

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ISSN : 1791-4574

www.elodi.org

Μάρτιος-Απρίλιος 2012 # 26



- Ηλίας Ν. Μυγδάλης, συντονιστής διευθυντής Β' παθολογικής κλινικής και διαβητολογικού κέντρου, νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ:
“Ο κατάλληλος σχεδιασμός αποτελεσματικών και ρεαλιστικών στρατηγικών για την πρόληψη του διαβητικού ποδιού έχει πολύ μικρότερο κόστος από την αντιμετώπιση του προβλήματος, όταν παρουσιαστεί”
- Συνέντευξη του Κυριάκου Σουλιώτη, αντιπροέδρου ΕΟΠΥΥ
- Η αποδοχή του διαβήτη κατά την εφηβεία


ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



Κάποια πράγματα τα φοράμε
για να τα προσέξουν...

Κάποια άλλα, όχι!

Νέα TENA *Protective Underwear*, προσφέρουν απορροφητικότητα και προστασία.
Είναι θηλυκά, σχεδιασμένα ειδικά για να είναι τόσο διακριτικά όσο
και τα κανονικά εσώρουχα! Έτσι, ξεχνάτε ότι τα φοράτε!

Σχεδιασμένα για να είναι αόρατα!



Για δωρεάν δείγμα ή για να γίνετε μέλος του TENA Club, επικοινωνήστε μαζί μας είτε τηλεφωνικά στο 800 111 8362 (χωρίς χρέωση) είτε μέσω internet στην ηλεκτρονική διεύθυνση www.TENA.gr. Ακόμη, αποκτήστε εύκολα και γρήγορα το προϊόν που σας ταιριάζει, στο www.TENASHOP.gr



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 ΚΙΜΕΝΩΝ

Δημήτρης Χατζησταύρου

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ

Σοφία Νέττα

ΥΠΟΔΟΧΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

Πόλυ Βύνιου
advertising@exelixa-sa.gr

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ

Shutterstock

ΕΚΤΥΠΩΣΗ

ΔΙΑΣ ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ ΑΕΒΕ

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 ολόκληρου 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 Νοσ. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσ. «Ευαγγελισμός»

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

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

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

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

Βασίλειος Καραμάνος, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος, υπεύθυνος Παιδοενδοκρινολογικού Ιατρείου Νοσοκομείου «Μητέρα»

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

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μητράκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσλεχ, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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 Νοσ. «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 Σακχαρώδους Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας, πρόεδρος Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Βασιλική Σπηλιώτη, 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, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας, διευθυντής Παθολογικής Κλινικής «Βιοκλινική Αθηνών»

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

Γεώργιος Χρόσος, 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 # 26

6

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

8

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ / ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τέτ-α-τέτ συνέντευξη με τον κ. **Ηλία Ν. Μυγδάλη**,
συντονιστή διευθυντή Β' Παθολογικής Κλινικής και
Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ

16

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Γενόσημα φάρμακα... μια άλλη προσέγγιση
Επί τον τύπο των ήλων

18

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Συνέντευξη με τον Κυριάκο Σουλιώτη,
αντιπρόεδρο ΕΟΠΥΥ

22

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

24

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Το σύστημα ασφάλισης σε άμεσο κίνδυνο:
μπορεί ο «κοινωνικός ΦΠΑ» να αποτελέσει λύση;

26

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Χειρουργική θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2:
υπάρχει κλινική εφαρμογή;

30

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2
αυτοφλεγμονώδης νόσος;

33

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Επώδυνη διαβητική νευροπάθεια:
τί πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα με διαβήτη

34

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η ανάγκη συμμόρφωσης των ατόμων με σακχαρώδη
διαβήτη για την αποφυγή υπογλυκαιμιών

37

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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



8



33



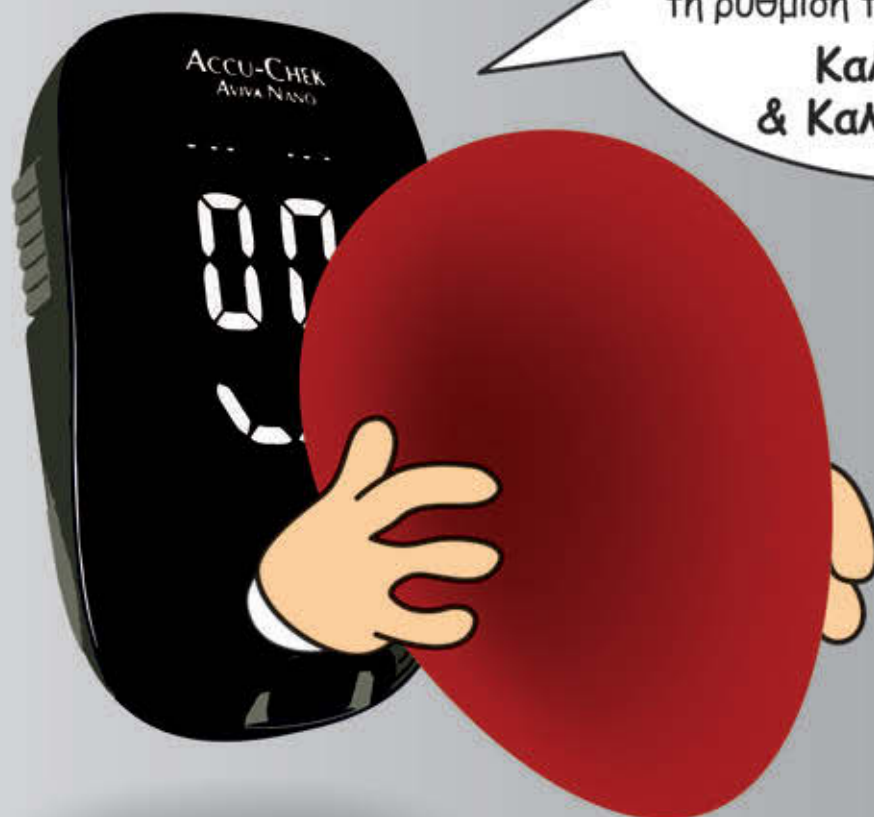
26

Accu-Chek Aviva Nano

Ο εύκολος και ασφαλής τρόπος
για ακριβή αποτελέσματα

Αυτό το Πάσχα
αφιερώστε περισσότερο χρόνο
στους αγαπημένους σας... και αφήστε
τη ρύθμιση του διαβήτη σ' εμένα!

**Καλό Πάσχα
& Καλή Ανάσταση!**



Συνιστάται
από την



Experience what's possible.

Τα ACCU-CHEK, ACCU-CHEK AVIVA και ACCU-CHEK NANO,
είναι εμπορικά σήματα της Roche. © 2012 Roche.

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

www.accu-check.com



ACCU-CHEK®

περιεχόμενα # 26

41 **ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ**
Αιδιοκοιλίτιδα και σακχαρώδης διαβήτης

44 **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ**
Η αποδοχή του διαβήτη κατά την εφηβεία

47 **ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Η προσωπική εμπειρία της 26χρονης Μαρίας Ακριώτη με το διαβήτη

50 **ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ**
Κουλούρια διαίτης

54 **ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**
Rafting, το άθλημα των τοιμηρών

56 **ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ**
Σπέτσες, η αρχόντισσα του Σαρωνικού

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

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



Κανέλα

για τον διαβήτη...



Η πρόταση της φύσης!



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

Diabecinn Extra

Ασφαλής λύση!

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

Περιέχει πρόσθετα αντιοξειδωτικά (Βιτ. C και E), τις βιταμίνες B3 και B6 που ενισχύουν την ενέργεια του οργανισμού και έχουν θετική επίδραση στην χοληστερόλη και ηλεκτρολύτες που βοηθούν να ξεπεραστεί το οξειδωτικό στρες και οι θρεπτικές ανεπάρκειες που σχετίζονται με τον διαβήτη.

Κατάλληλο για δίαιτα διαβητικών τύπου 2. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή για τον διαβήτη τύπου 2.

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής.

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

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



ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΟΣ ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ: ΑΓΓΕΛΙΚΑ ΕΛΟΒΑΡΗ Α.Ε.

Νικάνωρος 33-35, Χαριλάου • Θεσσαλονίκη • Τ. 2310 856233, 2310 301720 • F. 2310 821216 • www.elovari.gr • e-mail: elovari@otenet.gr • elovari@elovari.gr



www.facebook.com/elovari



Αγαπητοί αναγνώστες,

Δρασκελίσουμε το κατώφλι του Απρίλη με τις αυξομειώσεις του πολιτικού βαρόμετρου να νχούν ως καμπανάκι κινδύνου και τις δηλώσεις των πολιτικών αρχηγών να μοιάζουν με πρωταπριλιάτικες μεγαλοστομίες, που δεν αγγίζουν πλέον τον πτωχεύσαντα, αλλιά ψύχραιμο ψηφοφόρο.

Είναι επίσης θλιψηρό, να βλέπουμε ασπρομάλληδες και κυρτές από τον χρόνο γιαγιάδες, στα διάφορα ρεπορτάζ της τηλεόρασης, να δηλώνουν ότι «...δουλεύουμε για να βοηθήσουμε τα παιδιά μας, τα εγγόνια μας...» -και το λένε ανοιχτά, με έντονη αίσθηση του καθήκοντος και της ευθύνης της οικογένειας που δημιουργήσαν.

Την ώρα που γράφεται αυτό το προοίμιο στον χώρο της υγείας, δεν έχουν δοθεί λύσεις σε αρκετά θέματα όπως τα γενόσημα φάρμακα, η συνταγογράφηση της χημικής ουσίας, η ανεπαρκής εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων σε μερικά ταμεία, αλλιά και η πλημμελής λειτουργία των νοσοκομείων λόγω της επίσχεσης εργασίας των γιατρών που παραμένουν απλήρωτες οι εφημερίες τους.

Παρά το ζοφερό κλίμα που επικρατεί στις υπηρεσίες της δημόσιας υγείας, το Δ.Σ. της ΕΛΟΔΙ φροντίζει με τους αρμόδιους φορείς, αφενός να μη διαταραχθεί η παροχή της φαρμακευτικής αγωγής των ατόμων με διαβήτη, αφετέρου τα αναλώσιμα να χορηγούνται χωρίς ποσοστό συμμετοχής.

Η έκδοση του τεύχους που κρατάτε στα χέρια σας, συμπίπτει χρονικά με τη διεξαγωγή αρκετών επιστημονικών συνεδρίων, όπως της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, στα οποία έλαβαν μέρος επιστήμονες διεθνούς εμβέλειας. Στο πανελλήνιο συνέδριο της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας πραγματοποιήθηκε τιμητική εκδήλωση στη μνήμη του Νίκου Θαλασσινού. Μια έξοχη προσωπικότητα διαβητολόγου-ενδοκρινολόγου-διευθυντού του ενδοκρινολογικού τμήματος του «Ευαγγελισμού» και επί σειρά ετών προέδρου της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας.

Ξεφυλλίζοντας το τεύχος αυτό, σίγουρα θα βρείτε αρκετά ενδιαφέροντα θέματα. Θα πρέπει όμως, ως είθισται, μετά τις διακοπές του Πάσχα, όταν όλοι, λίγο πολύ, παρασυρθήκαμε σε διατροφικές ατασθαλίες, να σας παροτρύνω να επανέλθετε στον υγιεινό τρόπο ζωής, με τη συστηματική άσκηση και σωστή διατροφή.

Τώρα, που βελτιώνεται και ο καιρός, είναι ακόμη πιο εύκολο να σηκωθείτε από τον καναπέ, να κλείσετε -επιτέλους- την τηλεόραση και να βγείτε στο πάρκο, το βουνό, τη θάλασσα, ακόμη και στα σοκάκια της πόλης για έναν περίπατο που, όπως όλοι καλά γνωρίζετε, είναι ευεργετικός για τη διατήρηση του βάρους και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού.

Δ. Χιώτης, διευθυντής σύνταξης



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

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

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

Βοηθάμε τους ασθενείς να μάθουν ποια πρόοδος μπορεί να υπάρξει σχετικά με νόσους όπως η Υπογονιμότητα, η Πολλαπλή Σκλήρυνση και η Ανεπάρκεια Αυξητικής Ορμόνης.

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

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

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

ΗΛΙΑΣ Ν. ΜΥΓΔΑΛΗΣ

Συντονιστής διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο ΝΙΜΤΣ



Για να μπορέσουμε να μιλήσουμε θετικά για όλη την πλειάδα των γενοσήμων φαρμάκων που κυκλοφορούν, θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος από τις εποπτικές αρχές, όχι μόνο στην αρχική αίτηση της άδειας κυκλοφορίας, αλλά και συνεχής δειγματοληπτικός έλεγχος

Παρ' όλα τα άρθρα που δημοσιεύονται στον Τύπο και τις εκπομπές υγείας που προβάλλονται στην τηλεόραση, παρατηρούμε με ιδιαίτερη ανησυχία ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση των παχύσαρκων παιδιών στην Ελλάδα και κατ' επέκταση και αύξηση του παιδικού διαβήτη. Ποιες πρέπει να είναι κατά την άποψή σας οι ενέργειες και δράσεις σε πολιτειακό, επιστημονικό και ατομικό επίπεδο, προκειμένου να γίνει «φύση» στη λογική των παιδιών η σωστή διατροφή, η οποία θωρακίζει την υγεία τους και δημιουργεί μια υγιή μελλοντική κοινωνία πολιτών;

Πράγματι, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση της παχυσαρκίας στα παιδιά και στους εφήβους στη χώρα μας. Είναι εμφανές ότι μαζί με την παχυσαρκία, καθώς και με την καθιστική ζωή και την ανεπαρκή σωματική άσκηση, ιδιαίτερα λόγω της τηλεθέασης και των ηλεκτρο-

νικών υπολογιστών, ένας νέος κίνδυνος αναφέρεται, κυρίως για τους εφήβους μας, ο διαβήτης τύπου 2. Ήδη το μέγεθος του προβλήματος αναγνωρίζεται ως σοβαρό σε διάφορες εθνικές ομάδες, όπως στους παχύσαρκους μαύρους εφήβους και τους Ιταλοαμερικανούς στις ΗΠΑ.

Υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι η σωστή διατροφή και η τακτική σωματική άσκηση μπορεί πράγματι να θωρακίσει την υγεία τους. Εξακολουθεί να υπάρχει όμως μεγάλο κενό μεταξύ θεωρίας και πράξης. Πρέπει να σχεδιαστούν και να εφαρμοστούν εκπαιδευτικά προγράμματα που θα απευθύνονται από πολύ νωρίς τόσο στα παιδιά της προσχολικής και σχολικής ηλικίας όσο και στους γονείς και στους εκπαιδευτικούς, στοχεύοντας κυρίως στην πρόληψη της παχυσαρκίας. Ο σχεδιασμός αυτός πρέπει να γίνει καταρχήν από την πολιτεία, αλλά θα πρέπει να είναι και ο στόχος αντίστοιχων επιστημονικών εταιρειών. Όπως αναφέρθηκε, επειδή η συχνότητα της παχυσαρκίας αυξάνεται όλο και πε-

ρισσότερο στα παιδιά, υφίσταται κίνδυνος να διαφεύγει ο διαβήτης τύπου 2 σε αυτά για πολλά χρόνια, καθιστώντας τα επιρρεπή στις επιπλοκές της νόσου. Κατόπιν τούτου η Αμερικανική Ακαδημία Παιδιατρικής (AAP) μαζί με την Αμερικανική Εταιρεία Διαβήτη (ADA) έχουν δημοσιεύσει κοινή απόφαση με συστάσεις για την ανίχνευση παιδιών και εφήβων με διαβήτη. Η ανίχνευση πρέπει να ξεκινά από το δέκατο έτος ζωής στα άτομα με υψηλό κίνδυνο, δηλαδή αυτά που είναι παχύσαρκα, που προέρχονται από συγκεκριμένες εθνικές ομάδες ή εμφανίζουν κλινικές εκδηλώσεις ανθεκτικότητας στην ινσουλίνη.

→ Υπάρχουν διάφορες χειρουργικές μέθοδοι, όπως είναι η βαριατρική επέμβαση, που βελτιώνουν τον μεταβολισμό του σακχάρου στα άτομα που έχουν διαβήτη και που είναι παχύσαρκα. Θα θέλατε να μας μιλήσετε για τις μεθόδους αυτές; Συνιστώνται για όλα τα διαβητικά άτομα;



Υπάρχουν αρκετές ελληνικές εταιρείες που παράγουν γενόσημα φάρμακα και συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματική θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή όσο και στην εξοικονόμηση πόρων

Οι ειδικές χειρουργικές επεμβάσεις, που ονομάζονται βariatρικές επεμβάσεις, αποσκοπούν είτε στη μείωση πρόσληψης τροφής είτε στη δυσασπορρόφηση της τροφής. Για να υποβληθεί ένας ιδιαίτερα παχύσαρκος διαβητικός σε βariatρική επέμβαση, πρέπει να πληροί συγκεκριμένες προϋποθέσεις, ενώ υπάρχουν και αρκετές αντενδείξεις για την εφαρμογή τους. Οι επεμβάσεις αυτές πρέπει να γίνονται σε ειδικά κέντρα και βεβαίως αφορούν ένα πολύ μικρό αριθμό ασθενών με διαβήτη τύπου 2 και παχυσαρκία.

→ Ποια είναι η γνώμη σας για τις μελλοντικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη;

Στη διάθεση του κλινικού γιατρού για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη κυκλοφορούν σήμερα διάφορες ομάδες φαρμακευτικών ουσιών με ποικίλο τρόπο δράσης. Παρ' όλα αυτά, αρκετοί διαβητικοί ασθενείς δεν επιτυγχάνουν τους γλυκαιμικούς στόχους. Η ανάγκη ανεύρεσης

νέων θεραπευτικών μέσων εξακολουθεί να υφίσταται. Σε ό,τι αφορά δε τις μελλοντικές εξελίξεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη, πιστεύω ότι θα υπάρξουν νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις με πολύ θετικά αποτελέσματα. Η οριστική όμως θεραπεία του διαβήτη, δεν νομίζω ότι θα γίνει σύντομα.

→ Είστε συντονιστής διευθυντής στη β' παθολογική κλινική και υπεύθυνος στο διαβητολογικό κέντρο του νοσοκομείου NIMTS. Πείτε μας λίγα πράγματα για το διαβητολογικό κέντρο.

Το διαβητολογικό κέντρο του NIMTS άρχισε τη λειτουργία του ως διαβητολογικό ιατρείο στις 1/4/1986, μετά την επάνοδό μου από το Λονδίνο, όπου έκανα εξειδίκευση στον διαβήτη (King's College Hospital). Από 30/4/2003 έγινε αναβάθμιση του ιατρείου σε διαβητολογικό κέντρο δίνοντας την ευκαιρία και για την εκπαίδευση γιατρών στον διαβήτη. Εκτός από τον μεγάλο αριθμό ασθενών που παρακολουθούν

με, το κέντρο μας έχει να επιδείξει ένα σημαντικό αριθμό εκπαιδευτικών βοηθημάτων τόσο για τους ασθενείς «Το αλφάβητο του διαβητικού» όσο και για τους γιατρούς («Το διαβητικό πόδι», «Διαβητική νευροπάθεια», «Άσκηση και αθλητισμός στον διαβήτη»). Από το 1996 και κάθε δύο χρόνια το διαβητολογικό κέντρο οργανώνει μετεκπαιδευτικά μαθήματα που απευθύνονται σε παθολόγους και ενδοκρινολόγους, από τους οποίους οι περισσότεροι εργάζονται σε διαβητολογικά ιατρεία νοσοκομείων όλης της χώρας. Σε κάθε σεμινάριο γίνεται καταγραφή των εισηγήσεων και έκδοση σχετικού βιβλίου με τίτλο «Στρατηγικές στον σακχαρώδη διαβήτη».



Γενόσημα είναι τα φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, με την ίδια φαρμακευτική μορφή με τα φάρμακα αναφοράς και των οποίων η ισοδυναμία με τα φάρμακα αναφοράς έχει αποδειχθεί με κατάλληλες μελέτες βιοϊσοδυναμίας

→ Το τελευταίο διάστημα γίνονται σημαντικές μειώσεις στον χώρο της υγείας, που αφορούν περικοπές σε φάρμακα και παροχές. Ταυτόχρονα γίνεται προσπάθεια για εισαγωγή στην αγορά περισσότερων γενοσήμων φαρμάκων. Πώς κρίνετε την υπάρχουσα κατάσταση και πώς πιστεύετε ότι θα διαμορφωθεί το τοπίο στον χώρο της υγείας για τα διαβητικά άτομα;

Πιστεύω ότι υπάρχουν τρόποι μείωσης των δαπανών με πλέον ορθολογική διαχείριση των προβλημάτων του διαβητικού ασθενή τόσο από την πολιτεία όσο και από τους γιατρούς. Θα σας αναφέρω δύο παραδείγματα. Τα προβλήματα από το διαβητικό πόδι προκαλούν τους περισσότερους ακρωτηριασμούς. Υπολογίζεται ότι περίπου το 40-60% όλων των μη τραυματικών μεγάλων ακρωτηριασμών των κάτω άκρων γίνονται σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Το κόστος, ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό, είναι τεράστιο. Ο κατάλληλος σχεδιασμός αποτελεσματικών και ρεαλιστικών στρατηγικών για την πρόληψη του διαβητικού ποδιού έχει πολύ μικρότερο κόστος από την αντιμετώπιση του προβλήματος, όταν παρουσιαστεί.

Το δεύτερο παράδειγμα αφορά τον έλεγχο της γλυκαιμικής εικόνας που μπορεί να γίνεται με τη μέτρηση της γλυκόζης με ειδικούς μετρητές. Σε περίπτωση που οι πληροφορίες από τον έλεγχο της γλυκαιμικής εικόνας δεν πρόκειται να αξιοποιηθούν από τον ίδιο τον ασθενή ή τον γιατρό, ο έλεγχος είναι περιττός.

Σε ό,τι αφορά τα γενόσημα φάρμακα, είναι γεγονός ότι συμβάλλουν στη μείωση των τιμών, δεδομένου ότι είναι αρκετά φθηνότερα από τα αντίστοιχα πρωτότυπα. Ας δούμε όμως τι είναι τα γενόσημα. «Είναι τα φάρμακα με την ίδια ποιοτική και ποσοτική σύνθεση σε δραστικές ουσίες, με την ίδια φαρμακευτική μορφή με τα φάρμακα αναφοράς και των οποίων η ισοδυναμία με τα φάρμακα αναφοράς

έχει αποδειχθεί με κατάλληλες μελέτες βιοϊσοδυναμίας». Υπάρχουν αρκετές ελληνικές εταιρείες που παράγουν γενόσημα φάρμακα και συμβάλλουν τόσο στην αποτελεσματική θεραπεία του συγκεκριμένου ασθενή όσο και στην εξοικονόμηση πόρων. Τα φάρμακα των αξιόπιστων αυτών ελληνικών εταιρειών έχουν καταξιωθεί στη συνείδηση των γιατρών τόσο στην Ελλάδα όσο και στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και των ΗΠΑ.

Για να μπορέσουμε όμως να μιλήσουμε θετικά για όλη την πλειάδα των γενοσήμων φαρμάκων που κυκλοφορούν, θα πρέπει να υπάρχει έλεγχος από τις εποπτικές αρχές, όχι μόνο στην αρχική αίτηση της άδειας κυκλοφορίας αλλά και συνεχής δειγματοληπτικός έλεγχος. Το ζητούμενο είναι κάθε γενόσημο φάρμακο να πληροί κάθε στιγμή τις παραμέτρους του ορισμού που σας ανέφερα προηγουμένως.

→ Μιλήστε μας λίγο για το πώς πιστεύετε ότι διαγράφεται το μέλλον του διαβήτη στην Ελλάδα αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο. Τι θα μπορούσε να ανακόψει την πορεία αυτή;

Η μεγάλη αύξηση των διαβητικών ατόμων στον κόσμο οφείλεται στην αύξηση του διαβήτη, κυρίως στην Ινδία. Η δημιουργία μεσαίας τάξης στη χώρα αυτή, που είχε ως επακόλουθο τη μείωση της σωματικής δραστηριότητας και την αύξηση του σωματικού βάρους, έχει ως αποτέλεσμα και τη μεγάλη αύξηση των διαβητικών ατόμων.

Η δεύτερη μεγάλη αύξηση του διαβήτη τύπου 2 παγκοσμίως αναμένεται να γίνει την επόμενη δεκαετία, λόγω της ανάπτυξης της Κίνας.

Τα μέτρα που θα μπορούσαν να ανακόψουν την πορεία αυτή, είναι να εντοπίζονται οι ομάδες υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 νωρίς και να γίνεται παρέμβαση στον τρόπο ζωής με σωστή διατροφή και καθημερινή σωματική δραστηριότητα. ✖



PR-07-FEB2011A

Μια ιστορία προσφοράς από ανθρώπους για ανθρώπους

Η Pfizer Hellas συμπλήρωσε 50 χρόνια πετυχημένης επιχειρηματικής παρουσίας στην Ελλάδα. Όλα αυτά τα χρόνια, υπηρετούμε με **συνέπεια** και **ακεραιότητα** το όραμά μας για έναν υγιέστερο κόσμο. Χιλιάδες ασθενείς βρίσκουν στα σκευάσματα μας **θεραπεία** και **ελπίδα**. Μέσα από τη **συνεργασία** με την **επιστημονική** και **ιατρική κοινότητα**, κάνουμε την επιστήμη σύμμαχο των ασθενών. **Απασχολούμε εκατοντάδες εργαζόμενους**, αξιοποιώντας το εγχώριο επιστημονικό δυναμικό. **Συνεισφέρουμε** στην εθνική οικονομία και στα δημόσια έσοδα. Συνεργαζόμαστε με την ελληνική φαρμακοβιομηχανία. **Στηρίζουμε** τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, μέσω των προγραμμάτων Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης.

Η **φαρμακευτική εταιρία Pfizer Hellas** έχει ηγετική θέση στην ελληνική αγορά, γράφοντας εδώ και 50 χρόνια τη δική της ιστορία προσφοράς από ανθρώπους, για ανθρώπους.



Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

www.pfizer.gr



κάρτα διαβήτη

Σε φροντίζουμε. Σε στηρίζουμε!

Στηρίζουμε την κάρτα διαβήτη,
σε φροντίζουμε **με προνόμια!**



Η Κάρτα Προνομίων Διαβήτη είναι μια **εκπωτική κάρτα**, υπό την αιγίδα της ΕΛΟΔΙ και απευθύνεται αποκλειστικά σε άτομα που πάσχουν από Σακχαρώδη Διαβήτη, με στόχο να καλύψει την κάθε τους ανάγκη.

Σε συνεργασία με συμβεβλημένες εταιρίες (φαρμακεία/διαγνωστικά κέντρα/αλυσίδες super market/καταστήματα κ.α.) σε όλη την Ελλάδα, η Κάρτα Προνομίων Διαβήτη παρέχει αποκλειστικά προνόμια με μειωμένες τιμές. Κοστίζει μόνο 3,00€* (πλέον ΦΠΑ) και ισχύει για έναν ολόκληρο χρόνο, με δυνατότητα ανανέωσης της συνδρομής.

* Για αποστολή με courier κόστος αντικαταβολής 3,05€ (πλέον ΦΠΑ)

ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

801 500 35 35 (αστική χρέωση)

www.kartadiaviti.gr

ΑΙΤΗΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Συμπληρώστε τα στοιχεία σας με κεφαλαία γράμματα και στα κουτιά επιλογής επιλέξτε με "X"

Το κόστος ετήσιας συνδρομής της κάρτας προνομίων ανέρχεται στα 3,00€ (πλέον ΦΠΑ).

Το κόστος αντικαταβολής για να παραλάβετε την κάρτα με courier στη διεύθυνση που έχετε δηλώσει είναι 3,05€ (πλέον ΦΠΑ).

ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ

ΟΝΟΜΑ ΠΑΤΡΟΣ

ΦΥΛΟ Α Θ

ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΗΜ Μ Ε

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ

ΟΔΟΣ ΑΡΙΘΜΟΣ Τ.Κ.

