

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ISSN : 1791-4574

www.elodi.org

Μάιος-Ιούνιος 2012 # 27



- Γιώργος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας-ενδοκρινολογίας τμήματος ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, διευθυντής κλινικής ενδοκρινολογίας & μεταβολικών νόσων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας: “ Η επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει διαφορετική προσέγγιση από την πλευρά του γιατρού που καλείται να γίνει συνοδοιπόρος του ατόμου με διαβήτη”
- Είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 μια νόσος που μπορεί να προβλεφθεί;
- Διαταραχές της αναπαραγωγής στην παχυσαρκία και το σακχαρώδη διαβήτη


ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ





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



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 Χατζιδάκη
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

ΠΕΔΙΟ Α.Ε.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ



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

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Ανδριανή Βαζαίου, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών «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

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών, 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, δίδακτωρ 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 Παιδών 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 # 27

6

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

8

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ / ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τετ α τετ συνέντευξη με τον κ. **Γιώργο Κουκούλη**, αναπληρωτή καθηγητή παθολογίας-ενδοκρινολογίας τμήματος Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, διευθυντή κλινικής ενδοκρινολογίας και μεταβολικών νόσων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας

18

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

- Πληρότητα ενδείξεων των ινσουλινών detemir και aspart στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη
- Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η μεγάλη απειλή της όρασης

22

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Απόφαση-σταθμός του ΕΟΠΥΥ για τα διαβητικά άτομα

24

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

26

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Νεότερες εξελίξεις στην ανοσοθεραπεία του διαβήτη τύπου Ι

28

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Νεότερα δεδομένα στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη του ΣΔ τύπου 1: είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 μια νόσος που μπορεί να προβλεφθεί;

32

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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

36

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Διαταραχές της αναπαραγωγής στην παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη

40

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια



δωδώνη

imagine pleasure!



0% ζάχαρη,
100% απόλαυση για όλους!
Για να μη χάνεις ούτε στιγμή από τη ζωή σου!

Απολαύστε τώρα χωρίς εννοχές το αγαπημένο σας παγωτό χωρίς ζάχαρη
από ελληνικό φρέσκο γάλα, μόνο από τη ΔΩΔΩΝΗ!

Το **παγωτό 0% χωρίς ζάχαρη** σχεδιάστηκε με τη φιλοσοφία που διακατέχει πάντοτε τη ΔΩΔΩΝΗ απέναντι στον καταναλωτή, δηλαδή άριστη ποιότητα πρώτων υλών και υψηλή διατροφική αξία.

Για το λόγο αυτό έχει παρασκευαστεί από **ελληνικό φρέσκο γάλα** και **φρέσκια κρέμα γάλακτος** και δεν έχει υποστεί καμία άλλη επεξεργασία εκτός της παστερίωσης και της κατάψυξης. Όπως δηλώνει και το όνομά του, δεν περιέχει κανένα ζάχαρο πλην της λακτόζης, που είναι το ζάχαρο που περιέχεται στο γάλα. Ως γλυκαντικές ουσίες έχουν χρησιμοποιηθεί η ακετοσουλφάμη Κ, η σορβιτόλη και η λακτιτόλη (170kcal/100g).

Το **Frozen Yogurt** παρασκευάζεται από **ελληνικό φρέσκο γάλα χαμηλών λιπαρών**, ινουλίνη, γλυκόζη, φρουκτόζη, φρέσκο και αφυδατωμένο γιαούρτι. Έχει χαμηλά λιπαρά (περίπου 1,6%) και λιγότερες θερμίδες σε σχέση με το παγωτό (124Kcal/100g).

Έτσι η απόλαυση δεν έχει όρια στη ΔΩΔΩΝΗ!

περιεχόμενα # 27

44 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Ο ρόλος και η σημασία της κατασκήνωσης στο ταξίδι της ζωής με τον διαβήτη

46 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η Βασιλική Λούβαρη, είναι 29 ετών, εργάζεται ως νοσηλεύτρια Τ.Ε. στα εξωτερικά ιατρεία και είναι υπεύθυνη νοσηλεύτρια του παιδοδιαβητολογικού ιατρείου του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Ηρακλείου. Ο διαβήτης δεν την εμπόδισε ποτέ σε τίποτα, αντιθέτως την έκανε δυνατότερη και πιο αποφασισμένη να δημιουργήσει όμορφα πράγματα στην ζωή της

48 ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ

- Καλοκαιρινά φρούτα και διαβήτη
- Γλυκιά απόδραση: φτιάξτε μπαβαρούζ με ροδάκινο
- Αντικαταστήστε τη ζάχαρη με ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες για καλύτερο έλεγχο του βάρους

54 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Τα πλεονεκτήματα της άσκησης μέσα στο νερό

57 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ

Ταξίδι στη Σαμοθράκη

61 ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Γίνετε δωρεάν συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

62 ΧΡΗΣΤΙΚΑ

Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

64 ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη



48



54



57



48



λάιτ



Το αναψυκτικό με λίγες θερμίδες
στη δική μας γλώσσα
κατάλληλα για διαβητικούς

Κάθε κουτί
330ml περιέχει

θερμίδες

7

0%

της Ε.Η.Π.* (GDA)

Κάθε κουτί
330ml περιέχει

θερμίδες

29

1%

της Ε.Η.Π.* (GDA)

www.epsa.gr





Αγαπητοί αναγνώστες,

Μας έχει αγγίξει για τα καλά το καλοκαίρι με τις υψηλές θερμοκρασίες. Σαν να μη φτάνει μόνο αυτό, όλοι μας βιώνουμε την ανασφάλεια που οι πολιτικές ηγεσίες μάς τροφοδοτούν, κυρίως ενόψει των επικείμενων εκλογών. Πολλά είναι τα ερωτήματα που προβάλλουν τα ΜΜΕ: Ευρώ ή δραχμή, μέσα ή έξω από την Ευρωπαϊκή Ένωση, μνημόνιο ή αντιμνημόνιο; Δίνουν και παίρνουν οι πολιτικές αναλύσεις. Ο καθένας από εμάς, όλα αυτά τα βιώνει υπό το πρίσμα της δικής του ψυχοσύνθεσης.

Μεγάλη αναταραχή επικρατεί στον χώρο της υγείας. Δεν υπάρχουν πάντα φάρμακα που είναι απαραίτητα στους πάσχοντες από χρόνια νοσήματα. Η περίθαλψη στα νοσοκομεία συνεχώς υποβαθμίζεται από την έλλειψη έμπιστου προσωπικού, καθώς και βασικών υλικών νοσηλείας.

Η ελπίδα όλων είναι από την 18η Ιουνίου να υπάρξει κυβέρνηση ισχυρή, ώστε η χώρα να μπει σε μια ρότα και να λειτουργήσει η δημόσια διοίκηση σε όλα τα επίπεδα.

Για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη η διακίνηση των φαρμάκων στο σύνολό τους γίνεται κανονικά. Στη σελίδα 22 του περιοδικού, θα βρείτε το πλήρες κείμενο του ΦΕΚ για τη χορήγηση των φαρμάκων και των αναλώσιμων υλικών που δικαιούνται τα άτομα με διαβήτη όλων των τύπων, χωρίς συμμετοχή. Όπως θα διαπιστώσετε ξεφυλλίζοντας το περιοδικό, σε αυτό το τεύχος η θεματολογία ποικίλλει.

Διαφωτιστική είναι η συνέντευξη του κ. Κουκούλη, ενδοκρινολόγου, αναπληρωτού καθηγητού στο πανεπιστήμιο Λάρισας (σελ. 8). Είναι γεγονός ότι όσοι αρθρογραφούν στο περιοδικό μας καταβάλλουν φιλότιμες προσπάθειες ώστε να γράφουν σε γλώσσα όσο το δυνατόν απλή και κατανοητή. Τα ευνοϊκά σας σχόλια για την ποιοτική έκδοση και την πληθυσιακή θεματολογία των άρθρων του περιοδικού μας, μας γεμίζει χαρά και ενθουσιασμό. Μας συγκινεί ιδιαίτερα που όλοι εσείς, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, μας ζητάτε να σας αποστέλλουμε -και το κάνουμε με μεγάλη χαρά- το περιοδικό στο σπίτι σας. Συγχρόνως αυτός ο ζήλος σας για μάθηση, μας δημιουργεί ένα αίσθημα ακόμα μεγαλύτερης ευθύνης απέναντί σας και ανεβάζει πιο ψηλά τον πήχη, ώστε να συνεχίσουμε, και σε βάθος χρόνου, παρά τις αντίξοες συνθήκες, να φαινόμαστε αντάξιοι των προσδοκιών σας.

Από τη θέση αυτή, θέλω να ευχαριστήσω όλους τους λειτουργούς της υγείας, που με την πολύτιμη αρθρογραφία τους δίνουν ένα μοναδικό κύρος και μια δυναμικότητα στο περιοδικό.

Τέλος, εύχομαι σε όλους εσάς, καλό καλοκαίρι, με υγεία και όσο γίνεται περισσότερη ξεγνοιασιά. Μην ξεχνάτε ότι είναι η εποχή του Euro, που θα προσφέρει στους περισσότερους από εσάς, τηλεοπτικό θέαμα, σχόλια και συγκινήσεις μέχρι να ακολουθήσουν οι Ολυμπιακοί Αγώνες του Λονδίνου.

Δημήτριος Π. Χιώτης, διευθυντής σύνταξης

ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ ΕΠΙΔΟΡΠΙΩΝ



Sweet
& Balance

Τώρα
ένα επιδόρπιο
σύμμαχος
στο γλυκαιμικό
έλεγχο
κλινική μελέτη
το αποδεικνύει



Κλινική μελέτη του «Λαϊκού» Νοσοκομείου έδειξε ότι: Σε άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 που κατα-
νάλωναν έως και **4 φορές την εβδομάδα τα επιδόρ-
πια χωρίς ζάχαρη με χαμηλό Γλυκαιμικό Δείκτη Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ**, στο πλαίσιο ενός ισορρο-
πημένου υποθερμιδικού προγράμματος διατροφής, η
μεταβολή της μεταγευματικής αύξησης του σακκά-
ρου ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Το γεγονός
ότι γνώριζαν ότι μπορούν να καταναλώσουν επιδόρ-
πια τακτικά, βοήθησε να συμμορφωθούν πλήρως
στο πρόγραμμά τους, με αποτέλεσμα και τη σημα-
ντική απώλεια βάρους.

ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ
ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ



ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας-ενδοκρινολογίας τμήματος ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, διευθυντής κλινικής ενδοκρινολογίας και μεταβολικών νόσων Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας



« Η επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει διαφορετική προσέγγιση από την πλευρά του γιατρού, ο οποίος δεν στέκεται απλά απέναντι στον ασθενή, αλλά καλείται να γίνει συνοδοιπόρος του, ιδιαίτερα όταν το άτομο που παρουσιάζει τη νόσο βρίσκεται σε νεαρή ηλικία. Για την επιτυχημένη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα η σχέση αυτή γιατρού-διαβητικού πρέπει να είναι διαρκής, αφού δεν αρκεί μόνο η χορήγηση των φαρμάκων, αλλά χρειάζεται και η εκπαίδευση του ατόμου στον τρόπο λήψης τους »

της Μαρίας Χατζηδάκη

→ Παρόλα τα άρθρα που δημοσιεύονται στον Τύπο και οι εκπομπές υγείας που προβάλλονται στην τηλεόραση, παρατηρούμε με ιδιαίτερη ανησυχία ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση των παχύσαρκων ατόμων στην Ελλάδα. Ποιος πρέπει να είναι κατά την άποψή σας οι ενέργειες και δράσεις που θα πρέπει να γίνονται σε πολιτειακό, επιστημονικό και ατομικό επίπεδο, προκειμένου να γίνει «φύση» στη λογική των ανθρώπων η σωστή διατροφή, η οποία θωρακίζει την υγεία τους και δημιουργεί μια υγιή κοινωνία πολιτών;

Είναι αλήθεια ότι στη χώρα μας, όπως άλλωστε και στον υπόλοιπο επονομαζόμενο «δυτικό» κόσμο, μεγάλο μέρος του πληθυσμού -σχεδόν το ένα τρίτο των ενηλίκων- είναι παχύσαρκοι, με αποτέλεσμα να αυξάνεται ο κίνδυνος τα άτομα αυτά να εκδηλώσουν μεταβολικές διαταραχές, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, νοσήματα της καρ-

διάς και των αγγείων, καθώς και άλλα νοσήματα. Το υψηλό ψυχικό και σωματικό φορτίο που συνεπάγεται η προοπτική αυτή, τόσο για τους παχύσαρκους όσο και για τους συγγενείς τους, αλλά και η πρακτική ανάγκη εξασφάλισης περισσότερων πόρων για τη φροντίδα των νοσούντων, επιβάλλουν τη λήψη δραστηκών μέτρων για την αντιμετώπιση της επιδημίας αυτής.

Η συντεταγμένη πολιτεία σε συνεργασία με την επιστημονική κοινότητα οφείλουν να λάβουν μέτρα που να οδηγούν στην ατομική, συνειδητή πλέον, επιλογή ενός πιο υγιεινού τρόπου διατροφής, που να συνδυάζεται με σωματική άσκηση, παραμέτρους σημαντικές στην προσπάθεια διατήρησης σε φυσιολογικά επίπεδα ή μείωσης του σωματικού βάρους. Στην κατεύθυνση αυτή είναι αναγκαία η συμμετοχή της πολιτείας μέσω της ίδρυσης ενός μη κερδοσκοπικού φορέα, ο οποίος, με βάση εθνικά και διεθνή στοιχεία, θα ορίσει τους κύριους άξο-

νες δράσης ενός τέτοιου προγράμματος και τις επιμέρους πολιτικές σε εθνικό επίπεδο, μεριμνώντας ώστε στην όλη προσπάθεια να εμπλέκονται θεσμικοί φορείς, επιστημονικό δυναμικό αλλά και οι πολίτες. Στην επιτυχία μιας τέτοιας προσπάθειας καθοριστικοί παράμετροι θα είναι ο ακριβής προσδιορισμός του στόχου και των μέσων επίτευξής του, καθώς και η εφαρμογή του προγράμματος σε βάθος χρόνου.

Ειδικότερα, όσον αφορά στα μέσα επίτευξης του στόχου, καθοριστικό ρόλο θα διαδραματίζει η ενημέρωση των πολιτών, η οποία πρέπει να είναι όχι μόνο απλή και ουσιαστική, αλλά και χωρίς διάθεση κριτικής ή καλλιέργειας κλίματος τρόμου, με μόνο απώτερο στόχο να καταδείξει, από τη μια πλευρά, τα αίτια που οδηγούν στην παχυσαρκία και τις συνέπειές της για την υγεία, και από την άλλη, τους τρόπους με τους οποίους η αύξηση του σωματικού βάρους προλαμβάνεται ή ελαττώνεται, σε συνδυασμό με το όφε-

Accu-Chek Aviva Nano

Ο εύκολος και ασφαλής τρόπος
για ακριβή αποτελέσματα

Για πραγματικά ξένοιαστες
διακοπές εμπιστευθείτε
τις μετρήσεις σας σ' εμένα.

Καλό Καλοκαίρι!



ak 1153/205

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

Συνιστάται
από την



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Γίνετε και εσείς μέλος στο Accu-Chek Club
και κερδίστε μοναδικά προνόμια & προσφορές!

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

www.accu-chek.com

ACCU-CHEK®

πρόσωπο με πρόσωπο

λος που προκύπτει από την αντιμετώπιση του προβλήματος για το άτομο και το κοινωνικό σύνολο. Στη διαδικασία αυτή ενημέρωσης η επιστημονική κοινότητα, που έχει και τη γνώση και την άμεση επαφή με τον κόσμο που υποφέρει από παχυσαρκία, εννοείται ότι θα πρέπει να κληθεί να συμμετάσχει ενεργά με διοργάνωση σχετικών εκδηλώσεων. Παράλληλα με την ενημέρωση των ενηλίκων παχύσαρκων ατόμων, απαιτείται και η ενημέρωση της νέας γενιάς. Για τον λόγο αυτό και δεδομένου ότι οι σημαντικότεροι παράγοντες που ευθύνονται για την παχυσαρκία ανάγονται στον τρόπο με τον οποίο επιλέξαμε να ζούμε, η εισαγωγή της ενημέρωσης στα σχολεία ως μέρους της εκπαιδευτικής διαδικασίας συνιστά προτεραιότητα. Προσωπικά και με βάση τη μέχρι τώρα εμπειρία μου, θεωρώ δύσκολη, όχι όμως και αδύνατη, την εφαρμογή, εκ μέρους της πολιτείας, μιας συστηματικής πολιτικής για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Αυτό δεν πρέπει ούτε να μας οδηγήσει στο να περιμένουμε τα πάντα από την πολιτεία ούτε να μας αποθαρρύνει από το να προ-

σπαθούμε, στο μέτρο των δικών μας δυνατοτήτων, να βελτιώσουμε την κατάσταση.

→ Κύριε Κουκούλη, είστε ο άνθρωπος που δημιούργησε το ενδοκρινολογικό-διαβητολογικό τμήμα μέσα στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο της Λάρισας. Επίσης, είστε αυτός που οργάνωσε τον σύλλογο των διαβητικών ατόμων στη Λάρισα, ενώ στο ενεργητικό σας έχετε δεκάδες έρευνες και μελέτες για τον διαβήτη και τις επιπλοκές του. Γενικά θεωρείστε από τους πρωτεργάτες στον χώρο του διαβήτη και παρόλο που εργάζεστε τόσα χρόνια στον χώρο, δείχνετε περισσότερο αποφασισμένος να προσφέρετε ό,τι καλύτερο στα άτομα αυτά. Τι σας ωθεί και τι σας προσηλώνει τόσο στον στόχο αυτό; Ποια είναι η κινητήριος δύναμη για εσάς;

Σκοπός κάθε γιατρού είναι η φροντίδα των ατόμων, τα οποία εμφανίζουν κάποιο νόσημα. Στα χρόνια νοσήματα, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, που αποτελούν αντικείμενο της επιστήμης των ενδοκρινολόγων, υπάρ-

Σχετικά με τη διαμόρφωση του τοπίου στον χώρο της υγείας για τα διαβητικά άτομα, δυστυχώς αναμένεται περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης, γεγονός που απορρέει από την απορύθμιση της λειτουργίας των νοσοκομείων για τους γνωστούς λόγους



χει μια ιδιαιτερότητα σε σχέση με τα λοιπά νοσήματα. Ενώ τα περισσότερα νοσήματα που αφορούν τους ενδοκρινείς αδένες, έχοντας μια ήπια κλινική εικόνα και αποτελεσματική -συνήθως- θεραπεία, δεν επηρεάζουν ριζικά τον ψυχισμό του ασθενή, ο σακχαρώδης διαβήτης δεν «επιβαρύνει» μόνο σωματικά άλλα και ψυχικά τον ασθενή. Επομένως, η επιτυχημένη θεραπευτική παρέμβαση προϋποθέτει διαφορετική προσέγγιση από την πλευρά του γιατρού, ο οποίος δεν στέκεται απλά απέναντι στον ασθενή, άλλα καλείται να γίνει συνοδοιπόρος του, ιδιαίτερα όταν το άτομο που παρουσιάζει τη νόσο βρίσκεται σε νεαρή ηλικία. Για την επιτυχημένη ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα η σχέση αυτή γιατρού-διαβητικού πρέπει να είναι διαρκής, αφού δεν αρκεί μόνο η χορήγηση των φαρμάκων, αλλά χρειάζεται και η εκπαίδευση του ασθενή στον τρόπο λήψης τους, κάτι που συχνά χρειάζεται να προσαρμόζεται στη μεταβαλ-



Medtronic

Μόνο η Medtronic παρέχει ένα πραγματικά ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης του διαβήτη

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



Medtronic Hellas A.E.

Αγίας Βαρβάρας 5, Χαλάνδρι, 152 31, Αττική - Τηλ: 210 6779099

Αδριανουπόλεως 6, Καλαμαριά, 551 33, Θεσσαλονίκη - Τηλ: 2310 402100

www.medtronic-diabetes.gr

Η εναπόθεση της λύσης του προβλήματος αποκλειστικά στην τεχνολογική πρόοδο και την επινόηση νέων θεραπειών μέσων ενέχει τον κίνδυνο για τους μεν ασθενείς να ξεχάσουν το πόσο σημαντική είναι -και θα παραμείνει τουλάχιστον στο άμεσο μέλλον- η συμμετοχή τους στη διαχείριση του μεταβολικού τους προβλήματος, για τους δε γιατρούς να αμβλυνθεί η ανάγκη συνεχούς στήριξης και συμπόρευσης με τους ασθενείς τους

λόμενη διατροφική, σωματική και ψυχική κατάσταση του πάσχοντος. Στόχος της θεραπευτικής μας παρέμβασης, μέσω αυτής της συμπόρευσης, είναι -ή τουλάχιστον πρέπει να είναι- ο διαβητικός, αφού κατανοήσει και αποδεχτεί ότι διαφέρει από τους υπόλοιπους ανθρώπους μόνο στο ότι χρειάζεται να φροντίζει και το σάκχαρό του, να έχει λάβει από τον γιατρό του την «εκπαίδευση» εκείνη που θα του επιτρέψει να αντιμετωπίζει με αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία τις μεταβαλλόμενες υποχρεώσεις της καθημερινότητάς του. Η αντίληψη αυτή, δεν είναι η κρατούσα στον κοινωνικό περίγυρο. Αυτό, όμως, μπορεί να ανατραπεί -και εκεί βρίσκεται η πρόκληση- μέσα από δράσεις εκπαίδευσης και σε τελική ανάλυση ενημέρωσης, όχι μόνο των ατόμων με διαβήτη και των συγγενών τους, αλλά και του κοινωνικού συνόλου. Στην κατεύθυνση αυτή, καθένας -και πολύ περισσότερο ο γιατρός- οφείλει να προσφέρει από τη θέση που κατέχει, με τη βοήθεια πάντα των συνεργατών του και των ίδιων των ασθενών με διαβήτη, ό,τι μπορεί στη γενικότερη προσπάθεια που καταβάλλεται.

