γλυκόζης αίματος CONTOUR™ XT και νέες ταινίες μέτρησης CONTOUR™ NEXT της Bayer.

Εξαιρετική ακρίβεια για αποτελέσματα που μπορείτε να εμπιστευέστε.

Μοναδική τεχνολογία πολλαπλού - παλμού που μετράει το δείγμα 7 φορές

Τεχνολογία No Coding™ που εξαλείφει σφάλματα από λάθος κωδικοποίηση

Μετρήσεις που δεν επηρεάζονται από πολλές κοινές ουσίες παρεμβολής

Τεχνολογία Sip-in Sampling® που βοηθάει στη σωστή μέτρηση με την πρώτη φορά

Επισκεφθείτε μας στη διεύθυνση bayerdiabetes.gr ή καλέστε μας στο 801 11 40 200 (χωρίς χρέωση).



**Contour
next**
Ευκολή Μέτρηση Γλυκόζης Αίματος



**Contour
XT**
Ευκολή Μέτρηση Γλυκόζης Αίματος