ΠΕΡΙΟΧΗ ΠΟΛΗ

ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΚΙΝΗΤΟ

EMAIL

ΤΥΠΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΔ1 ΣΔ2 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ

Η εταιρία JF Consulting μπορεί να χρησιμοποιήσει τα στοιχεία μου, όπως αναγράφονται στην παρούσα αίτηση (διατηρώντας τα σε βάση δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 2472/1997, «περί προστασίας του ατόμου από την επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα»), για να μου ταχυδρομεί δωρεάν δείγματα και ενημερωτικά έντυπα διαφόρων προϊόντων, καθώς και να με ενημερώνει τηλεφωνικά ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου ή μέσω γραπτών μηνυμάτων, για νέα προϊόντα, δράσεις ή υπηρεσίες που με αφορούν.

Χρήση των στοιχείων μου για οποιοδήποτε άλλο σκοπό απαγορεύεται.

Ενημερώθηκα για τα παραπάνω και συμφωνώ.

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΗΜ. ΕΓΓΡΑΦΗΣ

Αποστέilate την αίτησή σας με φax: 210 65 20082 ή στη διεύθυνση: Ευτέρπης 42-44, Χολαργός, Τ.Κ. 155 61, Αθήνα ή στο e-mail: info@kartadiaviti.gr μαζί με κάποιο έγγραφο (π.χ. βιβλιάριο ασθενείας ή συνταγή ιατρού) που να πιστοποιεί ότι πάσχετε από Σακχαρώδη Διαβήτη.

Για τραπεζική κατάθεση καλέστε στο 801 500 35 35 (αστική χρέωση) Αρ. Λογαριασμού EUROBANK: 0026.0374.74.0200319966

Με την ευγενική χορηγία:

Ολοκληρωμένη σειρά συστημάτων μέτρησης γλυκόζης χωρίς κωδικοποίηση / ABBOTT DIABETES CARE



Όλα τα συστήματα αυτοελέγχου του σακχάρου αίματος της Abbott Diabetes Care ανήκουν πλέον στην οικογένεια **FreeStyle** και είναι χωρίς κωδικοποίηση. Η σειρά συστημάτων **FreeStyle** περιλαμβάνει τους μετρητές σακχάρου **FreeStyle Precision**, **FreeStyle Freedom Lite** και **FreeStyle Lite**, που είναι σχεδιασμένοι να ικανοποιούν κάθε ιδιαίτερη ανάγκη των ατόμων με διαβήτη, συνδυάζοντας ευκολία στη χρήση και αξιοπιστία αποτελεσμάτων.

Το σύστημα **Precision Xceed** από τον Ιανουάριο του 2012 μετονομάζεται σε **FreeStyle Precision** και κυκλοφορεί με νέα συσκευασία, παρέχοντας στα άτομα με διαβήτη απλή μέτρηση και περισσότερη εξασφάλιση. Απευθύνεται κυρίως σε άτομα που ακολουθούν θεραπεία με ινσουλίνη, σε παιδιά με διαβήτη και σε γυναίκες με διαβήτη κύησης καθώς μετράει γλυκόζη και κετόνη στο αίμα. Λειτουργεί με τις ταινίες **FreeStyle Precision** που είναι χωρίς κωδικοποίηση.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: Τα άτομα με διαβήτη που έχουν μετρητή **Precision Xceed**, μπορούν να συνεχίσουν να χρησιμοποιούν το μετρητή που ήδη έχουν, με τις νέες ταινίες **FreeStyle Precision**.

Το σύστημα **FreeStyle Freedom Lite** απευθύνεται σε ανθρώπους κάθε ηλικίας που αναζητούν ευκολία στη χρήση και ακριβή αποτελέσματα σε ένα σύστημα με εργονομικό σχεδιασμό για μεγαλύτερη άνεση και μεγάλες ενδείξεις για εύκολη ανάγνωση των αποτελεσμάτων.

Το σύστημα **FreeStyle Lite** απευθύνεται σε ανθρώπους πολυάσχολους με έντονους ρυθμούς ζωής, παιδιά ή ενήλικες, οι οποίοι χρειάζονται ένα μετρητή σακχάρου μικρό σε μέγεθος για εύκολη μεταφορά και διακριτική μέτρηση που εξασφαλίζει απλή μέτρηση χωρίς κωδικοποίηση.

Τα συστήματα **FreeStyle Lite** και **FreeStyle Freedom Lite** λειτουργούν με τις ταινίες μέτρησης γλυκόζης **FreeStyle Lite** οι οποίες κυκλοφορούν με νέα συσκευασία.

Γίνε μέλος τώρα!



Μια σειρά από προνόμια και εκπλήξεις σε περιμένουν!

Ολοκληρωμένη σειρά προνομίων* για όλα τα μέλη:

- Εγγύηση εφ'όρου ζωής σε όλα τα προϊόντα και δωρεάν αντικατάσταση σε περίπτωση που χρειαστεί
- Πρόγραμμα δωρεάν παροχής ταινιών σακχάρου
- 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 πρόγραμμα διαχείρισης δεδομένων (software)
- Δωρεάν συμβουλές και βοήθεια μέσω της Γραμμής Υποστήριξης Μελών
- Συνεχής ενημέρωση για προσφορές και νέα προϊόντα

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

Γραμμή Υποστήριξης Μελών

800 11 222688
800 11 ABBOTT

Συστήματα αυτοελέγχου FreeStyle χωρίς κωδικοποίηση



FreeStyle Precision

Περισσότερη εξασφάλιση στον αυτοέλεγχο του διαβήτη



Χρησιμοποιούνται και με το μετρητή Precision Xceed

- Μέτρηση γλυκόζης και κετόνης στο αίμα
- Ευκολία στη χρήση
- Αξιοπιστία αποτελεσμάτων¹



FreeStyle Lite

Για μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης



- Σχεδιασμός **ZipWick** για ευκολότερη τοποθέτηση αίματος
- Μικρή σταγόνα αίματος για πιο ανώδυνη μέτρηση
- Αξιοπιστία αποτελεσμάτων²



FreeStyle

¹ Clinical Evaluation of the No Coding FreeStyle Precision Blood Glucose Test Strip Based on TrueMeasure Technology. 01/11. Στοιχεία στο αρχείο της Abbott Diabetes Care.

² Tack C, Pohlmeier H, Behnke T, et al. Accuracy evaluation of five blood glucose monitoring systems obtained from the pharmacy: a European multicentre study with 453 subjects. [published online ahead of print Dec 16, 2011]. Diabetes Technology & Therapeutics.

Το FreeStyle και ο σχεδιασμός ZipWick είναι κατοχυρωμένα εμπορικά σήματα της Abbott Diabetes Care.

Γενόσημα φάρμακα... μια άλλη προσέγγιση Επί τον τύπο των ήλων



Άρης Μουσιώνης,
ιατρός, διοικητής 1ης Υγειονομικής
Περιφέρειας Αττικής και 3ης
Υγειονομικής Περιφέρειας Κεντρικής
και Δυτικής Μακεδονίας

Η υγεία είναι υπέρτατο αγαθό, που κάθε πολιτισμένη κοινωνία προσπαθεί πρωτίστως να παρέχει στους πολίτες της. Με την ανάπτυξη της τεχνολογίας και τη βελτίωση της επιστημονικής γνώσης τα μέσα για την προστασία της υγείας έχουν πληθύνει, ενώ το κόστος για την υγεία έχει αναγκαστικά και συχνά ανελαστικά μεγαλώσει υπερβολικά.

Στο συνολικό κόστος για την υγεία, ένα ποσοστό -περίπου 15%- είναι το άμεσο κόστος του φαρμάκου. Το φάρμακο (ίαμα) είναι μέσον, που χαρακτηρίζει τη νόσο ως ιάσιμη (γίνεται καλώς με φάρμακα), ή ανίατη (δεν γίνεται καλώς με φάρμακα) και επομένως η αξία του είναι πολύ σημαντικότερη από την τιμή του. Στην κλινική φαρμακολογία η αξία ενός φαρμάκου απορρίζεται από τη δραστηριότητά του (50% της αξίας του), την ασφάλεια (30%), την καταλλη-

λότητα (10%) και την τιμή (10%). Βλέπουμε, λοιπόν, ότι η τιμή του φαρμάκου είναι το τελευταίο που απασχολεί την ιατρική, την κοινωνία και τον άρρωστο.

Στη χώρα μας τον τελευταίο καιρό προτάθηκε ως λύση η «στροφή» στο ουσιαστικώς όμοιο ή γενόσημο φάρμακο. Πιστεύω ότι αυτό αποτελεί μια τεράστια παρεξήγηση, διότι «διαβάζουμε» δεδομένα με λάθος τρόπο. Το γενόσημο ήταν και είναι το κυρίαρχο φάρμακο στην ελληνική αγορά φαρμάκου. Όταν ήλμε στη φαρμακολογία γενόσημα, εννοούμε τα φάρμακα που δεν προστατεύονται από δίπλωμα ευρεσιτεχνίας (πατέντα), είτε διότι έληξε ο χρόνος της πατέντας είτε διότι είναι αντίγραφα του πρωτότυπου φαρμάκου. Τα φάρμακα αυτά στο σύνολό τους είναι τα φάρμακα πρώτης γραμμής, επειδή έχουν δοκιμαστεί για χρόνια στους πάσχοντες και η ια-

τρική κοινότητα γνωρίζει καλά τη συμπεριφορά και τις ανεπιθύμητες δράσεις τους. Τα παλιά και καταξιωμένα αυτά φάρμακα, στο σύνολό τους υπερβαίνουν σε ποσότητα το 50% των διακινούμενων φαρμάκων στη χώρα μας, ποσά ανάλογα με αυτά της Ε.Ε. Στον υπόλοιπο κόσμο τα αντίγραφα φάρμακα έχουν τιμή πολύ χαμηλότερη από αυτό που έχασε την πατέντα του, γιατί αυτό είναι το μόνο που υποστηρίζεται από πολυετείς μελέτες στον άνθρωπο, αφού αυτό που χρησιμοποιείται δεν είναι μόνο το δραστικό συστατικό, αλλά όλο το φάρμακο.

Τα αντίγραφα φάρμακα παράγονται με μοναδική προϋπόθεση να είναι το ίδιο δραστικό συστατικό με το πρωτότυπο. Τα έκδοχα, τα οποία συνοδεύουν το δραστικό συστατικό και είναι θεωρητικώς αδρανή, δεν είναι καθόλου τέτοια. Παίζουν μεγάλο ρόλο στη σταθερότητα του φαρμάκου στον χρόνο, στην κατανομή του στον οργανισμό και φυσικά επειδή είναι διαφορετικά από το πρωτότυπο στη βιοδιαθεσιμότητά του. Για τους παραπάνω λόγους δεχόμαστε ως βιοϊσοδύναμο ένα αντίγραφο φάρμακο με διαφορά στην ποσότητά του στο αίμα από 80 ως 125% σε σχέση με το πρωτότυπο.

Αν λοιπόν ισχύσει η λογική του φθηνότερου και σήμερα προτιμήσουμε ένα αντίγραφο με βιοδιαθεσιμότητα 80% και θεραπεύεται κάποιος, όταν αύριο προτιμήσουμε αυτό με 125%, τότε θα έχουμε μια αύξηση της δόσης κατά 45% (!) και ο ασθενής θα δηλητηριάζεται. Αν δεν συμβεί το αντίθετο και κάποιος θεραπεύεται με το 125%, όταν θα πάρει το 80% φυσικά δεν θα γίνεται καλά και επίσης θα κινδυνεύει, ανάλογα με τη φύση της ασθένειας. Όλα αυτά θα μπορούσαμε να τα δεχτούμε για χάρη του κόστους, αν και στη χώρα μας το αντίγραφο είναι πολύ ακριβό.

Το πρωτότυπο στη χώρα μας είναι το φθηνότερο στην Ευρωπαϊκή Ένωση, επειδή η νομοθεσία το τιμολογεί με τον μέσο όρο των τριών φθηνότερων τιμών της Ε.Ε. και το αντίγραφο μέχρι πρόσφατα στο 80%. Με τον καινούργιο νόμο, μετά τη λήξη της πατέντας, το πρωτότυπο μειώνεται στο 50% της αρχικής αξίας του και το γενόσημο στο 40%, οπότε και πάλι είναι μόλις 10% φθηνότερο.

Θα αγόραζε κανείς μας, imitation Mercedes, αν ήταν μόνο 10% φθηνότερη από τη γερμανική; Επίσης όλα τα γενόσημα έχουν ακριβώς την ίδια τιμή, οπότε ποιο ακριβώς είναι το αναμενόμενο κέρδος; Από την παράταση του χρόνου θεραπείας λόγω παρενεργειών, ή από την αβεβαιότητα του θεράποντος, όταν κάποιος δεν θεραπεύεται, ότι και η αρχική διάγνωση είναι λάθος; Δεν εξακοντίζει αυτό το κόστος της υγείας στα ύψη; Επιπλέον, η εξαιρετικά φθηνή τιμή του πρωτότυπου φαρμάκου στην Ελλάδα δεν ενισχύει τις εξαγωγές και τη μη πρόσβαση στο φάρμακο, γεγονός που βιώνουμε και σήμερα; Ποιος θα ωφεληθεί αν οι μεγάλες εταιρείες με τα φάρμακα που κυκλοφορούν και ελέγχονται σε όλο τον κόσμο εγκαταλείψουν την Ελλάδα; Μήπως χρειάζεται να γίνουμε μια χώρα του τρίτου κόσμου; Ακόμη, με τη συνταγογράφηση του δραστικού συστατικού, ο θεράπων δεν μπορεί να είναι υπεύθυνος για την τελική έκβαση του ασθενούς, ούτε ο φαρμακοποιός, λόγω θέσης και φυσικά η έλλειψη υπευθυνότητας που ισχύει παντού αρχίζοντας από το «κεφάλι», περνάει στον κάθε πολίτη, εκεί που πραγματικά έχει την ανάγκη της πολιτείας. Νομίζω ότι η επανάσταση του αυτονόητου είναι να στοχεύουμε στην καλύτερη υγεία και αυτή θα φέρει και μείωση του κόστους και όχι στη μείωση του κόστους με άγνωστες συνέπειες.✕



- Τα αντίγραφα φάρμακα πρέπει να παράγονται με μοναδική προϋπόθεση ότι περιέχει το ίδιο δραστικό συστατικό με το πρωτότυπο. Τα έκδοχα που συνοδεύουν το δραστικό συστατικό παίζουν μεγάλο ρόλο στη σταθερότητα του φαρμάκου, στον χρόνο, στην κατανομή του στον οργανισμό και στη βιοδιαθεσιμότητά του.
- Το βιοϊσοδύναμο αντίγραφο φάρμακο έχει διαφορά στην ποσότητά του στο αίμα από 80 έως 125%. Αυτό μπορεί να προκαλέσει στον ασθενή σοβαρά προβλήματα στη ρύθμιση και στη θεραπεία του.

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ >

ΚΥΡΙΑΚΟΣ ΣΟΥΛΙΩΤΗΣ

Αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ



Κάθε φάρμακο έχει το ρόλο του, όμως όλα τα φάρμακα χρηματοδοτούνται από τον ίδιο προϋπολογισμό. Δεν είναι ζητούμενο η υποκατάσταση όλων των φαρμάκων με γενόσημα, αλλά η εξοικονόμηση πόρων και, ενδεχομένως, η επανεπένδυσή τους στην αγορά

της Μαρίας Χατζηδάκη

Κύριε Σουλιώτη, θεωρώ ότι είναι δύσκολο να εκτιμήσει κάποιος, που βρίσκεται σε αντίστοιχη θέση με εσάς, τις επόμενες πολιτικές κινήσεις, που θα επηρεάσουν την ασφάλιση των πολιτών της χώρας μας. Οι αποφάσεις που λαμβάνονται αλλάζουν συνεχώς, δημιουργώντας, ανασφάλεια στον πολίτη, αστάθεια στην αγορά και τεράστια προβλήματα στην ανάπτυξη της χώρας. Θεωρώ ότι βρίσκεστε μέσα σε μια «πολιτική δίνη» η οποία σας αναγκάζει να πάρετε δύσκολες αποφάσεις για το μέλλον των ασφαλιστικών φορέων αυτού του τόπου. Πως εκτιμάτε ότι θα διαμορφωθεί το ασφαλιστικό τοπίο για τα 10 εκατ. ασφαλισμένους του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας;

Όλα όσα περιγράφετε αποτελούν πάγια κατάσταση για τη χώρα. Απλά έτυχε σε εμάς να διαχειριστούμε την κοινωνική ασφάλιση στη χειρότερη καμπή της ιστορίας της. Θα σας πω χαρακτηριστικά ότι όταν

ανέλαβα τη διοίκηση του ΟΠΑΔ, ο Οργανισμός είχε ένα συσσωρευμένο χρέος της τάξης του 1,7 δισεκατομμυρίων.

Υπό αυτές τις συνθήκες, ο ΕΟΠΥΥ καλείται να διαχειριστεί την ασφάλιση υγείας 10 εκατομμυρίων ανθρώπων κάτω από ένα ασφυκτικό πλαίσιο προϋπολογισμού. Αυτό δεν είναι κατ' ανάγκη αρνητικό καθώς, ανεξάρτητα από τις γενικότερες συνθήκες (μνημόνιο κ.λπ.) η τήρηση των προϋπολογισμών θα έπρεπε να είναι ούτως ή άλλως μέρος της δουλειάς μας. Μην ξεχνάμε ότι η διαρκής παραγωγή ελλειμμάτων μας έφτασε ως εδώ.

Για πολλά χρόνια η επιλογή της κοινωνικής ασφάλισης ήταν να είναι αρεστή την ώρα των συμφωνιών με την αγορά αλλά στη συνέχεια να οδηγείται σε στάση πληρωμών. Στον ΟΠΑΔ, κάθε αύξηση της δαπάνης κατά 100 εκατ. € σήμαινε καθυστέρηση στην πληρωμή όλων των συμβεβλημένων φορέων κατά ένα μήνα. Αν υπολογίσετε ότι η δαπάνη του Οργανισμού διπλασιάστηκε μεταξύ 2005-2008, μπορείτε να αντιληφθείτε το «εκρηκτικό μίγμα»

εσόδων-εξόδων το οποίο διαμορφώθηκε στον Οργανισμό και τις μεγάλες καθυστερήσεις στις πληρωμές.

Ως ΕΟΠΥΥ λοιπόν, έχουμε πλέον ένα πολύ σφικτό πλαίσιο προϋπολογισμού, το οποίο έχουμε δεσμευτεί ότι θα τηρήσουμε, με τον ένα ή με το άλλο τρόπο. Θα μπορούσαμε να επιλέξουμε την εύκολη λύση που είναι η περικοπή των παροχών του Οργανισμού, όμως δεν επιλέξαμε αυτό το δρόμο. Αντιθέτως, θέλουμε με αυτό το πλαίσιο των παροχών που έχουμε, να τηρήσουμε τις δεσμεύσεις μας -όχι απέναντι στην τρόικα, αλλά απέναντι σε αυτούς που εισφέρουν στον Οργανισμό. Σε αυτούς πρέπει να είμαστε πρωτίστως υπόλογοι και όχι τόσο στους δανειστές μας. Πάντως, το εγχείρημα είναι τεράστιο.

Αρα κύριε Σουλιώτη σε αυτό το σημείο κρατάμε δύο δεδομένα, πρώτον ότι θα υπάρξει αυστηρή τήρηση του προϋπολογισμού και δεύτερον ότι αυτός ο οργανισμός ο οποίος εν τη γενέσει του δεν είναι οργανωμέ-

νος καλείται να τηρήσει τον προϋπολογισμό αυτό. Ποια είναι λοιπόν τα μέτρα που θα ληφθούν προκειμένου να μην υπάρξουν παρεκκλίσεις από τον προϋπολογισμό;

Δεν θέλουμε να μεταφέρουμε στις επόμενες γενεές νέα ελλείμματα, νέα μνημόνια, νέα δάνεια. Κάθε μέρα που περνάει λύνουμε και κάποιο πρόβλημα. Το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνουμε είναι να μεταφέρουμε τέσσερις διαφορετικούς τρόπους συνεργασίας με τους παρόχους των υπηρεσιών υγείας, σε έναν. Δηλαδή, έχουμε πλέον νέες συμβάσεις με όλους τους φορείς κάτω από νέους όρους. Έχουμε νέο τρόπο αποζημίωσης των γιατρών, έχουμε μια συλλογική σύμβαση των φαρμακοποιών που ενσωματώνει άμεσα όλα τα μέτρα που λαμβάνονται από το Υπουργείο Υγείας, έχουμε νέα σύμβαση με τις κλινικές και τα κέντρα αποκατάστασης καθώς και μια νέου τύπου συνεργασία με τα εργαστήρια και τα διαγνωστικά κέντρα για τη διενέργεια εξετάσεων. Οι συνεργασίες αυτές και οι όροι που τις περιβάλλουν προέκυψαν από την αξιολόγηση των συνεργασιών που είχαμε με τα ταμεία που εντάχθηκαν στον Οργανισμό.

Θα αναφερθώ στα πιο σημαντικά: Κατ' αρχάς, επενδύοντας στην πράξη στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, ο ΕΟΠΥΥ διέυρυνε τις επιλογές των ασφαλισμένων τόσο για ιατρική επίσκεψη όσο και για διαγνωστικές εξετάσεις. Οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ και του ΟΓΑ πραγματοποιούν πάνω από 400 χιλιάδες επισκέψεις το μήνα σε ιδιώτες ιατρούς υπό ασφαλιστική κάλυψη, δικαίωμα το οποίο δεν είχαν στο παρελθόν και το οποίο έχει συμβάλει αποφασιστικά στη μείωση του φαινομένου των αναμονών στα ιατρεία του ΙΚΑ (πλέον ΕΟΠΥΥ). Στο ίδιο πλαίσιο, θεωρώ κατάκτηση υπέρ των ασφαλισμένων την άρση του πηλαφόν που ίσχυε στο ΙΚΑ για τη διενέργεια ερ-

γαστηριακών εξετάσεων και το οποίο αφ' ενός δεν περιόριζε τον αριθμό των εξετάσεων (η αύξηση στον αριθμό των υψηλού κόστους απεικονίσεων μεταξύ 2009-2010 υπερέβαινε το 48%) και αφ' ετέρου μετακίνησε πάλι το κόστος στον ασφαλιστικό φορέα, αφού πρώτα οι ασφαλισμένοι κάλυπταν το κόστος και στη συνέχεια περιμέναν επί μήνες να τους επιστραφούν τα χρήματα. Βεβαίως, το μεγάλο πρόβλημα με το πηλαφόν ήταν η ταλαιπωρία των ασφαλισμένων οι οποίοι περιφέρονταν στην υγειονομική αγορά για τη διενέργεια μίας εξέτασης, ή τη μετέφεταν για έναν ή και περισσότερους μήνες αργότερα. Ωστόσο, το αντίμετρο για αυτή τη διευκόλυνση του ασφαλισμένου ο οποίος θυμίζω ότι πλέον μπορεί να απευθυνθεί όπου θέλει και άμεσα για τη διενέργεια εξετάσεων, είναι η επιβολή κλιμακωτών εκπτώσεων στα εργαστήρια βάσει όγκου εξετάσεων που κυμαίνονται από 10% έως 20%. Επιπροσθέτως, η σχετική σύμβαση περιλαμβάνει όρο σύμφωνα με τον οποίο αν η δαπάνη υπερβεί τον προϋπολογισμό για αυτή την κατηγορία φροντίδας υγείας, τότε τα ποσοστά των εκπτώσεων θα αυξηθούν αναλόγως.

Υπογραμμίζεται ότι το θεσμοθετημένο ποσοστό συμμετοχής (15%) δεν ισχύει για τα δημόσια νοσοκομεία καθώς σε αυτά καλύπτουμε όλη τη δαπάνη. Ούτε αφορά βέβαια τους ασφαλισμένους που διενεργούν τις εξετάσεις τους στα δικά μας εργαστήρια. Άρα προσπαθούμε να φτιάξουμε έναν Οργανισμό με περισσότερες επιλογές για τους πολίτες που όμως οι οικονομικοί όροι να μην μεταβάλλονται, ούτως ώστε να μπορέσουμε να πειθαρχήσουμε όλοι στους προϋπολογισμούς μας.

Επιπλέον, όσον αφορά τις κλινικές, η νέα συνεργασία που δρομολογήθηκε αλληλεπιδρά με το τοπίο. Σας θυμίζω ότι παλαιότερα μια κλινική επέλεγε τις υπηρεσίες για

Θεωρώ ότι εάν καταφέρουμε να μην παρεκκλίνουμε από τον προϋπολογισμό που μας έχει τεθεί, τουλάχιστον ο τομέας της υγείας δεν θα ενοχοποιηθεί ξανά όπως ενοχοποιήθηκε στο πρόσφατο παρελθόν για το οικονομικό πρόβλημα της χώρας

τις οποίες θα συμβληθεί με ένα ταμείο. Και συνήθως επέλεγε αυτές που άφηναν περισσότερο κέρδος, όπως για παράδειγμα τα καρδιοχειρουργικά περιστατικά, οι εμβολισμοί, οι μαγνητικές και αξονικές τομογραφίες κ.ά. Σήμερα, για να συμβληθεί μια κλινική μαζί μας πρέπει να συμβληθεί με όλα τα τμήματα που έχει στην άδειά της. Επίσης, τόσο για τις κλινικές όσο και για τα εργαστήρια, έχουν τεθεί όροι πιστοποίησης της ποιότητάς τους η οποία σταδιακά θα συνδεθεί και με το σύστημα αποζημίωσης προκειμένου να υπάρχουν κίνητρα. Θέλω να ξεκαθαρίσω ότι επιδίωξή μας είναι μια πιο καθαρή συνεργασία με όλους τους φορείς και τους επαγγελματίες που παρέχουν υπηρεσίες υγείας στα μέλη μας. Αυτοί είναι άλλωστε οι στρατηγικοί μας

Οι εγχώριες δομές μπορούν, εάν αξιοποιηθούν, να αποτελέσουν πόλο έλξης ασθενών και κεφαλαίων. Όμως, για να γίνουν όλα αυτά πρέπει να ξεχάσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούσε το κράτος τόσα χρόνια. Εδώ χρειάζεται «θεσμική επανάσταση»

εταίροι. Ωστόσο, πρέπει να γίνει αντιληπτό ότι η συνέχιση φαινομένων προκλητής ζητησης θα έχει άμεσο αντίκτυπο στις πληρωμές και το οποίο βραχυπρόθεσμο όφελος για όσους λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο, θα έχει δυσανάλογα μεγάλη επίπτωση και στην αγορά.

Κύριε Σουλιώτη, τους τελευταίους μήνες έχει γίνει γνωστό προς πάσα κατεύθυνση ότι για να μπορέσει το κράτος να μαζέψει χρήματα στα ταμεία και για να μπορέσει να καλύψει τις υπέρογκες υποχρεώσεις του σε διάφορα δάνεια, αναγκάζεται να επιβάλλει νέα μέτρα προς τους πολίτες. Είναι επίσης σαφές ότι, στο στόχαστρο της τρόικα, μεταξύ άλλων, έχουν μπει μέτρα που αφορούν σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες της υγείας. Πιστεύετε ότι οι μειώσεις αυτές θα μπορέσουν να αποτελέσουν το Μίτο της Αριάδνης για να μπορέ-

σουμε να βγούμε από τον οικονομικό λαβύρινθο στον οποίο βρισκόμαστε. Μπορεί μόνο η μείωση των δαπανών να βοηθήσει στη χώρα να βγει από αυτό το οικονομικό αδιέξοδο;

Κατά την άποψή μου, δεν είναι δυνατόν μια χώρα με τόσο μεγάλο οικονομικό πρόβλημα να επιχειρήσει να το επιλύσει μονομερώς. Μην ξεχνάμε ότι το έλλειμμα είναι το αποτέλεσμα της σχέσης μεταξύ εσόδων και δαπανών. Κατά συνέπεια, για να βελτιώσουμε την οικονομική κατάσταση μιας χώρας αλλά και ενός μεμονωμένου οργανισμού ή κλάδου, χρειάζονται παρεμβάσεις και προς τις δύο κατευθύνσεις. Η χώρα πρέπει να αυξήσει τα έσοδά της, να αρχίσει να παράγει και να στραφεί προς παραγωγικές περιοχές με δυνατότητες ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος έτσι ώστε να επιλύσει το πρόβλημα και στο σκέλος των εσόδων. Φυσικά, το cost cutting, και σε επίπεδο επιχείρησης να το δείτε, είναι αυτό που αποδίδει πιο άμεσα. Θεωρώ λοιπόν λογικό μέχρι ένα σημείο να ασχοληθούμε κυρίως με το σκέλος των δαπανών, όμως δεν θα πρέπει να εγκλωβιστούμε σε μια μονομερή διαχείριση του χρέους.