→ Την τελευταία 5ετία η επιστήμη έχει να επιδείξει σημαντικά επιτεύγματα προόδου για τη θεραπεία του διαβήτη. Κλινικές και εργαστηριακές μελέτες προδιαγράφουν ότι πολύ σύντομα η ιατρική κοινότητα θα έχει στα «χέρια» της νέα εργαλεία, κυρίως για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιστήμονες αναφέρονται στη δημιουργία εμβολίου, το οποίο θα θεραπεύει από τον διαβήτη, χειρουργικές μεθόδους όπως η μεταβολική χειρουργική, που θα βελτιώνουν τον μεταβολισμό του σακχάρου στα άτομα με διαβήτη, καθώς επίσης και κλινικές μελέτες, οι οποίες ενοχοποιούν τις τροφές καθιστώντας τις υπεύθυνες για την ανάπτυξη του διαβήτη κι άλλων χρόνιων παθήσεων. Το ερώτημα που γεννάται κύριε Κουκούλη, είναι εάν θεωρείτε ότι όλες αυτές οι με-



Λέτες θα μπορέσουν να φέρουν γρηγορότερα στον κόσμο τη θεραπεία του διαβήτη;

Η έρευνα για την κατανόηση των αιτιών και των μηχανισμών που ευθύνονται για την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη σε κάποια άτομα, αποτελεί παγκόσμια προσπάθεια για την πρόληψη και αποτελεσματική αντιμετώπιση αυτής της νόσου. Η αλητάωδης πρόοδος στο πεδίο των γνώσεών μας, την τελευταία δεκαετία, προδικάζει ευοίωνες προοπτικές. Πιστεύω, όμως, ότι η όποια τεχνολογική πρόοδος δεν θα μειώσει την ανάγκη της προσωπικής συμμετοχής του πάσχοντος στη διαχείριση της υπεργλυκαιμίας του. Η εναπόθεση της λύσης του προβλήματος αποκλειστικά στην τεχνολογική πρόοδο και την επινόηση νέων θεραπειών μέσων ενέχει τον κίνδυνο για τους μεν ασθενείς να ξεχάσουν το πόσο σημαντική είναι -και θα παραμείνει τουλάχιστον στο άμεσο μέλλον- η συμμετοχή τους στη διαχείριση του μεταβολικού τους προβλήματος, για τους δε γιατρούς να αμβλυνθεί η ανάγκη συνεχούς στήριξης και συμπόρευσης με τους ασθενείς τους. Σε τελική ανάλυση μιλάμε πολύ, και σωστά, για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη, όταν έχει



πια εκδηλωθεί, αλλά ως μην προσπερνάμε την ανάγκη προληπτικών μέτρων που αφορούν τον τρόπο διαβίωσής μας και είναι ικανά με ελάχιστο κόστος να προλάβουν την εκδήλωση της νόσου σε μεγάλο ποσοστό ατόμων. Η προοπτική ανάπτυξης εμβολίου για την πρόληψη του διαβήτη ενέχει το ελπιδοφόρο μήνυμα της εύκολης και απλής λύσης αλλά, κατά την άποψή μου, δεν μοιάζει σύντομα εφικτή. Αντίστοιχα, η μεταβολική χειρουργική αποτελεί μέθοδο που μπορεί να εφαρμοσθεί μόνο σε μικρό ποσοστό, ιδιαίτερα παχύσαρκων, διαβητικών και με κανένα τρόπο δεν πρέπει να θεωρηθεί γενική μέθοδος θεραπείας του διαβήτη.

→ **Λαμβάνοντας υπόψη τις ραγδαίες εξελίξεις που συντελούνται στον χώρο της υγείας εξαιτίας των σημαντικών μειώσεων στις παροχές και στα κονδύλια που δίνονται για την περίθαλψη των πολιτών αυτής της χώρας, διαμορφώνεται ένα νέο τοπίο στον χώρο της υγείας. Το υπουργείο Υγείας κάνει συνεχώς περικοπές σε φάρμακα και παροχές, δημιουργώντας ανασφάλεια στους ασφαλισμένους, κυρίως στα άτομα με διαβήτη, ότι εν-**

δεχομένως στο άμεσο μέλλον να καλούνται να πληρώσουν πολύ περισσότερα χρήματα, προκειμένου να μπορέσουν να αγοράσουν τα απαραίτητα για την υγεία τους. Πώς κρίνετε την υπάρχουσα κατάσταση και πώς πιστεύετε ότι θα διαμορφωθεί το τοπίο στον χώρο της υγείας για τα διαβητικά άτομα; Ανησυχείτε ότι θα υπάρξουν έντονα προβλήματα στη λειτουργία του διαβητολογικού ιατρείου στο νοσοκομείο, εξαιτίας μείωσης του προσωπικού ή έλλειψης πόρων;

Οφείλω να ομολογήσω ότι δεν κατανοώ τους λόγους που οδήγησαν το υπουργείο στις πρόσφατες αλλαγές-περικοπές όσον αφορά τη φαρμακευτική θεραπεία των ασθενών. Η αίσθησή μου είναι ότι οι δύσκολες οικονομικές συνθήκες της χώρας, σε συνδυασμό με τις πιέσεις για μείωση του ελλείμματος του προϋπολογισμού από την Ευρωπαϊκή Ένωση, οδήγησαν στη λήψη αυτών των μέτρων, χωρίς να προηγηθεί εμπειριστατωμένη μελέτη για τις συνέπειες τέτοιων αποφάσεων. Ενδεικτικά αναφέρω ότι πρόσφατη επιστημονική ανάλυση έδειξε ότι το οικονομικό όφελος για την πολιτεία είναι μεγαλύτερο, αν η συμμετοχή του ασθενούς με διαβήτη στην προμήθεια των αντιδιαβητικών δισκίων του είναι μηδενική, σε σύγκριση με την περίπτωση της εκ μέρους του καταβολής του 10% του κόστους. Είναι προφανές ότι, όταν οι αποφάσεις της πολιτείας λαμβάνονται χωρίς να προηγείται ανάλογη μελέτη, τα αποτελέσματα δεν είναι τα καλύτερα.

Σχετικά με τη διαμόρφωση του τοπίου στον χώρο της υγείας για τα διαβητικά άτομα, δυστυχώς αναμένεται περαιτέρω επιδείνωση της κατάστασης, γεγονός που απορρέει από την απορύθμιση της λειτουργίας των νοσοκομείων για τους γνωστούς λόγους. Προσωπικά θεωρώ ότι στη χώρα μας η αντιμετώπιση του χρόνιου νοσήματος, που λέγεται σακχαρώδης διαβήτης και έχει καταστεί επιδημία, είναι αποσπασματικός. Στηρίζεται κυρίως στην πρωτοβουλία ατόμων ή ομάδων ατόμων που λειτουργούν σε ορισμέ-

νες περιοχές της χώρας, ενώ σε ένα μεγάλο μέρος της χώρας δεν υπάρχουν δομές συστηματικής, συνεχούς, δωρεάν παρακολούθησης των διαβητικών στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Πάντως, η φροντίδα των διαβητικών στο ιατρείο της ενδοκρινολογικής κλινικής του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας, δεν θα επηρεασθεί, τουλάχιστον όσον αφορά την παρουσία των γιατρών. Παραμένει, όμως, το χρόνιο πρόβλημα της έλλειψης ειδικευμένου βοηθητικού προσωπικού και χώρων που θα επέτρεπαν την αποτελεσματικότερη φροντίδα μεγαλύτερου αριθμού ασθενών, πρόβλημα που, σε κάθε περίπτωση, μας ξεπερνά και αφορά τη διοίκηση του νοσοκομείου. Βέβαια, ελλείψει σε προσωπικό, και ίσως σε μέσα, ήταν πάντα ένας αρνητικός παράγοντας, που όμως δεν εμπόδισε την προοδευτική βελτίωση -όχι ενδεχομένως στον βαθμό που θα θέλαμε- της φροντίδας των διαβητικών. Είναι πάντα σημαντική η οικονομική αυτόρκεια, αλλά και χωρίς αυτήν υπάρχουν δράσεις, όπως η ενημέρωση του κοινού και η εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη, που μπορούν να υλοποιηθούν με πολύ μικρή δαπάνη.

→ **Με πρόσφατη απόφασή του, το υπουργείο Υγείας άλλαξε τον τρόπο με τον οποίο συνταγογραφούν οι γιατροί τα φάρμακα. Επίσης, έκανε μια προσπάθεια να εισάγει στην αγορά περισσότερα γενόσημα φάρμακα, προκειμένου να μπορέσει να μειώσει τη φαρμακευτική δαπάνη. Καταρχάς κ. Κουκούλη, πιστεύετε ότι η εισαγωγή νέων γενόσημων φαρμάκων θα προκαλέσει προβλήματα εξαιτίας της ποιότητάς τους σε μερικές κατηγορίες ασθενών και δεύτερον, θα θέλαμε να μάθουμε εάν η χρήση κάποιου γενόσημου φαρμάκου ενδεχομένως να προκαλέσει απορύθμιση στο διαβητικό άτομο; Τι θα συμβουλευάτε τα διαβητικά άτομα να προσέχουν, όταν τους συνταγογραφούν τα φάρμακά τους;**

Θα πρέπει να αποσαφηνισθεί ότι το πρωτότυπο και το γενόσημο φάρμακο έχουν ακριβώς την ίδια σύνθεση. Συνεπώς, δεν είναι λογικό να ανησυχεί κάποιος για την αποτελεσματικότητα των γενοσήμων, εφόσον δεν έχει μεταβληθεί η σύστασή τους. Φυσικά, το εάν η σύσταση γενοσήμων και πρωτοτύπων παραμένει σταθερά η ίδια αποτελεί βασικό ερώτημα που, όμως, δεν είναι δυνατό να απαντηθεί, αφού στη χώρα μας δεν υπάρχει μηχανισμός ελέγχου των φαρμάκων που κυκλοφορούν. Υπό αυτές τις συνθήκες είναι λογικό να εγείρονται επιφυλάξεις για την αποτελεσματικότητα διαφόρων σκευασμάτων και η μόνη λύση είναι η δημιουργία, με τη συμμετοχή πολιτείας και κοινωνικών φορέων, ενός ανεξάρτητου φορέα ή μιας αρχής, που σε συνθήκες πλήρους διαφάνειας θα ελέγχει τα κυκλοφορούντα σκευάσματα γενόσημα ή μη. Δεν μπορεί να παραβλεφθεί ότι, παρά τους ισχυρισμούς της πολιτείας για το αντίθετο, υπάρχουν δημοσιεύσεις μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που δείχνουν ελαττωματική συμπεριφορά γενόσημων φαρμάκων. Επειδή το ενδεχόμενο απορύθμισης του σακχάρου σε ένα διαβητικό άτομο είναι σύνθετο και μπορεί να οφείλεται σε πληθώρα αιτιών (διατροφική αλληλαγή, σωματική δραστηριότητα, λοιμώξη, στρες κ.λπ.), θα είναι δύσκολο να αποδοθεί η ευθύνη για την απορύθμιση στη λήψη ενός γενοσήμου αντιδιαβητικού φαρμάκου. Πάντως, σε κάθε περίπτωση, θα συμβούλευα τα άτομα με διαβήτη να εμπιστεύονται την άποψη του γιατρού τους για τα γενόσημα φάρμακα.

→ Ως μέλος της ΕΛΟΔΙ εδώ και πολλά χρόνια έχετε συμμετάσχει σε πολλές και ποικίλες δραστηριότητες της ένωσης, που σκοπό είχαν να ενημερώσουν και να εκπαιδεύσουν τα διαβητικά άτομα. Ταυτόχρονα έχετε δουλέψει σκληρά, προκειμένου να φέρετε κοντά την επιστημονική κοινότητα και τα διαβητικά άτομα. Θεωρείτε ότι υπάρχουν περιθώρια για περισσότε-

ρες δράσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλουν στην ενημέρωση των ατόμων αυτών;

Είναι θετικό το γεγονός ότι υπάρχουν σωματεία που έχουν ιδρυθεί από άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η σύστασή τους γεννήθηκε από την ανάγκη συλλογικής ανάληψης δράσεων με στόχους την ψυχολογική στήριξη των μελών, την υπεύθυνη ενημέρωσή τους για τις επιστημονικές εξελίξεις, την προβολή προς την πολιτεία αιτημάτων που στοχεύουν στην αποτελεσματικότερη διαχείριση των προβλημάτων που σχετίζονται με το νόσημά τους και, φυσικά, την ενημέρωση του κοινωνικού συνόλου στο πλαίσιο πολιτικών πρόληψης. Η ΕΛΟΔΙ αποτελεί την ομοσπονδία εκείνη των τοπικών σωματείων που συντονίζει τις δράσεις των σωματείων και μεταφέρει σε εθνικό επίπεδο τα επιμέρους θέματα. Με γνώμονα την αντικειμενική και αποτελεσματική ενημέρωση των μελών σε όλα τα πεδία ενδιαφέροντος, ήδη αξιοποιεί, όπως και επιβάλλεται, την εξέλιξη της τεχνολογίας που προωθεί νέους τρόπους επικοινωνίας, όπως το διαδίκτυο. Εξάλλου, το τηλέφωνο και το διαδίκτυο, ως σύγχρονα μέσα μετάδοσης της πληροφορίας και η χρησιμότητά τους για την αντιμετώπιση του διαβήτη με τον ασθενή στο σπίτι ήδη εξετάζεται σε μια ευρωπαϊκή πολυκεντρική μελέτη που διεξάγουμε.

Σίγουρα, η οικονομική παράμετρος αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην οργάνωση της ενημέρωσης των πασχόντων, αλλά προσωπικά πιστεύω ότι το αδύνατο σημείο αποτελεί ο σχετικά μικρός -σε σχέση με το σύνολο των ατόμων με διαβήτη στη χώρα- αριθμός των ατόμων που συμμετέχουν στα σωματεία αυτά. Νομίζω ότι πρέπει να γίνει προσπάθεια ανάλυσης των αιτιών που ευθύνονται για τη μικρή αυτή συμμετοχή και να σχεδιαστούν πολιτικές πρόσκλησης και ένταξης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στα σωματεία. Επίσης, θεωρώ χρήσιμο, αν όχι αναγκαίο, να ενωθούν σε μία οι δύο πανελλαδικές ομοσπονδίες διαβητικών (ΕΛΟΔΙ και ΠΟΣΑΣΔΙΑ). Τυχόν προσω-

Δεν μπορεί να παραβλεφθεί ότι, παρά τους ισχυρισμούς της πολιτείας για το αντίθετο, υπάρχουν δημοσιεύσεις μελετών στη διεθνή βιβλιογραφία που δείχνουν ελαττωματική συμπεριφορά γενόσημων φαρμάκων



πικοί εγωισμοί ή επιφυλάξεις πρέπει να παραμερισθούν μπροστά στον κοινό στόχο.

→ Μιλήστε μας λίγο για το πώς πιστεύετε ότι διαγράφετε το μέλλον του διαβήτη στην Ελλάδα αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο. Φοβάστε ότι πολύ σύντομα θα μιλάμε για δύο δισεκατομμύρια διαβητικά άτομα σε όλο τον κόσμο; Τι θα μπορούσε να ανακόψει την πορεία αυτή;

Η προοπτική όσον αφορά τον διαβήτη στην Ελλάδα αλλά και παγκόσμια, τουλάχιστον για τις τρεις επόμενες δεκαετίες, είναι δυσσοίωνη. Εκτιμάται ότι παγκοσμίως την επόμενη 20ετία, θα υπάρξει μια αύξηση της συχνότητας του διαβήτη της τάξης του 65%. Για την Ελλάδα δεν μπορεί να γίνει κάποια ανάλογη πρόγνωση, γιατί η ακριβής συχνότητα του διαβήτη στη χώρα μας δεν εί-

ναι γνωστή. Τα στοιχεία που έχουμε προέρχονται από μεμονωμένες μελέτες που έγιναν σε διάφορα γεωγραφικά διαμερίσματα. Οπότε, υπό αυτές τις συνθήκες είναι προφανές ότι δεν υπάρχει συνολική εικόνα για τη συχνότητα του διαβήτη και των επιπτώσεων του στη χώρα μας, στοιχεία που, όμως, είναι απολύτως απαραίτητα για τον καθορισμό της έκτασης του προβλήματος και τον σχεδιασμό, στη συνέχεια, των τρόπων αντιμετώπισής του. Το γιατί, βέβαια, είναι ένα ερώτημα που θα έπρεπε να τεθεί στο Εθνικό Κέντρο Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ), το οποίο χρηματοδοτείται από την πολιτεία, από 20ετίας τουλάχιστον, για την οργάνωση της αντιμετώπισης της νόσου.

Πάντως, σήμερα, σύμφωνα με στοιχεία μελέτης μας για την περιοχή της Θεσσαλίας, το 10% του ενήλικου πληθυσμού έχει σακχαρώδη διαβήτη, ποσοστό που είναι συγκρίσιμο με εκείνο των Ηνωμένων Πολιτειών της Αμερικής. Αυτό φαντάζει τρομακτικό για τη χώρα μας, στην οποία 50 χρόνια πριν η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη, της παχυσαρκίας και των καρδιοαγγειακών νοσημάτων ήταν η χαμηλότερη στην Ευρώπη. Το δε γεγονός ότι 3,5% των ατόμων αγνοούσαν ότι είχαν εμφανίσει τη νόσο, είναι μια πρόσθετη παράμετρος που καθιστά ακόμα εντονότερη την ανάγκη λήψης μέτρων που να ανακόψουν την ανοδική πορεία του ποσοστού που αναμένεται να εμφανίσει διαβήτη τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας.

Τέτοια μέτρα, είναι πρωτίστως μέτρα πρόληψης, μέτρα που αφορούν σε σημαντικό βαθμό τον τρόπο διαβίωσής μας, ο οποίος πρέπει να αλλάξει. Πρέπει να εγκαταλείψουμε την καθιστική ζωή και την πλούσια σε λίπος διατροφή που οδηγούν στην παχυσαρκία, κατάσταση που επιταχύνει την εκδήλωση της υπεργλυκαιμίας και, συνεπώς, την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που αποτελεί την πιο συχνή μορφή (85-90% του συνόλου). Η αλλαγή των συνθηκών μας δεν είναι εύκολη υπόθεση, αλλά είναι δυνατή, εάν πεισθούμε για την ανάγκη να το κάνουμε. Καθοριστι-

κό ρόλο στην πρόληψη της νόσου θα διαδραματίσει η ενημέρωση των πολιτών για αυτήν και τις επιπτώσεις της. Ήδη, τα υπάρχοντα σωματεία ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη ενεργούν προς αυτήν την κατεύθυνση, αλλά η προσπάθεια αυτή θα πρέπει πλέον να γίνει με τη βοήθεια ενιαίου κεντρικού συντονισμού, που στην παρούσα φάση δεν υπάρχει.

Πρέπει, ωστόσο, να συνειδητοποιήσουμε ότι η ανακοπή της αυξητικής πορείας του διαβήτη δεν θα επιτευχθεί με ευκολογία, αλλά πρέπει να σχεδιαστεί από την αρχή και με προοπτική, με βάση τις αρχές-μέτρα που προανέφερα για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, αφού πρώτα συγκεντρωθούν τα πραγματικά στοιχεία για τη συχνότητα της νόσου και των επιπλοκών της, τη γεωγραφική κατανομή, την ηλικιακή κατανομή κτλ. Για την αντιμετώπιση των χρόνιων προβλημάτων υγείας του πληθυσμού, είναι καιρός να εγκαταλείψουμε τις πρόχειρες αποσπασματικές ενέργειες και να σχεδιάσουμε πολιτικές, οι οποίες θα στηρίζονται στην ενδελεχή ανάλυση των πραγματικών δεδομένων. Έμεινα έκπληκτος, όταν στο προ 2ετίας προτεινόμενο σχέδιο αναδιοργάνωσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας, γνωστό ως «σχέδιο Λιαρόπουλου», διαπίστωσα ότι προτεινόταν αλλαγές στην οργάνωση παροχής υπηρεσιών υγείας για τα άτομα με διαβήτη στα δημόσια νοσοκομεία, αφού είχε προηγηθεί η παραδοχή ότι δεν ήταν γνωστή η ακριβής επίπτωση του διαβήτη στην Ελλάδα. Η πρόταση δράσεων επιβάλλεται να στηρίζεται σε πραγματικά δεδομένα, ώστε η υλοποίησή τους να στοχεύει σε συγκεκριμένο αποτέλεσμα, μετρήσιμο από επιστημονική και οικονομική άποψη, επιτρέποντας έτσι την αξιολόγηση και τις ανάλογες προσαρμογές για την επίτευξη της μεγιστοποίησης των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων. Η διεθνής προσπάθεια προς την κατεύθυνση μείωσης της συχνότητας του διαβήτη και των επιπτώσεών του αποτελεί και για μας ένα πεδίο άντλησης στοιχείων για την εφαρμογή αποτελεσματικών μέτρων. ✕

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.