Διότι εάν κοιτάμε μόνο τη μείωση των δαπανών, δεν θα μπορούμε να έχουμε και ικανοποιητική εισροή χρημάτων;

Ακριβώς. Η χώρα μας για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα υποχώρησε σε όρους ανάπτυξης στρέφοντας –αναγκαστικά– την προσοχή της στο θέμα των δαπανών που όντως είχαν ξεφύγει. Και είναι από την άλλη πάρα πολύ δύσκολο να πείσεις τον οποιονδήποτε και τους δανειστές σου ταυτόχρονα, όταν έχεις πχ τη διπλάσια δαπάνη για φάρμακα συγκριτικά με άλλες χώρες, ότι μόνο με αναπτυξιακά μέτρα θα λύσεις το πρόβλημα. Από τη στιγμή που συνεχίζουμε σαν κράτος να ξοδεύουμε στρεβλά περισσότερα χρήματα από όσα ξοδεύουν οι άλλες χώρες, δεν μπορούμε να έχουμε θετικά αποτελέσματα. Είναι φυσικό να τίθεται ως προτεραιότητα να νοικοκυρέψουμε τις

δαπάνες σου, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν πρέπει να κάνεις κινήσεις και προς το σκέλος των εσόδων.

Όσον αφορά στο πρώτο, εκτιμώ ότι είμαστε σε σωστό δρόμο με τα μέτρα που έχουν ληφθεί. Θεωρώ ότι εάν καταφέρουμε να μην παρεκκλίνουμε από τον προϋπολογισμό που μας έχει τεθεί, τουλάχιστον ο τομέας της υγείας δεν θα ενοχοποιηθεί ξανά όπως ενοχοποιήθηκε στο πρόσφατο παρελθόν για το οικονομικό πρόβλημα της χώρας. Σας θυμίζω ότι μειώσαμε στον ΟΠΑΔ και όχι μόνο κατά 70% τα υλικά των επεμβάσεων και η αγορά προσαρμόστηκε αμέσως. Αυτό είναι εμφανές πως υποδηλώνει τα τεράστια περιθώρια κέρδους που υπήρχαν, αλλά και την ανυπολόγιστη ζημιά στους κοινωνικούς προϋπολογισμούς από την αδράνεια όλα αυτά τα χρόνια.

Από την άλλη πιστεύω πως ο τομέας της υγείας μπορεί όχι μόνο να νοικοκυρευτεί αλλά και να αποτελέσει μοχλό ανάπτυξης για τη χώρα. Είναι αλήθεια ότι έχουμε σημαντικά συγκριτικά πλεονεκτήματα σε σχέση με άλλες γειτονικές χώρες, όχι μόνο στη βαλκανική χερσόνησο αλλά και ευρύτερα όπου έχουν συντελεστεί ραγδαίες πολιτικές εξελίξεις που με τη σειρά τους έχουν αποδιοργανώσει τις υγειονομικές υποδομές. Υπό αυτές τις συνθήκες λοιπόν, οι εγχώριες δομές μπορούν, εάν αξιοποιηθούν, να αποτελέσουν πόλο έλξης ασθενών και, φυσικά, κεφαλαίων.

Όμως, για να γίνουν όλα αυτά πρέπει να ξεχάσουμε τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούσε το κράτος τόσα χρόνια. Εδώ χρειάζεται «θεσμική επανάσταση». Σας αναφέρω χαρακτηριστικά ότι για να πληρώσει ένα ασφαλιστικό ταμείο (δηλαδή το κράτος) ένα δημόσιο νοσοκομείο (δηλαδή πάλι το κράτος) χρειάζεται περίπου επτά διαφορετικές διαδικασίες και ένα τουλάχιστον μήνα για την υλοποίηση της πληρωμής. Όμως, είναι γνωστό ότι η καθυστέρηση στη ροή του χρήματος συνιστά σπατάλη. Στερει τη δυνατότητα διαπραγμάτευσης από το δικαιούχο για τα δικά του κόστη

που ενσωματώνει στο κόστος παραγωγής του. Αυτό είναι ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα για τον υγειονομικό τομέα. Γι' αυτό και πιστεύω ότι πρέπει να επιταχύνουμε τις διαδικασίες που αφορούν στην καθημερινή λειτουργία του κράτους. Επίσης, πρέπει το κράτος να προσαρμόσει τη λειτουργία του στο λιγότερο ανθρώπινο δυναμικό που διαθέτει και θα διαθέτει στο μέλλον, υποκαθιστώντας τη γραφειοκρατία με νέες τεχνολογίες οι οποίες, μην ξεχνάμε, ότι ήδη κανόνες στον ιδιωτικό τομέα.

Κύριε Σουλιάτη, σύσσωμη η ιατρική κοινότητα και ολόκληρη η κοινωνία, μπορώ να πω, ξαφνιάστηκαν όταν άκουσαν από το στόμα του Υπουργού Υγείας, να ανακοινώνει ότι 23€ για κάθε ασθενή, είναι ένα ικανό ποσό για να καλύψει τις φαρμακευτικές του ανάγκες. Ενα διαβητικό άτομο, ή ένας καρδιοπαθής, ή ένας νεφροπαθής, που θεωρούνται χρόνιες παθήσεις, θα μπορέσουν να πάρουν τα φάρμακα τους, όταν τα χρειαστούν;

Φυσικά και θα μπορέσουν. Το ποσό άλλωστε αυτό δεν είναι τίποτα περισσότερο παρά ένας μέσος όρος ο οποίος προσεγγίζει τον αντίστοιχο στις περισσότερες Ευρωπαϊκές χώρες. Θέλω να επισημάνω για μία ακόμα φορά ότι η δυσκολία του εγχειρήματός μας είναι ότι προσπαθούμε να πειθαρχούμε στους προϋπολογισμούς χωρίς να περιορίζουμε το ασφαλιστικό δικαίωμα στο φάρμακο. Αυτός θα ήταν ένας εύκολος δρόμος, ο οποίος όμως δεν είναι κοινωνικά αποδεκτός και δεν περιλαμβάνεται ούτε στην ατζέντα του Υπουργείου Υγείας ούτε σε αυτή του ΕΟΠΥΥ. Από την άλλη, ο ΕΟΠΥΥ, ως ο μεγαλύτερος πελάτης της εν λόγω αγοράς, επιδιώκει να τύχει μιας ευνοϊκής τιμολογιακής αντιμετώπισης με τη θέσπιση ασφαλιστικής τιμής στα επίπεδα πχ της αντίστοιχης νοσοκομειακής. Επιστημονική τεκμηρίωση ως προς αυτό υπάρχει άφθονη και σας παραπέμπω σε ενδεικτικά σχετικά βιβλία και άρθρα μας που δημοσιεύθηκαν πολύ πριν την κρίση. Όπως αντιλαμβάνεστε,

εάν είχαν ληφθεί μέτρα εγκαίρως, σήμερα δεν θα χρειαζόνταν τόσο ευρείες παρεμβάσεις στο φάρμακο.

Πως βοηθάει στη μείωση των δαπανών το γενόσημο φάρμακο. Μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στη μείωση της δαπάνης στην υγεία;

Με βρίσκει σύμφωνο η άποψη ότι έπρεπε να μειωθεί η τιμή τους για να γίνουν «ελκυστικά». Σύμφωνα πάντως και με τις διεθνείς πρακτικές, τα μέτρα μείωσης των τιμών των γενόσημων συνοδεύονται με κίνητρα αύξησης του όγκου τους. Τα ζητήματα ασφάλειας που τίθενται καλύπτονται από τη δουλειά του ΕΟΦ στο συγκεκριμένο θέμα για το οποίο οφείλουμε να αναγνωρίσουμε τις πολύ σημαντικές προσπάθειες που έχουν γίνει.

Πιστεύετε ότι θα μπορούσαμε σαν κράτος να αντικαταστήσουμε όλα τα πρωτότυπα φάρμακα, με γενόσημα;

Κάθε φάρμακο έχει το ρόλο του, όμως όλα τα φάρμακα χρηματοδοτούνται από τον ίδιο προϋπολογισμό. Δεν είναι ζητούμενο η υποκατάσταση όλων των φαρμάκων με γενόσημα, αλλά η εξοικονόμηση πόρων και, ενδεχομένως, η επανεπένδυσή τους στην αγορά. Το ότι κυκλοφορούν για παράδειγμα πάνω από 100 σκευάσματα της ίδιας δραστικής ουσίας δεν μου φαίνεται ορθολογικό. Η καινοτομία πρέπει να συνεχίσει να χρηματοδοτείται και ένας τρόπος για να γίνει αυτό είναι να εκλογικευθεί η αγορά των γενόσημων. Δεν είναι κατά την άποψή μου ανταγωνιστικές αλλά συμπληρωματικές οι δύο υπο-αγορές. Θα έβλεπα ασφαλώς μία «πριμοδότηση» της εγχώριας έρευνας και ανάπτυξης και δευτερευόντως, παραγωγής. Στο σημείο αυτό θα μου επιτρέψετε μία παρένθεση υπό την ιδιότητα του μέλους της Εθνικής Επιτροπής Δεοντολογίας για τις κλινικές μελέτες, μέσω της οποίας διαπίστωσα, δυστυχώς, πόσο αντι-επενδυτικά είχαμε αντιμετωπίσει το ζήτημα των κλινικών μελετών τα προηγούμενα χρόνια. Πρόκειται για ένα πεδίο με τεράστια οικονομικά και

όχι μόνο οφέλη για τη χώρα τα οποία τόσο λόγω της γραφειοκρατίας όσο και λόγω της έλλειψης ενδιαφέροντος δεν μπορέσαμε να αξιοποιήσουμε.

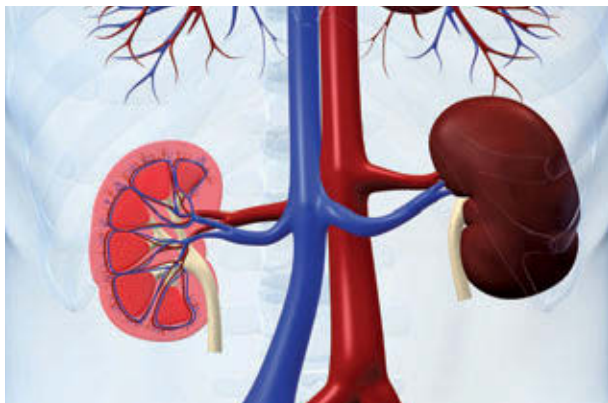
Σήμερα, με την εντατική δουλειά των τελευταίων δύο ετών, έχουμε αγγίζει το στόχο των 100 εκατ. € που εισέρχονται στη χώρα ετησίως, με σημαντικότερο μάλιστα αντίκτυπο τόσο στις θέσεις εργασίας όσο και στην παραγωγή επιστημονικού έργου. Οι δυνατότητές μας πάντως είναι πολύ περισσότερες λόγω του επιστημονικού δυναμικού που διαθέτουμε στο πεδίο αυτό. ✕

Θέλω να επισημάνω για μία ακόμα φορά ότι η δυσκολία του εγχειρήματός μας είναι ότι προσπαθούμε να πειθαρχούμε στους προϋπολογισμούς χωρίς να περιορίζουμε το ασφαλιστικό δικαίωμα στο φάρμακο. Αυτός θα ήταν ένας εύκολος δρόμος, ο οποίος όμως δεν είναι κοινωνικά αποδεκτός και δεν περιλαμβάνεται ούτε στην ατζέντα του Υπουργείου Υγείας ούτε σε αυτή του ΕΟΠΥΥ



από τη Σοφία Νέττα

ΝΕΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΠΑΣΧΟΝΤΕΣ ΑΠΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ Τύπου 2 ΜΕ ΝΕΦΡΙΚΗ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ



Την επέκταση της θεραπείας με βιλνταγλιπτίνη και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 με μέτρια ή σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια ενέκρινε πρόσφατα η Ευρωπαϊκή Επιτροπή. Η θεραπεία, που μέχρι σήμερα χορηγούνταν σε ασθενείς με ήπιας μορφής νεφρική ανεπάρκεια, παρουσιάζει καλή ανεκτικότητα και είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική, όπως κατέδειξε η μεγαλύτερη μελέτη που έχει πραγματοποιηθεί μέχρι σήμερα σε έναν αναστολέα της διπεπτιδυλικής πεπτιδάσης 4 (DPP-4) σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.

Η βιλνταγλιπτίνη είναι ένας αναστολέας της DPP-4, που δρα εμποδίζοντας τη διάσπαση των ινκρετινών ορμονών στον οργανισμό, οι οποίες διεγείρουν την παραγωγή ινσουλίνης από το πάγκρεας.

Η ΥΨΗΛΗ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΘΕΤΕΙ ΣΕ ΚΙΝΔΥΝΟ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Σημαντικά υψηλότερα επίπεδα ενδοτοξινών συγκριτικά με τους υγιείς μη παχύσαρκους ανθρώπους παρουσιάζουν οι διαβητικοί μετά από την κατανάλωση λιπαρών γευμάτων, γεγονός που μπορεί να ενισχύσει τη φλεγμονή σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Στο συμπέρασμα αυτό κατέληξαν ερευνητές, χωρίς ωστόσο να έχουν ανακαλύψει την αιτιατή σχέση. Αν κι έχει αποδειχθεί ότι μια υψηλή σε λιπαρά διατροφή και χαμηλή σε υδατάνθρακες βοηθά στην απώλεια βάρους των διαβητικών και στον έλεγχο του ζαχάρου, η επιβεβαίωση των ευρημάτων της μελέτης σε μεγαλύτερες έρευνες θα μπορούσε να οδηγήσει σε αναθεώρηση της σύστασης της συγκεκριμένης διατροφής, λόγω αύξησης της φλεγμονής σε ορισμένους ασθενείς και κατά συνέπεια του κινδύνου καρδιοπάθειας.



ΕΝΟΧΟ ΤΟ ΑΣΠΡΟ ΡΥΖΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ Τύπου 2

Κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη τύπου 2 αντιμετωπίζουν όσοι καταναλώνουν μεγάλες ποσότητες λευκού ρυζιού, προειδοποιούν ερευνητές από το Harvard School of Public Health, μετά από ανάλυση τεσσάρων προηγούμενων ερευνών. Από τους 352.000 συμμετέχοντες, οι 13.400 εμφάνισαν διαβήτη II. Σύμφωνα με τα ευρήματα, όσοι κατανάλωναν τη μεγαλύτερη ποσότητα ρυζιού είχαν πάνω από 1,5 φορά αυξημένη πιθανότητα να εμφανίσουν τη νόσο, συγκριτικά με όσους κατανάλωναν τη μικρότερη ποσότητα. Οι συμμετέχοντες στις έρευνες ήταν από την Κίνα, την Ιαπωνία, τις ΗΠΑ και την Αυστραλία, γεγονός που οδηγεί στο συμπέρασμα ότι ο κίνδυνος είναι υπαρκτός τόσο στην Ασία όσο και στη Δύση. Ωστόσο, οι Ασιάτες αντιμετωπίζουν υψηλότερο κίνδυνο, λόγω της μεγαλύτερης ημερήσιας κατανάλωσης ρυζιού.





Η ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΚΑΙ Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΣΩΖΟΥΝ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΠΟΔΙ

Παγκοσμίως, κάθε 30 δευτερόλεπτα ένας συνάνθρωπός μας χάνει ένα κάτω άκρο του εξαιτίας του διαβήτη, αριθμός που θα μπορούσε να μειωθεί κατά 60-70% με την κατάλληλη πρόληψη, τον εντοπισμό όσων βρίσκονται σε κίνδυνο και την ειδική εκπαίδευσή τους για την αποφυγή οποιουδήποτε τραυματισμού.

Οι κύριοι «ένοχοι» είναι τα έλκη των κάτω άκρων και η γάγγραινα. Οι χρόνιες αγγειακές επιπλοκές του διαβήτη (π.χ. διαβητική νευροπάθεια και περιφερική αρτηριοπάθεια), αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα, μπορεί να αποβούν μοιραίες. Ο καθημερινός έλεγχος των κάτω άκρων για τυχόν σχισμές, έλκη ή αλλαγή χρώματος και η έγκαιρη αναφορά στον γιατρό για άμεση αντιμετώπισή τους προσφέρει πολλές πιθανότητες αποθεραπείας και αποφυγής του ακρωτηριασμού.

ΒΛΑΣΤΟΚΥΤΤΑΡΑ ΣΤΗΝ ΥΠΗΡΕΣΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ Ι



Στα βλαστοκύτταρα έχουν στρέψει τελευταία τις έρευνές τους οι επιστήμονες για την αντιμετώπιση του νεανικού διαβήτη. Αρχικά σε μελέτες χορηγήθηκαν κατευθείαν βλαστοκύτταρα του ομφαλοπλακουντιακού αίματος στα διαβητικά παιδιά, με «φτωχά» ωστόσο αποτελέσματα. Οι ερευνητές εξέλιξαν τη μέθοδο. Διαπίστωσαν ότι η χορήγηση των ίδιων βλαστοκυττάρων μετά από ήπια χημειοθεραπεία έχει πολύ καλύτερα αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν γίνεται τον πρώτο μήνα μετά την εμφάνιση του διαβήτη και μάλιστα εάν το παιδί δεν έχει εμφανίσει οξέωση ή πάρει κορτιζόνη.

Τελευταία, αντί του ομφαλοπλακουντιακού αίματος χρησιμοποιούνται τα μεσεγχυματικά βλαστοκύτταρα του ιστού του ομφάλιου λώρου, με ακόμα καλύτερα αποτελέσματα. Σε όλες αυτές τις θεραπείες χρησιμοποιούνται τα βλαστοκύτταρα του ίδιου του παιδιού.

ΟΙ ΔΙΑΚΟΠΤΕΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΝΕΟΓΕΝΕΣΗΣ «ΚΛΕΙΔΙ» ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Ενθαρρυντικά είναι τα ευρήματα μια νέας μελέτης για τον μηχανισμό παραγωγής γλυκόζης, ο έλεγχος του οποίου θα μπορούσε να οδηγήσει σε έλεγχο του διαβήτη τύπου 2. Ερευνητές από το ινστιτούτο βιολογικών μελετών Salk έδειξαν ότι μια ορμόνη, το γλουκαγόνο, ενεργοποιεί έναν υποδοχέα στην επιφάνεια των ηπατικών κυττάρων με την ονομασία IP3. Ο υποδοχέας ενεργοποιεί την πρωτεΐνη καλσινευρίνη, η οποία οδηγεί σε αύξηση της παραγωγής γλυκόζης.

Η ινσουλίνη μπλοκάρει αυτόν το μηχανισμό και εμποδίζει την απελευθέρωση περισσότερο σακχάρου. Ωστόσο, στους διαβητικούς η ινσουλίνη αδυνατεί να σταματήσει επαρκώς τη δράση του γλουκαγόνου. Οι επιστήμονες εκτιμούν ότι η ανακάλυψη μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη αποτελεσματικότερων φαρμάκων.



Η παρούσα οικονομική συγκυρία και η συνεπαγόμενη ανάγκη δημοσιονομικής προσαρμογής επιβάλλουν τη θέσπιση περιοριστικών πολιτικών σε όλο το φάσμα της δημόσιας οικονομικής δραστηριότητας. Από τη «δίνη» αυτή, ο τομέας της υγείας δύσκολα θα μπορούσε να διαφύγει, αφενός λόγω μεγέθους, καθώς αντιπροσωπεύει περίπου το 10% της συνολικής κοινωνικής παραγωγής, αφετέρου καθώς, κατά γενική ομολογία, χαρακτηρίζεται από χαμηλή οικονομική αποδοτικότητα.

Κώστας Αθανασάκης,
οικονομολόγος υγείας,
συνεργάτης του τομέα
οικονομικών της υγείας,
Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας

Η δημοσιονομική προσαρμογή, όπως αποτυπώνεται μέσω του μνημονίου, απαιτεί σημαντική μείωση των βασικών μακροοικονομικών μεγεθών της υγείας στη χώρα μας. Ενδεικτικά, με βάση τα συμφωνηθέντα, η δημόσια δαπάνη υγείας θα πρέπει να περιοριστεί στο επίπεδο του 6% του ΑΕΠ, πρωτίστως μέσω της μείωσης της φαρμακευτικής δαπάνης στο 1% του ΑΕΠ, αλλά και μέσω εξοικονομήσεων στις λοιπές μορφές φροντίδας. Όλα αυτά σε μια χώρα με ήδη χαμηλές δημόσιες δαπάνες υγείας, σε σύγκριση με τους λοιπούς εταίρους μας στην Ευρωπαϊκή Ένωση και, βεβαίως, με σημαντική αναμενόμενη μείωση στις ιδιωτικές δαπάνες υγείας, συνεπεία της περιστολής του διαθέσιμου εισοδήματος.

Πέραν των προβλέψεων του μνημονίου, ένας εξαιρετικά σημαντικός κίνδυνος για το σύστημα υγείας και κυρίως το σύστημα ασφάλισης ανακύπτει από τη γενικότερη ύφεση στην ελληνική οικονομία. Με βάση τα δεδομένα της πρόσφατης εισηγητικής έκθεσης του προϋπολογισμού, η ύφεση για το 2011 εκτιμάται στο 5,5% του ΑΕΠ, ενώ θα προσεγγίσει το 3% του ΑΕΠ το 2012. Την ίδια στιγμή, τα αντίστοιχα μεγέθη για την ανεργία υπολογίζονται (μάλλον υποεκτιμημένα) στο 15,4% και 17,1% αντίστοιχα. Το γεγονός αυτό, πέραν των προφανών επιπτώσεων στο επίπεδο ευημερίας και υγείας του πληθυσμού, υποκρύπτει έναν εξαιρετικά σημαντικό συστημικό κίνδυνο: την κατάρρευση των εισφορών στα ταμεία ασφάλισης.

λίσας. Χαρακτηριστικά, εκτιμάται ότι ο νεοσύστατος ΕΟΠΥΥ δύσκολα θα καταστεί οικονομικά βιώσιμος ακόμα και κατά το πρώτο έτος λειτουργίας του, παρουσιάζοντας έλλειμμα της τάξης των δύο δια. ευρώ, τη στιγμή που τα περιθώρια χρηματοδότησης του από τον κρατικό προϋπολογισμό είναι ελάχιστα (1,3 δια.), όπως άλλωστε και για το σύνολο των λοιπών ασφαλιστικών ταμείων. Είναι προφανές ότι το σύστημα χρειάζεται εναλλακτικές λύσεις προκειμένου να υπερβεί (ή καλύτερα, να επιβιώσει από) την ύφεση και να υποκαταστήσει τις απολεσθείσες πηγές χρηματοδότησης, ώστε να διατηρήσει ένα επίπεδο υγείας και περιθαλψής σύμφωνα με τις κοινωνικές αξίες και προτεραιότητες μιας δυτικής κοινωνίας. Στο πλαίσιο αυτό, μια ενδεχόμενη λύση που έχει αξία να τεθεί προς συζήτηση είναι η μακρο-οικονομική πολιτική του «κοινωνικού ΦΠΑ».

Η βασική σύλληψη του «κοινωνικού ΦΠΑ» εστιάζει στην αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από μια αντίστοιχου οικονομικού αποτελέσματος αύξηση στον ΦΠΑ. Με άλλα λόγια, με βάση το σύστημα αυτό, προτείνεται η μετακύλιση ενός τμήματος της χρηματοδότησης της ασφάλισης, το οποίο μπορεί να αφορά εισφορές υγείας ή συνταξιοδοτικές, στην κατανάλωση, αντί της εργασίας, όπως ισχύει σήμερα. Το σύστημα αυτό, πέραν του προφανούς οφέλους της στήριξης των ασφαλιστικών εισφορών ακόμα και σε συνθήκες ύφεσης (στην Ελλάδα έχει διαπιστωθεί ότι η κατανάλωση επηρεάζεται αναλογικά λιγότερο από την εργασία σε περίοδο ύφεσης) συνοδεύεται από σημαντικά πλεονεκτήματα, τα οποία αφορούν τη γενικότερη οικονομική δραστηριότητα. Η πολιτική αυτή: (α) αφαιρώντας τις εργοδοτικές εισφορές, μειώνει το κόστος εργασίας, επιτυγχάνοντας την πολυπόθητη «εσωτερική υποτίμηση», με εναλλακτική οδό έναντι της επί του παρόντος ακολουθούμενης μείωσης των εισοδημάτων -άρα και της αγοραστικής δύναμης- στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα, (β)

μειώνει το κόστος παραγωγής των εγχώριων προϊόντων, έχοντας το αντίθετο αποτέλεσμα, σε όρους σχετικών τιμών, για τα εισαγόμενα, (γ) δεν επηρεάζεται στο μέτρο που επηρεάζονται η εργασία άρα και οι εισφορές, από την ανεργία και την ύφεση, (δ) είναι ουδέτερο μέτρο ως προς τη σύνθεση της συνάρτησης παραγωγής (δεν επιβαρύνει τις επιχειρήσεις έντασης εργασίας) -άρα μπορεί να τονώσει, ή -στη χειρότερη περίπτωση- να μην επιβαρύνει την απασχόληση και (ε) μεταφέρει «εντός του συστήματος» τις απολεσθείσες εισφορές λόγω μείωσης εργασίας, μια ανοικτή πληγή για τα ασφαλιστικά ταμεία της χώρας.

Η Ελλάδα το 2010 έκανε το πρώτο («μισό») βήμα προς μια στρατηγική «κοινωνικού ΦΠΑ». Ο βασικός συντελεστής ΦΠΑ αυξήθηκε από το 19 στο 21% τον Μάρτιο 2011 και από το 21 στο 23% τον Μάιο του 2011. Παρόλα αυτά, χάθηκε η (αναπτυξιακή) ευκαιρία, η αύξηση του ΦΠΑ να συνοδευθεί και από τη μείωση των εισφορών, με τα αποτελέσματα που περιγράφηκαν προηγουμένως. Παρόλα αυτά, δεν είναι αργά, καθώς οικονομικά μέτρα σχετικά με την αναπροσαρμογή των συντελεστών ΦΠΑ παραμένουν υπό συζήτηση, στην οποία η παραπάνω πολιτική φορολογίας-εισφορών μπορεί και πρέπει να αποτελέσει σημαντική εισροή.

Είναι προφανές ότι η αντιρρόπηση των εισφορών με έμμεσους φόρους έχει εκτός των θετικών σημείων και ορισμένα μειονεκτήματα, που θα χρειαστεί να ληφθούν υπόψη, όπως ο μη αναδιανεμτικός χαρακτήρας του μέτρου, γεγονός που καθιστά απαραίτητη τη συνύπαρξη ενός προοδευτικού συστήματος άμεσης φορολογίας, ή η ενδεχόμενη (περιορισμένη) υφεσιακή επίδραση που μπορεί να έχει στην κατανάλωση αν εφαρμοστεί ως ευθεία αύξηση του ΦΠΑ. Παρόλα αυτά, στη δεδομένη συγκυρία και υπό το φως της απειλής της κατάρρευσης των ταμείων, οι εναλλακτικές λύσεις είναι περιορισμένες και οφείλουμε να τις αναζητήσουμε, αναλύσουμε και συζητήσουμε ενδελεχώς. ✕



→ Η πρόταση για δημιουργία ενός «κοινωνικού ΦΠΑ» στην Ελλάδα φαίνεται ότι βρίσκει και άλλους υποστηρικτές οι οποίοι προτείνουν τη δημιουργία του ως λύση σωτηρίας του συστήματος υγείας και σε άλλες χώρες.

→ Ο Emmanuel Farhi καθηγητής οικονομικών στο πανεπιστήμιο Χάρβαρντ, σε πρόσφατο άρθρο του υποστήριξε την άποψη αυτή, ενώ σοβαρές προτάσεις από οικονομολόγους γίνονται και στην κυβέρνηση του Νικολά Σαρκοζύ για την εφαρμογή αυτού του ΦΠΑ.

Η βασική σύλληψη του «κοινωνικού ΦΠΑ» εστιάζει στην αντικατάσταση μέρους των ασφαλιστικών εισφορών από μια αντίστοιχου οικονομικού αποτελέσματος αύξηση στον ΦΠΑ

Χειρουργική θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2: υπάρχει κλινική εφαρμογή;

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη, η χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας αποτελεί κατάλληλη θεραπεία για παχύσαρκα άτομα με ΣΔ τύπου 2. Πρόκειται για την πρώτη διεθνώς παραδοχή μιας νέας ειδικότητας στη χειρουργική, της χειρουργικής του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, ή όπως τείνει πλέον να καθιερωθεί ο όρος, της «μεταβολικής χειρουργικής».

Σάββας Χειρίδης,
MD, MSc, γενικός χειρουργός,
Ιατρικό Κέντρο Αθηνών

Η μεταβολική χειρουργική μπορεί να θεωρηθεί μια νέα ειδικότητα στη χειρουργική, διότι περιλαμβάνει μια σειρά από επεμβάσεις με κοινό στόχο να επιτευχθεί μια βελτίωση στον ανθρώπινο μεταβολισμό και συγκεκριμένα στον μεταβολισμό του σακχάρου. Η μεταβολική χειρουργική δεν αποτελεί μόνο μια ενδιαφέρουσα προοπτική, αλλά μια εφαρμοσμένη πραγματικότητα και σημαντικό θεμέλιο για τη χειρουργική του μέλλοντος.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Η χειρουργική θεραπεία της νοσογόνου παχυσαρκίας ενδείκνυται σε ασθενείς με ελάχιστο ΔΜΣ 35 kg/m². Ωστόσο, καθώς περισσότεροι από 90% των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχουν ΔΜΣ

μεταξύ 25-35, η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί τον πραγματικό στόχο της μεταβολικής χειρουργικής, ανεξάρτητα από τον ΔΜΣ. Η χειρουργική ως θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 βρίσκεται ακόμα στο στάδιο της αξιολόγησης. Πολλοί μελέτες έδειξαν ότι παχύσαρκοι ασθενείς που υποβάλλονται σε βαριατρική επέμβαση παρουσιάζουν πλήρη αποδρομή του σακχαρώδη διαβήτη, διατηρώντας φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου χωρίς φάρμακα για περισσότερα από 10 χρόνια. Είναι αξιοσημείωτο ότι σε πολλές από τις επεμβάσεις αυτές, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 εξαλείφεται μέσα σε λίγες ημέρες ή εβδομάδες, πολύ πριν επισυμβεί σημαντική απώλεια βάρους. Έτσι, το ενδιαφέρον στράφηκε γρήγορα προς τους μη παχύσαρκους σακχαροδιαβητικούς τύπου 2. Πράγματι, πρόσφατες δημοσιεύσεις υποστηρίζουν την αποδρομή του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ασθενείς με ΔΜΣ < 35 kg/m².

Η πρώτη συνάντηση πάνω στην «πραγματική» χειρουργική του διαβήτη πραγματοποιήθηκε με 15 μόνο επιστήμονες διεθνούς κύρους, τον Ιούνιο του 2006 στο Στρασβούργο. Η δεύτερη διοργανώθηκε από τον Francesco Rubino στη Βοστώνη, τον Οκτώ-

βριο του 2006 και ήταν πιο επίσημη.

Η κύρια συνάντηση όμως, ήταν το Diabetes Surgery Summit Consensus Conference στη Ρώμη, τον Μάρτιο του 2007 [14]. Εκεί πραγματοποιήθηκε το πρώτο consensus πάνω στις βασικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση της χειρουργικής ως θεραπείας για τον διαβήτη τύπου 2. Συμμετείχαν περίπου 50 ερευνητές, ενδοκρινολόγοι, διαβητολόγοι και ακαδημαϊκοί βασικών επιστημών. Αυτό που συμφωνήθηκε ομόφωνα τότε είναι ότι «σε ασθενείς με ΔΜΣ < 35, ο καθορισμός της ορθής εφαρμογής επεμβάσεων στον γαστρεντερικό σωλήνα για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αποτελεί σοβαρή ερευνητική προτεραιότητα». Η λέξη «ερευνητική» στην προηγούμενη δήλωση δείχνει ότι η χειρουργική αυτή θα επιτρεπόταν μόνο σε προσεκτικά σχεδιασμένες μελέτες και μετά από έγκριση από την αρμόδια επιτροπή ιατρικής ηθικής-δεοντολογίας. Στην ίδια συνάντηση παρουσιάστηκε η δήλωση των θέσεων του DSS. Συνοπτικά το Consensus κατέληξε σε δύο κύριες θέσεις:

1. Η χειρουργική προσέγγιση μπορεί να θεωρηθεί κατάλληλη ως εναλλακτική θεραπεία για τη θεραπεία ανεπαρκώς



ελεγχόμενου σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε κατάλληλους χειρουργικούς υποψηφίους με ΔΜΣ 30-35 kg/m².

2. Νέες επεμβάσεις στον γαστρεντερικό σωλήνα (δωδεκαδακτυλο-νησιδική παράκαμψη, αντιμετάθεση ειλεού, γαστρεκτομή sleeve και ενδοαυλικό μανίκι), θα πρέπει να πραγματοποιούνται μόνο στο πλαίσιο μελετών, εγκεκριμένων από το IRB (Institutional Review Board).

Το αυξανόμενο ενδιαφέρον του υπόλοιπου κόσμου για τη χειρουργική του διαβήτη, δεν αντικατοπτριζόταν ευρέως στις ΗΠΑ μέχρι πρόσφατα (ασφαλιστικοί λόγοι κυρίως- μη κάλυψη ασθενών με ΔΜΣ<35).

Η δεύτερη συνάντηση επεμβατικών θεραπειών κατά του σακχαρώδη διαβήτη (F. Rubino, Νέα Υόρκη 2011) έδωσε νέες διαστάσεις στη σημασία της μεταβολικής χειρουργικής. Το κυριότερο συμπέρασμα από τις εργασίες του συνεδρίου είναι ότι η χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη νωρίτερα σε κατάλληλους ασθενείς, ώστε να προλαμβάνονται και να υποχωρούν οι σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη.

Αναλυτικά οι θέσεις IDF 2011

1. Στις συμπεριφορικές και φαρμακευτικές προσεγγίσεις, διάφοροι τύποι χειρουργικής του πεπτικού, που αναπτύχθηκαν αρχικά για την αντιμετώπιση της νοσογόνου παχυσαρκίας, αποτελούν σήμερα τις πλέον δυναμικές επιλογές για

την αποθεραπεία του διαβήτη σε νοσογόνα παχύσαρκους ασθενείς, οδηγούν συχνά στην εξομάλυνση των επιπέδων γλυκόζης, μειώνοντας ή αποτρέποντας την ανάγκη για φαρμακευτική θεραπεία και προσφέρουν μια δυνητικούς οικονομική και αποτελεσματική προσέγγιση στη θεραπεία του διαβήτη.

2. Η χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας αποτελεί κατάλληλη θεραπεία για παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 που δεν επιτυγχάνουν τους αναμενόμενους θεραπευτικούς στόχους με τη φαρμακευτική θεραπεία, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχουν σε αυτά άλλες μείζονες παθήσεις που είναι αποτέλεσμα νοσογόνου παχυσαρκίας.
3. Η χειρουργική θα πρέπει να αποτελεί μια αποδεκτή επιλογή σε άτομα που έχουν διαβήτη τύπου 2 και δείκτη μάζας σώματος (ΔΜΣ) 35 ή περισσότερο.
4. Η χειρουργική θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή σε ασθενείς με ΔΜΣ μεταξύ 30 και 35, όταν ο διαβήτης δεν μπορεί να ελεγχθεί επαρκώς από την ενδεικνυόμενη φαρμακευτική αγωγή, ιδίως όταν συνυπάρχουν άλλοι μείζονες παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου.
5. Απαιτούνται στρατηγικές που θα υποβοηθούν την πρόσβαση στη χειρουργική, ώστε να διασφαλισθεί ότι οι επεμβάσεις αυτές θα προσφέρονται σε όσους είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από αυτές.



→ Δεν είναι ξεκάθαρο μέχρι σήμερα εάν όλοι οι ασθενείς με ΣΔ τύπου 2 θα ήταν κατάλληλοι υποψήφιοι για μεταβολική χειρουργική, ή εάν μερικοί ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα κριτήρια (π.χ. διάρκεια σακχαρώδη διαβήτη, ΔΜΣ, διαγνωσμένη καρδιαγγειακή νόσο, ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης, επίπεδα C-peptide) πρόκειται να ωφεληθούν και οι άλλοι όχι. Ο κοινωνικοοικονομικός αντίκτυπος της ίασης του ΣΔ τύπου 2, μέσω μεταβολικής επέμβασης, δεν έχει προσδιορισθεί ακόμα και θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο εκτενούς έρευνας.

6. Οι υπάρχουσες μελέτες δείχνουν ότι η χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας σε παχύσαρκους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 έχει θετική σχέση κόστους- όφελους.

7. Οι βariatρικές επεμβάσεις για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, θα πρέπει να πραγματοποιούνται στο πλαίσιο κοινώς αποδεκτών κατευθυντηρίων οδηγιών (τόσο σε εθνικό όσο και σε παγκόσμιο επίπεδο). Συνεπώς απαιτείται κατάλληλη προσέγγιση για την επέμβαση και συγκροτημένη, συνεχιζόμενη φροντίδα από πολυδύναμη εξειδικευμένη ομάδα, εκπαίδευση του ασθενούς, μετεγχειρητική παρακολούθηση και κλινική επανεκτίμηση, καθώς και ασφαλείς και αποτελεσματικές εγχειρητικές τεχνικές και χειρουργικές ομάδες. Θα πρέπει να θεσπιστούν και δημοσιοποιηθούν εθνικές οδηγίες για τη βariatρική χειρουργική σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 και ΔΜΣ από 35 και πάνω.

8. Η νοσηρότητα και θνητότητα που σχετίζεται με τη χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας είναι γενικά μικρή και συγκρίσιμη με άλλες ευρέως αποδεκτές επεμβάσεις όπως η χολοκυστεκτομή και η χειρουργική αντιμετώπιση των επιπλοκών της χοληλιθίας.

9. Η χειρουργική νοσογόνου παχυσαρκίας σε νοσογόνα παχύσαρκους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 καλύπτει ένα μεγάλο εύρος πλεονεκτημάτων για την υγεία, που περιλαμβάνει μείωση της γενικής θνητότητας (από όλα τα αίτια).

10. Θα πρέπει να θεσπιστεί σε εθνικό επίπεδο μια βάση δεδομένων ασθενών που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση νοσογόνου παχυσαρκίας, ώστε να διασφαλισθεί η ποιοτική παροχή φροντίδας στον ασθενή και να ελέγχονται τόσο τα βραχυπρόθεσμα όσο και τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα των επεμβάσεων αυτών.



11. Με στόχο τη βελτίωση της χρήσης της χειρουργικής νοσογόνου παχυσαρκίας ως θεραπευτικής επιλογής για τον διαβήτη τύπου 2, απαιτείται περαιτέρω έρευνα στο μέλλον.

Ο ρυθμιζόμενος γαστρικός δακτύλιος ως μεταβολική επέμβαση

Ο δακτύλιος διορθώνει τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε παχύσαρκους, ως αποτέλεσμα της απώλειας βάρους και η δράση του δεν σχετίζεται με τους παραπάνω μηχανισμούς. Τον Φεβρουάριο έλαβε έγκριση από τον FDA για χρήση σε ασθενείς με ΔΜΣ>35 ή ΔΜΣ 30-35 kg/m² και συνυπάρχουσες παθήσεις.

Μια τυχαίοποιημένη μελέτη από τον Dixon και τους συνεργάτες του, που περιλάμβανε 60 ασθενείς με ΔΜΣ 30-40 kg/m², συνέκρινε τη συντηρητική (φαρμακευτική-συμπεριφορική) θεραπεία με τον γαστρικό δακτύλιο συνδυασμένο με συντηρητικά μέτρα. Δύο χρόνια μετά την επέμβαση, η αποδομή του σακχαρώ-

δη διαβήτη τύπου 2 (που ορίζεται ως FBG <126 mg/dl και HbA1c <6,2% χωρίς αντιδιαβητική αγωγή) επιτεύχθηκε σε ποσοστό 73% των ασθενών με δακτύλιο και μόνο στο 13% της ομάδας που έλαβε συντηρητική αγωγή. Οι χειρουργημένοι ασθενείς παρουσίαζαν επίσης μεγαλύτερη απώλεια βάρους στα δύο χρόνια (20,7 και 1,7% αντίστοιχα), ενώ παράλληλα η απώλεια βάρους αποτέλεσε τον κύριο παράγοντα πρόβλεψης της υποχώρησης του διαβήτη. Μια άλλη τυχαίοποιημένη κλινική μελέτη αφορούσε τη σύγκριση μεταξύ συντηρητικών μέτρων (δίαιτα πολύ χαμηλής θερμιδικής αξίας, αλλαγές του τρόπου ζωής και φαρμακευτική αγωγή) και ρυθμιζόμενου γαστρικού δακτυλίου σε 80 ασθενείς με ΔΜΣ 30-35kg/m². Προεγχειρητικά, 38% των συμμετεχόντων και από τις δύο ομάδες έπασχαν από μεταβολικό σύνδρομο, ενώ δύο χρόνια μετεγχειρητικά αυτό ανευρισκόταν μόνο στο 3% των χειρουργημένων ασθενών και στο 24% της ομάδας που ακολούθησε συντηρητικά μέτρα. ✕

Συστήματα χορήγησης ινσουλίνης από τη **Novo Nordisk** για κάθε άτομο με διαβήτη με αξιοπιστία και ευκολία



Με βελόνες NovoFine®
για απόλυτη συμβατότητα

**αληθίζουμε
το διαβήτη**

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



Είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αυτοφλεγμονώδης νόσος;

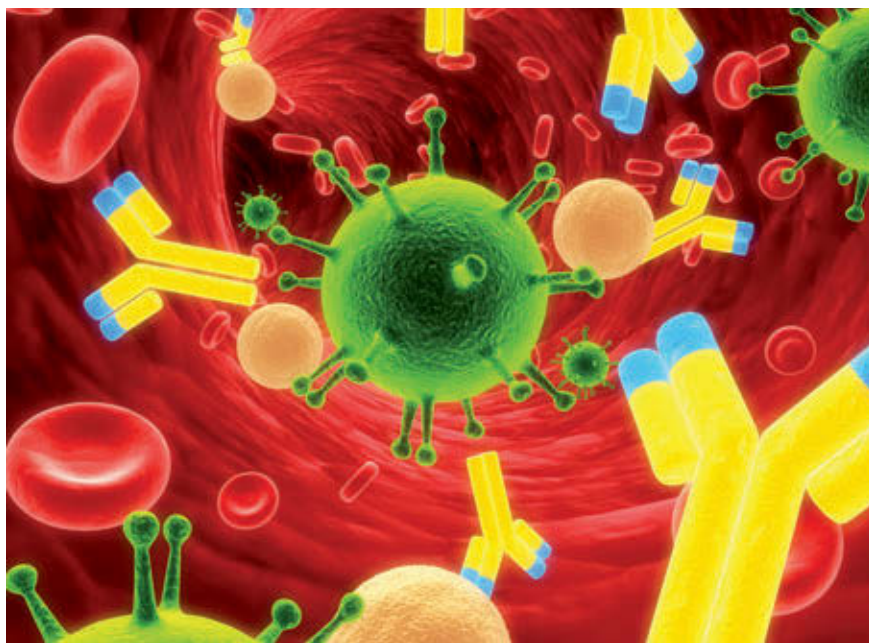
**Ιφιγένεια Κώστογλου-Αθανασίου¹,
Παναγιώτης Αθανασίου²,**
¹ενδοκρινολογικό τμήμα,
Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο -
Μπενάκειο» ΕΕΣ
²ρευματολογική κλινική,
Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»

Τα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα

Σήμερα, ορισμένα χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα χαρακτηρίζονται αυτοφλεγμονώδη. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε αρχικά για ομάδα σπάνιων περιοδικών εμπύρετων νοσημάτων, όπως ο οικογενής μεσογειακός πυρετός, το οικογενές ψυχρό αυτοφλεγμονώδες σύνδρομο και το περιοδικό σύνδρομο που σχετίζεται με τον υποδοχέα του TNF (TNF receptor-associated periodic syndrome-TRAPS). Τα νοσήματα αυτά χαρακτηρίζονται από υποτροπιάζοντα πυρετικά επεισόδια, λευκοκυττάρωση, αύξηση των πρωτεϊνών οξείας φάσης, μυαλγίες και γενικευμένη κόπωση. Τα αυτοφλεγμονώδη αυτά νοσήματα έχουν αναγνωρίσιμη γενετική αιτία. Στην περίπτωση του οικογενούς ψυχρού αυτοφλεγμονώδους συνδρόμου

μία μετάλλαξη σε ένα αμινοξύ παρατηρείται σε γονίδιο που κωδικοποιεί πρωτεΐνη, που ονομάζεται κρυοπυρίνη. Το όνομα του συνδρόμου προέρχεται από την κλινική περιγραφή της νόσου. Μετά από έκθεση στο κρύο, όπως κρύο αέρα ή κρύο νερό, τα προσβεβλημένα άτομα εμφανίζουν πυρετό, λευκοκυττάρωση και γενικευμένη γριππώδη συνδρομή. Έτσι, προήλθε το όνομα κρύο από το ψύχος και πυρίνη από το πυρετός. Άλλη συστηματική αυτοφλεγμονώδης νόσος είναι το σύνδρομο Muckle-Wells, που επίσης προκαλείται από μετάλλαξη στην κρυοπυρίνη. Βαρύτερη νόσος που σχετίζεται με μετάλλαξη στην κρυοπυρίνη είναι η πολυσυστηματική φλεγμονώδης νόσος νεογνικής εισβολής. Τα νοσήματα αυτά, που οφείλονται σε μετάλλαξη της κρυοπυρίνης, ονομάζονται περιοδικά σύνδρομα που σχετίζονται με την κρυοπυρίνη [cryopyrin-associated periodic syndromes (CAPS)]. Οι ασθενείς με CAPS προϊόντος του χρόνου εμφανίζουν απώλεια ακοής. Οι ασθενείς με CAPS, όταν αντιμετωπίζονται με παράγοντες που αναστέλλουν την ιντερλευκίνη-1, όπως το μονοκλωνικό ανθρώπειο αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης-1β canakinumab, εμφανίζουν γρήγορη και διαρκή μέχρι σχεδόν πλήρη ύφεση της νόσου.

Ωστόσο, υπάρχουν ασθενείς με σχεδόν παρόμοιες κλινικές εκδηλώσεις χωρίς αυτές τις μεταλλάξεις. Έχουν παρόμοια ανταπόκριση στον αποκλεισμό της ιντερλευκίνης-1β, όπως και οι ασθενείς με τις μεταλλάξεις. Αρχικά, ο όρος αυτοφλεγμονώδη υποδήλωνε την απάντηση σε πυροδοτικούς παράγοντες όπως το ψύχος. Σήμερα, ο όρος αυτοφλεγμονώδης για μια



συγκεκριμένη νόσο έχει και άλλο νόημα. Η χρήση του όρου αυτοφλεγμονή για χρόνια φλεγμονώδη νοσήματα οφείλεται στη δραματική, ταχεία και διαρκή βελτίωση μετά από ελάττωση της δραστηριότητας της ιντερλευκίνης-1β με αποκλεισμό του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-1 με anakinra, με το διαλυτό υποδοχέα της ιντερλευκίνης-1 rilonacept και με τα αντι-ιντερλευκίνης-1β μονοκλωνικά αντισώματα όπως το canakinumab. Το συνθετικό αυτό στην αυτοφλεγμονή, αναφέρεται επίσης στο γεγονός ότι η ιντερλευκίνη-1β πυροδοτεί μηχανισμό αυτοεπαγωγής της. Φαίνεται ότι αυτός μπορεί να είναι ένας από τους λόγους που μια χορήγηση του αντι-ιντερλευκίνης-1β μονοκλωνικού αντισώματος canakinumab έχει μακροχρόνια και διατηρήσιμη δράση.

Η διάκριση μεταξύ αυτοφλεγμονωδών και αυτοάνοσων νοσημάτων

Στα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα δεν παρατηρούνται σχέσεις συνύπαρξης με συγκεκριμένους απλοτύπους του μείζονος συστήματος ιστοσυμβατότητας HLA, ενώ σε συγκεκριμένους απλοτύπους του HLA παρατηρείται ευπάθεια στα αυτοάνοσα νοσήματα. Στους ασθενείς με αυτοφλεγμονώδη νοσήματα δεν παρατηρούνται αυτοαντιδραστικά T λεμφοκύτταρα. Τα αυτοάνοσα νοσήματα απαντούν στη χορήγηση αντι-TNFα, CTLA4-Ig, αντι-IL-6 υποδοχέα, στην ελάττωση των CD20 B λεμφοκυττάρων, στη χορήγηση αντι-IL12/IL23 αντισωμάτων, αντι-IL-17, αντι-α-3 ιντεγρίνης και αντι-LFA αντισωμάτων. Τα θεραπευτικά αυτά μέσα δεν έχουν σημαντική επίδραση στα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα. Κατ' αντίθεση, τα αυτοφλεγμονώδη νοσήματα απαντούν στον αποκλεισμό της ιντερλευκίνης-1β. Το μονοκύτταρο-μακροφάγο και όχι το T λεμφοκύτταρο είναι ο ένοχος στους ασθενείς με αυτοφλεγμονώδη νοσήματα και το πρόβλημα φαίνεται να είναι η αυξημένη έκκριση ιντερλευκίνης-1β.

Παθογένεια του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

Η παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι σήμερα καλύτερα κατανοητή. Η υπερβολική πρόσληψη τροφής και η σωματική αδράνεια επάγουν την εμφάνιση αντίστασης στην ινσουλίνη. Για την αντιμετώπιση της ανάγκης για αυξημένη έκκριση ινσουλίνης το νησίδιο του παγκρέατος χρειάζεται να αυξήσει την έκκρισή του δραστηριότητα. Στα περισσότερα άτομα, η προσαρμογή αυτή επιτυγχάνεται κατά τα πρώιμα στάδια του αυξημένου μεταβολικού stress, που οφείλεται στην υπερβολική λήψη τροφής. Η επιτυχής προσαρμογή του β-κυττάρου στα περισσότερα άτομα επιτρέπει τη διατήρηση φυσιολογικού μεταβολισμού καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής. Ωστόσο τελικά, η προσαρμογή αυτή δεν επαρκεί σε μερικά άτομα, ανάλογα με τη γενετικά καθορισμένη ικανότητα προσαρμογής του β-κυττάρου και τη βαρύτητα της ινσουλιναντοχής. Οι λόγοι της ανεπάρκειας διατήρησης επαρκούς έκκρισης ινσουλίνης είναι ο συνδυασμός ελάττωσης της μάζας των β-κυττάρων και διαταραχής της έκκρισης της ινσουλίνης. Πολλοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την ερμηνεία της αποτυχίας αυτής, μεταξύ αυτών, οξειδωτικό stress, εναπόθεση αμυλοειδούς, λιποτοξικότητα και γλυκοτοξικότητα. Όλοι αυτοί οι μηχανισμοί μπορούν να επάγουν φλεγμονώδη αντίδραση, ή μερικοί να είναι αποτέλεσμα φλεγμονής. Αρχικά, η φλεγμονώδης αντίδραση προάγει την επανόρθωση και αναγέννηση του β-κυττάρου. Ωστόσο, καθώς η φλεγμονώδης αντίδραση γίνεται χρόνια, η κατάσταση επιπλέκεται από την ενεργοποίηση αυτοφλεγμονωδών διεργασιών που γίνονται καταστροφικές. Παρόμοιες αυτοφλεγμονώδεις διεργασίες παρατηρούνται στους ινσουλινοεξαρτητικούς ιστούς. Για τους λόγους αυτούς, ο διαβήτης τύπου 2 μπορεί να θεωρηθεί αυτοφλεγμονώδης νόσος. Συνεπώς, μπορεί να αντιμετωπιστεί με παράγοντες που αναστρέφουν τον



→ Σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι αυτοφλεγμονώδης νόσος. Η ενεργοποίηση της οδού της ιντερλευκίνης-1 στο ΣΔ 2 οδηγεί στη φλεγμονή των νησιδίων του παγκρέατος και τη συνακόλουθη καταστροφή τους. Η θεραπευτική χορήγηση παραγόντων που αναστέλλουν την οδό της ιντερλευκίνης-1 έχει αποδειχθεί ότι έχει ενεργό θεραπευτική επίδραση στο ΣΔ 2 και βελτιώνει τη μεταβολική ρύθμιση στους ασθενείς.

Φαίνεται ότι ο ΣΔ 2 χαρακτηρίζεται από αυτοφλεγμονώδη φαινόμενα και στους περιφερικούς ιστούς είναι πιθανό ότι η χρήση των παραγόντων που ανταγωνίζονται την ιντερλευκίνη-1 θα βελτιώσει την ινσουλινοευαισθησία και θα συμβάλει στην πρόληψη των επιπλοκών της νόσου, όπως η τύφλωση, η νεφροπάθεια και τα καρδιαγγειακά επεισόδια

φαύλο κύκλο όπως οι ανταγωνιστές της ιντερλευκίνης-1, ή με τροποποίηση του NF-κΒ μέσω του salsalate ή παρόμοιων παραγόντων.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 σαν χρόνια αυτοφλεγμονώδες νόσημα

Υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι χρόνια φλεγμονώδες νόσημα. Η ειδική κυτταροτοξική επίδραση της ιντερλευκίνης-1β

στα ινσουλινοπαραγωγά παγκρεατικά β-κύτταρα και όχι στα άλφα κύτταρα έχει μελετηθεί από το 1986. Αρχικά θεωρείτο ότι η ιντερλευκίνη-1β διαδραμάτιζε παθογενετικό ρόλο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Πρόσφατα, ωστόσο, αποδείχθηκε ότι υψηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης διεγείρουν την παραγωγή ιντερλευκίνης-1β από τα β-κύτταρα του παγκρέατος υποδεικνύοντας ότι πιθανόν η ιντερλευκίνη-1β συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της νόσου στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Αυξανόμενες ενδείξεις δείχνουν ότι φλεγμονώδης διαδικασία συμμετέχει στην παθοφυσιολογία της ανεπάρκειας του β παγκρεατικού κυττάρου να εκκρίνει επαρκείς ποσότητες ινσουλίνης σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Η ινσουλίτιδα προκαλείται από παθολογική ενεργοποίηση της ενδογενούς φλεγμονής από το μεταβολικό stress που διαμεσολαβείται από την ιντερλευκίνη-1.