Μια σειρά από
προνόμια και εκπλήξεις
σε περιμένουν!

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

Γίνε μέλος τώρα!

Γραμμή Υποστήριξης Μελών
800 11 222688
800 11 ABBOTT

Πρόγραμμα δωρεάν παροχής ταινιών σακχάρου ανάλογα με τις ανάγκες σας

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

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

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

Συστήματα αυτοελέγχου FreeStyle χωρίς κωδικοποίηση



Περισσότερη εξασφάλιση στον αυτοέλεγχο του διαβήτη



Χρησιμοποιούνται και με το μετρητή Precision Xceed

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



Για μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης



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



FreeStyle

¹ 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.

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

Πληρότητα ενδείξεων των ινσουλινών detemir και aspart στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη

Τον Ιανουάριο του 2012 η Ευρωπαϊκή Επιτροπή Φαρμάκων για Ανθρώπινη Χρήση (European Medicines Agency - EMA) έδωσε την έγκρισή της για χρήση της ινσουλίνης detemir κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Δημήτριος Π. Χιώτης,
παιδιάτρος ενδοκρινολόγος,
διευθυντής ενδοκρινολογικού
τμήματος Ευρωκλινικής Παίδων



Η σύγχρονη βασική ινσουλίνη detemir και η γευματική ινσουλίνη aspart μπορούν πλέον να χρησιμοποιούνται και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Επιπλέον, και οι δύο ινσουλίνες χρησιμοποιούνται σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1 ηλικίας από 2 ετών και άνω¹⁻².

Η έγκριση για τη χρήση της ινσουλίνης detemir δόθηκε μετά από την διεξαγωγή τυχαιοποιημένης μελέτης στην οποία συμμετείχαν 344 παιδιά με διαβήτη τύπου 1 (177 άτομα στην ομάδα ινσουλίνης detemir και 170 άτομα στην ομάδα ελέγχου - ινσουλίνη NPH) όπου φάνηκε παρόμοιος γλυκαιμικός έλεγχος με λιγότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια με την ινσουλίνη detemir σε σχέση με την ινσουλίνη NPH. Σχετικά δε με την επίδραση της ινσουλίνης detemir στο σωματικό βάρος παρατηρήθηκε μικρότερο z-score για το σωματικό βάρος για τους ασθενείς με ινσουλίνη detemir, που σημαίνει μικρότερη συσχέτιση της αύξησης του βάρους με την ινσουλίνη detemir και διατήρηση της αύξησης σύμφωνα με την ανάπτυξη της ηλικίας τους².

Η ινσουλίνη detemir είναι πλέον το μόνο ανάλογο βασικής ινσουλίνης που χρησιμοποιείται σε άτομα με διαβήτη τύπου 1 ηλικίας από 2 ετών.

Όσον αφορά την εγκυμοσύνη, η έγκριση δόθηκε μετά από την διεξαγωγή τυχαιοποιημένης μελέτης με συμμετοχή 310 εγκύων γυναικών με διαβήτη τύπου 1, όπου φάνηκε ότι τα συνολικά ποσοστά των ανεπιθύμητων ενεργειών στις μντέ-

ρες ήταν παρόμοια για τις ομάδες θεραπείας με την ινσουλίνη detemir και την ινσουλίνη NPH³.

Αξίζει να σημειωθεί ότι ο Οργανισμός Φαρμάκων και Τροφίμων της Αμερικής (FDA) αναβάθμισε την ινσουλίνη detemir στην κατηγορία Β σχετικά με τη χρήση της κατά τη διάρκεια της κύησης.

Η σύγχρονη γευματική ινσουλίνη aspart έχει από χρόνια πάρει τις παραπάνω εγκρίσεις (χρήση σε παιδιά με διαβήτη ηλικίας 2 ετών και άνω και χρήση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης)⁴.

Έτσι, ο συνδυασμός της ινσουλίνης detemir με την ινσουλίνη aspart αποτελούν πλέον τον μοναδικό εγκεκριμένο συνδυασμό ανάλογων ινσουλινών στην Basal-Bolus θεραπεία είτε σε παιδιά με διαβήτη τύπου 1, ηλικίας από 2 ετών και άνω, είτε κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. ✕

Βιβλιογραφικές Παραπομπές

1. Thalange, Nandu et al. Treatment with Insulin Detemir or NPH Insulin in Children aged 2-5 Years with Type 1 Diabetes Mellitus (1689). *Pediatric Diabetes* 2011; [http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/\(ISSN\)1399-5448](http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/(ISSN)1399-5448)
2. Mathiesen E et al., *Diabetes* 2011:Abstract 61-LB
3. Weise A et al. *J Diabetes Sci Technol* 2009; 3(1), 149-153
4. Kristensen M. C. et al. *Express Track online publication* December 9, 2009doi: 10.1016/j.clinthera.2009.12.005 0149-2918/\$



Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Η μεγάλη απειλή της όρασης

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σήμερα ένα από τα μεγαλύτερα κοινωνικά-υγειονομικά προβλήματα σε ολόκληρη την ανθρωπότητα. Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας «ΠΟΥ», ο αριθμός των ατόμων που θα έχουν παρουσιάσει σακχαρώδη διαβήτη το 2030, θα ανέρχεται σε 366.000.000!

Μια από τις πιο σοβαρές συστηματικές επιπλοκές από τον σακχαρώδη διαβήτη είναι η προσβολή των οφθαλμών, με αποτέλεσμα την πολύ σοβαρή έκπτωση της όρασης με τη μορφή της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Περικλής Κοσμίδης,
χειρουργός οφθαλμίατρος,
διευθυντής τμήματος laser -
φλουοροαγγειογραφίας
Ιατρικού Κέντρου Αθηνών

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί την πρώτη αιτία τύφλωσης σε άτομα ηλικίας 20-25 ετών.

Τι είναι λοιπόν η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η ονομασία των αλλοιώσεων που προκαλούνται στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του οφθαλμού των διαβητικών ασθενών. Προσβάλλονται, λοιπόν, τα τοιχώματα των αγγείων του αμφιβληστροειδούς, γίνονται εύθραυστα προκαλώντας ρήξεις

με αποτέλεσμα τη διαρροή αίματος στις ευαίσθητες στιβάδες του αμφιβληστροειδούς και τους γύρω ιστούς.

Πριν τη δημιουργία των αιμορραγιών τα αγγεία παρουσιάζουν μικρές παραμορφώσεις στα άκρα τους «μικρά κόκκινα μπαλόνικια», που ονομάζονται μικροανευρυσμάρια.

Τις περισσότερες φορές από τα μικροανευρυσμάρια αυτά, δεν δημιουργούνται σοβαρά προβλήματα, εκτός από μικροενοχλήσεις, «μυγάκια», που βλέπουν μπροστά τους οι ασθενείς. Σε ένα δεύ-

τερο στάδιο τα αγγεία σταματούν να μεταφέρουν αίμα και τα κύτταρα του αμφιβληστροειδούς πεθαίνουν από έλλειψη τροφής.

Αρχίζει, λοιπόν, μια βαθμιαία πτώση της οπτικής οξύτητας. Αργότερα αναπτύσσονται νεοαγγεία με παθολογικά τοιχώματα στον αμφιβληστροειδή που προκαλούν τεράστιες αιμορραγίες και στη συνέχεια ανάπτυξη συνδετικού ιστού μεταξύ υαλώδους και αμφιβληστροειδούς, που θα οδηγήσει σε αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς με μόνιμη -πιθανόν- απώλεια της όρασης.

Ποιοι είναι οι παράγοντες που υποβοηθούν την εμφάνιση και καθορίζουν τη βαρύτητα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Ένας από τους πιο σημαντικούς παράγοντες είναι η διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη. Σε ασθενείς με διάγνωση σακχαρώδη διαβήτη πριν το 30ο έτος της ηλικίας, η συχνότητα εμφάνισης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας μετά 10 χρόνια είναι 50% και μετά 30 έτη 90%.

Ένας άλλος βασικός παράγοντας είναι η καλή ρύθμιση των τιμών του σακχάρου στο αίμα. Εδώ, θα πρέπει να τονιστεί ότι η καλή ρύθμιση βοηθά τόσο στην καθυστέρηση της εγκατάστασης όσο και στη βραδύτητα ανάπτυξης και εξέλιξης της πάθησης. Το ότι μερικοί ασθενείς με αρρυθμισμό στο σάκχαρο αργούν να παρουσιάσουν αλλοιώσεις, ενώ άλλοι με άριστη ρύθμιση παρουσιάζουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, δεν πρέπει να παραπλανεί τους ασθενείς.

Η εγκυμοσύνη αποτελεί μια περίοδο που η απώλεια σωστής ρύθμισης μερικές φορές επιβαρύνει την εικόνα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Άλλοι παράγοντες που επιβαρύνουν την εικόνα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, η αναιμία, η νεφροπάθεια και η επέμβαση του καταρράκτου.

Αυξάνοντας τον αιματοκρίτη διαβητικών ασθενών με αναιμία μειώνεται ο ρυθμός ανάπτυξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας πιθανώς λόγω της μειωμένης ισχαιμίας. Η τιμή της Hb πρέπει να είναι υψηλότερη από 12g/dl.

Μέθοδοι αντιμετώπισης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

α. Laser φωτοπηξία

β. Χειρουργική αντιμετώπιση

γ. Ενδοϋαλοειδική χορήγηση κορτικοειδών

δ. Ενδοϋαλοειδική χορήγηση αντιαγγειογενετικών ουσιών

Η laser φωτοπηξία αποτελεί το μεγάλο «όπλο» για την αντιμετώπιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Εδώ πρέπει να τονιστεί ότι η laser θεραπεία αποσκοπεί στο να διατηρηθεί στάσιμη η όραση για μεγάλα χρονικά διαστήματα και όχι απαραίτητα να βελτιωθεί.

Τις περισσότερες φορές υπάρχει βελτίωση της όρασης, αλλά άλλοτε όπως σε καθολική φωτοπηξία του αμφιβληστροειδούς η όραση μπορεί να «πέσει» 1-2 γραμμές. Η όραση αυτή, όμως, παραμένει σταθερή για πολλά χρόνια, σε αντίθεση με τους ασθενείς χωρίς laser που αυξάνουν την πιθανότητα 30-40% σε μια διετία να έχουν σοβαρή απώλεια όρασης, ακόμη και πλήρη τύφλωση.

Η χειρουργική προσπέλαση ονομάζεται υαλοειδεκτομή και σκοπό έχει τον καθαρισμό του αίματος και των ινιδίων χαλινών από το υαλώδες και τον αμφιβληστροειδή. Είναι πολύ σημαντική και αποτελεσματική μέθοδος με πολύ καλά αποτελέσματα όσον αφορά την τελική όραση των ασθενών.

Η ενδοϋαλοειδική χορήγηση κορτιζόνης γίνεται κυρίως για την αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς κηλίδας με σημαντικά καλά αποτελέσματα, συνήθως όμως πρόσκαιρα, με σημαντικότερη παρενέργεια την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και τη δημιουργία καταρράκτου.

Η ενδοϋαλοειδική χορήγηση αντιαγγειογενετικών ουσιών αποτελεί το νέο «όπλο» που δίνει βάσιμες ελπίδες για την αντιμετώπιση του οιδήματος της ωχράς, που είναι η βασική αιτία πτώσης της όρασης

Έχει καταγραφεί ότι, λόγω της ισχαιμίας του αμφιβληστροειδούς, παράγονται ορισμένες αγγειογενετικές ουσίες «Vegfa», οι οποίες είναι υπεύθυνες για την κατάρρευση της στεγανότητας των αγγείων και της ομαλής λειτουργίας της μικροκυκλοφορίας του αμφιβληστροειδούς, με αποτέλεσμα τη συσσώρευση συστατικών του αίματος ανάμεσα στις στιβάδες του αμφιβληστροειδούς -«οίδημα».

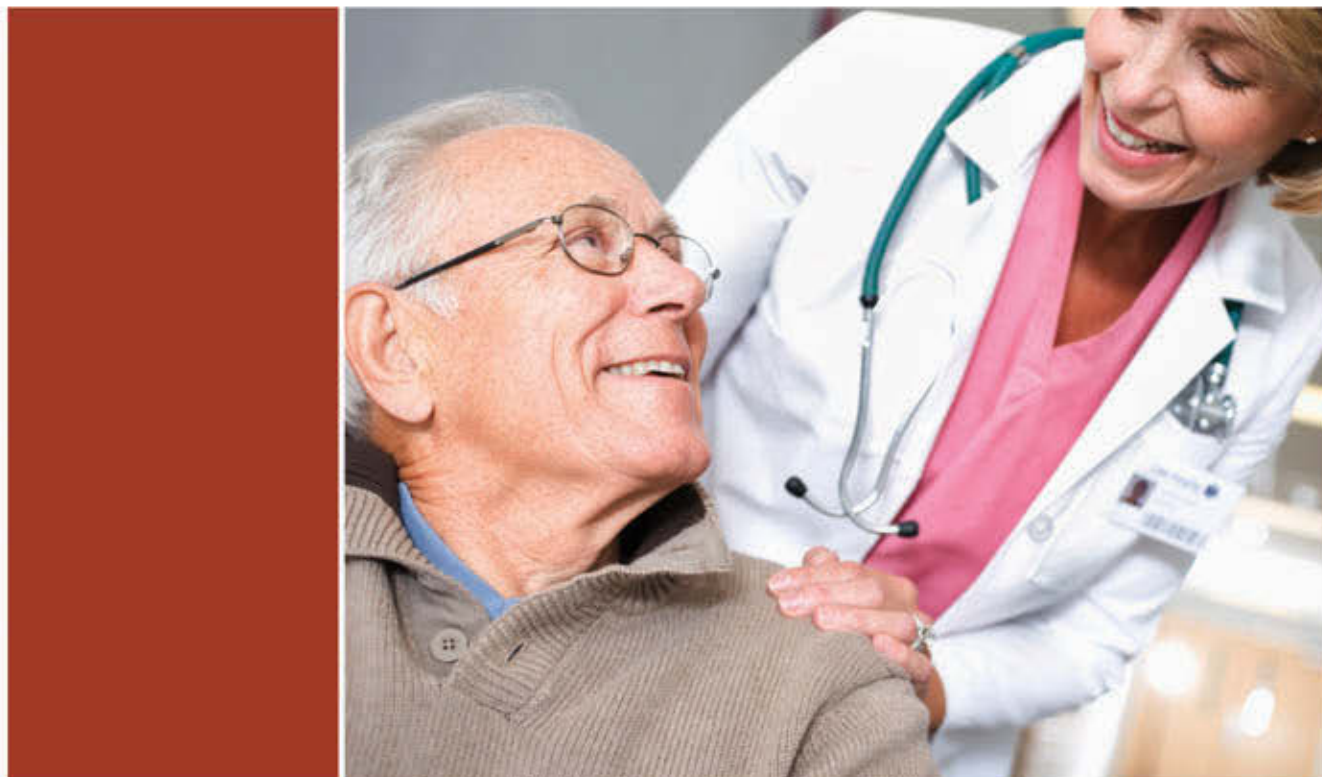
Οι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες που χορηγούνται με ένεση μέσα στο μάτι σε άσηπτες συνθήκες από εξειδικευμένους οφθαλμιάτρους, δεσμεύουν τις ουσίες «Vegfa» που εκλύονται στον χωρίς οξυγόνο αμφιβληστροειδή, με αποτέλεσμα τη στεγανότητα των αγγείων και τη διακοπή της διαρροής του αίματος στον αμφιβληστροειδή.

Τα μέχρι σήμερα αποτελέσματα είναι πολύ ικανοποιητικά και μας δίνει ελπίδες ότι στο μέλλον θα είναι ακόμη καλύτερα. Το φάρμακο χορηγείται δωρεάν από τα ασφαλιστικά ταμεία.

Υπάρχει συντηρητική αγωγή για την αντιμετώπιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Σήμερα πιστεύουμε ότι η οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή ελάχιστα βοηθά όταν η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια έχει εγκατασταθεί. Έχουν γίνει προσπάθειες καθυστέρησης εμφάνισης των αλλοιώσεων με χορήγηση βιταμινών και αγγειοπροστατευτικών ουσιών.

Τέλος, πιστεύεται ότι μόνο η αρμονική συνεργασία παθολόγων-διαβητολόγων-οφθαλμιάτρων και ασθενών θα ελαχιστοποιήσει το πρόβλημα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και θα σώσει το ανεκτίμητο αγαθό της όρασης. ✕



Έχουμε σύμμαχο.

Όλοι θέλουμε να ξέρουμε ότι μπορούμε να βασιστούμε σε κάποιον, ότι έχουμε έναν σύμμαχο που μπορεί και προσπαθεί να δώσει λύσεις μέσα από καινοτόμες προτάσεις και υπεύθυνη στάση.

Η Novartis απαντάει σε αυτή την ανάγκη με επιστημονικές έρευνες και καινοτόμες θεραπείες. Οι 90 κλινικές μελέτες στην Ελλάδα, αποτελούν μία επένδυση αξίας άνω των 10 εκατομμυρίων ευρώ, δίνοντας παράλληλα πρόσβαση στους ασθενείς σε νέες θεραπείες, αλλά και προσφέροντας στους επαγγελματίες υγείας νέες γνώσεις και εμπειρίες.

Ένας σύμμαχος δίπλα μας κάθε μέρα, στα εύκολα και στα δύσκολα.



Διάκριση Silver για τη Novartis Hellas ως κοινωνικά υπεύθυνη εταιρία, σύμφωνα με τον Εθνικό Δείκτη Εταιρικής Ευθύνης CRI.



Απόφαση-σταθμός του ΕΟΠΥΥ για τα διαβητικά άτομα

της Μαρίας Χατζηδάκη

Ο πλήρης κατάλογος των αναλώσιμων υλικών που αφορούν τα διαβητικά άτομα, με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και 2 δημοσιεύθηκε στην εφημερίδα της κυβερνήσεως με αριθμό φύλλου 1233/11-04-2012. Σύμφωνα με τον παρακάτω κατάλογο, παρουσιάζονται όλες οι περιπτώσεις διαβήτη (τύπου 1 και 2), όπου δεν καταβάλλουν καθόλου συμμετοχή για το υγειονομικό υλικό.

Αναλώσιμο υγειονομικό υλικό

Δεν καταβάλλουν συμμετοχή για το υγειονομικό υλικό:

- A. Οι ασφαλισμένοι που προμηθεύονται το υλικό από τις αποθήκες, τα φαρμακεία και ιατρεία του ΕΟΠΥΥ.
- B. Οι παραπληγικοί, οι τετραπληγικοί, οι νεφροπαθείς που υποβάλλονται σε συνεχή θεραπεία υποκατάστασης ή έχουν υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού, οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, οι πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας, καθώς και οι υποβληθέντες σε μεταμόσχευση συμπαγών ή ρευστών οργάνων και οι HIV θετικοί ασθενείς.
- Γ. Οι χρόνια πάσχοντες για τη δαπάνη αγοράς των παρακάτω ειδών αναλήψιμου υγειονομικού υλικού: καθετήρων ουρήθρας, ουροσυλλεκτών, υλικών παρά φύσει στομιών και των παρακολουθημάτων τους, υλικών αποσιδήρωσης, συρίγγων ινσουλίνης μιας χρήσης, επιθεμάτων, βελονών φυσιγοσυρίγγων, βελονών χορήγησης ινσουλίνης, σκαρφιστήρων (για λήψη αίματος) και αναλω-

σίμων των συσκευών χορηγήσεως ινσουλίνης, τραχειοσωλήνων και υλικών τραχειοστομίας, υλικών για χρησιμοποίηση συσκευών συνεχούς έγχυσης φαρμάκων ή συνεχούς έκχυσης και ταινιών μέτρησης σακχάρου αίματος, συσκευών άπνοιας και συσκευών σίτισης.

I. Τα αναλώσιμα υλικά διαβήτη (ταινίες μέτρησης, βελόνες, σκαρφιστήρες) χορηγούνται ως εξής:

- Για τους ινσουλινοεξαρτούμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου I), χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά μήνα, έως 150 σκαρφιστήρες ανά μήνα, έως 100 βελόνες ανά μήνα και έως 50 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά δίμηνο και έως 200 σκαρφιστήρες ανά έτος.
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά δίμηνο και έως 200 σκαρφιστήρες ανά έτος.
- Σε διαβήτη κύησης χορηγούνται έως 150 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά μήνα, 150 βελόνες ανά μήνα και έως 150 σκαρφιστήρες ανά μήνα.
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαιτητική αγωγή, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά τρίμηνο, έως 50 σκαρφιστήρες ανά τρίμηνο και έως 100 σκαρφιστήρες το έτος.
- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα ανά μήνα, έως 200 σκαρφιστήρες τον μήνα και 100 βελόνες για

χορήγηση ινσουλίνης με πένα ανά εξάμηνο (σε περίπτωση εμπλοκής αντλίας ή πρόσθετης δόσης). Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ανωτέρω ορισθείσες, θα πρέπει να προσκομίζεται απαραίτητα αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα.