Η υπερβολική πρόσληψη τροφής είναι η κύρια αιτία του διαβήτη τύπου 2. Η έκθεση των νησιδίων του παγκρέατος στον άνθρωπο στη γλυκόζη ή σε ελεύθερα λιπαρά οξέα επάγει την παραγωγή και έκκριση ιντερλευκίνης-1β. Ακόμη, η λιπτείνη μπορεί επίσης να επάγει την παραγωγή ιντερλευκίνης-1β. Η έκφραση του γονιδίου της ιντερλευκίνης-1β ήταν περισσότερο από 100 φορές μεγαλύτερη στα νησίδα ασθενών με διαβήτη τύπου 2 συγκριτικά με αυτά φυσιολογικών μαρτύρων. Τα ελεύθερα λιπαρά οξέα επίσης διεγείρουν την παραγωγή ιντερλευκίνης-1β από τα β παγκρεατικά κύτταρα. Ο συνδυασμός υψηλών επιπέδων γλυκόζης και ελεύθερων λιπαρών οξέων επάγει την παραγωγή ιντερλευκίνης-1β. Το λιποκύτταρο είναι η πηγή των ελεύθερων λιπαρών οξέων, που επίσης παράγει ιντερλευκίνη-1β. Μετά την απελευθέρωσή της η ιντερλευκίνη-1β αυτοενεργοποιείται με αποτέλεσμα φαύλο φλεγμονώδη κύκλο συνεχούς παραγωγής ιντερλευκίνης-1β. Έτσι, φαίνεται ότι ο διαβήτης τύπου 2 εμπίπτει στην κατηγορία των αυτοφλεγμονωδών νοση-

μάτων και ο αποκλεισμός της ιντερλευκίνης-1β μπορεί να διασπάσει τον φαύλο φλεγμονώδη κύκλο που είναι παθογόνος για το β παγκρεατικό κύτταρο.

Φαίνεται ότι αυτοφλεγμονώδεις διεργασίες παρατηρούνται και σε ινσουλινοευαίσθητους ιστούς και σε όργανα στόχους όπως ο νεφρός, ο οφθαλμός και τα αγγεία. Η ιστική φλεγμονή μπορεί να συμβάλει όχι μόνο στην ανεπάρκεια του β-κυττάρου, αλλά και στις επιπλοκές του διαβήτη, όπως η νεφροπάθεια, η αμφιβληστροειδοπάθεια και η προσβολή του κυκλοφορικού συστήματος.

Θεραπευτικές επιπτώσεις

Ο άνθρωπος ανασυνδυασμένος ανταγωνιστής του υποδοχέα της ιντερλευκίνης-1 anakinra χορηγήθηκε καθημερινά σε δόση 100 mg σε 70 ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Μετά από 13 εβδομάδες παρατηρήθηκε ελάττωση του επιπέδου της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, αύξηση των επιπέδων του C-πεπτιδίου και ελάττωση της C-αντιδρώσας πρωτεΐνης.

Το ανθρώπινο μονοκλωνικό αντίσωμα έναντι της ιντερλευκίνης-1β canakinumab δοκιμάζεται στη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2. Είναι πιθανό ότι η χρήση παραγόντων που ανταγωνίζονται την ιντερλευκίνη-1 θα αντιμετωπίζουν όχι μόνο συμπτωματικά την υπεργλυκαιμία αλλά και τους παθογενετικούς μηχανισμούς που συμβάλλουν στην εμφάνιση του διαβήτη τύπου 2, με τον τρόπο αυτό πιθανότατα συμβάλλοντας στην πρόληψη ή και αναστροφή της προοδευτικής καταστροφής του β-κυττάρου. Καθώς φαίνεται ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από αυτοφλεγμονώδη φαινόμενα και στους περιφερικούς ιστούς, είναι πιθανό ότι η χρήση των παραγόντων που ανταγωνίζονται την ιντερλευκίνη-1 θα βελτιώσει την ινσουλινοευαισθησία και θα συμβάλει στην πρόληψη των επιπλοκών της νόσου, όπως η τύφλωση, η νεφροπάθεια και τα καρδιαγγειακά επεισόδια. ✖

Επώδυνη διαβητική νευροπάθεια: τί πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα με διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια νόσος που προσβάλλει το 6-8% του ενήλικου πληθυσμού. Η διαβητική νευροπάθεια (η βλάβη δηλαδή των νεύρων εξαιτίας του διαβήτη) προσβάλλει το ένα τρίτο περίπου των ατόμων με διαβήτη και είναι συχνότερη στα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ είναι υπεύθυνη για το 85% των βλαβών των κάτω άκρων

Νικόλαος Τεντολούρης,
επίκουρος καθηγητής ιατρικής
σχολής, πανεπιστημίου Αθηνών
ΓΝΑ «Λαϊκό»

Το 20-40% των ατόμων με διαβήτη εμφανίζει επώδυνη διαβητική περιφερική νευροπάθεια, δηλαδή πάσχει από νευροπαθητικό πόνο. Μάλιστα, πρόσφατα δεδομένα έδειξαν ότι όσο πιο βαριά είναι η νευροπάθεια τόσο είναι πιθανότερο τα άτομα με διαβήτη να έχουν νευροπαθητικό πόνο.

Ο νευροπαθητικός πόνος εκδηλώνεται με περίεργες αισθήσεις στα περιφερικά τμήματα των κάτω άκρων (δάκτυλα των ποδιών, κνήμες, πατούσες) όπως κάψιμο, μούδιασμα, μυρμήγκιασμα, κνησμό, αίσθημα κρύου ή ζεστού, αίσθημα σφίξιματος κ.λπ. Τα συμπτώματα αυτά επιδεινώνονται στην κατάκλιση, κυρίως το βράδυ. Επίσης, αφορούν και τα δύο πόδια, ενώ οι πάσχοντες ανακουφίζονται με τη βάδιση.

Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να συνοδεύονται από τροφικές αλλοιώσεις στο δέρμα των κάτω άκρων και μειωμένη ικανότητα επουλώσεως των πληγών λόγω της μικροαγγειοπάθειας. Στο σημείο

αυτό, τονίζεται ότι όσα άτομα με διαβήτη έχουν νευροπαθητικό πόνο, είναι πιθανό να πάσχουν από σοβαρή διαβητική νευροπάθεια και παρότι υποφέρουν από τα συμπτώματα που αναφέρθηκαν, στην εξέταση βρίσκονται να έχουν συχνά πλήρη απώλεια της αισθητικότητας. Αν κάποιο άτομο έχει τα συμπτώματα που προαναφέρθηκαν, πρέπει να τα αναφέρει στον γιατρό που τον παρακολουθεί για τον διαβήτη.

Η διαβητική καλή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, με καλό έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα και με αποφυγή των μεγάλων διακυμάνσεων του σακχάρου στο αίμα είναι πολύ σημαντική για την πρόληψη της εμφάνισης και της επιδείνωσης των συμπτωμάτων της επώδυνης νευροπάθειας. Από τη στιγμή που αρχίσουν τα συμπτώματα, σπανίως υποχωρούν από μόνα τους και χρειάζεται να γίνει έναρξη ειδικής φαρμακευτικής αγωγής. Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα είναι της κατηγορίας των αντικαταθλιπτικών και αντιεπιληπτικών φαρμάκων, τα οποία έχουν επίδραση και ένδειξη χορήγησης στον νευροπαθητικό πόνο.

Παρά τις υπάρχουσες θεραπείες, πολλοί ασθενείς εξακολουθούν να μην υποβάλ-

λονται σε αυτές, με συνέπεια να παρουσιάζουν πολλά προβλήματα στην καθημερινότητά τους -από δυσκολίες στον ύπνο έως κατάθλιψη, άγχος και διαταραχές στην κοινωνική και συναισθηματική τους συμπεριφορά. ✕



Η ανάγκη συμμόρφωσης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη για την αποφυγή υπογλυκαιμιών

Είναι αναμφισβήτητη η αξία της καλής ρύθμισης του σακχάρου αίματος στους διαβητικούς ασθενείς. Τα τελευταία χρόνια υπήρξε μια συνεχή αναθεώρηση των στόχων της θεραπείας, με αποτέλεσμα την αύξηση του κινδύνου εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων, ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους.

Νικόλαος Κλωνάρης,
ενδοκρινολόγος



→ Τα αίτια εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων οφείλονται σε:

- Καθυστέρηση ενός γεύματος
- Μείωση πρόσληψης αμυλούχων τροφών
- Κατανάλωση αλκοόλ
- Αύξηση φυσικής δραστηριότητας χωρίς να έχει προϋπάρξει ενίσχυση της ποσότητας τροφής σε υδατάνθρακες
- Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει επίσης, να δείξουν τα ηλικιωμένα άτομα τα οποία παρουσιάζουν κάποιο βαθμό νεφρικής δυσλειτουργίας και λαμβάνουν υπογλυκαιμικούς παράγοντες

Ο όρος υπογλυκαιμία υποδηλώνει επίπεδα σακχάρου στο αίμα χαμηλότερα του φυσιολογικού, ωστόσο στην καθημερινή πράξη χρησιμοποιείται ο όρος αυτός για να περιγράφουν οι κλινικές εκδηλώσεις που εμφανίζονται με τη μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα. Διαβητικοί μπορεί να παρουσιάσουν συμπτώματα με τιμές σακχάρου εντός των φυσιολογικών ορίων, ειδικά όσοι παρουσιάζουν αρρυθμιστο διαβήτη για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ από την άλλη μεριά, υγιείς κυρίως γυναίκες μπορεί σε νηστεία να παρουσιάζουν τιμές σακχάρου κάτω από 40 mg/dl χωρίς εμφάνιση κάποιας συμπτωματολογίας.

Κατά καιρούς έχουν γίνει προσπάθειες ταξινόμησης της υπογλυκαιμίας με πολλούς τρόπους και μπορεί να χαρακτηριστεί ήπια, βαριά ή σοβαρή, νηστείας, μεταγευματική, βιοχημική, κλινική, ανεπίγνωστη, αντιδραστική κ.ά. Αυτό που έχει μεγαλύτερη αξία όμως, πέρα από κάθε ταξινόμηση, είναι η πρόληψη, η εύρεση των αιτιών αυτής, η έγκαιρη διάγνωση και η αντιμετώπισή της.

Η υπογλυκαιμία συνήθως συνοδεύεται από συμπτώματα. Είναι, λοιπόν, μέζονος σημασίας να μπορούν να αναγνωρισθούν κάποια από αυτά, για να μπορεί να γίνει έγκαιρα η αντιμετώπισή της.

Ποια είναι αυτά τα συμπτώματα; Διακρίνονται σε δύο κύριες ομάδες:

- α) αυτά που οφείλονται στην ενεργοποίηση του αυτόνομου νευρικού συστήματος και των αντιρροπιστικών ορμονών και
- β) εκείνα που οφείλονται στην ανεπαρκή πρόσληψη γλυκόζης από το κεντρικό νευρικό σύστημα.

Τα τελευταία συνήθως παρουσιάζονται σε ακόμα χαμηλότερες τιμές σακχάρου. Η κλινική, λοιπόν, εικόνα που παρουσιάζει ένας ασθενής κατά τη διάρκεια της υπογλυκαιμίας είναι συνάρτηση τόσο των επιπέδων του σακχάρου του αίματος όσο και της ταχύτητας με την οποία αυτό μειώνεται (ρυθμός πτώσης σακχάρου αίματος) και μπορεί να παρουσιαστεί με ένα ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα:



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.

ρύθμιση του διαβήτη

Εκδηλώσεις από το αυτόνομο νευρικό σύστημα:

- Τρέμουλο, άγχος και νευρικότητα
- Αίσθημα παλμών και ταχυκαρδία
- Εφίδρωση και αίσθημα θερμότητας
- Αίσθημα «μουδιάσματος»
- Ωχρότητα
- Πείνα και θάμβος οράσεως
- Ναυτία, έμετος και κοιλιακή δυσφορία
- Κεφαλαλγία

Εκδηλώσεις από το κεντρικό νευρικό σύστημα (νευρογλυκοπενικές):

- Ευερεθιστότητα
- Αλλοιότητα προσωπικότητας και συναισθηματική αστάθεια
- Κόπωση, αδυναμία, απάθεια, λήθαργος και ύπνος
- Σύγχυση και αμνησία
- Δυσκολία στην ομιλία
- Λήθαργος, κώμα και μη φυσιολογική αναπνοή
- Γενικευμένες ή εστιακές επιληπτικές κρίσεις

Πόσο συχνά εμφανίζεται η υπογλυκαιμία σε έναν διαβητικό ασθενή; Από μέλητες που έχουν γίνει, έχει φανεί πως δεν είναι καθόλου σπάνια επιπλοκή, αρκεί να αναφερθεί ότι ένας στους πέντε ασθενείς που λαμβάνουν αγωγή με ινσουλίνη ή με αντιδιαβητικά δισκία που έχουν ινσουλινοεκκριτική δράση (σουλφονουριδίες, μεγλιτινίδες), θα παρουσιάσει υπογλυκαιμικά συμπτώματα. Μικρότερης έντασης συμπτωματολογία την οποία αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και διορθώνουν μόνοι τους θεωρείται ελαφρά υπογλυκαιμία, ενώ αν χρειάζεται υποστήριξη από δεύτερο άτομο, ενδοφλέβια χορήγηση αγωγής ή/και μεταφορά στο νοσοκομείο, θεωρείται σοβαρή υπογλυκαιμία.

Άλλα συνήθη αίτια εμφάνισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων είναι η παράλειψη ή η μεγάλη καθυστέρηση ενός γεύματος, η μειωμένη πρόσληψη αμυλούχων

τροφών, η κατανάλωση αλκοόλ, καθώς και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα χωρίς την παράλληλη λήψη αυξημένης ποσότητας τροφής πλούσιας σε υδατάνθρακες. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται επίσης σε ηλικιωμένα άτομα, τα οποία παρουσιάζουν κάποιο βαθμό νεφρικής δυσλειτουργίας και λαμβάνουν υπογλυκαιμικούς παράγοντες. Υπάρχουν βέβαια και πολλές άλλες καταστάσεις που μπορούν περισσότερο ή λιγότερο να συμβάλουν στην εμφάνιση υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Στατιστικά πάνω από τα μισά διαγνωσμένα περιστατικά υπογλυκαιμίας σε τμήμα επειγόντων οφείλονται στο είδος της θεραπείας (ινσουλίνη, σουλφονουριδίες), στη μη συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες και στην αλληλεπίδραση με άλλα φάρμακα. Δεδομένων των κινδύνων που προκαλούν οι υπογλυκαιμίες (απώλεια αισθήσεων, πτώσεις, τραυματισμοί, που μπορεί να είναι απειλητικοί για τη ζωή του ασθενούς), θα πρέπει να δίνεται η δέουσα προσοχή στην εκπαίδευση των ασθενών και στην επιλογή της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής με στόχο την αποφυγή αυτών. Ο αυτοέλεγχος με μετρητή σακχάρου βοηθά σημαντικά στην πρόληψη των υπογλυκαιμιών. Η σωστή δοσολογία της ινσουλίνης ή των δισκίων και οι κατάλληλες οδηγίες σχετικά με τη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα πρέπει να διδάσκονται με σαφήνεια και πληρότητα σε κάθε διαβητικό ασθενή.

Στην προσπάθεια αποφυγής των υπογλυκαιμιών έχει συμβάλει σημαντικά η ιατρική έρευνα εδώ και πολλά χρόνια. Νέα ανάλογα ινσουλίνης έχουν δημιουργηθεί με σκοπό να μιμηθούν όσο το δυνατόν καλύτερα τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης, ενώ υπάρχει πλέον σημαντική εμπειρία και από τη χρήση φαρμάκων που «εκμεταλλεύτηκαν» το φαινόμενο της ινκρετίνης.

Πολλές κλινικές μελέτες έδειξαν πως η χρήση αυτών είναι ασφαλής και αποτε-

λεσματική. Ιδιαίτερα σε ηλικιωμένους ασθενείς με νεφρική νόσο, όπου η πλειοψηφία των αντιδιαβητικών δισκίων αντενδείκνυται η χρήση αναστολέων DDP4, αποτελεί μια από τις σημαντικότερες και ασφαλέστερες επιλογές.

Συνοπτικές οδηγίες για την πρόληψη και αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας:

- Δεν πρέπει να παραλείπονται τα κύρια γεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας.
- Το κάθε γεύμα πρέπει να περιέχει απαραίτητα κάποια ποσότητα υδατανθράκων.
- Δεν πρέπει να παραλείπονται τα ενδιάμεσα γευματίδια.
- Πρέπει να αυξάνεται η περιεκτικότητα του γεύματος σε υδατάνθρακες, όταν ακολουθεί άσκηση, ενώ συχνά συνιστάται η μείωση δόσης της αγωγής.
- Να αποφεύγεται η αυθαίρετη αύξηση της δοσολογίας της προσλαμβανόμενης ινσουλίνης ή των αντιδιαβητικών δισκίων.
- Η κατανάλωση οινοπνευματωδών ποτών πρέπει να γίνεται με μέτρο.
- Συνήθως, ένα ποτήρι χυμός ή αναψυκτικό με ζάχαρη αρκούν για να επανέλθει το σάκχαρο σε φυσιολογικά επίπεδα. Εναλλακτικά, μπορεί να χρησιμοποιηθούν ταμπλέτες γλυκόζης ή νερό, με 2-3 κουταλάκια ζάχαρη. Δεν προτείνεται η χρήση σοκολάτας, γιατί το λίπος που περιέχει επιβραδύνει την απορρόφηση της γλυκόζης.
- Εάν η υπογλυκαιμία είναι σοβαρή και ο διαβητικός δεν είναι σε θέση να καταπιεί, γίνεται ένεση γλυκαγόνης (υποδορίως, ενδομυϊκώς ή ενδοφλεβίως. Αν δεν υπάρχει ένεση γλυκαγόνης, μπορεί να χορηγηθεί ζάχαρη ή μέλι και να γίνουν μαλάξεις στα ούλα.

Ωστόσο, η καλύτερη αντιμετώπιση των υπογλυκαιμιών παραμένει η πρόληψη, για αυτό είναι απαραίτητη η συμμόρφωση των ασθενών στις ιατρικές οδηγίες. ✖

Ημερίδα αφιερωμένη στο σακχαρώδη διαβήτη διοργάνωσε η ΠΕΝΔΙ

Με αφορμή την παγκόσμια ημέρα διαβήτη, η Πανεπιστημιακή Ένωση Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ) διοργάνωσε εκδήλωση στο «Grand Serai Hotel», με θέμα: Κατανοώντας και ελέγχοντας τον διαβήτη-Νεότερες εξελίξεις.



Από αριστερά: η πρόεδρος του συλλόγου Χρυσούλα Ζήση, ο αντιπρόεδρος Νικόλαος Ζησίδης και το μέλος του Δ.Σ. Βασιλική Κοντομηνά



Στόχος της ημερίδας ήταν η ενημέρωση, η γνώση και η πρόληψη του σακχαρώδη διαβήτη. Η συμμετοχή των καλεσμένων, του διοικητικού συμβουλίου, των μελών του συλλόγου μας και των συμπολιτών μας που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκληση μας αυτή, μας γέμισε με χαρά, ικανοποίηση και ελπίδα για το μέλλον.

Την επιμέλεια του συντονισμού είχε ο Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής ενδοκρινολογίας πανεπιστημίου Ιωαννίνων, διευθυντής ενδοκρινολογικής κλινικής ΠΠΓΝΙ. Ομιλητές στην εκδήλωση ήταν η Βασιλική Γκρέκα Σπηλιώτη, καθηγήτρια παιδιατρικής και ενδοκρινολογίας, υπεύθυνη της μονάδας παιδιατρικής ενδοκρινολογίας και διαβήτη του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Πατρών και ιατρικής σχολής πανεπιστημίου Πατρών, η Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, λέκτορας παθολογίας-ενδοκρινολογίας πανεπιστημίου Θεσσαλίας, η Γιάννα Θεοδώρου, επιμελήτρια α' ΕΣΥ στο νεφρολογικό τμήμα του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Όλοι οι ομιλητές ήταν κατατοπιστικοί και βοήθησαν στην πληροφόρησή μας για όλες τις νεότερες εξελίξεις στους τομείς της επιστήμης και της τεχνολογίας, αλλά και μέσω της συζήτησης που ακολούθησε, μας έδωσαν ολοκληρωμένες απαντήσεις στα ερωτήματα που θέσαμε.

Την επόμενη ημέρα ακολούθησε μια εκδήλωση, που στόχο είχε να ενημερώσει και να αφυπνίσει τους συμπολίτες μας, οι περισσότεροι εκ των οποίων ίσως να μη γνωρίζουν τι σημαίνει διαβήτης. Έτσι, νοσηλεύτές και νοσηλεύτριες της ενδοκρινολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Ιωαννίνων, υπό την επιβλεψη του διοικητικού συμβουλίου του συλλόγου μας, διενήργησαν μετρήσεις γλυκόζης αίματος στο ισόγειο της περιφέρειας Ιωαννίνων.

Ευχαριστούμε θερμά τον συντονιστή και τους ομιλητές της ημερίδας, τις εταιρείες «Bayer Ελλάς» και «Menarini Diagnostics» για την ευγενική χορηγία τους. Τις εταιρείες «AT Care» και «Γιώτης» για την αποστο-

λή προϊόντων για διαβητικούς ώστε να δοθούν στο κοινό, καθώς και τη νομαρχιακή αυτοδιοίκηση Ιωαννίνων για την παραχώρηση του ισόγειου χώρου του κτιρίου της περιφέρειας και την ενδοκρινολογική κλινική του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων.

Ακόμη, στα γραφεία του συλλόγου μας πραγματοποιήθηκε και η κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας. Η συμμετοχή του κόσμου στην εκδήλωση ήταν συγκινητική. Οι δραστηριότητες του συλλόγου μας, σαφώς δεν σταματάνε σε αυτές τις εκδηλώσεις. Με συμμάχους μας τους ανθρώπους, που μας βοηθούν να πραγματοποιήσουμε τους στόχους μας, την καλή διάθεση και την πίστη μας ότι με την ενημέρωση, τη γνώση και την πρόληψη μπορούμε να νικήσουμε έναν πραγματικό εχθρό μας, την άγνοια, συνεχίζουμε την προσπάθεια. Γιατί η εποχή είναι δύσκολη και ενωμένοι πιστεύουμε θα πετύχουμε τουλάχιστον να μη χάσουμε πολλά από τα κεκτημένα μας. ✕

Δραστηριότητες της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας- Πανελληνίας Ένωσης Ενδοκρινολόγων

**Ζαδάλλα Μούσλεχ,
Μαρία Σώμαλη**

**Επιστημονική διημερίδα
«Νεότερες εξελίξεις
στην αντιμετώπιση του
σακχαρώδη διαβήτη και της
παχυσαρκίας»**

**Εκδήλωση εις μνήμην
Νικολάου Θαλασσινού**

Αθήνα 17-18 Μαρτίου 2012

Η Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία-α-Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων σε συνεργασία με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία και την Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας πραγματοποίησε εκδήλωση στη μνήμη του Νίκου Θαλασσινού, με θεματολογία τις τρέχουσες εξελίξεις στον χώρο του διαβήτη και της παχυσαρκίας. Ο σακχαρώδης διαβήτης υπήρξε το αγαπημένο πεδίο ενδιαφέροντος του Νίκου Θαλασσινού, ο οποίος με ιδιαίτερο ζήλο αφιερώθηκε στον αγώνα για την καταπολέμησή του. Ο ίδιος, δραστήριο μέλος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας-Πανελληνίας Ένωσης Ενδοκρινολόγων, διετέλεσε για πολλά χρόνια πρόεδρος της, καθώς και πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας με μεγάλη επιτυχία και παραγωγική συνεργασία μεταξύ των δύο εταιρειών. Χαιρετίζουμε με υπερηφάνεια το έργο του και ευχόμαστε η Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία, η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία και η Ελληνική Ιατρική Εταιρεία Παχυσαρκίας να συνεχίσουν το έργο του στο μέλλον. ✕



Η Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία-α-Πανελλήνια Ένωση Ενδοκρινολόγων πραγματοποίησε το 39ο πανελλήνιο ενδοκρινολογικό συνέδριο, στην Αθήνα. Εκτός από τους διακεκριμένους, όπως πάντα, έλληνες ενδοκρινολόγους εισηγητές, φέτος υπήρξαν επτά διακεκριμένοι εισηγητές από το εξωτερικό με διεθνή αναγνώριση στον χώρο της ενδοκρινολογίας. Στο συνέδριο συζητήθηκαν οι νεότερες απόψεις για θέματα που αφορούν την ενδοκρινολογία, με ιδιαίτερη έμφαση όμως στο πεδίο του σακχαρώδη διαβήτη όπως τα νέα φάρμακα για τον διαβήτη, σχήματα ινσουλινοθεραπείας (εντα-

**39ο πανελλήνιο συνέδριο
ενδοκρινολογίας και μεταβολισμού**

Αθήνα 4-7 Απριλίου 2012

τικοποιημένα σχήματα και αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης σε παιδιά και ενήλικες) και πρωτοπόρες ερευνητικές μελέτες βασικής έρευνας για τον σακχαρώδη διαβήτη.

Για τους νεότερους συναδέλφους στο φετινό συνέδριο πραγματοποιήθηκαν εκπαιδευτικά κλινικά φροντιστήρια που αφορούσαν σημαντικά πεδία της ενδοκρινολογίας, του μεταβολισμού και του σακχαρώδη διαβήτη.

Με ιδιαίτερη χαρά είδαμε -για άλλη μια φορά- να μας τιμούν με την ευγενική παρουσία τους και οι δύο πανελλήνιες ομοσπονδίες για τον σακχαρώδη διαβήτη, ΕΛΟΔΙ και ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, οι οποίες συμμετείχαν με ενημερωτικό περίπτερο στον εκθεσιακό χώρο του συνεδρίου. Πιστεύουμε ότι η παρουσία αυτή καθιερώθηκε πλέον ως θεσμός και προσβλέπουμε σε στενότερες μελλοντικές συνεργασίες και κοινές εκδηλώσεις τόσο ενημερωτικού, όσο και εκπαιδευτικού χαρακτήρα για τα άτομα με διαβήτη, αλλά και για τους έλληνες ενδοκρινολόγους σύμφωνα με τα πρότυπα του εξωτερικού.

Στη διάρκεια του συνεδρίου εκλέχθηκε το νέο διοικητικό συμβούλιο της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, στο οποίο ευχόμαστε καλή επιτυχία στο έργο τους, ελπίζοντας σε μια δυναμική και παραγωγική συνεργασία με τις δύο πανελλήνιες ομοσπονδίες ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. ✕

ΝΕΟΣ Απλός Μετρητής Σακχάρου FORA V30

Ο ΜΟΝΑΔΙΚΟΣ ΜΕ
Ομιλία στα
ελληνικά

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



• Βελόνες Αποστειρωμένες FORA



• Ταινίες Μέτρησης FORA

**ΔΩΡΕΑΝ
50 ΤΑΙΝΙΕΣ
ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΣΑΚΧΑΡΟΥ**
Επικοινωνήστε μαζί μας
για να ενημερωθείς

@care
Innovative Health Solutions

FORA

ΚΑΛΕΣΤΕ στο 210 5783080 για πληροφορίες ΔΩΡΕΑΝ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ



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

• Αθήνα Τ 210 5783080 • Θεσσαλονίκη Τ 2310 832124 • Πάτρα Τ 2610 317702 • Ηράκλειο Τ 2810 361062

W www.atcare.gr

Εκδήλωση της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την πρόληψη και θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη

Κορυφαία από πλευράς επιστημονικού ενδιαφέροντος αλλά και συμμετοχής ήταν η εκδήλωση που διοργάνωσε η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ) στην Αθήνα τον περασμένο Μάρτιο, με θέμα: «Από την πρόληψη στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη και των επιπλοκών του. Σημερινή πραγματικότητα και προοπτικές».

δρ Σταύρος Μπούσμπουλας,
απερχόμενος πρόεδρος της
Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας

Στη συνάντηση αυτή υπήρξε η ευκαιρία να αναπτυχθούν επίκαιρα θέματα όπως η σχέση παχυσαρκίας-διαβήτη, οι εξελίξεις στη γενετική και ο ρόλος του εγκεφάλου στη ρύθμιση του μεταβολισμού. Συζητήθηκε η δυνατότητα χρήσης της HbA1c για τη διάγνωση του διαβήτη και τονίστηκε ότι προς το παρόν, λόγω μη πιστοποίησης των εργαστηρίων, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως μέθοδος διάγνωσης της νόσου. Ενδιαφέρουσα ήταν η διάλεξη για τους στόχους της γλυκαιμικής ρύθμισης. Αναφέρθηκε ότι καλό είναι να προσαρμόζονται με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, τα οποία μπορεί να μεταβάλλονται στην πορεία του χρόνου-«εξατομίκευση».

Σε ειδική συνεδρία αναλύθηκε ο θεραπευτικός αλγόριθμος της ΕΔΕ, που περιλαμβάνει στις «κατευθυντήριες οδηγίες για τη διαχείριση του διαβητικού ασθενούς» -ένα πρωτοποριακό πόνημα της εταιρείας, που παρέχει σημαντική βοήθεια στον μαχόμενο γιατρό. Στον τομέα των θεραπευτικών παρεμβάσεων έγινε ιδιαίτερη αναφορά στη μετφορμίνη, ένα παλιό και φτηνό φάρμακο με συνεχώς εμπλουτιζόμενη παρακαταθήκη. Ξεχωριστή αναφορά έγινε στις ινκρετινο-αγωγές, με την εμπειρία μας να αυξάνεται συνεχώς από τη χρήση τους και να καθιερώνονται ως σύγχρονες θεραπευτικές επιλογές. Το «οπλοστάσιο» της κατηγορίας αυτής συνεχώς εμπλουτίζεται και νέοι φαρμακευτικοί παράγοντες είναι προ των πυλών,



όπως η λιναγλιπτίνη.

Σε ό,τι αφορά το τι νεότερο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, υπήρξαν λόγγοι αντίλογοι για το θέμα: πολλαπλές ενέσεις ή ινσουλίνη και αναφέρθηκαν οι πιθανές λύσεις του μέλλοντος. Έγινε επίσης ενημέρωση για αναδυόμενες θεραπευτικές προσεγγίσεις. Μια από αυτές αποτελεί η αναστολή επαναρρόφησης της γλυκόζης, με επακόλουθο την αυξημένη απέκκριση γλυκόζης από τα ούρα. Βέβαια, δεν μπορούσαν να λείπουν θέματα όπως η σχέση διαβήτη και αντιδιαβητικών φαρμάκων με τον καρκίνο ή τον καρδιαγγειακό κίνδυνο, η σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας στον διαβήτη, καθώς και η αντιμετώπιση των παραγόντων κινδύνου και των επιπλοκών. Ιδιαίτερη ήταν η απήχηση των κλινικών φροντιστηρίων στους συμμετέχοντες. Αναλύθηκαν θέματα καθημερινής πρακτικής, όπως η διαχείριση των αντιδιαβητικών δισκίων και της ινσουλίνης, η αντιμετώπιση της υπέρτασης, ο νοσηλεύμενος διαβητικός, ο διαβή-

της της κύησης κ.ά. και όλα αυτά με τη μορφή των κλινικών περιστατικών.

Πρέπει να σημειωθεί ότι για πρώτη φορά εντάχθηκε στο πρόγραμμα της εκδήλωσης ολοήμερο σεμινάριο για τους επαγγελματίες υγείας. Δόθηκε ιδιαίτερη βαρύτητα, με ξεχωριστές ενότητες, σε θέματα διατροφής, άσκησης και νοσηλευτικής προσέγγισης στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2.

Τέλος, όλοι οι σύνεδροι παρέλαβαν, μαζί με τον τόμο των πρακτικών, εγχειρίδιο με θέμα: «Ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες, ένας ασφαλής σύμμαχος στη διατροφή των ατόμων με διαβήτη» (επιμέλεια Χ. Δημοσθενόπουλου), καθώς και το βιβλίο του Κ. Χ. Τούντα: «Οδοιπορικό στα χνάρια του διαβήτη», που περιγράφει τη διαχρονική πορεία του διαβήτη στην Ελλάδα.

Η εκδήλωση αυτή αποτελεί συνέχεια του επιτυχημένου θεσμού της ΕΔΕ και σηματοδοτεί την ανοδική πορεία του γνωστικού αντικείμενου της διαβητολογίας σε ερευνητικό, εκπαιδευτικό και κλινικό επίπεδο. ✕

Αιδοιοκολπίτιδα και σακχαρώδης διαβήτης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι χρόνιο νόσημα, το οποίο -μεταξύ άλλων- θίγει το ανοσοποιητικό σύστημα, με αποτέλεσμα ο ασθενής να προδιατίθεται σε λοιμώξεις από βακτηρίδια και μύκητες. Στο πλαίσιο αυτής της ευαισθησίας, η μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα από *Candida albicans* στις γυναίκες είναι ιδιαιτέρως συχνή, τόσο στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 όσο και στον τύπου 2.

Λίνα Μιχαλά, MRCOG, PhD,
μαιευτήρας-γυναικολόγος, λέκτορας
πανεπιστημίου Αθηνών,
εξειδίκευση στην παιδική και
εφηβική γυναικολογία

Η *C. albicans* αποικίζει τον κόλπο σε ένα 10% των γυναικών, χωρίς απαραίτητα να δημιουργεί συμπτώματα. Υπό συνθήκες, που ευνοούν όμως την ανάπτυξή της, όπως μετά τη χρήση αντιβίωσης ευραίου φάσματος, την εγκυμοσύνη ή τη λήψη ορισμένων αντισυλληπτικών δισκίων, ενδέχεται να προκληθεί φλεγμονή και αιδοιοκολπίτιδα. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας είναι τα λευκόχρωα πηκτά κολλικά υγρά -που συνήθως περιγράφονται σαν κομμένο γάλα, ή σαν cottage cheese- κνησμός, άλγος στην περιοχή και καύσος κατά την ούρηση.

Αν και περίπου το 75% των γυναικών ενδέχεται να έχει σε κάποια στιγμή της ζωής τους επεισόδιο μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας, η λοίμωξη αυτή είναι κατά πολύ συχνότερη σε σακχαροδιαβητικές γυναίκες, με ένα 50% περίπου να αναφέ-

ρουν προσβολή εντός της τελευταίας τριετίας. Στον σακχαρώδη διαβήτη είναι πιθανότερο η λοίμωξη να έχει σοβαρότερη κλινική εικόνα, με εντονότερο ερεθισμό. Επίσης, είναι πιθανότερο να υπάρχουν υποτροπιάζουσες λοιμώξεις, οι οποίες ορίζονται ως τουλάχιστον τέσσερις διαγνωσμένες και σωστά θεραπευμένες υποτροπές της λοίμωξης. Είναι χαρακτηριστικό ότι σε ορισμένες περιπτώσεις το πρωταρχικό σύμπτωμα του σακχαρώδη διαβήτη, το οποίο θα οδηγήσει και στη διάγνωσή του, μπορεί να είναι οι σοβαρές και υποτροπιάζουσες αιδοιοκολπίτιδες. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε μικρά, άνηθα κορίτσια, στα οποία, φυσιολογικά, σπανιότατα ανιχνεύονται μύκητες, ακόμη και μετά τη λήψη αντιβίωσης, και επομένως η ανεύρεσή τους σε περίπτωση καλλιέργειας κολλικού υγρού, θα πρέπει να γίνει έναυσμα για έλεγχο ύπαρξης σακχαρώδη διαβήτη ή άλλης αιτίας ανοσοκαταστολής.

Ο λόγος που ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει σε αύξηση της συχνότητας της μυκητιασικής αιδοιοκολπίτιδας, σχετίζεται τόσο με την επηρεασμένη ανοσολογική κατάσταση της ασθενούς όσο και με το μικροπεριβάλλον του κόλπου,



→ Η προσοχή στην αναπαραγωγική υγεία της γυναίκας με σακχαρώδη διαβήτη είναι σημαντική. Η μυκητιασική αιδοιοκολπίτιδα είναι η συχνότερη γυναικολογική λοίμωξη και ενδέχεται πράγματι να ταλαιπωρεί τη νεαρή ασθενή. Επίσης, καλό είναι να υπάρχει σωστή ενημέρωση σχετικά με την υγιεινή της περιοχή, τους τρόπους ενίσχυσης της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου και την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Ο λόγος που ο σακχαρώδης διαβήτης προδιαθέτει σε αύξηση της συχνότητας της μυκητσιακής αιδοιοκοληπίτιδας, σχετίζεται τόσο με την επηρεασμένη ανοσολογική κατάσταση του ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη όσο και με το μικροπεριβάλλον του κόλπου, λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας σε γλυκόζη στα κοιλικά υγρά



λόγω της αυξημένης περιεκτικότητας σε γλυκόζη στα κοιλικά υγρά. Για τον λόγο αυτό, πρωταρχικά μέριμνα στην αντιμετώπιση της αιδοιοκοληπίτιδας θα είναι η καλή ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη, καθώς έχει αναφερθεί θετική συσχέτιση της ανάπτυξης των ειδών της Candida, με την αύξηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Η αντιμετώπιση της μυκητσιακής αιδοιοκοληπίτιδας είναι παρόμοια στις σακχαροδιαβητικές γυναίκες, πλην όμως, θα πρέπει να είναι μεγαλύτερης διάρκειας, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις εκείνες, όπου αναφέρονται συχνές υποτροπές των συμπτωμάτων. Επίσης, καθώς στις ασθενείς αυτές ενδέχεται να αναβρεθούν και άλλα είδη Candida, όπως η *C. glabrata*, καλό είναι να υπάρχει επιβεβαίωση της λοίμωξης, ιδιαίτερα σε εμμένουσες περιπτώσεις, ώστε να ελεγχθεί και το φάσμα ευαισθησίας του σε αντιμυκητσιακά φάρμακα. Σκευάσματα που χορηγούνται,

είναι η κλοτριμαζόλη ή μικοναζόλη ή κετοκοναζόλη κοιλικά σε υπόθετο ή κοιλική κρέμα, ενώ μπορεί να δοθεί και θεραπεία από του στόματος με φλουκοναζόλη ή ιτρακοναζόλη (πίνακας 1). Επίσης συστήνεται να αποφεύγονται παράγοντες όπως τα στενά εσώρουχα και ρούχα, ιδιαίτερα όταν περιέχουν lycra, τα ερεθιστικά καθαριστικά σώματος κ.λπ. Στη διαφοροδιάγνωση της μυκητσιακής αιδοιοκοληπίτιδας, θα πρέπει να είναι και δερματοπάθειες, τύπου σκληρυντικού λειχήνα, ιδιαίτερα σε νεαρές με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, καθώς ο σκληρυντικός λειχήνας ενδέχεται να έχει αυτοάνοση αιτιολογία. Το χαρακτηριστικό του σκληρυντικού λειχήνα είναι ο έντονος κνησμός στην περιοχή, η λευκή χροιά του δέρματος και του βλεννογόνου, αλλά και η σταδιακή ατροφία των στοιχείων του αιδοίου. Η θεραπεία του έγκειται σε τοπική χορήγηση ισχυρών στεροειδών σε συνδυασμό με μαλακτι-

κές κρέμες. Σε γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ιδιαίτερα όταν συνυπάρχει παχυσαρκία, πιθανή αιτία για συμπτώματα αιδοιοκοληπίτιδας είναι η δερμμίτιδα εξ επαφής, στις βουβωνικές πτυχές, οπότε και θα συσταθεί καλή υγιεινή και η αποφυγή εκλυτικών παραγόντων. Άλλο αίτιο κοληπίτιδας ενδέχεται να είναι η βακτηριακή κοληπίτιδα, κατά την οποία υπάρχει υπερανάπτυξη αναερόβιων μικροβίων και κόκκων, σε βάρος του γαλακτοβάκιλλου, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται δύσσομα κοληπικά υγρά.

Γυναίκες οι οποίες έχουν σεξουαλικές σχέσεις και αναφέρουν συμπτώματα κοληπίτιδας ή και ουριθρίτιδας, θα πρέπει απαραίτητως να ελέγχονται με καλλιέργεια κοληπικού και τραχηλικού υγρού, για την ύπαρξη σεξουαλικά μεταδιδόμενων μικροβίων, όπως τα χλαμύδια, ο γονόκοκκος και η τριχομονάδα. Τα συμπτώματα κοληπίτιδας από τριχομονάδα είναι αρκετά έντονα, καθώς η ροίμωξη προκαλεί άφθονα, δύσσομα, πρασινόχροα υγρά. Αντίθετα, τόσο η γονοκοκκοκή όσο και η χλαμυδιακή ροίμωξη μπορεί να είναι σχετικά ήπια, με μη ειδικά συμπτώματα, όπως κοληπικά υγρά, διάμεση αιμόρροια, αίμα μετά την επαφή κ.λπ. Η διάγνωση τους πρέπει όμως να γίνεται όσο το δυνατόν αμεσότερα, καθώς συνδέονται με πυελική φλεγμονή και απώτερες σοβαρές επιπτώσεις στη γονιμότητα της γυναίκας. Καλό είναι να θυμόμαστε ότι η φορεία σε χλαμύδια είναι υψηλή στους σεξουαλικά ενεργούς νέους 16 με 25 ετών. Η μετάδοση γίνεται μόνο με τη σεξουαλική επαφή και η προφύλαξη είναι εξαιρετικά αποτελεσματική με τη χρήση του ανδρικού προφυλακτικού.

Παρά ταύτα, από μελέτες στον ελληνικό χώρο, ένα 60% των νέων δεν χρησιμοποιεί συστηματικά το ανδρικό προφυλακτικό και τέτοιες πρακτικές υψηλού κινδύνου ενδέχεται να είναι συχνότερες σε άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Πράγματι, στα άτομα αυτά, ιδιαίτερα όταν η διάγνωση έχει γί-

Φαρμακευτική Ουσία	Δοσολογία
Τοπικές Θεραπείες	
Clotrimazole	Κολπικό χάπι 100mg για 7 ημέρες Κολπικό χάπι 500mg άπαξ Κρέμα 1%, 5gr για 7-14 ημέρες
Miconazole	Κολπικό υπόθετο 100mg για 7 ημέρες Κολπικό υπόθετο 200mg για 3 ημέρες Κρέμα 2%, 5gr για 7 ημέρες
Συστηματικές Θεραπείες	
Φλουκοναζόλη	150mg άπαξ
Ιτρακοναζόλη	100mg 1x2 για 3 ημέρες

Πίνακας 1
Ενδεικτικές Θεραπείες
αιδοιοκοληπίτιδας λόγω μυκήτων

νει από την παιδική ηλικία, όλη η προσοχή εστιάζεται στη νόσο αυτή καθ' αυτή, χωρίς να γίνεται ιδιαίτερα μνεία σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας, ενώ είναι πιθανότερο να εμφανίζουν, ιδιαίτερα στην εφηβεία, συμπεριφορές αυτοκαταστροφικές.

Σε κάθε περίπτωση, η προσοχή στην αναπαραγωγική υγεία της γυναίκας με σακχαρώδη διαβήτη είναι σημαντική. Η μυκητιασική αιδοιοκοληπίτιδα είναι η συχνότερη γυναικολογική ροίμωξη και ενδέχεται πράγματι να ταλαιπωρεί τη νεαρή ασθενή. Επίσης, καλό είναι να υπάρχει σωστή ενημέρωση σχετικά με την υγιεινή της περιοχή, τους τρόπους ενίσχυσης της φυσιολογικής χλωρίδας του κόλπου και την προφύλαξη από σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. ✕

Μελέτες στην Ελλάδα, έδειξαν ότι το 60% των νέων δεν χρησιμοποιεί συστηματικά το ανδρικό προφυλακτικό και τέτοιες πρακτικές υψηλού κινδύνου ενδέχεται να είναι συχνότερες σε άτομα με χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Στα άτομα αυτά όλη η προσοχή εστιάζεται κυρίως στο διαβήτη, χωρίς να γίνεται ιδιαίτερα μνεία σε θέματα αναπαραγωγικής υγείας



Η αποδοχή του διαβήτη κατά την εφηβεία

Πολλά παιδιά με διαβήτη συνεργάζονται καλά με τους γονείς τους και τον γιατρό ως προς την αντιμετώπιση του προβλήματος, μέχρι την ηλικία των 11, 12 ή 13 χρόνων. Από εκεί και πέρα αρχίζει, όπως όλοι γνωρίζουμε, ή ψυχολογική διεργασία της ανεξαρτητοποίησης του παιδιού από τους γονείς.

Μάγδα Λιακοπούλου,
παιδοψυχίατρος-ψυχίατρος,
διευθύντρια ΕΣΥ,
π. επικ. καθηγήτρια πανεπιστημίου
Αθηνών, πανεπιστημιακή
παιδοψυχιατρική κλινική,
Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Για τον έφηβο που έχει διαβήτη, αυτό σημαίνει ότι πρέπει ο ίδιος σιγά-σιγά να αναλάβει την αντιμετώπιση του προβλήματός του, δηλαδή την ένεση της ινσουλίνης, το διαητολόγιο και τις μετρήσεις του σακχάρου. Αλλά για να αναλάβει πλήρως αυ-

τές τις ευθύνες ο έφηβος, πρέπει να έχει πεισθεί για την ύπαρξη του διαβήτη και να την έχει αποδεχθεί. Έτσι, από τα 11 ή 12 μέχρι τα 18, 20 ή 25 χρόνια οι έφηβοι περνάνε διάφορα ψυχολογικά στάδια μέχρι να προσαρμοστούν καλά στη σωστή αντιμετώπιση του διαβήτη. Άλλοι φθάνουν στην αποδοχή και σωστή αντιμετώπιση του προβλήματός τους νωρίτερα, άλλοι αργότερα.

Άρνηση και αμφιβολία

Η άρνηση του προβλήματος αυτού της υγείας και οι πειραματισμοί γύρω από αυτό είναι ένα από τα πρώτα στάδια της διεργασίας αποδοχής κατά την εφηβεία.

Ο έφηβος λέει: «που ξέρω ότι πραγματικά έχω διαβήτη; Επειδή μου το λένε; Για να δω τι γίνεται από μόνος μου». Βέβαια αυτή η φράση «να δω τι γίνεται από μόνος μου», δείχνει ότι το παιδί έχει μπει στη νοτική και συναισθηματική πορεία της ανεξαρτητοποίησης από τους γονείς του, η οποία είναι ό,τι πιο φυσιολογικό μπορεί να συμβεί. Προσπαθεί, λοιπόν, να δει τι γίνεται από μόνος του, παραβαίνοντας το διαητολόγιο ή μερικές φορές μη κάνοντας τις ενέσεις της ινσουλίνης. Σιγά-σιγά βέβαια αρχίζει να βλέπει τις οδυνηρές συνέπειες αυτής της αντιμετώπισης. Η άρνηση παίρνει και τη μορφή της αποφυγής της επίσκεψης στον γιατρό, όπου

εκεί πρέπει να συζητήσει την πραγματικότητα του διαβήτη.

Εκ παραλλήλου ο έφηβος παρατηρεί τις αντιδράσεις των γονιών σε αυτήν του την πορεία ανεξαρτητοποίησης. Μπορεί και να αισθάνεται τις συναισθηματικές τους αντιδράσεις, «τις πιάνει στον αέρα» όπως λένε και όταν τους βλέπει να αγωνιούν για αυτά τα βήματα ανεξαρτησίας που κάνει, αυξάνεται το άγχος του και η αμφιβολία για το εάν θα τα καταφέρει. Και για να μπορέσει να ξεπεράσει αυτό το οδυνηρό αίσθημα της αμφιβολίας, εκφράζει μερικές φορές έντονο θυμό προς τους γονείς, ή κάνει εντελώς τα αντίθετα πράγματα από ότι πρέπει για να δείξει ότι δεν φοβάται τίποτα. Η αμφιβολία για το εάν θα τα καταφέρει κανείς μόνος του στην αντιμετώπιση του διαβήτη ή οποιουδήποτε άλλου μικρού ή μεγάλου προβλήματος της ζωής είναι απόλυτα φυσιολογική για έναν έφηβο, ο οποίος σιγά-σιγά μαθαίνει να βασίζεται στον εαυτό του.

Άγχος και κατάθλιψη

Μερικά παιδιά στην εφηβεία συνειδητοποιούν μεν τις αναγκαιότητες της διαβητικής φροντίδας, αλλά γεμίζουν με τέτοιο άγχος ώστε προσπαθούν να τα κάνουν όλα τέλεια και βέβαια ταλαιπωρούνται με αυτό το «κυνήγι» της τελειότητας. Δη-

λαδή, δεν θέλουν ποτέ να δοκιμάσουν ένα γλυκό και αναστατώνονται όταν παρατηρήσουν λίγο αυξημένο το σάκχαρο στο αίμα. Αυτό σημαίνει ότι ο διαβήτης τα τρομάζει. Πολλοί από τους έφηβους αυτούς όπως και οι άλλοι που δεν ακολουθούν με θρησκευτικότητα τους κανόνες του διαβητικού παιχνιδιού σκέφτονται έντονα τις επιπλοκές του διαβήτη και τις μεγαλοποιούν στο μυαλό τους, σε σημείο που το άγχος που δημιουργείται να επηρεάζει τελικά τη γενική τους κατάσταση. Όταν ασχολείται κανείς έντονα στο μυαλό και στην καρδιά με τον διαβήτη του και δεν ασχολείται με συνέπεια με τα άλλα προβλήματα της ζωής, δεν βοηθιέται στη μείωση του άγχους, ούτε στη γενικότερη ωρίμανσή του.

Μια άλλη αντίδραση είναι αυτή της κατάθλιψης. Που σημαίνει ότι ο έφηβος νοιώθει θλίψη, σκέφτεται απαισιόδοξα, δεν έχει διάθεση να βγει έξω, να έχει δραστηριότητες και φιλίες. Γενικά αισθάνεται απαισιόδοξα και σκέπτεται ότι είναι κατώτερος από τους άλλους. Μέσα σε αυτήν την κατάσταση μπορεί και να παραμελήσει τις σωστές τεχνικές αντιμετώπισης του διαβήτη. Μερικά παιδιά που τα βλέπουμε στο νοσοκομείο σχεδόν σε κώμα από διαβητική οξέωση, υποφέρουν από τέτοια κατάθλιψη.



→ Αποδοχή του διαβήτη σημαίνει:

- Λιγότερο άγχος και κατάθλιψη και, καλύτερη σχέση με τους γονείς
- Καλύτερες σχολικές επιδόσεις, περισσότερες φιλικές σχέσεις
- Δεν κρύβεις τον διαβήτη από συγγενείς και φίλους
- Τρως πάντα αυτό που πρέπει και όχι αυτό που τρώνε οι φίλοι σου
- Αποδοχή σημαίνει ότι, ο έφηβος ξέρει να δέχεται τους περιορισμούς που του επιβάλλει ο διαβήτης (π.χ. στη διαίτα, στο ωράριο), αλλά επίσης ξέρει και τις δυνατότητές του





Η αποδοχή του διαβήτη είναι προϊόν συνεργασίας πολλών παραγόντων, 1) της θετικής στάσης του παιδιού ή του εφήβου, 2) της σωστής αντιμετώπισης από την πλευρά του γιατρού και 3) της σωστής στάσης και εκπαίδευσης της κοινωνίας που περιβάλλει το παιδί και την οικογένειά του

Αναφέρθηκε παραπάνω ότι ο καταθλιπτικός έφηβος στο βάθος αισθάνεται κατώτερος από τους άλλους. Αλλά και έντονα σημεία κατάθλιψης να μην έχει ένα παιδί με διαβήτη, πάντα συγκρίνει τον εαυτό του με άλλα παιδιά της ηλικίας του και το ενοχλεί που είναι διαφορετικό. Αυτήν τη διαφορά τη βλέπει πολλές φορές σαν σημείο κατωτερότητας. Η συνεχής σύγκριση είναι μια λειτουργία πηλατιά διαδεδομένη κατά τη διάρκεια της εφηβείας και για αυτό βλέπουμε πολλούς εφήβους να μαζεύονται σε ομάδες ή παρέες και να ντύνονται με όμοιο τρόπο ή να κάνουν τα ίδια πράγματα, με σκοπό να μη διαφέρουν από τους άλλους και για να αισθάνονται καλά με τον εαυτό τους. Η πραγματική ανεξαρτησία κατακτάται σιγά-σιγά, όταν κανείς αντέχει να είναι και κάπως διαφορετικός από τους άλλους και παρ' όλα αυτά να νιώθει καλά.

Τι σημαίνει αποδοχή;

Τελικά μετά τα 17 ή 18 χρόνια αρχίζει να διαφαίνεται ότι ο έφηβος αποδέχεται τον διαβήτη του. Και τότε βλέπουμε βελτιωμένες μετρήσεις του σακχάρου στο αίμα. Αυτή όμως η διεργασία αποδοχής μπορεί να διαρκέσει μέχρι τα 30 ή 35 όπως ανέφερα. Αποδοχή του διαβήτη σημαίνει επίσης λιγότερο άγχος και κατάθλιψη και καλύτερη σχέση με τους γονείς. Καλύτερες σχολικές επιδόσεις, περισσότερες φιλικές σχέσεις, μεγαλύτερη ευχαρίστηση από τη ζωή. Αποδοχή σημαίνει ότι δεν αναγκάζεται να κρατήσει ο έφηβος τον διαβήτη μυστικό από τους άλλους, ότι δεν φοβάται τα κουντομπολιά των συγγενών, των συγχωριανών. Επίσης, σημαίνει ότι όταν βγαίνει έξω με την παρέα του, θα φάει αυτό που πρέπει γιατί αυτό ωφελεί το σώμα του, που το σέβεται και το αγαπάει και δεν θα φάει αυτό που τρώνε οι φί-

λοι για να μην είναι διαφορετικός. Αποδοχή του εαυτού σημαίνει ότι δεν ντρέπεται κανείς για τον εαυτό του, για τις αδυναμίες του. Προσπαθεί να βελτιώσει ότι μπορεί, αλλά ότι δεν μπορεί, το σέβεται και το δέχεται. Σημαίνει επίσης, ότι δεν κρατάει πια ένα εσωτερικό ψυχικό μαστίγιο με το οποίο τιμωρεί τον εαυτό του (με τη ντροπή π.χ. ή την κατάθλιψη) για τις ελλείψεις που τον κάνουν να διαφέρει από την ιδανική, την τέλεια εικόνα του εαυτού του.

Αποδοχή σημαίνει ότι ξέρει ο έφηβος να δέχεται τους περιορισμούς που του επιβάλλει ο διαβήτης (π.χ. στη διαίτα, στο ωράριο), αλλά επίσης ξέρει και τις δυνατότητές του. Ότι δηλαδή μπορεί να προσδεύσει επαγγελματικά, ότι μπορεί να έχει σχέσεις με ένα αγόρι ή κορίτσι, ότι μπορεί να παντρευτεί και να κάνει παιδιά χωρίς φόβο. Σε αυτήν τη διαδικασία αποδοχής βοηθούν και οι γονείς όταν τηρούν μια ευέλικτη στάση, δηλαδή μια στάση με κατανόηση, υποστήριξη και αισιοδοξία και χωρίς πειστικότητα. Βοηθάμε όμως και οι γιατροί και το παραϊατρικό προσωπικό, με την κατανόηση που θα πρέπει να δείχνουμε και την υπομονή, ακόμη και όταν βλέπουμε ότι μερικά παιδιά δρουν καταστρεπτικά για τον εαυτό τους ή μας αντιμετωπίζουν με αρνητική και επαναστατημένη διάθεση όπως θα αντιμετώπιζαν και τους γονείς τους.

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι ο διαβήτης είναι μια απαιτητική σωματική διαταραχή, απαιτητική από την άποψη ότι απαιτεί προσπάθεια που είναι ενοχλητική-βαριά για τους ώμους ενός παιδιού ή νέου που έχει μερικές φορές την τάση να είναι ανέμελος και ανεύθυνος. Ο διαβήτης απαιτεί υπευθυνότητα.

Η αποδοχή του διαβήτη είναι προϊόν συνεργασίας πολλών παραγόντων, δηλαδή της θετικής στάσης του παιδιού ή του εφήβου, της σωστής αντιμετώπισης από την πλευρά του γιατρού και τέλος της σωστής στάσης και εκπαίδευσης της κοινωνίας που περιβάλλει το παιδί και την οικογένειά του. ✕

Μαρία Ακριώτη

Η 26χρονη Μαρία Ακριώτη, μάς μεταφέρει με έναν ιδιαίτερο τρόπο την προσωπική της εμπειρία από την πρώτη στιγμή που ήρθε αντιμέτωπη με τον διαβήτη. Μας μιλάει για πείσμα και θάρρος και προτρέπει όλα τα διαβητικά άτομα να θυμούνται ότι «μέσα από την ιδιαιτερότητά μας σαν διαβητικοί εκπέμπεται η μοναδικότητα που έχουμε σαν άνθρωποι...».