II. Συσκευές έγχυσης φαρμάκων:

- α) η αντλία χορήγησης ινσουλίνης χορηγείται με κάλυψη της δαπάνης 100%, μετά από έγκριση του ΑΥΣ. Αντικατάστασή της γίνεται μετά από έγκριση του ΑΥΣ και παρέλευση πενταετίας,
- β) για συσκευές έγχυσης φαρμάκων που φέρουν εμφυτευόμενα συστήματα αποδίδεται το 90% της δαπάνης, μετά από έγκριση του ΑΥΣ,
- γ) για τις αναλώσιμες συσκευές χημιοθεραπείας ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι πέντε τον μήνα, με κάλυψη της δαπάνης 100% και
- δ) για αναλώσιμες συσκευές αναλγησίας μέχρι 10 το μήνα (υποδόριες), με κάλυψη της δαπάνης 100%.

III. Επιθέματα για κατακλύσεις, διαβητικά έλκη, φλεβικά έλκη, αρτηριακά έλκη, εγκαύματα και άλλα έλκη, αναλόγως του τύπου έλκους, της περιοχής όπου βρίσκεται και του επιπέδου εξιδρώματος, μετά από ιατρική γνωμάτευση ή παραπεμπτικό, σύμφωνα με τα κάτωθι:

1. Για έλκη, μερικού πάχους δέρματος καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 200 ευρώ τον μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 10 τεμάχια τον μήνα.
2. Για έλκη ολικού πάχους δέρματος καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 400 ευρώ τον μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 15 τεμάχια. ✕



ΕΦΗΜΕΡΙΣ ΤΗΣ ΚΥΒΕΡΝΗΣΕΩΣ (ΤΕΥΧΟΣ ΔΕΥΤΕΡΟ)

I. Τα αναλώσιμα υλικά διαβήτη (ταινίες μέτρησης, βελόνες, σκαρφιστήρες) χορηγούνται ως εξής:

- Για τους ινσουλινοεξαρτούμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη (διαβήτης τύπου I), χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 150 σκαρφιστήρες ανά μήνα, έως 100 βελόνες ανά μήνα και έως 50 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.

- Για τους ινσουλινοθεραπευόμενους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που (διαβήτης τύπου II), χορηγούνται έως 100 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 50 σκαρφιστήρες ανά μήνα ή 100 ανά δίμηνο, έως 50 βελόνες ανά μήνα και έως 30 ταινίες μέτρησης κετονών στο αίμα ανά έτος.

- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / δίμηνο και έως 200 σκαρφιστήρες / έτος.

- Σε διαβήτη κύησης, χορηγούνται έως 150 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 100 βελόνες / μήνα και έως 150 σκαρφιστήρες / μήνα.

- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που αντιμετωπίζονται με διαιτητική αγωγή, χορηγούνται έως 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / τρίμηνο, έως 50 σκαρφιστήρες / τρίμηνο και έως 100 σκαρφιστήρες το έτος.

- Για τους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη που κάνουν χρήση αντλίας συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, χορηγούνται έως 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα / μήνα, έως 200 σκαρφιστήρες το μήνα, 100 βελόνες για χορήγηση ινσουλίνης με πένα / εξάμηνο (σε περίπτωση εμπλοκής αντλίας ή πρόσθετης δόσης).

Σε περίπτωση που απαιτούνται επιπλέον ποσότητες από τις ανωτέρω ορισθείσες, θα πρέπει να προσκομίζεται απαραίτητα αιτιολογημένη γνωμάτευση του θεράποντος ιατρού, όπου θα αναφέρεται η ανάγκη για την πρόσθετη αιτούμενη ποσότητα.

II. Συσκευές έγχυσης φαρμάκων: α) η αντλία χορήγησης ινσουλίνης χορηγείται με κάλυψη της δαπάνης 100%, μετά από έγκριση του ΑΥΣ. Αντικατάστασή της γίνεται μετά από έγκριση του ΑΥΣ και παρέλευση πενταετίας.

β) για συσκευές έγχυσης φαρμάκων που φέρουν εμφυτευόμενα συστήματα αποδίδεται το 90% της δαπάνης, μετά από έγκριση του ΑΥΣ.

γ) για τις αναλώσιμες συσκευές χημιοθεραπείας ανάλογα με το θεραπευτικό σχήμα και μέχρι 5 το μήνα, με κάλυψη της δαπάνης 100%.

δ) για αναλώσιμες συσκευές αναλγησίας μέχρι 10 το μήνα (υποδόριες), με κάλυψη της δαπάνης 100%.

III. α) Επιθέματα για κατακλύσεις, διαβητικά έλκη, φλεβικά έλκη, αρτηριακά έλκη, εγκαύματα και άλλα έλκη, αναλόγως του τύπου έλκους, της περιοχής όπου βρίσκεται και του επιπέδου εξιδρώματος, μετά από ιατρική γνωμάτευση ή παραπεμπτικό, σύμφωνα με τα κάτωθι:

1. Για έλκη, μερικού πάχους δέρματος καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 200€ το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 10 τμχ το μήνα.

2. Για έλκη, ολικού πάχους δέρματος, καλύπτεται δαπάνη μέχρι του ποσού των 400€ το μήνα, η οποία αντιστοιχεί κατ' ελάχιστο σε 15 τεμάχια.



ΟΙ 10 «SUPER» ΤΡΟΦΕΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Η Αμερικανική Ενωση Διαβήτη υποδεικνύει τις 10 «σούπερ» τροφές για τους πάσχοντες από διαβήτη τύπου 2, οι οποίοι έχουν ανάγκη από τρόφιμα με υψηλής θρεπτικής αξίας, πλούσια σε μέταλλα, φυτικές ίνες και βιταμίνες και χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη. Συγκεκριμένα συστήνει:

- Φασόλια (ίνες, πρωτεΐνες)
- Σκούρα πράσινα, φυλλώδη λαχανικά (ίνες, λίγοι υδατάνθρακες, ολιγοθερμιδικά)
- Εσπεριδοειδή (ίνες και βιταμίνη C)
- Γλυκοπατάτες (βιταμίνη A, ίνες, πλούσια σε άμυλο)
- Μούρα, βατόμουρα και φράουλες (βιταμίνες, αντιοξειδωτικά, ίνες)
- Ντομάτες (βιταμίνες E και D, σίδηρος)
- Ψάρια πλούσια σε ωμέγα-3 λιπαρά οξέα
- Προϊόντα ολικής άλεσης
- Ξηροί καρποί (ίνες, μαγνήσιο, ωμέγα-3)
- Άπαχα γαλακτοκομικά (βιταμίνη D, ασβέστιο)

ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΕΣ ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2

Σημαντικές είναι οι κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις του διαβήτη 2 στην κοινωνία και τα υγειονομικά συστήματα. Μελέτη που έγινε σε 51 κέντρα διαβήτη στη χώρα μας, υποδεικνύει ότι το ετήσιο κόστος ενός καλά ρυθμισμένου διαβητικού είναι κατά πολύ μικρότερο από αυτό ενός αρρυθμίστου ασθενή. Από επιδημιολογικές και φαρμακοοικονομικές μελέτες προκύπτει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 επιβαρύνει την ψυχολογική και κοινωνική διάθεση των ασθενών. Για τον λόγο αυτό, η επιστημονική κοινότητα επικεντρώνεται και στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις που επηρεάζουν τον τρόπο επιβίωσης, διατροφής, άσκησης, καθώς και της γενικότερης ποιότητας ζωής των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και των συγγενών τους.



ΤΕΡΑΣΤΙΑ ΑΥΞΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ

Σήμα κινδύνου εκπέμπουν οι ειδικοί επιστήμονες στους γονείς, καθώς τελευταία στοιχεία δείχνουν ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 εμφανίζεται πλέον σε παιδιά και εφήβους. Μέχρι το 2002 περίπου, το ποσοστό των εφήβων με διαβήτη 2 δεν ξεπερνούσε το 3%, ποσοστό που έχει εκτοξευτεί στις μέρες μας στο 40%. Η δραματική αυτή αύξηση ανησυχεί τους επιστήμονες, καθώς διαφαίνεται ότι ο σακχαρώδης διαβήτης μελλοντικά αποτελεί δυνητικά μια μεγάλη απειλή για την υγεία. Εκτιμούν ότι μέχρι το 2030, ο αριθμός των πασχόντων θα φθάσει στα 64 εκατομμύρια και συνιστούν πρόληψη και έγκαιρη θεραπευτική αντιμετώπιση για την αναχαίτιση της πρώτης αιτίας θανάτου στην Ευρώπη.

ΚΑΘΙΣΤΙΚΗ ΖΩΗ: ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΣΤΙΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 διατρέχουν οι γυναίκες που κάνουν καθιστική ζωή, όπως αποκαλύφθηκε μετά από πρόσφατη έρευνα του University of Leicester. Ο παρατεταμένος χρόνος καθιστικής ζωής συνδέθηκε με αντίσταση στην ινσουλίνη και υψηλά επίπεδα δεικτών φλεγμονής, περιλαμβανομένων των C-αντιδρώσας πρωτεΐνης και ιντερλευκίνης-6.

Ακόμα και γυναίκες που ακολουθούν μέτρια ή έντονη δραστηριότητα αντιμετωπίζουν τον ίδιο κίνδυνο, αν ακολουθούν καθιστική ζωή για παρατεταμένες περιόδους. Η παχυσαρκία θα μπορούσε να εξηγήσει μέρος της σχέσης, καθώς παρατηρήθηκε μείωση της ισχύος της σχέσης, όταν ελήφθη υπόψη ο ΔΜΣ των γυναικών.

Να σημειωθεί ότι η σχέση καθιστικής ζωής και κινδύνου εμφάνισης διαβήτη δεν παρατηρήθηκε σε άνδρες.

ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΔΙΑΚΟΠΕΣ ΜΕ ΑΣΦΑΛΕΙΑ

Ιδιαίτερα προσεκτικοί πρέπει να είναι οι διαβητικοί που σχεδιάζουν να περάσουν τις διακοπές τους μακριά από την εστία και τις καθημερινές τους συνήθειες. Η ποσότητα των φαρμάκων θα πρέπει να είναι επαρκής για περισσότερες ημέρες διακοπών από τις προγραμματισμένες, για τη μεταφορά τους θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η θερμοκρασία περιβάλλοντος και για τη λήψη τους η πιθανή διαφορά της ώρας.

Για την αντιμετώπιση των περιστατικών υπογλυκαιμίας, είναι χρήσιμο να φέρουν δισκία γλυκόζης ή γλυκά, καθώς επίσης και λίστα με την ονομασία (και στη γλώσσα της χώρας προορισμού) και τη δοσολογία των φαρμάκων τους, ονόματα και τηλέφωνα των γιατρών τους για περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.

ΑΣΦΑΛΗΣ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ Η ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2 ΜΕ ΒΙΛΝΤΑΓΛΙΠΤΙΝΗ

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τη χρήση της βιλνταγλιπτίνης σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ως μονοθεραπεία σε ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να ρυθμίσουν το σάκχαρό τους με δίαιτα και άσκηση και δεν μπορούν να λάβουν ως θεραπεία τη φαρμακευτική ουσία μετφορμίνη.

Οι μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση της βιλνταγλιπτίνης, ενός αναστολέα DPP-4, σε πάσχοντες άνω των 75 ετών, αιμοκαθαιρόμενους, ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια και ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου 1 και 2 είναι ασφαλής και αποτελεσματική.

Η συγχορήγηση της βασικής ινσουλίνης και των αναστολέων DPP-4, όπως η βιλνταγλιπτίνη, βελτιώνουν τη γλυκαιμική ρύθμιση και μειώνουν τις υπογλυκαιμίες και το βάρος.



Νεότερες εξελίξεις στην ανοσοθεραπεία του διαβήτη τύπου I

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι μια αυτοάνοση πάθηση που οφείλεται στην εκλεκτική καταστροφή των β-κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος, που εκκρίνουν την ινσουλίνη, από διεγερμένα T-λεμφοκύτταρα. Η αντιμετώπισή του συνίσταται στη χορήγηση ινσουλίνης που, παρά τις σημαντικές βελτιώσεις στη χρήση της, δεν προλαμβάνει ικανοποιητικά τις μακροχρόνιες επιπλοκές.

Ιωάννης Κομνηνός,
ενδοκρινολόγος-διαβητολόγος,
επιμελητής ενδοκρινολογικού
τμήματος Ναυτικού
Νοσοκομείου Αθηνών

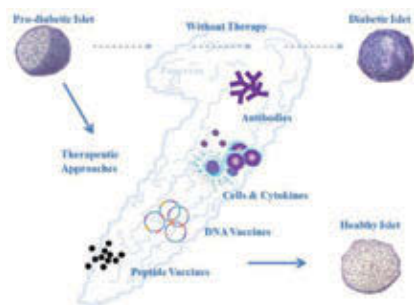
Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι μια χρόνια νόσος που απαιτεί σχολαστική φροντίδα, εξαιτίας του νεαρού της ηλικίας του προσβαλλόμενου πληθυσμού. Τα επιδημιολογικά στοιχεία είναι ανησυχητικά και δείχνουν ότι η επίπτωσή του θα συνεχίσει να αυξάνεται τα επόμενα 10 χρόνια και η αύξηση θα αφορά κυρίως παιδιά μικρότερα των πέντε ετών. Για αυτό καταβάλλονται επισταμένες προσπάθειες να επινοηθούν νέες θεραπείες, κυρίως ανοσοολογικές, προσανατολισμένες στην αντιμετώπιση των αιτιών του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Έχουν περάσει 30 χρόνια περίπου από τότε που ξεκίνησαν οι κλινικές μελέτες με ανοσοτροποποιητικά φάρμακα, που στοχεύουν στη διακοπή της εξέλιξης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και πλέον αρχίζουν να δημιουργούνται ελπίδες.

Μεγάλο βήμα ήταν τον περασμένο χρόνο η ολοκλήρωση των αποτελεσμάτων τριών κλινικών μελετών μεγάλης κλίμακας, σε φάση II και III, που χρησιμοποιή-

σαν ανοσοθεραπευτικά φάρμακα στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Οι μελέτες αυτές εξέτασαν τρεις διαφορετικές ανοσοολογικές παρεμβάσεις. Η μία αφορά τη δημιουργία, μέσω εμβολίου, αυτοαντισωμάτων έναντι της δεκαρβοξυλάσης του γλυταμικού οξέως (GAD), η οποία λειτουργεί ως αυτοαντιγόνο στον σακχαρώδη διαβήτη 1 και φαίνεται ότι εμπλέκεται στην έναρξη της αυτοάνοσης διαδικασίας εναντίον των β-κυττάρων. Η άλλη αφορά την ανάπτυξη μιας πρωτεΐνης (abatacept) από τη συγχώνευση του εξωκυττάριου τμήματος της πρωτεΐνης 4 των κυτταροτοξικών T-λεμφοκυττάρων (CTLA4) και τμήματος της ανθρώπινης G1 ανοσοσφαιρίνης (IgG1), που εμποδίζει τους υποδοχείς συνδιέγερσης, οι οποίοι είναι απαραίτητοι για την ενεργοποίηση των T-λεμφοκυττάρων μετά την επαφή τους με το αντιγόνο. Η τρίτη αφορά το teplizumab, ένα ανθρωποποιημένο μονοκλωνικό αντίσωμα (anti-CD3) έναντι του συμπλέγματος υποδοχέων CD3, που πυροδοτεί τον καταρράκτη αντιδράσεων, ο οποίος ενεργοποιεί τα T-λεμφοκύτταρα, σαν αποτέλεσμα της επαφής με το αντιγόνο. Από τις τρεις παρεμβάσεις ανέκυψαν μείζονα θετικά αλλά και αρνητικά σημεία συζήτησης, που θα επηρεάσουν σημαντικά τον σχεδιασμό των επόμενων μελετών.

Το πρώτο σημαντικό εύρημα είναι ότι οι θεραπείες που χρησιμοποιούν ανοσοβιολογικούς παράγοντες, κυρίως το abatacept και το teplizumab, οι οποίοι παρεμποδίζουν τα κύρια μονοπάτια ενεργοποίησης των T-λεμφοκυττάρων, μπορούν να μεταβάλουν την κλινική πορεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και να σταματήσουν την εξέλιξή του, προστατεύοντας τα εναπομείναντα β-κύτταρα και την ενδογενή έκκριση ινσουλίνης, αλλά και ελαττώνοντας την απαιτούμενη δόση εξωγενούς ινσουλίνης. Η μελέτη όμως με το teplizumab, που δεν πέτυχε τα σύνθετα τελικά σημεία στόχους, υπογράμμισε τη σημασία της επιλογής των τελικών σημείων στόχων μιας μελέτης.

Το δεύτερο σημαντικό εύρημα είναι ότι το θεραπευτικό αποτέλεσμα του teplizumab διήρκεσε έναν χρόνο μετά τη διακοπή της θεραπείας, στοιχείο που συνιστά το πρώτο βήμα για την εισαγωγή της ανοσοανοχής στην κλινική πράξη, με την έννοια της αναστολής των παθογενετικών αντιδράσεων απουσία γενικευμένης ανοσοκαταστολής. Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα όπως η κυκλοσπορίνη και τα CD20 μονοκλωνικά αντισώματα, που δεν είναι ειδικά για συγκεκριμένα αντιγόνα, μπορεί να έχουν σημαντικά θεραπευτικά αποτελέσματα, όμως το αποτέλεσμά τους εξαφανίζεται με τη διακοπή της θεραπείας



Το πρώτο σημαντικό εύρημα είναι ότι οι θεραπείες που χρησιμοποιούν ανοσοβιολογικούς παράγοντες, κυρίως το abatacept και το teplizumab, οι οποίοι παρεμποδίζουν τα κύρια μονοπάτια ενεργοποίησης των Τ-λεμφοκυττάρων, μπορούν να μεταβάλουν την κλινική πορεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και να σταματήσουν την εξέλιξή του

και προφανώς η χρόνια μη ειδική ανοσοκαταστολή δεν είναι η ιδανική θεραπεία. Δεν είναι όμως γνωστές οι κλινικές επιδράσεις του CTLA4-IgG1 μετά τη διακοπή της θεραπείας. Για ασφαλή συμπεράσματα θα πρέπει να αναμείνουμε τα αποτελέσματα από μακρόχρονες μελέτες. Αντίθετα, τα ευρήματα από τη μελέτη με αυτοαντισώματα από το εμβόλιο έναντι του GAD δεν ήταν το ίδιο ενθαρρυντικά. Δεν ήταν και απρόσμενα όμως. Επιβεβαίωσαν τις προβλέψεις από προηγούμενες κλινικές μελέτες και μελέτες σε ποντίκια. Επιπλέον, και άλλα αυτοαντιγόνα έχουν αποδειχθεί αναποτελεσματικά σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 ή σε ασθενείς με πολλαπλή σκλήρυνση, όπου επιτάχυναν την πορεία της νόσου. Άλλο ανησυχητικό στοιχείο είναι ότι ενδιαφέροντα προϊόντα για την έρευνα μπορεί να παραληφθούν ή να εξαιρεθούν από την περαιτέρω εξέλιξη εξαιτίας του ότι δεν λήφθηκαν υπόψη ή δεν ερμηνεύτηκαν σωστά όλες οι πληροφορίες. Έτσι, η φάση III της μελέτης με το teplizumab δεν πέτυχε τα προκαθορισμένα τελικά σημεία-στόχους, γιατί αυτά επιλέχθηκαν χωρίς να έχουν προηγουμένως επικυρωθεί από μελέτες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο. Αντίθετα, σε μετανάλυση που χρησιμοποιήθηκαν πιο συμβατικά κριτήρια στόχοι (διατήρηση της έκκρισης c-πεπτιδίου, μείωση της δόσης ινσουλίνης) διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές υπέρ της ομάδας με το teplizumab σε σχέση με την ομάδα με το εικονικό φάρμακο. Το εύρημα αυτό βρίσκεται σε συμφωνία με προηγούμενες ακαδημαϊκές μικρότερες μελέτες που χρησιμοποίησαν το ίδιο ή ισοδύναμο (otelixizumab) anti-CD3 αντίσωμα. Μάλιστα, φάνηκε ότι η ανοσοπαρέμβαση είναι τόσο πιο αποτελεσματική



→ **Ανοσοθεραπεία για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.** Χωρίς ανοσοθεραπεία (κορυφή), τα προ-διαβητικά νησίδια τελικά θα γίνουν διαβητικά νησίδια μετά την καταστροφή των β-κυττάρων που εκκρίνουν ινσουλίνη. Η ανοσοθεραπεία στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μπορεί να προστατεύσει τις προ-διαβητικές νησίδες από περαιτέρω καταστροφές και να τους επιτρέψει να ανακτήσουν τη λειτουργία τους. Μια ποικιλία από ανοσοθεραπείες, είτε μόνη της είτε σε συνδυασμό, έχει αποδειχθεί ότι μπορεί να σταματήσει την παθολογική αυτοανοσία και να προστατεύσει τα νησίδια ώστε να βελτιώσει την πορεία του διαβήτη τύπου 1.