της Μαρίας Χατζηδάκη

→ Σε ποια ηλικία πρωτοεμφανίστηκε ο διαβήτης στη ζωή σας; Ποια ήταν η πρώτη σας αντίδραση και πώς νιώσατε εκείνη την περίοδο με την οικογένειά σας;

Έχω διαγνωσθεί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 προ 12ετίας, σε ηλικία 14 ετών. Τον Ιανουάριο του 2000 παρουσίασα την τυπική τριάδα συμπτωμάτων του διαβήτη: πολιδιψία, πολυουρία και απώλεια βάρους εννέα κιλών. Είχα φτάσει 49 κιλά. Τον Απρίλιο της ίδιας χρονιάς, σε έναν τυχαίο έλεγχο γλυκόζης διαγνώστηκα με διαβήτη. Συγκεκριμένα, θυμάμαι, ήταν ένα ηλιόλουστο ανοιξιάτικο απόγευμα και σαν έφηβη και εγώ ήμουν μέσα στην τρελή χαρά. Την ώρα της ανακοίνωσης, το πρόσωπό μου ξαφνικά σκοτείνιασε και ξέσπασα σε κλάματα. Δεν ήξερα καν την ύπαρξη αυτού του τύπου διαβήτη. Ένωσα τα όνειρά μου να γκρεμίζονται, είδα όλη μου τη ζωή να περνάει σαν ταινία από μπροστά μου. Όλα ήταν μπερδεμένα στο μυαλό μου, σκέψεις και ερωτηματικά περνούσαν διαδοχικά. Αυτός ο συναισθηματικός «πόλεμος» διήρκησε μόλις δύο μέρες. Έπειτα, βρήκα ξανά το χαμόγελό μου. Αυτό ήταν! Μια καινούργια αρχή γινόταν στη ζωή μου. Δεν θα άφηνε ένα διαβήτη να με καταβάλει ψυχολογικά. Είχα μάθει να είμαι μαχήτρια και να παλεύω κάθε δυσκολία που ερχόταν και να βγαίνω στο τέλος νικήτρια. Τότε ήταν που είπα στον εαυτό μου, δεν θα αφήσω ποτέ κανέναν να με ηττηθεί. Οι γονείς μου, όπως καταλαβαίνετε πανικοβλήθηκαν, στεναχωρήθηκαν για το κοριτσάκι τους, αλλά

φρόντισαν να μην εκδηλώσουν τον φόβο τους σε έντονο βαθμό και να σταθούν δίπλα μου δίνοντάς μου δύναμη.

→ Υπήρχαν καταστάσεις ιδιαίτερα δυσάρεστες όσον αφορά τη ρύθμιση του σακχάρου σας, οι οποίες σας δημιούργησαν έντονο προβληματισμό κατά την εφηβική σας ηλικία;

Τον πρώτο χρόνο όλα κυλούσαν φυσιολογικά. Έμαθα να ζω με τον διαβήτη, να προσαρμόζω την καθημερινότητα μου βάσει των οδηγιών που είχα από τους γιατρούς. Ήμουν άριστα ρυθμισμένη. Το φιλικό και σχολικό περιβάλλον μου με αγκάλιασε και δεν με έκανε ποτέ να νιώσω διαφορετική. Μετά το πέρας του πρώτου χρόνου, όλα άλλαξαν, όσον αφορά τη ρύθμιση του διαβήτη και εκεί ξεκίνησε ο εφιάλτης μου. Ανέπτυξα περιφερική αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης και έντονες διακυμάνσεις στη γλυκόζη μου. Τροποποίησα αρκετά τη φαρμακευτική αγωγή και οι γιατροί μου το αιτιολόγησαν ως επίδραση των ορμονών, λόγω εφηβικής ηλικίας. Παρ' όλες τις προσπάθειές μου, δεν μπορούσα να ρυθμιστώ. Τότε ήταν που ξεκίνησε η έντονη αντίδρασή μου και η εκδήλωση της έμφυτης περιέργειάς μου. Όσο η κατάσταση συντηρούνταν και δεν έπαιρνα τις απαντήσεις που ήθελα, τα συναισθήματα οργής και θυμού ενισχύονταν. Μετά από τρία χρόνια και τρεις μήνες πριν τις πανελλαδικές εξετάσεις ήρθε και το αποκορύφωμα στην υγεία μου, οξεία πυελονεφρίτιδα (κωλικός νεφρού από μικρόβιο που είχε εγκατασταθεί στο αριστερό νεφρό μου). Νοσηλεύτηκα μία εβδομάδα με ενδοφλέβια αντιβίωση για να μπορέσω να ρυθμίσω τον διαβήτη μου. Εκεί άρχισα



να ενημερώνομαι σαν ενήλικας πλέον για τον διαβήτη και εκπαιδεύτηκα στο σύστημα υπολογισμού των υδατανθράκων. Αν και σωματικά εξαντλημένη, εκεί ήρθε και η ηθική δικαίωση ότι ήμουν «επαναστάτρια με αιτία» και το «αγρίμι», όπως με είχε αποκαλέσει η τότε γιατρός μου, το οποίο άρχισε να γαληνεύει.

→ Επιλέξατε να σπουδάσετε γιατρός. Πόσο δύσκολο ή εύκολο ήταν για εσάς να τελειώσετε τη σχολή; Πόσο δύσκολο είναι να μπορέσετε να ασκήσετε τα ιατρικά σας καθήκοντα και ταυτόχρονα να είστε ρυθμισμένη; Υπάρχουν παράγοντες που επηρεάζουν τη ρύθμιση του σακχάρου σας σε καθημερινή βάση;

στη μάχη κατά του διαβήτη

Επέλεξα να σπουδάσω ιατρική κόντρα στις συνθήκες της τότε κατάστασης της υγείας μου -για εμένα ήταν όνειρο ζωής. Δεν επέλεξα αυτήν τη σχολή εξαιτίας του διαβήτη. Ήταν μια προσωπική επιθυμία για να μπορέσω να προσφέρω στον συνάνθρωπό μου, ενώ ταυτόχρονα με κέντριζε και το μυστήριο που κρύβεται στο ανθρώπινο σώμα. Τελικά πέρασα στην ιατρική σχολή. Τα πρώτα δύο χρόνια της σχολής ήταν πολύ δύσκολα, εξαιτίας του κατασταλτικού άγχους που είχα κατά τη διάρκεια των εξετάσεων, σε συνδυασμό με λιποθυμικά επεισόδια που ανέπτυξα. Τότε οι διακυμάνσεις της γλυκόζης συνεχίστηκαν παρά την αλλαγή του σχήματος ινσουλινοθεραπείας και των μορφών ινσουλίνης. Συγκεκριμένα, παρ' όλη τη στρεσογόνο φάση που διένυα, ο οργανισμός μου αντιδρούσε ανώμαλα. Βαριά υπογλυκαιμικά επεισόδια κάνανε την εμφάνισή τους, με αποτέλεσμα να προσκομίζομαι στα ΤΕΠ. Σε μια από αυτές τις κρίσεις που είχα, χρειάστηκε να μου χορηγηθεί γλυκαγόνη. Αναγκάστηκα για δύο εβδομάδες να μειώσω αρκετά τη βραδείας μορφής αποδέσμευσης ινσουλίνη. Αυτό ήταν μη συνηθισμένο γεγονός. Τότε, σε συνεννόηση πάντα με τη γιατρό μου, το σχήμα της ινσουλινοθεραπείας άλλαξε, με χορήγηση ινσουλίνης βραδείας αποδέσμευσης πρωί και βράδυ. Τα υπόλοιπα χρόνια της σχολής κύλησαν πιο αρμονικά χωρίς άγχος.

Έκτοτε, ναι μεν ο οργανισμός μου είχε καλύτερη ανταπόκριση στη θεραπευτική αγωγή με καλύτερες τιμές HbA1c, αλλά οι μετρήσεις γλυκόζης αυτοελέγχου αυξήθηκαν σε 15-20/ημέρα, όπως και ο αριθμός της ενέσιμης μορφής ινσουλίνης. Έστω και υπό αυτές τις συνθήκες, σε συνάρτηση με πολύ διάβασμα και πειραματισμούς, κατάφερα να έχω τον έλεγχο των διακυμάνσεων γλυκόζης και να προβλέπω κάθε τόσο την ανταπόκρισή μου. Έτσι, ήρθε και η ώρα της αποφοίτησης και αποφάσισα να μου τοποθετηθεί αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης με 24ώρη καταγραφή γλυκόζης. Εκείνη η μέρα ήταν από τις πιο ευ-

τυχισμένες της ζωής μου και ήθελα να παρευρίσκονταν μόνο τα δικά μου άτομα, τα οποία με στήριξαν σε όλη αυτήν την προσπάθεια. Τη στιγμή που παρέλαβα το πτυχίο στα χέρια μου, ένιωσα ένα ηλεκτρικό ρεύμα να διαπερνάει το κορμί μου και τότε δεν άντεξα και δάκρυσα από χαρά. Τελικά οι κόποι μου δικαιώθηκαν. Το πείσμα που έχω, είναι η δύναμή μου και η δύναμη της ψυχής μου, η οποία ενδυναμώθηκε από τον διαβήτη.

→ Αυτήν τη στιγμή εργάζεστε σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδας, τον «Ευαγγελισμό». Θα θέλαμε να μας μιλήσετε για αυτήν σας την εμπειρία. Σε ποιο τμήμα είστε και πώς φαντάζεστε την επαγγελματική σας πορεία ύστερα από μερικά χρόνια;

Αυτήν τη στιγμή εργάζομαι σαν γιατρός-τεχνικός στο κέντρο μελέτης ύπνου στον «Ευαγγελισμό». Μέσα από την εμπειρία μου στον χώρο αυτό, έμαθα ότι υπάρχουν αρκετές παθήσεις που συσχετίζονται με διαταραχές του ύπνου και ότι η καλή ποιότητα του ύπνου είναι πρώτιστης σημασίας για την καλή σωματική και ψυχική υγεία. Εξαιτίας της εργασίας μου έχω ένα ασταθές ωράριο, το οποίο δημιουργεί έντονες διακυμάνσεις στη γλυκόζη μου. Αν και νυχτερινός τύπος από τα εφηβικά μου χρόνια, έμαθα να εκτιμάω το πρωινό ξύπνημα και τη σημασία του φυσιολογικού κιρκάδιου ρυθμού. Τώρα βρίσκομαι εν αναμονή για την ειδικότητα της νευρολογίας και σε ένα πεντάμηνο ξεκινάω ένα μέρος της ειδικότητάς μου.

Σαν διαβητική, αν και θα ήμουν πολύ καλή σαν γιατρός με εξειδίκευση στον διαβήτη, αποφάσισα να ασχοληθώ με μια ειδικότητα της ιατρικής, που μου διατηρεί το πάθος σε εγρήγορση και με εντυπωσιάζει. Η νευρολογία είναι η ειδικότητα που μελετά διάφορα νοσήματα του νευρικού συστήματος και βασίζεται απόλυτα σε λογική μαθηματική αλληλεπίδραση, ώστε να φτάσεις στη διάγνωση. Έχει αρκετό ερευνητικό πεδίο και υπόσχεται πολλά στο μέλλον, από

άποψη θεραπείας. Το να μπορείς να αποκρυπτογραφήσεις τις λειτουργίες του εγκεφάλου τοπογραφικά, καθώς επίσης και τα νευρωνικά κυκλώματά του, είναι το όνειρο πολλών ερευνητών. Ελπίζω μελλοντικά να μπορέσω να συνεισφέρω και εγώ, να βάλω το δικό μου λιθαράκι σε όλο αυτό το μεγαλείο και να βρω τη θεραπεία κάποιων νοσημάτων με κοινό παθοφυσιολογικό υπόστρωμα.

Το μέλλον μου το σκέφτομαι πολύ αισιόδοξα σαν νευρολόγος και ίσως και σαν μια μελλοντική παιδονευρολόγος. Αγαπάω πολύ τη δουλειά μου και αυτό το πάθος πιστεύω ότι θα βρίσκεται σε διαρκή επαγρύπνηση όσο δύσκολη και να είναι η καθημερινότητά μου. Δεν μπορώ να σταματήσω να ονειρεύομαι και να προσπαθώ να υλοποιήσω τα όνειρά μου. Έξαλλου η ελπίδα πεθαίνει πάντα τελευταία. Ακόμα και εάν φαίνονται ότι όλα έχουν τελειώσει, ο οργανισμός μάχεται για ζωή με μια ανεξάντλητη δύναμη που πηγάζει από μέσα μας και από το περιβάλλον. Όπως μου είχε πει κάποτε ένας άνθρωπος που σέβομαι ιδιαίτερα και ίσως είναι και ο μέντοράς μου στην ιατρική, «εμείς οι γιατροί τρεφόμαστε από τη δικιά σας εσωτερική δύναμη, τη δύναμη των χαρισματικών ανθρώπων-ασθενών, που ακόμη και αν έχετε μια ιδιαιτερότητα λόγω κάποιου προβλήματος υγείας, μπορείτε και μας μεταδίδετε το μεγαλείο του να αγωνίζεστε σαν μαχητές... και έτσι και εμείς βρίσκουμε το θάρρος να συνεχίζουμε το έργο μας».

→ Η εργασία σας, σας αφήνει αρκετό προσωπικό χρόνο για να κάνετε διάφορα πράγματα, όπως ταξίδια, εκδρομές, αθλητισμό, πνευματικές ασχολίες, δράσεις κ.ά.). Μιλήστε μας σαν γιατρός για τη σημασία της άσκησης στη ζωή του διαβητικού ατόμου.

Δυστυχώς η εργασία μου, δεν μου αφήνει αρκετό προσωπικό χρόνο. Είναι μια επιπλέον που απαιτεί αρκετές θυσίες, αλλά επιμονή και υπομονή. Ευχαριστώ τον Θεό, που έχω δίπλα μου δικούς μου ανθρώ-

πους, που με στηρίζουν σε όλη αυτήν την προσπάθεια. Έτσι, όταν έχω λίγο ελεύθερο χρόνο, προτιμώ να τον αφιερώνω σε αυτούς, κάνοντας πράγματα μαζί τους, όπως εξορμήσεις, ταξίδια κ.ά. Επίσης, μου αρέσει να διαβάζω και να ενημερώνομαι για καθετί καινούργιο, όπως για την ιατρική, τη μουσική, την πολιτική κ.λπ. Θέλω να έχω μια τεκμηριωμένη άποψη για όλα τα επίκαιρα και μη θέματα της εποχής μας. Με αγγίζει πολύ η μουσική, το σινεμά, να βρίσκομαι με ανθρώπους σε ζεστό περιβάλλον και να έχω άμεση επαφή μαζί τους. Στο παρελθόν, έχω ασχοληθεί τρία χρόνια με την κλασική κιθάρα. Τώρα, όσον αφορά τον αθλητισμό, δεν έχω χρόνο. Είναι κάτι μου με στεναχωρεί, διότι ήμουν πρώην αθλήτρια στίβου (άλημα εις μήκος). Έκτοτε επιχείρησα να πάω σε γυμναστήριο, όμως αυτός ο τρόπος άθλησης δεν με εκφράζει. Μπορείς ένα άλλογο να το βάλεις σε κλειστό χώρο και να αρχίσει να τρέχει; Όχι, χάνει την ελευθερία του, το φυλακίζει.

Η σωματική άσκηση έχει σημαντικές ευεργετικές επιδράσεις στη ζωή ενός διαβητικού. Η προγραμματισμένη τακτική σωματική άσκηση βελτιώνει τη ρύθμιση του διαβήτη, προστατεύει από την εμφάνιση χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη και επιπλέον αυξάνει το προσδόκιμο επιβίωσης των ασκουμένων. Υπάρχουν όμως, συγκεκριμένες οδηγίες για την ασφάλειά του, τις οποίες πρέπει να λαμβάνει υπόψη του ένας διαβητικός πριν ασκηθεί. Ο αυτοέλεγχος του σακχάρου είναι απαραίτητος πριν τη μυϊκή δραστηριότητα και τα ασφαλή όρια κυμαίνονται μεταξύ 100-250 mg/dl. Στην περίπτωση που το σάκχαρο είναι >250 mg/dl, η άσκηση πρέπει να αποφεύγεται, διότι ο οργανισμός τότε αντιλαμβάνεται την υπό ινσουλιναιμία με παραγωγή γλυκογόνου από τους μύες, με επακόλουθο τη μεγαλύτερη αύξηση της γλυκόζης του αίματος. Επίσης, πρέπει πάντα να υπάρχει η υπόνοια για πρόκληση υπογλυκαιμίας ακόμα και 15 ώρες μετά την άσκηση, άρα θα πρέπει πάντα να παίρνονται τα απαραίτητα μέτρα.

→ Θεωρείτε ότι υπάρχουν πολλά «πρέπει» στη ζωή του διαβητικού, προκειμένου να μην υπάρχουν διαταραχές στο σάκχαρό του; Με ποιο τρόπο πιστεύετε ότι αυτά τα «πρέπει» μπορούν να μετατραπούν σε κάτι λιγότερο πιεστικό για έναν διαβητικό;

Δεν μου αρέσει να τα αποκαλώ «πρέπει». «Μέτρον άριστον», όπως έλεγαν και οι αρχαίοι Έλληνες. Ο υγιεινός τρόπος ζωής, που βασίζεται στη μεσογειακή διατροφή, η σωματική άσκηση και η αποφυγή επικίνδυνων για τη ζωή συνθηκών, δεν νομίζω ότι είναι κάτι που οφείλει να ακολουθεί μόνο ένας διαβητικός, αλλά όλοι οι άνθρωποι, αφού βάσει του σύγχρονου τρόπου ζωής παρουσιάζεται αύξηση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας των νεοελλήνων. Οπότε, την ταμπέλα των «πρέπει» τη βάζει ο άνθρωπος εκείνος που δεν έχει συνειδητοποιήσει την αξία του σωστού τρόπου ζωής. Όταν αντιληφθεί κανείς τις δυσμενείς συνέπειες του σύγχρονου τρόπου ζωής, τότε όλα αυτά τα «πρέπει» μεταμορφώνονται σε ύψιστης σημασίας αγαθά και βλέπει τη θετική άποψη της μακροζωίας και της πραγματικής θέλησης για ζωή.

→ Αισθάνεστε ότι η πολιτεία ενδεχομένως να μη βρίσκεται δίπλα στα διαβητικά άτομα. Υπάρχουν πράγματα, τα οποία θα μπορούσαν πολύ εύκολα να υλοποιηθούν και να βοηθήσουν τη ζωή των διαβητικών ατόμων;

Θεωρώ ότι είναι ελλιπέστατη και εντελώς ανεπαρκής η συνδρομή της πολιτείας και του κοινωνικού κράτους προς τους πάσχοντες με σακχαρώδη διαβήτη, σύμφωνα με αναφορές και διαπιστώσεις όλων των οργανώσεων των διαβητικών της χώρας. Ιδιαίτερα εάν λάβουμε υπόψη μας ότι υπάρχει ραγδαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης του σακχαρώδη διαβήτη σε ενήλικες, αλλά κυρίως σε παιδιά και εφήβους. Υπάρχουν σοβαρές ελλείψεις στον τομέα της περίθαλψης των διαβητικών ατόμων. Ο αριθμός των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων στη χώρα μας είναι πολύ μι-

κρός, ενώ στον τομέα της πρόληψης δεν έχουν γίνει ιδιαίτερες κινήσεις από μεριάς της πολιτείας. Είναι αναγκαίο να υπάρχει ο απαραίτητος αριθμός διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων ανά νομό και η κατανομή των ιατρείων στη χώρα μας πρέπει να είναι τέτοια, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να είναι αποτελεσματικές.

Απολύτως σχετικό με τα προηγούμενα είναι η αναγκαιότητα εκπαίδευσης των διαβητικών και ειδικά των παιδιών του περιβάλλοντός τους, αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού στη διαχείριση της νόσου, για την οποία δεν έχουν γίνει τα απαραίτητα βήματα. Δεν υπάρχει καν μια ολοκληρωμένη επιστημονική έρευνα για τον αριθμό των διαβητικών ατόμων στην Ελλάδα. Η πρόληψη είναι πάντα καλύτερη και λιγότερο δαπανηρή, σε κάθε επίπεδο, από τη θεραπεία.

Η έρευνα για την ανακάλυψη νέων θεραπειών πρέπει να χρηματοδοτηθεί από την ελληνική πολιτεία. Δεν υπάρχει έλλειψη αξίων ερευνητών, αλλά ανεπάρκεια της πολιτείας να υπερπηδήσει τη γραφειοκρατία. Υπάρχουν ευτυχώς σωματεία και οργανισμοί που δίνουν καθημερινά αγώνα για την υλοποίηση των αναγκών ενός διαβητικού σε επίπεδο δημόσιων παροχών, όπως είναι η οικονομική κάλυψη από τα ασφαλιστικά ταμεία, ούτως ώστε να μπορούμε να παίρνουμε τα απαραίτητα αναλώσιμά μας (ινσουλίνες, σκαρφιστήρες, βελόνες για τις πένες, αναλώσιμα για αντλία ινσουλίνης κ.ά.).

Σαν διαβητική και μέλος ενός τέτοιου συλλόγου προσπαθώ να ευαισθητοποιήσω την κυβέρνηση να μεριμνήσει για τις ανάγκες μας σε επίπεδο ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και δημόσιων παροχών. Επιπρόσθετα, μέσα από την εθελοντική μου συνδρομή, προσπαθώ να ενημερώσω και να υποστηρίξω ψυχολογικά τα παιδιά και τους εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη. Τέλος, θέλω να υπενθυμίσω σε όλους ότι «μέσα από την ιδιαιτερότητά μας σαν διαβητικοί, εκπέμπεται η μοναδικότητα που έχουμε σαν άνθρωποι...». ✖



Κουλούρια διαίτης

της Μαρίας Χατζηδάκη

Τα κουλουράκια θεωρούνται το ωραιότερο γλύκισμα της ελληνικής κουζίνας. Είναι αγαπημένη απόλαυση για μικρούς και μεγάλους. Μπορείτε να φτιάξετε κουλούρια με κανέλα, γαρίφαλο, καρότο, κουλούρια αλμυρά, γλυκά, όπως και να τα προτιμάτε όλα τους είναι λαχταριστά και εύγευστα. Τα κουλούρια είναι ένα γλυκό, το οποίο μπορεί να σας ικανοποιήσει πλήρως, χωρίς να σας δημιουργήσει προβλήματα απορύθμισης στο σάκχαρό σας. Ωστόσο, να θυμάστε μέτρον άριστον! Εμείς, σας προτείνουμε μερικές συνταγές με λίγα λιπαρά και πολλή γεύση.



Κουλούρια νηστίσιμα με κρασί



Υλικά

- 750 γραμ. αλεύρι για όλες τις χρήσεις ολικής άλεσης
- 1 ποτήρι σπορέλαιο
- 1 ποτήρι ζάχαρη
- 1 ποτήρι κρασί λευκό ξηρό
- ½ φακελάκι μπέικιν πάουντερ
- ½ κουταλάκι σόδα
- 1 κουταλάκι κανέλα
- 1 κουταλάκι γαρίφαλο τριμμένο

Εκτέλεση

Παίρνουμε ένα μεγάλο μπολ και ανακατεύουμε μέσα τη ζάχαρη και το λάδι. Στη συνέχεια προσθέτουμε το κρασί, το μπέικιν πάουντερ, τη σόδα, την κανέλα και το γαρίφαλλο. Ανακατεύουμε ελαφριά όλα τα υλικά, προσθέτοντας σιγά-σιγά το αλεύρι έως ότου η ζύμη γίνει μαλακή. Έπειτα πλάθουμε τα κουλουράκια και τα βάζουμε σε ένα ταψί. Τα ψήνουμε στον φούρνο στους 180ο για περίπου 15-20 λεπτά.



*
Κουλούρια
καρότου



Υλικά

- Ένα μεγάλο καρότο
- Ένα ποτήρι σπορέλαιο
- ½ ποτήρι λευκό κρασί
- Μια κουτ. γλυκού μπέικιν πάουντερ
- Αλεύρι ολικής άλεσης, όσο πάρει

Εκτέλεση

Παίρνουμε το καρότο, το πλένουμε και αφού το ξεφλουδίσουμε, το τρίβουμε στο ψηλό σημείο του τρίφτη και στη συνέχεια το βάζουμε μέσα στο μίξερ. Στη συνέχεια προσθέτουμε στο καρότο, το σπορέλαιο, το κρασί και το μπέικιν πάουντερ και τα αφήνουμε να ανακατευτούν για περίπου πέντε λεπτά. Μόλις το μίγμα ανακατευτεί καλά, προσθέτουμε σιγά-σιγά το αλεύρι μέχρις ότου το μίγμα σφίξει ελαφριά. Η ζύμη θα πρέπει να πλάθεται χωρίς να κολλάει στα χέρια σας. Το σχήμα που πρέπει να δώσετε στα κουλουράκια σας είναι στρογγυλό, ενώ για να είναι εύγευστα και τραγανά, θα πρέπει να είναι σχετικά λεπτά. Ο χρόνος που απαιτείται για να ψηθούν εξαρτάται από τον φούρνο του καθενός. Μόλις δείτε ότι έχουν στεγνώσει και έχουν αποκτήσει ένα ελαφρύ ροδίσιμα, τότε τα βγάζετε από τον φούρνο. Σπάζοντας ένα κουλούρι στη μέση, θα πρέπει αυτό να μην κολλάει. Τότε τα κουλουράκια σας είναι έτοιμα. Τα ψήνουμε στους 180ο μέχρι να ροδίσουν.



Κουλούρια με ελάχιστη ζάχαρη



Υλικά

- 1 ποτήρι βούτυρο
- 1 ποτηράκι του ελληνικού καφέ σπορέλαιο
- 2 ποτηράκια του ελληνικού χυμό πορτοκάλι ή γάλα
- 2 ποτήρια του ελληνικού ζάχαρη
- 1 κουταλιά του γλυκού μπέικιν πάουντερ
- 1 βανίλια
- 1 κιλό αλεύρι ολικής άλεσης
- Προαιρετικά ένα κρόκο αυγού και σουσάμι



Εκτέλεση

Παίρνουμε ένα μπολ και προσθέτουμε το βούτυρο, τη ζάχαρη και τα χτυπάμε. Στη συνέχεια ρίχνουμε σιγά-σιγά το σπορέλαιο. Σε ένα δεύτερο μπολ ανακατεύουμε το αλεύρι, το μπέικιν και τη βανίλια.

Στη συνέχεια ρίχνουμε στο μπολ με το βούτυρο και τη ζάχαρη εναλλάξ, το αλεύρι και τον χυμό ή το γάλα, μέχρι η ζύμη να σφίξει, για να μπορέσουμε να πλάσουμε τα κουλουράκια σε σχήμα στρογγυλό. Προσοχή, η ζύμη δεν πρέπει να σφίξει πάρα πολύ. Εάν επιθυμούμε μπορούμε στο τέλος να αλείψουμε τα κουλουράκια με τον κρόκο του αυγού και να προσθέσουμε από επάνω λίγο σουσάμι. Τα ψήνουμε στους 180° μέχρι να ροδίσουν.

Slim Line

γλυκαντικό

...και ξεχάστε ζάχαρη και θερμίδες



- ✓ Ιδανικό για τη μαγειρική και τη ζαχαροπλαστική.
- ✓ Μπορεί να ψηθεί χωρίς να χάσει τη γλυκύτητα του.
- ✓ Ένα κουταλάκι Slim Line γλυκαίνει όσο ένα κουταλάκι ζάχαρη και περιέχει μόνο 2 θερμίδες.