κή όσο πιο νωρίς ξεκινά μετά τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Η γνώση που από τις μελέτες με ανοσοτροποποιητικές θεραπείες στον σακχαρώδη διαβήτη 1 τον περασμένο χρόνο πρέπει να ενσωματωθεί στο πλαίσιο της προηγούμενης εμπειρίας στον χώρο. Η αναγκαιότητα για δοκιμές νέων παραγόντων που να προφυλάσσουν ή να διασώζουν τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων παραμένει. Όμως φαίνεται ότι παράγοντες ικανοί να πετύχουν τον στόχο αυτό ήδη υπάρχουν. Επομένως πρέπει να είμαστε πιο φιλόδοξοι αλλά και αυστηροί, καθώς το επόμενο βήμα δεν θα είναι να αποδείξουμε την αποτελεσματικότητα κάποιων φαρμάκων, αλλά να δείξουμε το πώς η αποτελεσματικότητα αυτή μπορεί να μεταφραστεί σε κλινικό όφελος χωρίς μείζονες παρενέργειες. ✕



Νεότερα δεδομένα στην πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή πρόληψη του ΣΔ τύπου 1

Είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 μια νόσος που μπορεί να προβλεφθεί;

Παναγιώτα Τριανταφύλλου,
παιδιάτρος-εξειδικευμένη στην
παιδιατρική ενδοκρινολογία,
επιστημονική συνεργάτις της Α΄
παιδιατρικής κλινικής ΑΠΘ

Τα τελευταία 90 χρόνια στην ιστορία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 υπήρξαν συγκλονιστικά. Ενα βραβείο νόμπελ για τους Banting και Best και την ανακάλυψη της ινσουλίνης στη δεκαετία του 1920, ο πανικός που προκάλεσε η διαπίστωση του κινδύνου μακροχρόνιων επιπλοκών στη δεκαετία του 1940, καθώς βελτιωνόταν το προσδόκιμο επιβίωσης και οι επιστημονικές παρατηρήσεις στη δεκαετία του 1970 που οδήγησαν στην ευρέως σήμερα αποδεκτή άποψη ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα.

Το 1986 πρωτοδημοσιεύθηκε το μοντέλο του Eisenbarth, που περιγράφει τις κύριες φάσεις της φυσικής πορείας του νοσήματος (εικόνα 1). Σύμφωνα με αυτό σε γενετικά προδιαθετειμένα άτομα αρχίζει κάποια στιγμή στη ζωή τους μια σιωπηλή και άδικη επίθεση των β-κυττάρων των νησιδίων του παγκρέατος από το σύστημα άμυνας του οργανισμού (ανοσοποιητικό σύστημα). Αυτό οδηγεί στη βαθμιαία καταστροφή των β-κυττάρων, τη μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης και τελικά στην κλινική εκδήλωση της νόσου.

Στην πορεία των χρόνων η καλύτερη κατανόηση της φυσικής πορείας του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, η δυνατότητα πρόβλεψης της εκδήλωσης της νόσου με την ανίχνευση ειδικών αυτοαντισωμάτων, σε συνδυασμό με τις εξελίξεις στην ανοσοθεραπεία οδήγησαν στην ιδέα της πρόληψης του νοσήματος. Η πρόληψη έχει την έννοια της ασφαλούς παρέμβασης που θα μπορούσε να οδηγήσει σε αποτροπή ή υποστροφή της νόσου και διακρίνεται σε πρωτογενή, δευτερογενή και τριτογενή.

Πρωτογενής πρόληψη

Οι μελέτες πρωτογενούς πρόληψης στοχεύουν στην προστασία των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη από την επίδραση παραγόντων που μπορούν να πυροδοτήσουν την αυτοάνοση καταστροφή τους. Ουσιαστικά είναι σαν να προσπαθούμε να απαντήσουμε στο ερώτημα: «Τι προκαλεί τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1;» και να το αποφύγουμε. Ο πιθανός ρόλος του περιβάλλοντος στην παθογένεια του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 προκύπτει από τη διαφορετική συχνότητα εμφάνισης σε μονοζυγωτικούς διδύμους, τη διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα ιδιαίτερα σε παιδιά μικρότερα των πέντε ετών, τη σημαντική διακύμανση της εμφάνισης σε διαφορετικές χώρες (4-50:100.000) και το γεγονός ότι οι μετανάστες πολύ σύντομα παρουσιάζουν συχνότητα παρόμοια με τη χώρα διαμονής, που δεν μπορεί να ερμηνευτεί από αλληλαγές στο γενετικό υλικό μέσω μικτών γάμων. Επί του παρόντος σε επίπεδο κλινικών μελετών ελέγ-

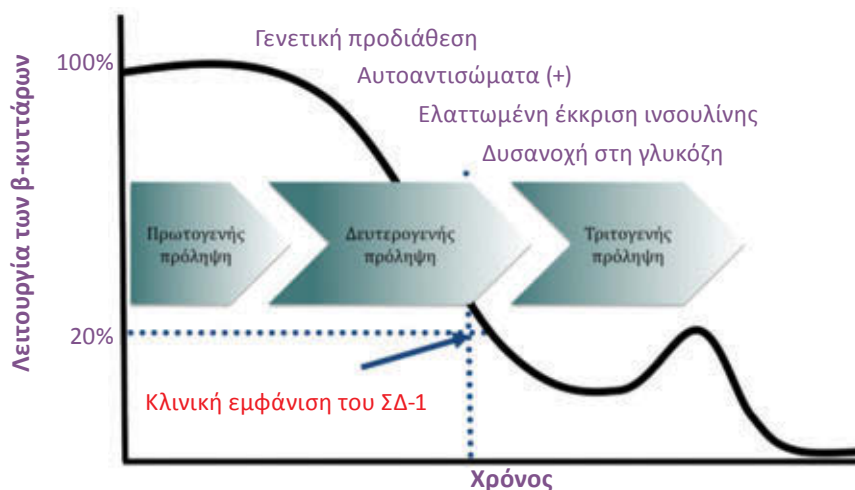
χονται τέσσερις πιθανοί παράγοντες: το γάλα αγελάδας, η πρώιμη εισαγωγή δημητριακών στη διατροφή των βρεφών, η προφυλακτική χορήγηση ωμέγα-3 λιπαρών οξέων και η προφυλακτική χορήγηση βιταμίνης D. Η μελέτη TRIGR (Trial to Reduce Insulin-Dependent Diabetes in Genetically at Risk) ελέγχει την υπόθεση ότι η πρώιμη έκθεση στο γάλα αγελάδας αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη. 2.000 νεογνά χωρίστηκαν τυχαία βάσει της διατροφής τους, τους πρώτους 6-8 μήνες ζωής σε δύο ομάδες: στην πρώτη εκείνα που σιτίζονται με ένα κανονικό γάλα αγελάδας βρεφικής ηλικίας και στη δεύτερη εκείνα που ακολουθούν ειδική διατροφή με υποαλλεργικό γάλα αγελάδας ή θηλάζουν. Τα πρώτα αποτελέσματα της μελέτης αναμένονται μέσα στο 2012 και τα τελικά συμπεράσματα το 2016. Ωστόσο, οι πρώτες ενδείξεις από την ομάδα της Φιλανδίας που συμμετέχει στη μελέτη, αν και αφορά μικρό αριθμό παιδιών έδειξε πως ο κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μειώνεται κατά 50% στην ομάδα με υποαλλεργικό γάλα.

Στη μελέτη NIP (Nutritional Intervention to Prevent Diabetes Study) χορηγήθηκαν ωμέγα-3 λιπαρά οξέα κατά τη διάρκεια του τρίτου τριμήνου εγκυμοσύνης ή στους πρώτους πέντε μήνες ζωής βρεφών με συγγενή πρώτου βαθμού με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Η μελέτη έχει ολοκληρωθεί και



→ Πρωτογενής πρόληψη

Οι μελέτες στοχεύουν στην προστασία των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη από την επίδραση παραγόντων που μπορούν να πυροδοτήσουν την αυτοάνοση καταστροφή τους. Η δευτερογενής μελέτη, στοχεύει στο να εμποδίσουμε την καταστροφή των β-κυττάρων παρεμβαίνοντας στον αυτοάνοσο μηχανισμό, ώστε να αποτρέψουμε την εκδήλωση του ΣΔ. Η τριτογενής μελέτη, αφορά άτομα με πρωτοδιαγνωσμένο ΣΔ τύπου 1 και στοχεύει στην προστασία των εναπομεινάντων β-κυττάρων και την παρεμπόδιση της περαιτέρω καταστροφής τους.



Εικόνα 1. Η φυσική πορεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Eisenbarth 1986)

ρύθμιση του διαβήτη

περιμένουμε τα αποτελέσματά της σύντομα. Στη μελέτη BABYDIET ελέγχθηκε η πιθανότητα καθυστέρησης της αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων σε βρέφη με την καθυστερημένη εισαγωγή των δημητριακών στη διατροφή τους. Ωστόσο η πρώιμη (στον έκτο μήνα) σε σχέση με την καθυστερημένη (στον 12ο μήνα) εισαγωγή των δημητριακών δεν φάνηκε να μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Η βιταμίνη D, τα τελευταία χρόνια έχει αναγνωρισθεί ως ανοσοτροποποιητικός παράγοντας, ως παράγοντας δηλαδή που αλλάζει τη συμπεριφορά του ανοσοποιητικού συστήματος. Ο πιθανός της ρόλος στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 καταδεικνύεται από το γεγονός ότι η συχνότητά του αυξάνει όσο απομακρυνόμαστε από τον ισημερινό, συνεπώς όσο μειώνεται η έκθεσή μας στον ήλιο που αυξάνει την παραγωγή βιταμίνης D. Μελέτες σε πειραματόζωα έδειξαν πως με τη χορήγηση βιταμίνης D μπορεί να αποτραπεί η εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, αλλά και άλλων αυτοάνοσων νοσημάτων. Οι μελέτες σε ανθρώπους οδηγούν σε αντιφατικά αποτελέσματα και περιμένουμε μεγαλύτερες προοπτικές μελέτες για ασφαλέστερα συμπεράσματα.

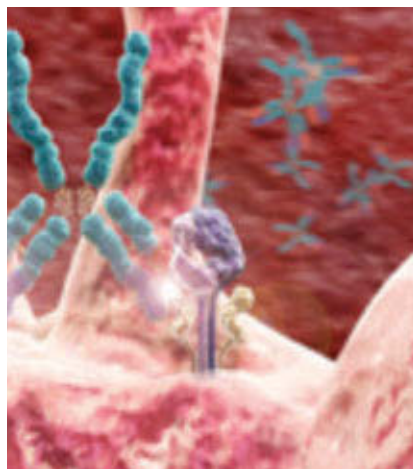
Στις μελέτες πρωτογενούς πρόληψης ανήκει και η μελέτη Pre-POINT. Ο σχεδιασμός της περιλαμβάνει την ενδορινική χορήγηση ινσουλίνης σε παιδιά ηλικίας 18 μηνών έως επτά ετών με γενετική προδιάθεση, αλλά αρνητικά αυτοαντισώματα.

Δευτερογενής πρόληψη

Η δευτερογενής πρόληψη στοχεύει στο να εμποδίσουμε την καταστροφή των β-κυττάρων παρεμβαίνοντας στον αυτοάνοσο μηχανισμό, που ήδη έχει αρχίσει, ώστε να αποτρέψουμε την κλινική εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη.

Γνωρίζουμε ότι πολύ πριν την κλινική εκδήλωση αρχίζει η παραγωγή αυτοαντισωμάτων και ότι ο κίνδυνος εμφάνισης του νοσήματος αυξάνει με τον αριθμό των

αυτοαντισωμάτων. Έχουν ολοκληρωθεί τρεις μελέτες δευτερογενούς πρόληψης: η ENDIT (European Nicotinamide Diabetes Intervention Trial) με από του στόματος χορήγηση νικοτιναμίδης (ασφαλής, αλλά το 30% εμφάνισε σακχαρώδη διαβήτη σε πέντε χρόνια), η DIPP (T1D Prediction and Prevention Study) με ενδορινική χορήγηση ινσουλίνης (το 60% εμφάνισε σακχαρώδη διαβήτη σε πέντε χρόνια) και η DPT-1 (North American Diabetes Prevention Trial - Type 1). Στη μελέτη DPT-1 χορηγήθηκε προληπτικά ινσουλίνη, με υποδόριες ενέσεις σε άτομα με αυξημένο κίνδυνο (κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη σε πέντε χρόνια: 50%) και από του στόματος σε άτομα με μικρότερο κίνδυνο (κίνδυνος εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη σε πέντε χρόνια: 25-50%). Τα αρχικά αποτελέσματα δεν έδειξαν καμία διαφορά, καθώς ένα 15% και των δύο ομάδων ανέπτυξαν σακχαρώδη διαβήτη τύπου. Ωστόσο, η υποανάληψη των δεδομένων έδειξε πως σε άτομα με τον μεγαλύτερο κίνδυνο η εμφάνιση του νοσήματος καθυστέρησε σημαντικά (περίπου τέσσερα χρόνια). Αυτή τη στιγμή βρίσκεται σε εξέλιξη η συνέχεια της DPT-1 με τη χορήγηση ινσουλίνης από του στόματος. Παράλληλα βρίσκεται σε εξέλιξη και η μελέτη INIT II στην Αυστραλία και τη Νέα Ζηλανδία με την ενδορινική χορήγηση ινσουλίνης σε γενετικά προδιαθετειμένα άτομα.



Τριτογενής πρόληψη

Η τριτογενής πρόληψη αφορά άτομα με πρωτοδιαγνωσμένο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και στοχεύει στην προστασία των εναπομείναντων β-κυττάρων και την παρεμπόδιση της περαιτέρω καταστροφής τους. Στη δεκαετία του 1980 δοκιμάστηκαν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα (φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού), όπως κυκλοσπορίνη, αζαθειοπρίνη και πρεδνιζολόνη, γνωστά από την αντιμετώπιση μεταμοσχευθέντων για να αποτραπεί η απόρριψη του μοσχεύματος. Αν και αναφέρονται θετικά αποτελέσματα, η μεγάλη τοξικότητα αυτών των φαρμάκων αποτέλεσε ισχυρό περιοριστικό παράγοντα (σοβαρές λοιμώξεις, εμφάνιση όγκων).

Την τελευταία δεκαετία έχουν δοκιμαστεί ανοσοτροποποιητικοί παράγοντες που στοχεύουν στα T και B λεμφοκύτταρα του ανοσοποιητικού συστήματος, όπως τα μονοκλωνικά αντισώματα (anti-CD3, anti-CD20, abatacept, rituximab). Πρόκειται για αντισώματα που παράγονται στο εργαστήριο έναντι ειδικών αντιγόνων (αυτοαντισωμάτων) του οργανισμού, με σκοπό να διδάξουν το ανοσοποιητικό σύστημα να μην καταστρέφει τα β-κυττάρια που παράγουν ινσουλίνη. Σε κάποιες από τις μελέτες φάνηκε να διατηρείται η έκκριση ινσουλίνης και να επιτυγχάνεται καλύτερη ρύθμιση με μικρότερες δόσεις ινσουλίνης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο, τις περισσότερες φορές το αποτέλεσμα είναι παροδικό, ενώ περιοριστικό παράγοντα αποτελούν και οι πιθανές ανεπιθύμητες ενέργειες.

Συμπερασματικά, έχουμε περάσει από την εποχή των μελετών σε πειραματόζωα στην εποχή των κλινικών δοκιμών πρόληψης του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Τα αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, αν και όχι ακόμη εφαρμόσιμα ευρέως. Ευελπιστούμε πως η εξέλιξη της επιστήμης θα συμβάλει στο να θεωρούμε στο μέλλον τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μια νόσο που θα μπορεί να προβληφθεί. ✕

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 (π.χ. 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. Aklen, 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



Η παχυσαρκία και ο διαβήτης απειλούν την υγεία και τη μακροζωία του ανθρώπου

Σε σύγχρονες παγκόσμιες επιδημίες έχουν εξελιχθεί η παχυσαρκία και ο διαβήτης. Ωστόσο, η καλή σεξουαλική ζωή προστατεύει την καρδιά και αποτελεί σημαντικό παράγοντα καλής υγείας και μακροζωίας.

Ανδρέας Μελιδώνης, συντονιστής διευθυντής α' παθολογικής κλινικής και διαβητολογικού κέντρου Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο», πρόεδρος Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας



εβδομαδιαίως, μειώνουν στο μισό τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακής νόσου, ενώ οι άνδρες με μεγαλύτερο αριθμό επαφών την εβδομάδα βιώνουν σταθερές συναισθηματικές σχέσεις και προστατεύονται έτσι από το stress και τα καρδιακά επεισόδια.

Διαβήτης

Μια επικίνδυνη επιδημία είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις περισσότερα από 357 εκατομμύρια άτομα σε όλο τον κόσμο πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ σύμφωνα με τον ΠΟΥ η προοπτική είναι το 2025 να υπερβούν τα 500 εκατομμύρια. Στην Ελλάδα οι εκτιμήσεις συγκλίνουν ότι περισσότερο από το 10% του πληθυσμού πάσχουν από τη συγκεκριμένη νόσο.

Αναφορικά με τι εξελίξεις στην αντιμετώπιση του διαβήτη, στο πλαίσιο του συνεδρίου έγινε ιδιαίτερη αναφορά στις νέες κατευθυντήριες οδηγίες της ADA και του EASD για την αντιμετώπιση του διαβήτη, που δίνουν έμφαση στην εξατομίκευση των αγωγών, στη συμμόρφωση και στην επικοινωνία γιατρού-ασθενούς. Επίσης, παρουσιάστηκαν τα νέα δεδομένα σχετικά με την ασφάλεια των νέων ινκρετινικών αγωγών.

Ειδικότερα, φαίνεται ότι η χορήγηση «ινκρετινικών» αγωγών, όπως οι αναστολείς DPP-4 π.χ. Vildagliptin, είναι απολύτως ασφαλής ακόμα και σε ειδικούς πληθυσμούς όπως οι ασθενείς άνω των 75 ετών, οι αιμοκαθιρόμενοι και οι ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια.

Η συγχορήγηση βασικής ινσουλίνης και ινκρετινικών αγωγών (αναστολέων DPP-4 ή αναλόγων GLP-1) έχει σημαντικά πλεονεκτήματα, καθώς έχει διαπιστωθεί ότι βελτιώνει τη γλυκαιμική ρύθμιση, ενώ μειώνει τις υπογλυκαιμίες και το βάρος.

Παχυσαρκία

Σύμφωνα με τελευταίες μελέτες, το 35,2% του ελληνικού πληθυσμού είναι υπέρβαροι, το 22,5% είναι παχύσαρκοι και το 10% πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη. Η μέση κατανάλωση θερμίδων στη χώρα μας είναι 3.700, έναντι 3.100 θερμίδων τη δεκαετία του '70. Τα Ελληνόπουλα είναι από τα πλέον παχύσαρκα παιδιά στην Ευρώπη. Στις ηλικίες 8-10 ετών τα ποσοστά των υπέρβαρων παιδιών είναι 29% και των παχύσαρκων 13%.

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, το 2007 οι υπέρβαροι άνθρωποι σε όλο τον κόσμο ήταν 1,6 δισεκατομμύρια και οι παχύσαρκοι 400 εκατομμύρια. Ωστόσο, το 2015 εκτιμάται ότι οι υπέρβαροι θα υπερβούν τα 2,3 εκατομμύρια και οι παχύσαρκοι τα 700 εκατ. Όλα τα νεότερα επιστημονικά δεδομένα για τα παραπάνω θέματα παρουσιάστηκαν στο πλαίσιο των ημερίδων μεταβολισμού που διοργάνωσαν για 17η χρονιά το Ελληνικό Κέντρο Μεταβολικών Νοση-

μάτων και το διαβητολογικό κέντρο του Γ.Ν. Πειραιά «Τζάνειο» και πραγματοποιήθηκαν στο «Ευγενίδιο» ίδρυμα τον περασμένο μήνα.

Τα θέματα του συνεδρίου παρουσιάστηκαν σε συνέντευξη Τύπου από τον πρόεδρο της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας Ανδρέα Μελιδώνη, παθολόγο-διαβητολόγο, συντονιστή διευθυντή α' παθολογικής κλινικής και διαβητολογικού κέντρου «Τζανείου» νοσοκομείου και τον Κυριάκο Σουλιώτη, λέκτορα πανεπιστημίου Πελοποννήσου, αντιπρόεδρο ΕΟΠΥΥ. Συγκεκριμένα, στο πλαίσιο του συνεδρίου επισημάνθηκε ότι η σεξουαλική δραστηριότητα έχει ευεργετική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία και είναι μία από τις καλύτερες στρατηγικές πρόληψης για τα καρδιαγγειακά νοσήματα.

Σύμφωνα με αμερικανικές έρευνες (σε άνδρες ηλικίας 40-70 ετών), οι άνδρες που διατηρούν ενεργό σεξουαλική ζωή κάνοντας σεξ, τουλάχιστον δύο φορές

Αναφέρθηκαν, επίσης, πορίσματα αμερικανικών μελετών, σύμφωνα με τις οποίες η χρόνια χρήση φρουκτόζης στα άτομα με διαβήτη οδηγεί σε αυξημένο κίνδυνο λιπώδους διηθήσεως ήπατος, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε στεατοηπατίτιδα και κίρρωση. Τονίστηκε, επίσης, η αύξηση κινδύνου στυτικής δυσλειτουργίας, όχι μόνο στα άτομα με διαβήτη αλβή και στα άτομα με προδιαβήτη, όπως έδειξε ιταλική εργασία.