- Γλυκαντικό με ελάχιστες θερμίδες
- Κατάλληλο για διαβητικούς
- Κυκλοφορεί σε σκόνη και δισκία



Κανταΐφι

ΥΛΙΚΑ

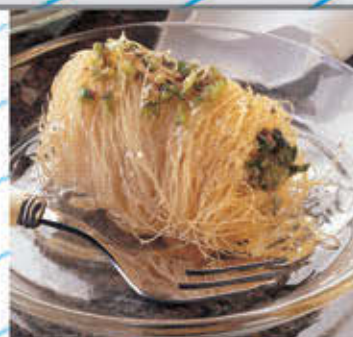
½ κιλό φύλλο κανταΐφι
400 γραμ. καρύδια χονδροκομμένα
2 κουταλάκια του γλυκού κανέλα
1/4 φλιτζανιού φρυγανιά τριμμένη
3 κουταλιές της σούπας κονιάκ
3 κουταλιές της σούπας
γλυκαντικό Slim Line
1 φλιτζάνι φρέσκο βούτυρο
1 φλιτζάνι μαργαρίνη
1 κρόκος αβγού
φιστίκια Αιγίνης

Για το σιρόπι:

6 φλιτζάνια γλυκαντικό Slim Line
4 φλιτζάνια νερό
φλούδα λεμονιού
1 κουταλιά της σούπας κονιάκ

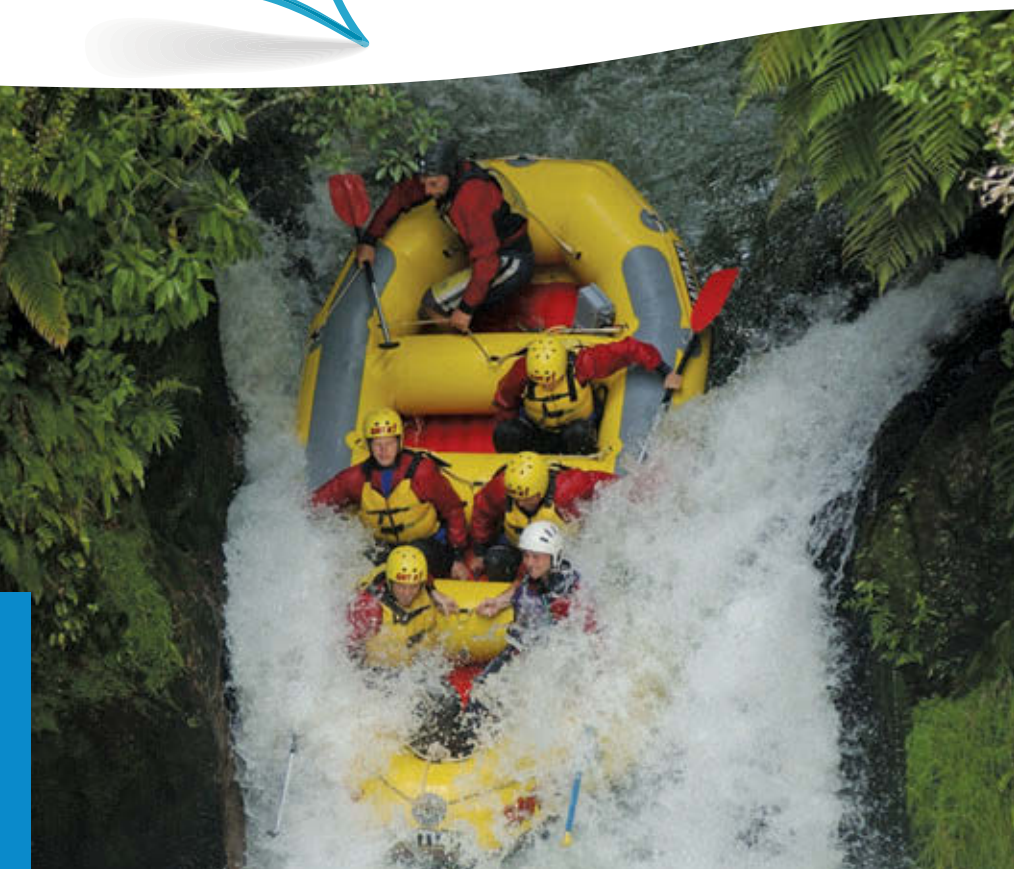
Ανακατεύετε το καρύδια, τη φρυγανιά, την κανέλα, τον κρόκο, το γλυκαντικό και το κονιάκ. Στρώνετε το μισό φύλλο κανταΐφι σε ένα βουτυρωμένο ταψί. Λιώνετε τη μαργαρίνη μαζί με το φρέσκο βούτυρο και περιχύνετε με τη μισή ποσότητα το φύλλο που βρίσκεται στο ταψί. Απλώνετε το μείγμα της γέμισης και σκεπάζετε με το υπόλοιπο φύλλο. Περιχύνετε με τη λιωμένη μαργαρίνη και το βούτυρο που έμεινε. Το σκεπάζετε με αλουμινόχαρτο και το ψήνετε στους 175°C για 30 λεπτά. Το ξεσκεπάζετε και το ψήνετε για άλλα 30 λεπτά, ώσπου να πάρει χρώμα. Σε ένα κατσαρολάκι, βράζετε το γλυκαντικό, το νερό, το κονιάκ και τη φλούδα λεμονιού για 5-10 λεπτά και περιχύνετε το κανταΐφι, σμέσως μόλις το βγάλετε από το φούρνο.

Πασπαλίζετε με φιστίκια Αιγίνης. Μπορείτε, κατά την προτίμησή σας, να χωρίσετε το φύλλο κανταΐφι σε μέρη και να το τυλίξετε σε ρολά.



Για πληροφορίες και βιβλίο συνταγών τηλεφωνήστε στο 210 4220320 ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας www.zografos.eu

ZOGRAΦΟΣ



Rafting το άθλημα των τολμηρών, Ανακαλύψτε εν πλω τις ομορφιές των ποταμών μας

Το rafting είναι ένα ιδιαίτερο σπορ, το οποίο προσφέρει δράση, απόλαυση και εκγύμναση σε όποιον το επιλέξει. Στην Ελλάδα έχει γίνει γνωστό περίπου μια δεκαετία, όμως αγαπήθηκε ιδιαίτερα από τους λάτρεις των σπορ.

της Μαρίας Χατζηδάκη

Για να μπορέσετε να απολαύσετε αυτό το ιδιαίτερο σπορ, θα πρέπει καταρχάς να επισκεφτείτε μια οργανωμένη σχολή, η οποία να έχει πολυετή εμπειρία στο άθλημα αυτό. Η Ελλάδα διαθέτει μαγευτικά ποτάμια, ιδιαίτερου κάλους, τα οποία ενδείκνυνται για rafting και για πεζοπορία.

Για να κάνετε rafting απαιτείται ένα φουσκωτό έξι ή δέκα θέσεων και ο απαραίτητος εξοπλισμός που θα φορέσετε (κράνος, ισοθερμική στολή, σωσίβιο, αδιάβροχα, καλτσάκια ειδικά). Όλα αυτά προσφέρονται από τη σχολή και όχι από εσάς.

Στη συνέχεια με την καθοδήγηση του εκπαιδευμένου πάντα οδηγού, θα γλιστρήσετε στα πεντακάθαρα νερά του ποταμού. Η κατάβαση αυτή, που μπορεί να είναι από 2-3 χιλιόμετρα μέχρι και 30 χιλιόμετρα, θα σας μαγέψει. Όλα τα ποτάμια



Όλα τα ποτάμια της Ελλάδας στα οποία κάνουν rafting, προσφέρουν ένα μαγευτικό τοπίο και ομορφιές που μόνο εν πλω θα μπορούσατε να δείτε

της Ελλάδας στα οποία κάνουν rafting, προσφέρουν ένα μαγευτικό τοπίο και ομορφιές που μόνο εν πλω θα μπορούσατε να δείτε.

Η δράση, η χαρά και η αδρεναλίνη εκτοξεύονται στα ύψη, αφού ανάλογα με το ποτάμι που θα επιλέξετε να κατέβετε, ο βαθμός δυσκολίας αλλιάζει. Κατά τη διάρκεια της κατάβασής σας, ο οδηγός σας θα μπορέσει να σας σταματήσει σε διάφορα σημεία του ποταμού προκειμένου να περπατήσετε κατά μήκος του και να ανακαλύψετε κρυμμένες ομορφιές.

Να θυμάστε ότι είναι πολύ σημαντικό το πρακτορείο στο οποίο θα απευθυνθείτε προκειμένου να συμμετέχετε σε αυτήν τη δραστηριότητα, να είναι πολύ οργανωμένο και να διαθέτει έμπειρους οδηγούς. Ο οδηγός πριν ξεκινήσετε την κατάβαση, θα πρέπει να σας μάθει τα μυστικά του αθλήματος και να σας προετοι-

μάσει για τις δυσκολίες και τα τυχόν προβλήματα που θα συναντήσετε.

Μαζί σας θα πρέπει να έχετε μαγιό, ένα δεύτερο ζευγάρι παπούτσια, ρούχα και φυσικά πολύ καλή διάθεση. Επίσης, σας προτείνουμε να εφοδιαστείτε με ένα αδιάβροχο τσαντάκι, μέσα στο οποίο θα μπορέσετε να βάλετε τα απαραίτητα εργαλεία για τον διαβήτη (σύριγγες ινσουλίνης, ινσουλίνη κ.ά.).

Το Rafting είναι ένα ιδιαίτερο άθλημα, το οποίο μπορεί να γίνει από άτομα όλων των ηλικιών, αρκεί να δείξετε προσοχή στην εκπαίδευση και πειθαρχία στον οδηγό της βάρκας. Τολμήστε και θα δείτε ότι θα σας αποζημιώσει το αποτέλεσμα. Η εμπειρία που θα αποκομίσετε, θα είναι μοναδική.

Η περίοδος κατάβασης στα ποτάμια της Ελλάδας ξεκινάει την άνοιξη και τελειώνει το φθινόπωρο. ✕





αποδράσεις



Σπέτσες, η αρχόντισσα του Σαρωνικού

Σπέτσες, η «αρωματοφόρος νήσος».

Αυτήν την ονομασία λένε ότι έδωσαν στο νησί οι Ενετοί τον 13ο αιώνα. Το νησί των Σπετσών έχει χαρακτηριστεί ως το στολίδι του Αργολικού κόλπου, το οποίο δεσπόζει στην περιοχή.

της **Μαρίας Χατζηδάκη**

Το όνομά του βαρύ σαν ιστορία. Η ιστορία του νησιού είναι μακραίωνη και ένδοξη. Κατά την περίοδο της επανάστασης του 1821, οι Σπέτσες έγραψαν με χρυσά γράμματα στο βιβλίο της ιστορίας του έθνους τα κατορθώματά τους. Ο σπετσιωτικός στόλος, αποτελούμενος από εμπορικά πλοία Σπετσιωτών, πήρε μέρος σε μεγάλο αριθμό ναυμαχιών, όπως της Αρμάτας, καθώς και σε ξακουστούς αποκλεισμούς οχυρών, συγκεκριμένα του Ναυπλίου και τη Μονεμβασίας. Ηρωικά πρόσωπα της επανάστασης προερχόμενα από το νησί ήταν η Λασκαρίνα Μπουμπουλίνα, ο Ανδρέας Μιαούλης, ο Χατζηγιάννης Μέξης και ο Κοσμάς Μπαρμπάτσος.

Τις Σπέτσες απαρτίζουν τρεις ακόμα νησίδες, η Σπετσοπούλα, ο Άγιος Ιωάννης και το Μικρό Μπούρμπουλο. Το σχήμα του νησιού είναι ωοειδές και έχει έκταση 23 τετραγωνικών χιλιομέτρων. Οι Σπέτσες είναι ένα πευκόφυτο νησί, το οποίο διαθέτει εκτός



από πεύκα, αρκετές καλλιέργειες ελιάς, δημητριακών, σταφυλιών, αμύγδαλων, σύκων και μερικών κτηνοτροφικών προϊόντων. Η κύρια ασχολία όμως των κατοίκων του νησιού είναι η ναυτιλία και η αλιεία.

Ωστόσο, το νησί γίνεται κάθε χρόνο πόλος έλξης πολλών τουριστών από την Ελλάδα και το εξωτερικό. Βρίσκεται πολύ κοντά στην Αθήνα και αυτό το κατατάσσει στα εύκολα και προσβάσιμα νησιά της χώρας. Ο απαιτούμενος χρόνος μετάβασης στο νησί είναι πολύ μικρός, για αυτό και δεν κουράζει τους ταξιδιώτες. Οι Σπέτσες όμως, είναι και το αγαπημένο νησί πολλών ιδιοκτητών σκαφών, οι οποίοι κατακλύζουν τις προβλήτες του νησιού τις θερινές κυρίως περιόδους. Στο νησί απαγορεύονται αυστηρά τα αυτοκίνητα, εκτός από ορισμένους κατοίκους που έχουν ειδική άδεια. Γενικά η μετακίνηση στο νησί γίνεται με άμαξα, ταξί, λεωφορείο (σε κάποιες περιπτώσεις), μηχανάκια, ποδήλατα ή με τα πόδια.



Περπατήστε στα γραφικά πλακόστρωτα σοκάκια του νησιού, θαυμάστε τις πελώριες πολύχρωμες βοκαμβήλιες, που αγκαλιάζουν τις πέτρινες μάντρες με τις επιβλητικές ξύλινες πόρτες. Θαυμάστε τα αρχοντικά σπίτια του νησιού, με τα ψηλά ταβάνια και τα περίτεχνα εμβλήματα εξωτερικά των σπιτιών, που φανερώνουν την πλούσια ιστορία των κατοίκων. Κάθε σημείο του νησιού έχει τη δική του ένδοξη ιστορία. Σας προτείνουμε να κάνετε μια ρομαντική βόλτα από το Παλιό Λιμάνι στη Ντάπια χρησιμοποιώντας τον παραλιακό δρόμο, η διαδρομή είναι μοναδική. Εκεί θα μπορέσετε να απολαύσετε ένα θεοπέσιο γεύμα ή τον καφέ σας.

Επίσης, για τους λάτρες της ιστορίας, επιβάλλεται να επισκεφθούν το μουσείο των Σπετσών και το μουσείο της Μπουμπουλίνας, στα οποία θα δείτε να ξεδιπλώνεται η νεότερη και παλαιότερη ιστορία του νησιού.

Το φυσικό τοπίο, πλούσιο σε εναλλαγές συνδυάζει τις μαγευτικές παραλίες, με το πευκόφυτο ορεινό κομμάτι του νησιού. Τα διάφορα αρώματα που αναδύονται από τα χιλιάδες λουλούδια και τους θάμνους που βρίσκονται στο βουνό, μαγεύουν τους περιπατητές. Δεν είναι τυχαίο εξάλλου που το νησί πήρε το όνομα «αρματοφόρος νήσος». Πληθώρα μονοπατιών που ξεκινούν από τα πεδινά, ανηφορίζουν προς τα υψώματα του νησιού και οδηγούν τον επισκέπτη σε μια διαδρομή εξερεύνησης της παρθένας φύσης. Αν κανείς βάλει σκοπό να επισκεφθεί και το ξωκλήσι του προφήτη Ηλία, που βρίσκεται χτισμένο στο ψηλότερο σημείο του νησιού, θα μπορέσει να απολαύσει και την πανοραμική θέα 360°.

Τέλος, μην ξεχάσετε να επισκεφθείτε τη μητρόπολη του Αγίου Νικολάου. Πρόκειται για μια υπέροχη εκκλησία, η οποία περιβάλλεται από ένα θαυμάσιο πλακόστρωτο προαύλιο, το οποίο είναι στολισμένο με παλιά κανόνια. ✕



αποδράσεις



Παραλίες

Στο νησί των Σπετσών θα βρείτε πεντακάθαρές παραλίες για να απολαύσετε τη θάλασσα και τον ήλιο. Ωστόσο, για να μπορέσετε να επισκεφτείτε μερικές από τις ομορφότερες παραλίες του νησιού, πρέπει να πάτε δια θαλάσσης με σκάφος.

Σας συνιστούμε την παραλία της Αγίας Παρασκευής, στην οποία θα μπορέσετε να πάτε με λεωφορείο. Επίσης με λεωφορείο έχετε πρόσβαση στην παραλία των Αγίων Αναργύρων και σε αυτήν της Αγίας Μαρίνας. Οδικώς, μπορείτε να επισκεφτείτε επίσης τις παραλίες Λιγονέρι, Αναργύρειος Σχολή, και Άγιος Μάμας. Τέλος, μέσω θαλάσσης μπορείτε να πάτε σε τρεις υπέροχες παραλίες, στη Ζωγεργιά και το Βρέλλο και την Ξυλοκέρizza. ✕

Που θα φάτε

Στις Σπέτσες θα μπορέσετε να ικανοποιήσετε απόλυτα τις γαστρονομικές σας απαιτήσεις. Διαθέτει πάρα πολλά εστιατόρια και ταβερνάκια, τα οποία προσφέρουν κυρίως φρέσκο ψάρι και πολλούς πλούσιους μεζέδες. Εάν αγαπάτε το ψάρι, τότε θα πρέπει οπωσδήποτε να επισκεφτείτε την ταβέρνα του «Πάτραλη», στην Κουνουπίτσα. Εκεί, ζητήστε να φάτε την υπέροχη ψαρόσουπα που φτιάχνει. Μια ακόμη θαυμάσια ταβέρνα είναι η «Εξέδρα» με φοβερό ψητό ψάρι. Μια επίσκεψη στην ταβέρνα «Ταρσανά», θα σας πείσει ότι έχει το ωραιότερο ψάρι του νησιού και θέα στο Παλιό Λιμάνι. Επίσης, επισκεφτείτε την ταβέρνα του «Χατζή», τον «Λάζαρο», τον «Ορλώφ», ενώ για «κυριλέ» απολαύσεις, το ρεστοράν ο «Παράδεισος», που βρίσκεται στην Αγία Μαρίνα. ✕

Διαμονή

Οι Σπέτσες παρέχουν διαμονή υψηλού επιπέδου. Υπάρχουν υπέροχα καταλύματα που προσφέρουν άνεση, πολυτέλεια και μοναδική αισθητική. Εμείς σας προτείνουμε μερικά από τα ομορφότερα καταλύματα των Σπετσών: το «Poseidonion Grand Hotel», το «Orloff Resort», τα «Νησιά», τη «Βίλα Ειρήνη», «Βίλα Νίκα» κ.ά. ✕





Zewa Softis. Μην αφήσεις την αλλεργία να σου κλέψει τη χαρά της άνοιξης.

Η άνοιξη είναι και πάλι εδώ! Ζήστε την και φέτος απαλλαγμένοι από το άγχος των δυσάρεστων ενοχλήσεων της αλλεργίας που έρχεται πάντα μαζί της.

Με το νέο Zewa Softis, τα ειδικά χαρτομάντιλα για το αλλεργικό συνάχι. Εξαιρετικά απαλά για συχνή χρήση, με τη μοναδική σύνθεση της Zewa, φρεσκάρουν το πρόσωπο, ενώ με λίγες σταγόνες νερού ανακουφίζουν την ερεθισμένη από την αλλεργία περιοχή των ματιών. Εφοδιαστείτε με τα νέα χαρτομάντιλα Zewa Softis για το αλλεργικό συνάχι και χαρείτε την άνοιξη με όλες σας τις αισθήσεις!



**Νο 1 ΕΤΑΙΡΙΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΚΑΙ ΕΜΠΟΡΙΑ
ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΙΚΟΥ ΧΑΡΤΙΟΥ ΣΤΗΝ ΕΥΡΩΠΗ**

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

Αθήνα

- > **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > **Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 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. Παίδων 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, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > **Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ**, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7297958
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Ποδυκλινική»**, 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, Κωνσταντίνουπόλεως 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 «Ελένη Ε. Βενιζέλου»**, πλ. Ε. Βενιζέλου, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6411156
- > **Π.Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»**, Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 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 (Μελισσιών)**, τέρμο Ζαΐμη, ΤΚ 15127, Μελισσία, Τ: 210 8106200, 210 8106262 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- > **251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας**, Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χολαργός, Τ: 210 7463399, 210 7464093 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7715690
- > **Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»**, Μεσογείων 152, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7778611-19, 210 7763194 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7778838
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Σισμανόγλειο»**, Σισμανογλείου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- > **Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Ελπίς»**, Δημοτύων 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445602
- > **Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπείο»**, 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 «Μεταξά»**, Μπότση 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 213 2079670 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4599774
- > **Γ.Ν.Α. «Γιώργος Γεννηματάς»**, Ρεωφ. 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. «Θριάσιο»**, Ρεωφ. 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. Παίδων 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**, Τσεβέ 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, 22623 50133 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. Δωρίδας

- > **Ν.Γ.Ν. Αμφισσας**, Οικισμός Δροσοχωρίου, ΤΚ 33100, Αμφισσα, 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. Κάτσια 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»**, Ελένης 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. Πλάστηρα 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**, Αλεξ. 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, Πολύγυρος, 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. Σύληθα, Καβάλα, Τ: 2513 501100, 2513 501231-2 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2513 501548

Ν. Σερρών

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

Ν. Ημαθίας

> **Γ.Ν.Ν. Βέροιας**, Ασμάτων 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. Βοστώνη 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 Καρλοθαλασίου 22730 32222

Ήπειρος / Ν. Ιωαννίνων

> **Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκώστα»**, Πλωφόρος 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»**, Ποθυμέρη 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 Ταυρωπού, 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**, Βαθωρίτου 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 Ηράκλειου, 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. Άργους**, Κορίνθου 191, ΤΚ 21200, Άργος, 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

Ν. Κορινθίας

> **Ν.Γ.Ν. Κορίνθου**, Λ. Αθηνών 53, ΤΚ 20100, Κόρινθος, Τ: 27413 61400, 27413 61549 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27410 20529, 27413 61300

Diabecinn Cholesterol

Για υγιή επίπεδα
χοληστερίνης!



Αποκλειστικός αντιπρόσωπος
ΕΛΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΑ Α.Ε.

Θεσσαλονίκη
2310856233/301720
elovari@elovari.gr
www.elovari.gr

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

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

**Αποτελεσματική δράση
από τον πρώτο κιόλας μήνα!**

Διατίθεται στα φαρμακεία

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 ΑΓΝΩΣΤΩΝ
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
Μπουμπουλινάς 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, Πτολεμαίδα
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

Αποστέλλετε 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:
ΤΚ:
Τηλέφωνο:
e-mail:

Υπογραφή:

σε έντυπη μορφή

☐

Επιθυμώ να λαμβάνω το περιοδικό:

σε ηλεκτρονική μορφή

☐




Απόφαση σταθμός του ΕΟΠΥΥ για τα διαβητικά άτομα

Δημοσιεύθηκε στο φύλλο της κυβερνήσεως (αριθμός φύλλου 1233/11-04-2012) ο πλήρης κατάλογος των αναλώσιμων υλικών για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και τύπου 2 καθώς και για τα άτομα με τα διαβητικά έλκη, χωρίς ποσοστό συμμετοχής.

Το αποτέλεσμα αυτό δικαίωσε τις άοκνες προσπάθειες του διοικητικού συμβουλίου της ΕΛΟΔΙ και ευχαριστούμε θερμά για την άριστη συνεργασία και κατανόηση τους αρμοδίου φορείς του ΕΟΠΥΥ και του υπουργείου Υγείας.

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε

✦ **Γιατί η διαιτολόγος μου συνέστησε ότι πρέπει να έχω μια διατροφή πλούσια σε φυτικές ίνες;**

Είναι γνωστό ότι οι φυτικές ίνες αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι μιας υγιεινής διατροφής. Η καθημερινή κατανάλωση τουλάχιστον πέντε μερίδων πλούσιων σε ίνες λαχανικών ή φρούτων και τουλάχιστον 3-4 μερίδες οσπρίων την εβδομάδα, μπορεί να εξασφαλίσει την πρόσληψη των απαιτούμενων ποσοτήτων φυτικών ινών. Οι φυτικές ίνες είναι χρήσιμες και ωφέλιμες για πολλούς λόγους:

- > Δημιουργούν αίσθημα κορεσμού.
- > Επιβραδύνουν την απορρόφηση της γλυκόζης.
- > Συμβάλλουν στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης και τριγλυκεριδίων στο αίμα.

Η πρόσληψη των φυτικών ινών θα πρέπει να είναι 10-13 gr/1.000 θερμίδες, οι μισές από τις οποίες θα πρέπει να είναι διαλυτές. Συνεπώς τροφές όπως τα λαχανικά, τα φρούτα (με τη φλούδα), τα ολικής αλέσεως προϊόντα και ιδιαίτερα τα όσπρια είναι σκόπιμο να συμπεριλαμβάνονται στο ημερήσιο πρόγραμμα διατροφής.

✦ **Είμαι μητέρα παιδιού πρωτοδιαγνωστού με σακχαρώδη διαβήτη. Τι χρειάζεται να προσέχω για να μην πονάει το παιδί, όταν κάνει την ένεση ινσουλίνης;**

Χρειάζεται η μύτη της βελόνας στη σύριγγα ή την πένα να κοιτάζει προς τα εμάς και όχι προς το δέρμα. Βασικό είναι να κάνετε σωστά την ένεση, όπως εκπαιδευτήκατε, δηλαδή να βάζετε γρήγορα τη βελόνα μέσα στο δέρμα.

Ωστόσο, ορισμένα παιδιά προτιμούν -για ψυχολογικούς λόγους- να μπαίνει η βελόνα πολύ αργά και προσεκτικά στο δέρμα. Τέλος, να κάνετε κάθε ένεση με διαφορετική σύριγγα ή βελόνα για την πένα.

✦ **Είμαι 23 ετών και έχω σακχαρώδη διαβήτη από 12 ετών. Θα πρέπει να πω στο αγόρι μου όλη την αλήθεια για μένα και πότε; Μήπως αυτό χαλάσει τη σχέση μας;**

Όπως σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις, δεν υπάρχει κανόνας συμπεριφοράς που να ισχύει ακριβώς για όλους τους ανθρώπους. Θα νιώσεις εσύ καλύτερα πότε είναι η κατάλληλη στιγμή για να το πεις στο αγόρι σου -ίσως όχι στο πρώτο ραντεβού, αλλά ούτε να του το κρατάς κρυφό για πολύ χρονικό διάστημα.

Όταν η σχέση δύο ανθρώπων στηρίζεται σε γερές βάσεις, η ειλικρίνεια ανάμεσα στους δύο είναι ακριβώς ένδειξη εμπιστοσύνης. Αν φοβάσαι ότι ο διαβήτης θα τον κάνει να χαλάσει τη σχέση, μάλλον δεν ήταν αρκετά σοβαρή. Αν πραγματικά νομίζει ή κυρίως νιώθει ότι είσαι ο άνθρωπος του, το να έχεις διαβήτη δεν αλλοιάζει τίποτα στην αξία σου. Αντίθετα, θα μπορείς καλύτερα να μοιράζεσαι μαζί του, τις σκέψεις σου. ✕





Δεν είναι μόνο ο ύπνος
που συμβάλλει στην καλή υγεία...

Είναι και η σωστή διατροφή
με χαμηλά λιπαρά.

Η ισορροπημένη διατροφή, με προϊόντα με χαμηλά
λιπαρά, σε συνδυασμό με έναν σωστό τρόπο ζωής,
αποτελούν τη βάση για μια καλή υγεία.

Η ΦΑΓΕ, μέσα από μια μεγάλη ποικιλία προϊόντων
με χαμηλά λιπαρά, μας βοηθάει να καταναλώνουμε
τα απαραίτητα, για τον οργανισμό μας,
γαλακτοκομικά προϊόντα χωρίς να στερούμαστε
τη μοναδική και πλούσια γεύση τους.

Έτσι μπορούμε και να φροντίζουμε τον εαυτό μας
και να απολαμβάνουμε τις αγαπημένες μας γεύσεις.



Η γεύση της ζωής μας



Τα σήματα Bayer (καίριο), Στοιχείο της Bayer (καίριο), CONTOUR, GLUCOFACETS, το λογότυπο No Coding και simplewins είναι σήματα κατατεθέντα της Bayer.

ΜΕΤΡΗΣΗ ▶



CONTOUR® USB της Bayer

Ο πρώτος μετρητής γλυκόζης αίματος με ενσωματωμένο λογισμικό διαχείρισης διαβήτη

Σχεδιασμένος για άτομα με Διαβήτη σε εντατικοποιημένο σχήμα θεραπείας με ινσουλίνη

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

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

www.bayercontourusb.gr



Contour.usb
ΣΥΣΤΗΜΑ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ



simplewins™