Μικροβίωμα

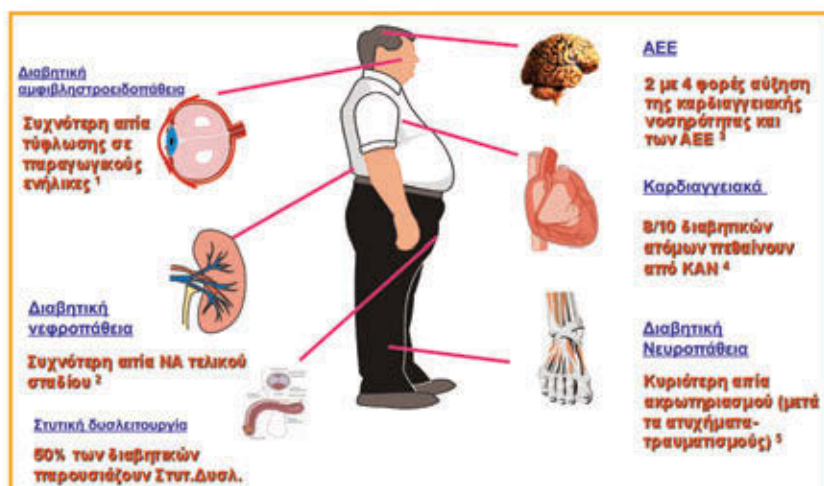
Στο συνέδριο αναλύθηκε η αξία και επίδραση στη μεταβολική ισορροπία του οργανισμού του μικροβιώματος. Ως μικροβίωμα ορίζουμε το σύνολο της μικροβιακής χλωρίδας του εντέρου. Τα μικρόβια του εντέρου είναι 10 φορές περισσότερα από τα ανθρώπινα κύτταρα και τα γονίδια των μικροβίων αυτών εκατοντάδες χιλιάδες (ενώ το ανθρώπινο γονιδίωμα περιέχει περίπου 30 χιλιάδες γονίδια). Οι διακυμάνσεις στη μικροβιακή χλωρίδα του κάθε ατόμου επηρεάζουν παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την παχυσαρκία, τον διαβήτη και τη μεταβολική δυσλειτουργία του οργανισμού.

Η διατροφή, οι συνθήκες υγιεινής, το περιβάλλον που ζει κάθε άτομο, η χρήση αντιβιοτικών κ.λπ., επηρεάζουν το είδος των μικροβίων του εντέρου με συνέπειες στη μεταβολική ισορροπία του οργανισμού. Επομένως, στον πρωταγωνιστικό ρόλο του γονιδιώματος προστίθεται και ο αναδυόμενος σημαντικός ρόλος του μικροβιώματος.

Μακροζωία

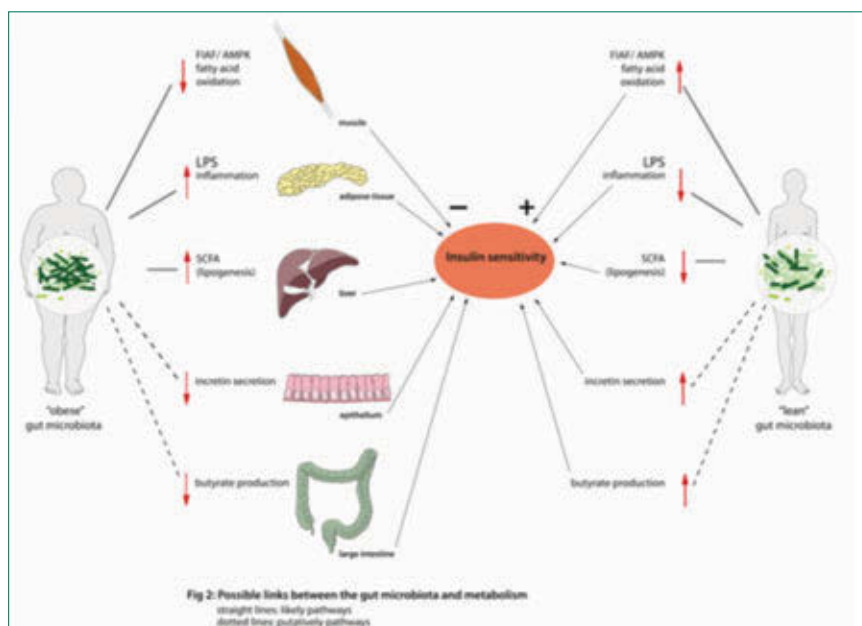
Στο συνέδριο συζητήθηκε, επίσης, το πρόβλημα της γήρανσης και το σύνδρομο της μακροβιότητας. Σύμφωνα με στοιχεία της στατιστικής υπηρεσίας, το 0,15% των ανδρών και το 0,44% των γυναικών είναι

Ο Σ.Δ. ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ήπια νόσος



¹ Fung DS, et al. *Diabetes Care* 2003; 26 (Suppl. 1):S59-S162. ² Molitch ME, et al. *Diabetes Care* 2003; 26 (Suppl. 1):S94-S98. ³ Kannel WB, et al. *Am J Heart J* 1990; 120:572-576. ⁴ Gray RP & Yudkin JS. In *Textbook of Diabetes* 1997. ⁵ Mayfield JA, et al. *Diabetes Care* 2003; 26 (Suppl. 1):S78-S79.

Μικροβιακή χλωρίδα και ανθρώπινος μεταβολισμός



Οι διακυμάνσεις στη μικροβιακή χλωρίδα του κάθε ατόμου επηρεάζουν παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που σχετίζονται με την παχυσαρκία, το διαβήτη και τη μεταβολική δυσλειτουργία του οργανισμού

άνω των 90 ετών. Η Ιακρία κρατά τα σκήπτρα της μακροζωίας με αντίστοιχα ποσοστά 1,1 και 1,6% αντίστοιχα. Εκτιμάται ότι παγκοσμίως 102 εκατομμύρια είναι άνω των 80 ετών, με προοπτική να γίνουν 161 εκατομμύρια το 2025 και 395 το 2050. Σχετικά με το σύνδρομο της μακροζωίας επισημάνθηκε ότι η γενετική συμβολή (γονίδια) είναι στο 25%. Τα περιβαλλοντικά αίτια συμβάλλουν στη γήρανση κατά 75%. Οι παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί γήρανσης είναι η βράχυνση των τελομερών των χρωμοσωμάτων, το οξειδωτικό stress, η γλυκοζυλίωση των πρωτεϊνών και η αυξημένη συχνότητα παραγόντων κινδύνου στις ηλικίες αυτές.

Παράγοντες που ευνοούν την ανάπτυξη του συνδρόμου μακροζωίας είναι:

- Η αποφυγή καπνίσματος
- Δίαιτα βασισμένη σε φυτικές τροφές και ίνες
- Η χαμηλή πρόσληψη κρέατος
- Η καθημερινή δραστηριότητα
- Η μεσημεριανή ανάπαυση
- Το φύλο (θήλια: αρσενικά: 2:1)
- Ο ισχνός ή λεπτός σωματότυπος στην ηλικία 25-35 ετών (παχυσαρκία στην ηλικία των 30 ετών σχετίζεται με τριπλάσιο

κίνδυνο μη επιβίωσης μετά τα 80 έτη)

- Η κοινωνικότητα
- Η οικογενειακή συνοχή

Η άσκηση, ο περιορισμός πρόσληψης θερμίδων και η ρεσβερατρόλη (φυσική αντιοξειδωτική ουσία) ενεργοποιούν ιστόνες, απαλοφούν μεταλλάξεις κυττάρων, απενεργοποιούν ογκογονίδια και ευοδώνουν το σύνδρομο μακροβιότητας.

Οικονομία

Στο σημαντικό θέμα της οικονομίας στην υγεία σε συνθήκες κρίσης, αναφέρθηκε στη σχετική του εισήγηση ο λέκτορας Κυριάκος Σουλιώτης, αντιπρόεδρος ΕΟΠΥΥ. Σύμφωνα με τον κ. Σουλιώτη, τα τελευταία χρόνια η Ελλάδα επέδειξε μια πρωτοφανή αύξηση σε ορισμένες κατηγορίες δαπάνης υγείας, όπως π.χ. στο φάρμακο, όπου η μέση ετήσια αύξηση της περιόδου 2000-2008 ξεπέρασε το 11%, τη στιγμή που το αντίστοιχο ποσοστό στον ΟΟΣΑ ήταν 3,5%. Αντιστοίχως, η Ελλάδα το 2009 κατείχε την πρώτη θέση στον ΟΟΣΑ στον δείκτη διενέργειας αξονικών τομογραφιών (320/1.000 κατοίκους), ενώ η Γερμανία, χώρα που παράγει υψηλή απεικονιστική τεχνολογία, στην προτελευταία (49/1.000 κατοίκους).

«Ενώ αθροιστικά οι προϋπολογισμοί των εντασσόμενων ταμείων ανήλθαν το 2011 στα 7,8 δισ. ευρώ, ο ΕΟΠΥΥ καλείται να προσαρμοστεί το 2012 σε έναν προϋπολογισμό εσόδων, ο οποίος ανέρχεται σε 5,8 δισ. ευρώ, αν και σύμφωνα με τον μέχρι σήμερα καταγεγραμμένο ρυθμό είσπραξης πόρων, αυτοί δύσκολα θα ξεπεράσουν τα πέντε δισ. ευρώ.

Επιπλέον, ο νέος οργανισμός έχει να αντιμετωπίσει και το πρόβλημα των συσσωρευμένων υποχρεώσεων των εντασσόμενων φορέων, με τη διαιώνιση του προβλήματος αυτού να απειλεί ακόμη και τον πιο ουσιαστικό λόγο ύστασής του: τη διαπραγματευτική του δύναμη, λόγω του εύρους της ασφαλιστικής του βάσης», κατέληξε ο κ. Σουλιώτης. ■





ΚΑΡΑΤΖΗ Α.Ε.

ΟΜΙΛΟΣ ΕΤΑΙΡΕΙΩΝ ΚΑΡΑΤΖΗ



Διαταραχές της αναπαραγωγής στην παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη

Μελπομένη Πέππα,
επίκουρη καθηγήτρια
ενδοκρινολογίας
Β' προπαιδευτική-παθολογική
κλινική, μονάδα έρευνας
και διαβητολογικό κέντρο
Πανεπιστημίου Αθηνών,
ΠΓΝ «Αττικόν»

Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελούν το αδιαμφισβήτητο «δίδυμο», αφού είναι νοσήματα που συνήθως συνυπάρχουν και μοιράζονται κοινά αίτια, παρόμοιες επιπλοκές και αυξημένη επίπτωση διεθνώς με επιδημικές διαστάσεις. Μελέτες κατά τη διάρκεια των ετών 2002-2003, υποστηρίζουν ότι το 22-34% των εγκύων γυναικών ήταν υπέρβαρες ή παχύσαρκες με σημαντική αύξηση του ποσοστού κατά 69% συγκριτικά με το 1993.

Οι διαταραχές της αναπαραγωγής αποτελούν μια σημαντική επιπλοκή και στα δύο νοσήματα. Οι παχύσαρκες και/ή διαβητικές γυναίκες εμφανίζουν υπογονιμότητα που συνδέεται με διαταραχή της ωορρηξίας και πιθανά κακή ποιότητα ωαρίων, ή κακό «αφιλόξενο» ενδομήτριο και επιπλοκές στην κύηση που αφορούν τη μητέρα και το έμβρυο. Εκτιμάται ότι το μέσο κόστος για κάθε γέννηση αυξάνεται με τη βαρύτητα της παχυσαρκίας, ξεκινώντας από 16.497 δολάρια για γυναίκες με BMI 19-25, 18.575 δολ. για BMI 25-30, 18.805 δολ. για BMI 30-35 και 20.282 δολ. για BMI >35Kg/m2.

Παχυσαρκία και εφηβεία

Το 17% του παχύσαρκου πληθυσμού αποτελείται από παιδιά και εφήβους, μαρτυρία με οδυνηρές προεκτάσεις, αφού η παιδική και εφηβική παχυσαρκία προοιωνίζει την παχυσαρκία και την ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη στην ενήλικη ζωή. Η αυξημένη επίπτωση της παχυσαρκίας στα κορίτσια φαίνεται ότι συμβαδίζει με τη μετακίνηση προς τα πίσω της ηλικίας έναρξης της εφηβείας. Πραγματικά, το 80% των παχύσαρκων κοριτσιών εμφανίζουν πρώιμη εφηβεία και δη αύξηση του στήθους πριν την ηλικία των εννέα ετών και έμμηνου ρύση πριν την ηλικία των 12 ετών. Δεδομένου ότι τα επίπεδα της λεπτίνης που παράγεται από τον λιπώδη ιστό, καθορίζουν τη χρονική στιγμή έναρξης της εφηβείας, είναι φανερό ότι η περίσσεια λιπώδους ιστού στα παχύσαρκα κορίτσια παράγει νωρίτερα μεγαλύτερα ποσά λεπτίνης που σηματοδοτούν την πρώιμη έναρξη της εφηβείας. Η πρώιμη εφηβεία συνεπάγεται χαμηλότερο τελικό ανάστημα, ανάπτυξη κατάθλιψης στην εφηβεία, διαταραχή της γονιμότητας και αυξημένη επίπτωση καρκίνου του μαστού στην ενήλικη ζωή.

Οι παχύσαρκες έφηβες εμφανίζουν διαταραχές του καταμήνιου κύκλου που συνδέονται με διαταραχή της ωορρηξίας και ανωθυλακιωρρηκτικούς κύκλους.

Παχυσαρκία και σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών αποτελεί την πιο συχνή διαταραχή της ωοθηκικής λειτουργίας στην αναπαραγωγική ηλικία (4-7%) και απαντάται συχνότερα (10πλάσιος κίνδυνος) στις παχύσαρκες και/ή διαβητικές έφηβες ή γυναίκες. Το σύνδρομο χαρακτηρίζεται από διαταραχές της εμμήνου ρύσης, ακμή, υπετρίχωση, αυξημένα ανδρογόνα και χαρακτηριστικό υπερηχογράφημα. Εκτιμάται ότι το 20-69% των γυναικών με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών είναι παχύσαρκες (BMI>30Kg/m2) και το 45% εμφανίζουν διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη ή σακχαρώδη διαβήτη, με βαρύτερο τόσο κλινικό όσο και εργαστηριακό προφίλ. Η υπογονιμότητα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα σε αυτές τις γυναίκες και δοκιμάζεται η πρόκληση ωορρηξίας ή η εξωσωματική γονιμοποίηση. Επιπλέον, οι γυναίκες αυτές εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αποβολών και επιπλοκών στην κύηση τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.

Παχυσαρκία-σακχαρώδης διαβήτης και υπογονιμότητα

Η υπογονιμότητα αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στις παχύσαρκες και/ή διαβητικές γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας και οφείλεται στη διαταραχή της ωορρηξίας. Υπολογίζεται ότι το 30-47% των παχύσαρκων γυναικών παρουσιάζουν διαταραχές της εμμήνου ρύσης και τριπλάσιο κίνδυνο ανωθυλακιωρρηκτικών κύκλων συγκριτικά με τις λεπτόσωμες γυναίκες. Συχνά οι γυναίκες αυτές καταφεύγουν στη λήψη της εξωσωματικής γονιμοποίησης. Ωστόσο, όπως και στη «φυσική» γονιμοποίηση μετά από πρόκληση ωορρηξίας, απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις φαρμάκων για την προετοιμασία, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα με συνοδές ανεπιθύμητες ενέργειες (σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών) και χαμηλό ποσοστό επιτυχίας.

Ωστόσο, αρκετές γυναίκες έχουν φυσιολογική ωορρηξία, αλλά αδυνατούν να γονι-



→ Μεγαλύτερη σημασία έχει η μειωμένη λήψη θερμίδων και όχι ο τύπος της διαίτας. Πλέον ενθαρρύνεται η λήψη σύνθετων υδατανθράκων, φυτικών ινών και βιταμινών και η λήψη φυλλικού οξέως. Η σωματικής άσκησης (μέτρια ή έντονη άσκηση, 30 λεπτά, τρεις φορές την εβδομάδα) βοηθά σημαντικά στην απώλεια βάρους. Οι διαβητικές γυναίκες θα πρέπει να στοχεύουν στην καλή γλυκαιμική ρύθμιση τόσο πριν όσο και κατά την κύηση.

μοποιήσουν. Σε αυτές τις περιπτώσεις φαίνεται ότι ευθύνονται η «κακή ποιότητα» ωαρίων, η καθυστέρηση της εμφύτευσης των ωαρίων στο ενδομήτριο και η «κακή ποιότητα» του ενδομητρίου, το οποίο θεωρείται «αφιλόξενο» στην υποδοχή του γονιμοποιημένου ωαρίου.

Ένας σημαντικός παράγοντας στην υπογονιμότητα των γυναικών είναι η ύπαρξη παχύσαρκου και/ή διαβητικού συντρόφου, ο οποίος εκτός των διαταραχών της στύσης, εμφανίζει διαταραχές του σπέρματος (μειωμένη ποσότητα, κακή μορφολογία, μειωμένη κινητικότητα και κατακερματισμό των σπερματοζωαρίων) και μειωμένα επίπεδα τεστοστερόνης.

Παχυσαρκία-σακχαρώδης διαβήτης και επιπλοκές στην κύηση

Οι παχύσαρκες και/ή διαβητικές γυναίκες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο αυτόματων αποβολών και μάλιστα καθ' έξιν αποβολών χωρίς στην κύηση. Επίσης, παρουσιάζουν

διαβήτη στην καθημερινή ζωή

αρκετές επιπλοκές στην κύηση όπως υπέρταση, διαβήτης κύησης (αν δεν προυπάρχει διαβήτης), εκλαμψία, ριμώξεις, θρομβώσεις και διαταραχές της ψυχικής σφαίρας. Ο τοκετός στις γυναίκες αυτές εμφανίζει επίσης προβλήματα (δυστοκία, αιμορραγία μετά τον τοκετό, πρόωρος τοκετός, θάνατος εμβρύου) και αρκετές φορές επιλέγεται ή επιβάλλεται η καισαρική τομή. Πρόκειται, λοιπόν, για «κύηση υψηλού κινδύνου», με οικονομικό κόστος που βαίνει παράλληλα με τη βαρύτητα της παχυσαρκίας.

Παχυσαρκία-σακχαρώδης διαβήτης και επιπλοκές στο έμβρυο

Οι παχύσαρκες και/ή διαβητικές μύτερες εμφανίζουν αυξημένο κίνδυνο θνητότητας των εμβρύων, ο οποίος είναι τριπλάσιος στις υπέρβαρες και τετραπλάσιος στις παχύσαρκες γυναίκες, καθώς και των νεογνών και βρεφών.

Τα έμβρυα αυτών των μτέρων παρουσιάζουν συχνότερα συγγενείς ανωμαλίες ενός ή περισσότερων οργάνων. Χαρακτηριστικά αναφέρονται η μακροσωμία, ο λιγώχειλος, το ριζόστομα, η ατρησία του ορθού, η υδροκεφαλία και οι διαταραχές της διάπλασης του νευρικού, καρδιακού και ουροποιητικού συστήματος. Υπολογίζεται ότι ο κίνδυνος ανάπτυξης συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου αυξάνεται κατά 7% για κάθε μονάδα αύξησης του BMI. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αυτών των μτέρων παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση παχυσαρκίας στην ηλικία του πρώτου έτους ή στην ενήλικη ζωή. Συχνά, λόγω των επιπλοκών της μτέρας ή του εμβρύου, η κύηση τερματίζεται νωρίτερα της αναμενόμενης ημερομηνίας τοκετού και γεννιούνται πρόωρα νεογνά που εμφανίζουν αυξημένη νοσηρότητα ή θνητότητα και χρήζουν παρακολούθησης σε μονάδες εντατικής φροντίδας.

Ένα τεράστιο πρόβλημα στην παχύσαρκη και/ή διαβητική μτέρα είναι η δυσκολία ελέγχου της ακεραιότητας της ανάπτυξης του εμβρύου με τους υπερήχους, λόγω της περιορισμένης διεισδυτικότητας αυτών μέσω του αυξημένου κοιλιακού λίπους.

Μηχανισμοί ανάπτυξης υπογονιμότητας στην παχυσαρκία και τον σακχαρώδη διαβήτη

Πολλοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την ερμηνεία της υπογονιμότητας στην παχυσαρκία και/ή τον σακχαρώδη διαβήτη. Η βασική διαταραχή είναι η καταστροφή της ισορροπίας οιστρογόνων-ανδρογόνων. Αυτή καθοδηγείται από την αυξημένη έκκριση και μειωμένη δράση της ινσουλίνης, που προκαλεί αυξημένη παραγωγή ανδρογόνων, την αυξημένη περιφερική μετατροπή των ανδρογόνων σε οιστρογόνα στον λιπώδη ιστό, τη διαταραχή της έκκρισης των γοναδοτροφινών από την υπόφυση και την αυξημένη έκκριση κυτταροκινών από τον λιπώδη ιστό, που σε συνδυασμό δημιουργούν δυσμενές περιβάλλον για την ανάπτυξη και περαιτέρω εξέλιξη των ωαρίων.

Παχυσαρκία-σακχαρώδης διαβήτης-αντισύλληψη

Η αντισύλληψη θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική στις παχύσαρκες και/ή διαβητικές γυναίκες ως μέθοδος «καθυστέρησης» της κύησης, μέχρι να επιτευχθεί η μείωση του σωματικού βάρους και/ή η καλή γλυκαιμική ρύθμιση που θεωρούνται σημαντικά βήματα για την επίτευξη και την ομαλή έκβαση της κύησης. Επίσης, η αντισύλληψη αποτελεί συχνά τη μόνη λύση στη διόρθωση των διαταραχών της εμμήνου ρύσης και της υπερανδρογοναιμίας, ιδιαίτερα σε γυναίκες με σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, καθώς και τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης καρκίνου ενδομητρίου και μαστών.

Ωστόσο, φαίνεται ότι οι παχύσαρκες και/ή διαβητικές γυναίκες αποφεύγουν τη λήψη αντισύλληψης είτε λόγω άγνοιας των συνεπειών της παχυσαρκίας και/ή του σακχαρώδη διαβήτη τόσο στη μέλλουσα μτέρα όσο και το έμβρυο είτε λόγω φόβου περί ανεπιθύμητων ενεργειών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι τα καινούργια αντισυλληπτικά με τη μικρότερη δόση οιστρογόνου και την ύπαρξη φυσικού προγεσταγόνου είναι γενικά ασφαλή και μπορούν να χορηγού-

νται. Ωστόσο, πρέπει να γνωστοποιείται ότι λόγω παραμονής τους στην αυξημένη λιπώδη μάζα, συχνά τα επίπεδά τους στο αίμα είναι μικρότερα ή καθυστερούν να αυξηθούν, με αποτέλεσμα το μεγαλύτερο ποσοστό αποτυχίας. Συνεπώς, οι παχύσαρκες γυναίκες θα πρέπει να προσέχουν τις 7-10 πρώτες ημέρες και να μειώνουν το «ελεύθερο» διάστημα από επτά σε τέσσερις ημέρες.

Τα αντισυλληπτικά δικαιολογούν μια μικρή μόνο αύξηση του σωματικού βάρους που υπολογίζεται σε 1,8 kg μετά από 10 κύκλους και ενέχουν τον κίνδυνο της θρόμβωσης. Το ενδομήτριο σπείραμα θεωρείται ασφαλής μέθοδος, ενώ η διαδερμική χορήγηση προγεστερόνης αυξάνει τον κίνδυνο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, ιδιαίτερα σε γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κύησης. Με ιδιαίτερη προσοχή θα πρέπει να χορηγούνται στις γυναίκες που έχουν συνοδό υπερτριγλυκεριδαιμία ή υπέρταση, ενώ αντενδείκνυνται σε διαβητικές γυναίκες με μικρο- ή μακροαγγειοπάθεια. Πάντα θα πρέπει να συζητούνται οι πιθανές επιπλοκές και να παρακολουθούνται στενά.



Για την αντιμετώπιση των διαταραχών της αναπαραγωγής στην παχύσαρκη και/ή διαβητική γυναίκα, ο πρώτος στόχος είναι η απώλεια βάρους και η επίτευξη καλής γλυκαιμικής ρύθμισης

Παχυσαρκία-σακχαρώδης διαβήτης-εμβρυικός προγραμματισμός

Η παχυσαρκία και ο σακχαρώδης διαβήτης της μητέρας φαίνεται ότι εκτός από τις «βραχυπρόθεσμες» (συγγενείς ανωμαλίες του εμβρύου, επιπλοκές στην κύηση και τον τοκετό) έχει και «μακροπρόθεσμες» συνέπειες. Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά των παχύσαρκων και/ή διαβητικών μητέρων εμφανίζουν πολλαπλά νοσήματα στην ενήλικη ζωή, όπως σακχαρώδη διαβήτη, παχυσαρκία, υπέρταση, μεταβολικό σύνδρομο, καρδιαγγειακή νόσο και διαταραχή της προσωπικότητας. Έτσι, διαμορφώθηκε η θεωρία του «εμβρυικού προγραμματισμού», η οποία θέτει την αρχή των νοσημάτων στην ενδομήτριο ζωή και υποστηρίζει ότι η παχυσαρκία και/ή ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελούν τους βασικούς πρωταγωνιστές αυτού του προγραμματισμού.

Συστάσεις

Για την αντιμετώπιση των διαταραχών της αναπαραγωγής στην παχύσαρκη και/ή διαβητική γυναίκα, ο πρώτος στόχος είναι η απώλεια βάρους και η επίτευξη καλής γλυκαιμικής ρύθμισης. Η απώλεια βάρους φαίνεται ότι ομαλοποιεί τον καταμήνιο κύκλο, αποκαθιστά τη διαταραχή της ωορρηξίας, μειώνει τον κίνδυνο αποβολών και βελτιώνει σημαντικά την έκβαση κάθε προσπάθειας γονιμοποίησης (αυτόματης ή τεχνητής).

Μεγαλύτερη σημασία έχει η μειωμένη λήψη θερμίδων και όχι ο τύπος της διαίτας όσον αφορά τη σύνθεση σε πρωτεΐνες, υδατάνθρακες και λίπος. Ενθαρρύνεται η λήψη σύνθετων υδατανθράκων, φυτικών ινών και βιταμινών και η λήψη φυλλικού οξέως. Ως καλύτερη διαίτα θεωρείται πλέον αυτή που μπορεί να την εφαρμόσει πιστά μια γυναίκα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Όσον αφορά την κίνηση, αν και δεν έχει θεσπισθεί επίσημα κάποιο επιτρεπόμενο όριο BMI, θα πρέπει να αποθαρρύνεται σε γυναίκες με BMI > 35 kg/m². Η ενθάρρυνση σωματικής άσκησης (μέ-

τρια ή έντονη σωματική άσκηση, 30 λεπτά, τρεις φορές την εβδομάδα) βοηθά σημαντικά τόσο στην απώλεια βάρους όσο και τη μακροχρόνια σταθεροποίησή του.

Οι διαβητικές γυναίκες θα πρέπει να στοχεύουν στην καλή γλυκαιμική ρύθμιση τόσο πριν όσο και κατά την κύηση, με σχεδόν φυσιολογικές τιμές σακχάρου χωρίς υπογλυκαιμίες, που μεταφράζεται σε HbA1C < 7%, προγευματικά σάκχαρα μεταξύ 4,4-6,1 mmol/L και μεταγευματικά σάκχαρα (δύο ώρες μετά το γεύμα) < 8,6 mmol/L. Η κύηση αντενδείκνυται σε κακή ρύθμιση (HbA1C > 10%) ή όταν η κρεατινίνη ορού > 0,2 mmol/L και πάντα προηγείται και λαμβάνεται σοβαρά υπόψη η ύπαρξη διαβητικής μικρο- και μακροαγγειοπάθειας. Η χορήγηση αντιδιαβητικών φαρμάκων και ινσουλίνης παράλληλα με τη βελτίωση της υπερινσουλιναϊμίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη βοηθούν την επίτευξη ωορρηξίας.

Η βαριατρική χειρουργική κερδίζει όλο και περισσότερο έδαφος στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και των συνοδών συνεπειών της και εκτός της απώλειας βάρους βελτιώνει τις διαταραχές της αναπαραγωγής, αλλά η κίνηση θα πρέπει να προγραμματίζεται ένα χρόνο τουλάχιστον μετά το χειρουργείο.

Στις παχύσαρκες γυναίκες με υπογονιμότητα δοκιμάζεται η πρόκληση ωορρηξίας με κυτρική κλομιφαίνη. Προβληματική είναι η προετοιμασία για εξωσωματική γονιμοποίηση αφού, λόγω του αυξημένου βάρους, απαιτούνται μεγαλύτερες δόσεις των φαρμάκων για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, με ανεπιθύμητες ενέργειες (σύνδρομο υπερδιέγερσης των ωοθηκών). Θα πρέπει να υπάρχει αυξημένη ευαισθητοποίηση στη διάγνωση των πολυκυστικών ωοθηκών.

Βάσει των ανωτέρω, θεωρείται επιβεβλημένη η αντισύλληψη και ο σωστός προγραμματισμός της κύησης, όταν εξασφαλισθούν οι συνθήκες για την ομαλή έκβαση τόσο της μητέρας όσο και του εμβρύου. ✕



Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο διαβήτης είναι μια συχνή νόσος που αφορά όλες τις ηλικίες και οφείλεται στην υψηλή συγκέντρωση του σακχάρου στο αίμα. Μια από τις συνέπειές της είναι και διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, δηλαδή η προσβολή του αμφιβληστροειδούς (του βυθού του ματιού) με τη μορφή της αλλοίωσης των αγγείων. Δεν υπάρχουν συμπτώματα στα αρχικά στάδια, ενώ αν δεν προληφθεί, διαγνωσθεί και αντιμετωπιστεί εγκαίρως, οι συνέπειες για την όρασή μας μπορεί να είναι πολύ σοβαρές.

Ιωάννης Α. Βέργαδος,
χειρουργός οφθαλμίατρος,
διευθυντή οφθαλμολογικής κλινικής
Αττικού Νοσοκομείου

Στο τμήμα υαλοειδούς - αμφιβληστροειδούς, του «Athens Eye Hospital» λειτουργεί ένα πρωτοποριακό κέντρο διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Οι δυνατότητες που παρέχονται συντελούν στην πρόληψη, έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση όλων των σταδίων της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Στόχος μας είναι η υποβοήθηση του έργου όλων των γιατρών που ασχολούνται με διαβητικούς ασθενείς με διατήρηση όσο το δυνατόν καλύτερης οπτικής λειτουργίας στην ομάδα αυτή των ασθενών, μια και το αγαθό

της όρασης αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα ζωής.

Τι είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Ο διαβήτης (πάθηση που οφείλεται στη μειωμένη παραγωγή ή έλλειψη της ινσουλίνης, με συνέπεια την αύξηση του σακχάρου στο αίμα) μπορεί να προσβάλλει διάφορα σημεία του ματιού, ένα από τα οποία είναι ο αμφιβληστροειδής χιτώνας, που αντιστοιχεί στον εσωτερικό χιτώνα του βυθού του ματιού. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι η προσβολή των μικρών (τριχοειδών) αγγείων του αμφιβληστροειδούς. Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αφορά όλους του διαβητικούς ασθενείς είτε είναι ινσουλινο-εξαρτώμενοι (τύπος 1), νεαροί σε ηλικία είτε είναι μη ινσουλινο-εξαρτώμενοι (τύπος 2) και εμφανίζουν την πάθηση σε μεγαλύτερες ηλικίες.

Κλινική εικόνα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Μη παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια

Στο στάδιο αυτό, η εικόνα του βυθού παρουσιάζει μικροαγγειώματα, αιμορραγίες, εξιδρώματα και οίδημα στον αμφιβληστροειδή. Όταν η διαρροή συστα-

τικών από το αίμα προς τους ιστούς γίνεται στο πιο κεντρικό σημείο του αμφιβληστροειδούς (στην ωχρά κηλίδα), τότε έχουμε οίδημα ωχρός. Τα παραπάνω είναι αποτέλεσμα της βλάβης του διαβήτη στα μικρά αγγεία (τριχοειδή) του αμφιβληστροειδούς.

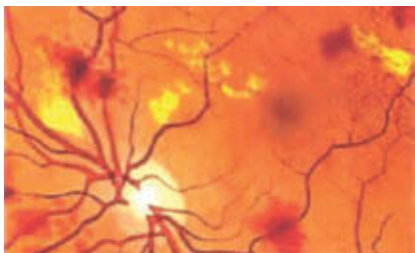
Παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια

Λόγω της φτωχής κυκλοφορίας του αίματος στον αμφιβληστροειδή, δημιουργούνται ζώνες χαμηλής οξυγόνωσης (ισχαιμία). Το μάτι αντιδρώντας σε αυτήν την κατάσταση δημιουργεί νέα παθολογικά αγγεία (νεοαγγεία), τα οποία είναι πολύ ευαίσθητα και μπορούν να αιμορραγήσουν. Το τελικό στάδιο της παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας περιλαμβάνει αιμορραγίες στο υαλώδες, ουλοποίηση, αποκόλληση, νεοαγγειακό γλαύκωμα και απώλεια της όρασης.

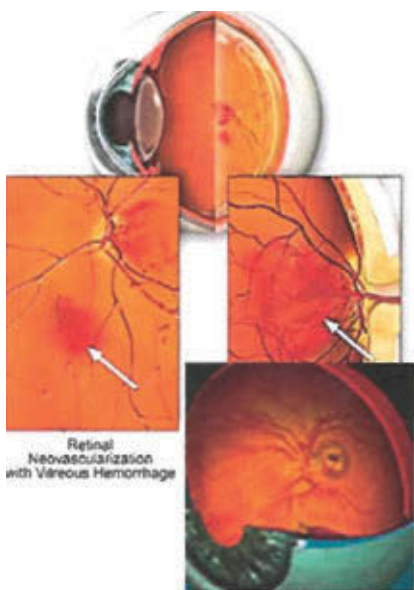
Κλινικά σημαντικό οίδημα της ωχράς

Το οίδημα ή πρήξιμο της ωχράς κηλίδας είναι πιο συχνό στον διαβήτη τύπου 2. Το οίδημα στην ωχρά συνεπάγεται μειωμένη ή παραμορφωμένη όραση.

- Εστιακό, προκαλούμενο από μικροαγγειώματα κι άλλες αγγειακές ανωμαλίες που προκαλούν διαρροή των αγγείων.



Αιμορραγίες και εξιδρώματα στο βυθό διαβητικού ασθενούς



- Διάχυτο, όπου αφορά τα μικρά τριχοειδή αγγεία που βρίσκονται μέσα στον αμφιβληστροειδή και προκαλούν διάχυτο πρήξιμο.

Συμπτώματα της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι από τις πλέον ύπουλες ασθένειες. Ακόμη και όταν συμβαίνουν σοβαρές αλλαγές στο μάτι, ο ασθενής μπορεί να μην έχει συμπτώματα και να μην αντιλαμβάνεται τη βαρύτητα της κατάστασης. Η όραση μπορεί να μη μεταβληθεί μέχρι που η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια να εξελιχθεί σε πιο προχωρημένα στάδια.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν υπάρξει οίδημα στην ωχρά ή αιμορραγία του υαλώδους ή του αμφιβληστροειδούς με απώλεια όρασης. Πολλές φορές οι διαβητικοί παρατηρούν παροδικά θαμπώματα,

λόγω αυξομειώσεων του σακχάρου. Πριν να διορθώσουμε με τα κατάλληλα γυαλιά, θα πρέπει να ρυθμίσουμε πρώτα το σάκχαρο. Ορισμένες φορές ο οφθαλμίατρος είναι ο πρώτος γιατρός, ο οποίος κάνει για πρώτη φορά διάγνωση του διαβήτη με βάση τα ευρήματα ή τα συμπτώματα μετά από μια οφθαλμολογική εξέταση. Ορισμένα από τα συμπτώματα σε διάφορες φάσεις της νόσου μπορεί να είναι:

- Εναλλασσές και διακυμάνσεις στην όραση
- Μυγγία
- Δημιουργία σκοτώματος ή σκιάς στο οπτικό πεδίο
- Θολή ή παραμορφωμένη όραση
- Καθυστέρηση στην επούλωση του κερατοειδή μετά από τραύματα
- Διπλωπία



Πότε πρέπει να εξετάζεται ο διαβητικός ασθενής από οφθαλμίατρο

Ο διαβητικός πρέπει να υποβάλλεται τακτικά σε οφθαλμολογική εξέταση, ακόμη και όταν δεν έχει συμπτώματα, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της αμφιβληστροειδοπάθειας. Η πλήρης οφθαλμολογική εξέταση -και ειδικότερα η βυθοσκόπηση- θα πρέπει να γίνεται κάθε έξι μήνες. Θυμηθείτε ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

Βασική οφθαλμολογική εκτίμηση

Η βασική οφθαλμολογική εκτίμηση, η οποία μπορεί να γίνει στο ιατρείο, περιλαμβάνει μέτρηση της οπτικής οξύτητας με διόρθωση, δοκιμασία Amsler Grid



→ Πότε πρέπει να εξετάζεται ο διαβητικός ασθενής από οφθαλμίατρο;

Ο διαβητικός πρέπει να υποβάλλεται τακτικά σε οφθαλμολογική εξέταση, ακόμη και όταν δεν έχει συμπτώματα, για έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία της αμφιβληστροειδοπάθειας. Η πλήρης οφθαλμολογική εξέταση -και ειδικότερα η βυθοσκόπηση- θα πρέπει να γίνεται κάθε έξι μήνες. Θυμηθείτε ότι η πρόληψη είναι η καλύτερη θεραπεία.

Η επίσκεψη στον οφθαλμίατρο θα πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες, εφόσον δεν συντρέχουν λόγοι για πιο συχνή παρακολούθηση και δεν υπάρχουν αλλοιώσεις στον βυθό. Αν υπάρχουν, τότε καλό είναι οι επισκέψεις να γίνονται κάθε 3-4 μήνες

διαβήτης η αιτία

(τεστ με τετραγωνάκια) για διαπίστωση μεταμορφωσίας, εξέταση του προσθίου ημιμορίου στη σχισμοειδή θύκνη, γωνιοσκοπία για έγκαιρη διάγνωση νεοαγγείων στη γωνία μεταξύ ίριδας και κερατοειδή, τονομέτρηση (μέτρηση ενδοφθάλμιας πίεσης), βυθοσκόπηση μέσω διαστολής της κόρης των ματιών (εξετάζεται η οπτική θηλή, η ωχρά κηλίδα, το υαλοειδές και η περιφέρεια του αμφιβληστροειδή) και μια ψηφιακή φωτογράφιση εφόσον είναι εφικτό. Η φωτογράφιση του βυθού καταγράφει την κλινική εικόνα του ασθενή και έτσι μπορούμε να παρακολουθούμε τυχόν εξέλιξη της νόσου.

Η επίσκεψη στον οφθαλμίατρο θα πρέπει να γίνεται κάθε έξι μήνες, εφόσον δεν συντρέχουν λόγοι για πιο συχνή παρακολούθηση και εφόσον δεν υπάρχουν αλλοιώσεις στον βυθό.

Αν υπάρχουν αλλοιώσεις, τότε καλό είναι οι επισκέψεις μας να γίνονται κάθε τρεις με τέσσερις μήνες. Με αυτόν τον τρόπο, θα υπάρχει η δυνατότητα να προβληθούν έγκαιρα οι βλάβες και να βρεθούν οι τυχόν ενδείξεις για τις ειδικές παρακλινικές εξετάσεις όπως η φλουοραγγειογραφία και το OCT.

Ειδικές εξετάσεις - Τεχνολογία

Το τμήμα υαλοειδούς - αμφιβληστροειδούς του «Athens Eye Hospital» διαθέτει πρωτοποριακό τεχνολογικό εξοπλισμό για την πλήρη κάλυψη του φάσματος εκδηλώσεων της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας με ειδικές παρακλινικές εξετάσεις.

Fundus camera Topcon (ψηφιακή φωτογράφιση)

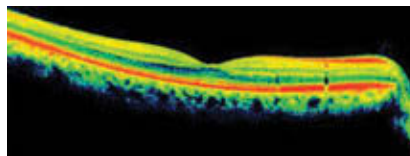
Έγχρωμη φωτογράφιση του βυθού του ματιού για καταγραφή και απεικόνιση της κλινικής εικόνας του ασθενή την ημέρα της εξέτασης.

Η επανάληψη στον χρόνο βοηθά στην παρακολούθηση της εξέλιξης και των διαφόρων αλλοιώσεων του αμφιβληστροειδή OCT Cirrus Zeiss: διαθέτει δύο μηχανήματα για πιο γρήγορη εξυπηρέτηση των

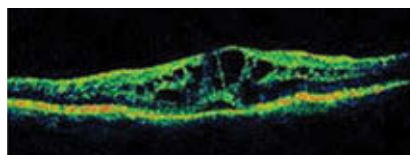


ασθενών. Η οπτική τομογραφία (Optical Coherence Tomography) είναι το νεότερο στοιχείο που χρησιμοποιείται στη διάγνωση της διαβητικής ωχροπάθειας, που αποτελεί το σημαντικότερο αίτιο μειωμένης όρασης στους διαβητικούς.

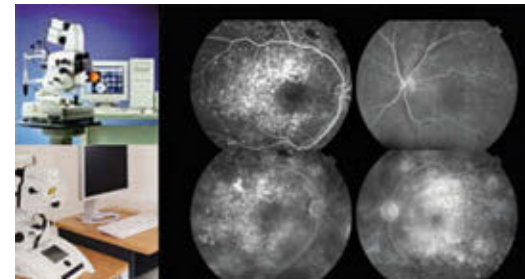
Πρόκειται για μια μορφή που χρησιμοποιώντας υπέρυθρο φως παράγει ταχύτατα υψηλής ευκρίνειας τομογραφικές απεικονίσεις της ωχράς κηλίδας σε τρισδιάστατη OCT με οίδημα ωχράς κηλίδας φυσιολογικό OCT μορφή και σε όλες τις στοιβάδες.



Φυσιολογικό OCT



OCT με οίδημα ωχράς κηλίδας



Φλουοραγγειογραφία και αγγειογραφία με ινδοκυανίνη

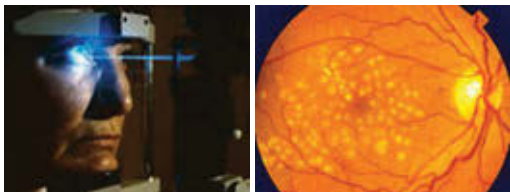
Το «Athens Eye Hospital» διαθέτει δύο διαφορετικά απεικονιστικά μηχανήματα για τις εξετάσεις των αγγειογραφιών: σύστημα Topcon με λογισμικό Imagenet και το Heidelberg spectralis (HRA).

Η εξέταση γίνεται με χρήση σκιαγραφικής χρωστικής (φλουορεσκεΐνη ή ινδοκυανίνη) στη φλέβα του ασθενή, η οποία φωσφορίζει τα αγγεία και διακρίνουμε διαρροές, ισχαιμίες, παθολογικά αγγεία, οίδημα κτλ. Η φλουοραγγειογραφία είναι μια πολύ σημαντική εξέταση στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η οποία επιτρέπει την παρακολούθηση της εξέλιξης της νόσου, βάσει της οποίας λαμβάνουμε σημαντικές θεραπευτικές αποφάσεις.

Οφθαλμική υπερηχογραφία (Ultrasound workstation paradigm)

Υπερηχογραφική μελέτη οφθαλμών σε διαβητικούς ασθενείς με πυκνή αιμορραγία υαλοειδούς ή θόλωση των διαφανών μέσων, για διάγνωση αποκολλησής αμφιβληστροειδή και πληθώρας άλλων ενδοφθάλμιων διαταραχών που μπορούν να συνυπάρχουν σε έναν διαβητικό ασθενή και κυρίως σε εκείνον με προχωρημένες βλάβες.





Θεραπεία

Ο διαβητικός ασθενής θα πρέπει να γνωρίζει ότι το πιο σημαντικό που μπορεί να κάνει για την ασθένειά του είναι να ρυθμίζει σωστά το σάκχαρό του. Το απορρυθμισμένο σάκχαρο προωθεί με γρηγορότερους ρυθμούς τη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Επίσης, θα πρέπει να ρυθμίζει την υπέρτασή του, την υπερλιπιδεμία (χοληστερίνη και τριγλυκερίδια), αν υπάρχει και να περιορίζει το κάπνισμα και το αλκοόλ.

Laser

Η απώλεια όρασης μπορεί να προληφθεί με τη θεραπεία με ακτίνες laser, αν η τελευταία γίνει στον σωστό χρόνο. Αυτή εφαρμόζεται όταν δημιουργηθούν ισχαιμικές περιοχές στον αμφιβληστροειδή, ή κυρίως όταν αρχίζουν να δημιουργούνται παθολογικά αγγεία (νεοαγγεία). Τα νεοαγγεία είναι εύθραστα και μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγίες. Το laser βοηθά στο να εξαφανιστούν τα παθολογικά αγγεία και έτσι να αποφύγουμε πιθανές αιμορραγίες και απώλεια όρασης.

Έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία ακόμη και της παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή οιδήματος χωρίς μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο τύφλωσης κατά 90%. Πρέπει να τονίσουμε ότι το laser αποσκοπεί κυρίως να σώσει την όραση που έχει απομείνει και όχι να τη βελτιώσει, παρόλο που υπάρχουν περιπτώσεις που η βελτίωση είναι εφικτή.

Η θεραπεία είναι ανώδυνη και γίνεται με μερικές συνεδρίες. Οι παρενέργειες είναι πολύ μικρές, αφορούν κυρίως τη μείωση του οπτικού πεδίου, αλλά είναι τίποτα μπροστά στον κίνδυνο να χάσει κανείς την όρασή του χωρίς τη θεραπεία.

Η θεραπεία laser διακρίνεται σε παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία, κατά την οποία σε 2-3 συνεδρίες εφαρμόζεται η θεραπεία σε όλο τον βυθό του ματιού εκτός από την κεντρική περιοχή και σε εστιακό laser όπου εφαρμόζεται σε διαβητικά οιδήματα χωρίς κηλίδας με σκοπό τον περιορισμό τους.

Η φωτοπηξία στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια γίνεται με Argon Green Laser και το νοσοκομείο διαθέτει δύο laser συστήματα, το Pascal Argon laser (Optimedica) και το green photocoagulator (532 nm Novus® Verdi®).

Ενδοαμφιβληστροειδικές ενέσεις

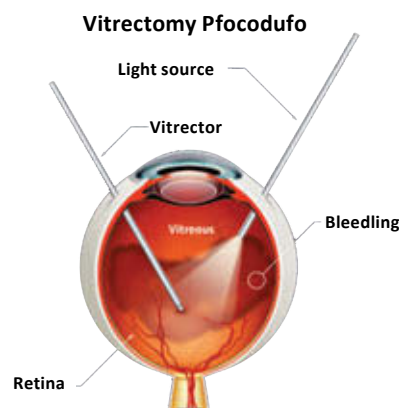
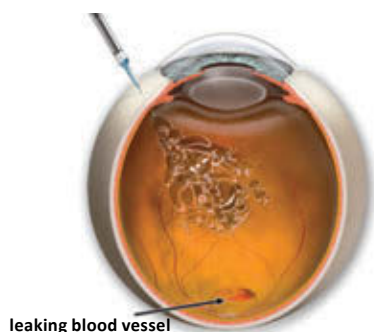
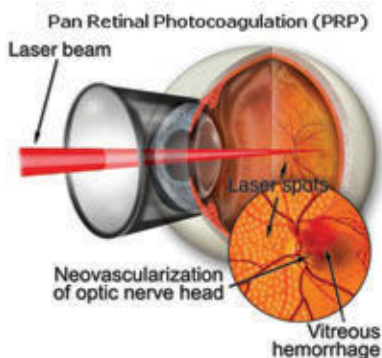
Η ενδοαμφιβληστροειδική έγχυση κορτιζόνης είναι ένας τρόπος αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της χωρίς κηλίδας με πολύ καλά αποτελέσματα. Η διάρκεια της

δράσης του φαρμάκου είναι στις έξι εβδομάδες και σε περίπτωση υποτροπής του οιδήματος απαιτείται επανάληψη της ένεσης. Η χρήση κορτιζόνης συνδέεται με τη δημιουργία καταρράκτη σε μάτια που δεν έχουν χειρουργηθεί για καταρράκτη, καθώς και με την αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και το γλαύκωμα.

Τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του οιδήματος νεότερα φάρμακα όπως οι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες (Avastin, Lucentis), που δεν έχουν τις παρενέργειες της κορτιζόνης, με πολύ καλά αποτελέσματα. Η δράση των φαρμάκων αυτών είναι 4-8 εβδομάδες και απαιτείται επανάληψη στην υποτροπή. Ο ειδικός οφθαλμίατρος επιλέγει τον συνδυασμό ενέσεων και εστιακού laser ανάλογα με την περίπτωση.

Επέμβαση υαλοειδεκτομής

Σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται χειρουργική αντιμετώπιση. Η επέμβαση που χρησιμοποιείται είναι η υαλοειδεκτομή, δηλαδή η αφαίρεση του υαλοειδούς (ζελέ) του ματιού που γεμίζει τον οφθαλμικό βολβό και που στην προχωρημένη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια προκαλείται συχνά αιμορραγία υαλοειδούς, ελκτική ή και ρηγματογενής αποκόλληση αμφιβληστροειδούς, προαμφιβληστροειδικές και υποαμφιβληστροειδικές αιμορραγίες, διάχυτο οίδημα χωρίς με ισχυρή υαλοειδο-χωρική πρόσφυση +/- υποκλινική αποκόλληση χωρίς. ✕



φροντίδα για όλους



Ο ρόλος και η σημασία της κατασκήνωσης στο ταξίδι της ζωής με το διαβήτη

Καλοκαίρι, διακοπές, ανεμελιά, χαρά, διασκέδαση, παιχνίδι, μπάνια, φιλίες, ομάδες, είναι μερικές από τις λέξεις που μπορούν να περιγράψουν το βίωμα της παιδικής κατασκήνωσης. Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν βιώσει πολλά παιδικά καλοκαίρια ως κατασκηνωτές αναπολούν εκείνα τα καλοκαίρια, γεμάτα φίλους, ανεμελιά, αθλητικές δραστηριότητες, παιχνίδι και με άλλες αμέτρητες ευχάριστες αναμνήσεις και εμπειρίες.

Ελίνα Γκίκα,
δρ ψυχολογίας,
εκπαιδεύτρια διαβήτη

Στην περίπτωση του διαβήτη, η χρόνια διάστασή του και οι καθημερινές διαδικασίες για τη ρύθμιση, του δίνουν μια άλλη διάσταση στο βίωμα της κατασκήνω-

σης. Για όλα τα παιδιά και τους εφήβους με διαβήτη (6-17 ετών), η κατασκήνωση τους δίνει τη δυνατότητα να μοιραστούν το βίωμα του διαβήτη με παιδιά της ηλικίας τους, να εξοικειωθούν μαζί του, να ξεπεράσουν πιθανές μικρές δυσκολίες και φοβίες, να ανταλλάξουν απόψεις αλλήλα και να πειθαρχήσουν στο πρόγραμμα της καθημερινότητας.

Ωστόσο, για ένα μέρος των παιδιών αυτών ο αποχωρισμός είναι αρκετά επώδυνος και δημιουργεί πλήθος προβλημάτων. Ποια μπορεί όμως να είναι πραγματικά η ψυχολογία ενός παιδιού με διαβήτη που για πρώτη φορά πηγαίνει στην κατασκήνωση;

Γνωρίζουμε πολύ καλά ότι η σχέση που το κάθε παιδί έχει με τον διαβήτη του εξαρτά-

ται από τη στάση των γονιών του απέναντι στην πάθηση. Όταν ο διαβήτης εμφανίζεται σε μικρή ηλικία, οι γονείς είναι αυτοί που αναλαμβάνουν τη ρύθμισή του. Στο πέρας των χρόνων, πολλές φορές οι γονείς δυσκολεύονται να παραδώσουν τη σκυτάλη στο παιδί και φυσικά αυτή η διαδικασία θα πρέπει να γίνεται σταδιακά, καθώς το παιδί μεγαλώνει. Είναι φυσιολογικό από την πλευρά του παιδιού για τον πρώτο καιρό να νιώθει ότι η υγεία του εξαρτάται από τους γονείς του και την επιτήρησή τους.

Πολλές φορές όμως, παρατηρούμε μια κοινωνική απόσυρση των παιδιών με διαβήτη, ακόμα και κοινωνική απομόνωση. Ή στην καλύτερη περίπτωση παρατηρούμε μια δυσκολία αυτονομίας, η οποία παρατηρείται και έπειτα από τις ηλικίες της απόλυτης εξάρτησης από τους γονείς, δηλαδή έπειτα από τα έξι χρόνια.

Σε αυτήν την κατεύθυνση έρχεται να συνδράμει και η κατασκήνωση, η οποία βοηθά το παιδί να κατανοήσει ότι δεν είναι το μόνο με τη συγκεκριμένη ιδιαιτερότητα και να ενισχύσει την αυτοπεποίθησή του.

Η κατασκήνωση επανδρωμένη, καθώς είναι μέσα από τους συλλόγους με εξειδικευμένο, εκπαιδευμένο προσωπικό (νοσηλεύτες, γιατρούς, ψυχολόγους), βοηθά το παιδί να αυτονομηθεί και να τελειοποιήσει τη γνώση της οργανικής ιδιαιτερότητας του διαβήτη. Μια ιδανική ηλικία για να ξεκινήσει το παιδί την κατασκήνωση θεωρείται μετά τα έξι, όπου θα έχει ήδη την εμπειρία του σχολείου στο ενεργητικό του, θα έχει αυξήσει την κοινωνικοποίησή του και θα έχει βελτιώσει την προσαρμογή του στο κοινωνικό σύνολο μεταξύ συνομηλίκων. Επίσης, σημαντικό ρόλο παίζει η γνωστική και συναισθηματική του ωριμότητα, καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες αποχωρισμού του παιδιού και κατά πόσο επιτυχημένες ήταν.

Τι είναι όμως το άγχος αποχωρισμού; Είναι μια κατάσταση που βιώνουν όλα τα παιδιά από τη βρεφική ηλικία και αφορά την προσκόλλησή, κυρίως με τη μητέρα. Το πρόβλημα όμως δημιουργείται όταν

δεν επιλύεται αρμονικά και ομαλά, αλλά εγκαθίσταται και ταλαιπωρεί το παιδί και την οικογένειά του. Η κύρια έκφασή του είναι όταν επίκειται κάθε είδους αποχωρισμός από το ασφαλές πλαίσιο του σπιτιού και δη της μητέρας. Η κατασκήνωση επομένως μπορεί να πυροδοτήσει ένα ξέσπασμα του παιδιού και μια πλήρη άρνησή του να μεταβεί και να παραμείνει στον χώρο της κατασκήνωσης και να αποχωριστεί τους γονείς. Η άρνηση αυτή συνοδεύεται από κλάματα και εκρήξεις θυμού, τα οποία είναι τόσο έντονα, ώστε αναγκάζουν τους γονείς να πάρουν το παιδί πίσω στο σπίτι. Το παιδί, το οποίο κατακλύζεται από το άγχος αποχωρισμού, νιώθει παντελώς αδύναμο και αβοήθητο μακριά από τους γονείς του και από την αίσθηση ότι θα το εγκαταλείψουν εκεί για πάντα, και ότι θα πάθει κάτι αυτό ή οι γονείς του. Η ύπαρξη του διαβήτη μπορεί να είναι ένας επιπλέον παράγοντας πυροδότησης του άγχους αποχωρισμού.

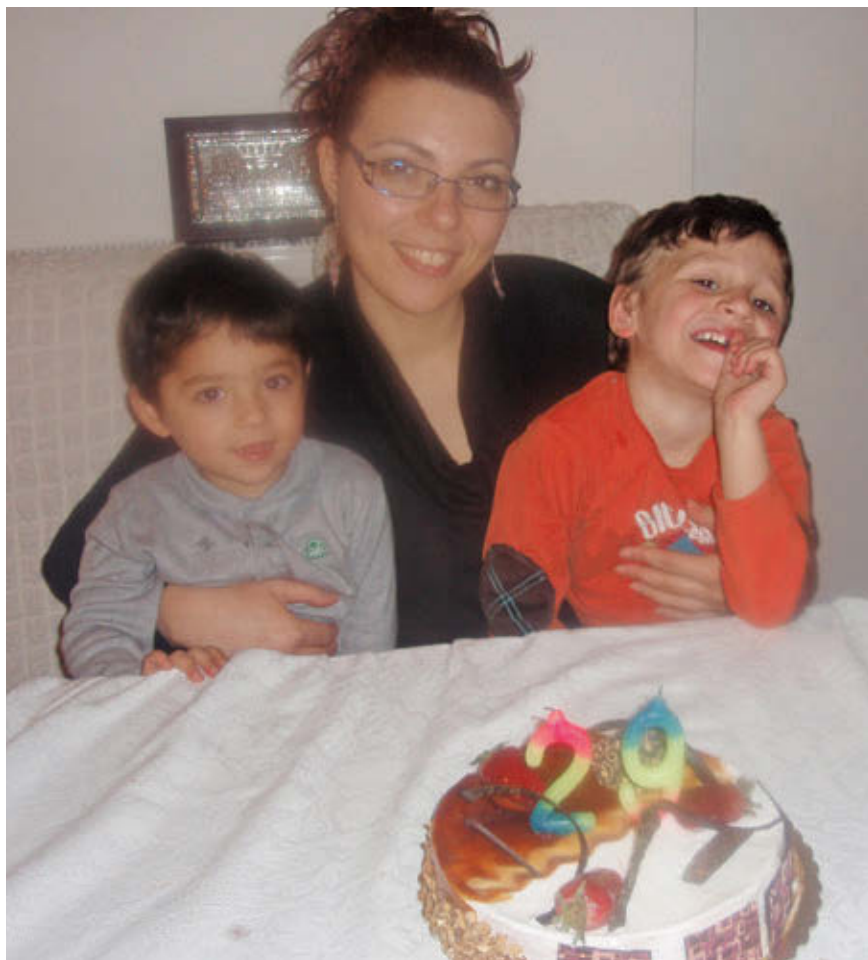
Πώς μπορείτε ως γονείς να κάνετε αυτήν τη μετάβαση λιγότερο επώδυνη για το παιδί;

- Συζητείστε και ενημερώστε το παιδί πριν πάει στην κατασκήνωση για το τι θα αντιμετωπίσει εκεί και για το ποιες θα είναι οι υποχρεώσεις του.
- Να επισκέπτεστε τις καθορισμένες ημερομηνίες το παιδί στην κατασκήνωση και κυρίως να μη ματαιώνετε τις επισκέψεις που του έχετε υποσχεθεί, διότι με τον τρόπο αυτό δημιουργείται έλλειψη εμπιστοσύνης προς το πρόσωπό σας.
- Αν κατά την αποχώρησή σας από την κατασκήνωση το παιδί αντιδράσει και θελήσει να επιστρέψει σπίτι μαζί σας, δεν θα πρέπει να ενδώσετε, αλλά να το βοηθήσετε να αντιληφτεί ότι το εμπιστεύεστε, ότι υπάρχουν άνθρωποι που βρίσκονται εκεί για να το βοηθήσουν και μπορεί να τους εμπιστευθεί και φυσικά να κρύψετε κάθε είδους δικής σας ανησυχία που θα το αναστατώσει ακόμα περισσότερο. Καλό καλοκαίρι, με όμορφες στιγμές! ✕



→ Για όλα τα παιδιά και τους εφήβους με διαβήτη (6-17 ετών), η κατασκήνωση τους δίνει τη δυνατότητα να μοιραστούν το βίωμα του διαβήτη με παιδιά της ηλικίας τους, να εξοικειωθούν μαζί του, να ξεπεράσουν πιθανές μικρές δυσκολίες και φοβίες, να ανταλλάξουν απόψεις αλλά και να πειραρχήσουν στο πρόγραμμα της καθημερινότητας.





Βασιλική Λούβαρη

Η Βασιλική Λούβαρη, είναι 29 ετών, εργάζεται ως νοσηλεύτρια Τ.Ε. στα εξωτερικά ιατρεία και είναι υπεύθυνη νοσηλεύτρια του παιδοδιαβητολογικού ιατρείου του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Ηρακλείου. Είναι παντρεμένη και έχει δύο υπέροχα παιδιά τον Κώστα και τον Νίκο. Ο διαβήτης δεν την εμπόδισε ποτέ σε τίποτα, αντιθέτως την έκανε δυνατότερη και πιο αποφασισμένη να δημιουργήσει όμορφα πράγματα στην ζωή της.

Επιμέλεια: Μαρία Χατζηδάκη

Όλα άρχισαν πριν αρκετά χρόνια. Πόσα; Δεν έχει σημασία, ούτε έχω κάτσει ποτέ να μετρήσω. Για ποιο λόγο άλλωστε; Αυτό που θυμάμαι είναι ότι είχα πολύ έντονο τσούξιμο κατά την ούρηση. Ήταν Σαββατοκύριακο και σε ένα stick ούρων που κάναμε αναζητώντας λευκά αιμοσφαίρια, αυτό που βρήκαμε ήταν σάκχαρο και κετόνες. Σε gluckostick το σάκχαρο τριχοειδικού αίματος ήταν 127 mg/dl, αλλιώς δεν ήμουν νηστική. Το αφήσαμε, δεν δώσαμε σημασία. Σε εξετάσεις αίματος που κάναμε μετά από 3-4 μέρες, ενώ η γλυκοζηλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν 5,6%, το σάκχαρο νηστείας ήταν 185 mg/dl. Κάπως έτσι ξεκίνησε. Εξετάσεις, εξετάσεις, εξετάσεις και η διάγνωση: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1.

Η πρώτη μου αντίδραση ήταν: «Οκ, εντάξει». Στη συνέχεια, βλέποντας τι σημαίνει σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, άρχισα να αρνούμαι τη διάγνωση. Έλεγα: «Δεν έχω διαβήτη, αποκλείεται! Έχω καρκίνο, ψάξτε καλύτερα!». Νόμιζα ότι ήταν καλύτερο να έχω καρκίνο από αυτό το πράγμα με τα τσιμπήματα και τα τρυπήματα. Ακόμα θυμάμαι τα μάτια της μητέρας μου να βουρκώνουν, τη γιαγιά μου να με ρωτάει αν θέλω γλυκό «για να μη ζηλεύει το παιδί», τον κόσμο να με κοιτάει με οίκτο. Γρήγορα όμως, πολύ γρήγορα, πέρασε αυτή η φάση της άρνησης. Δεν θέλω να μπω σε περισσότερες λεπτομέρειες. Αυτό που θέλω να τονίσω είναι πως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 που ηχούσε στα αυτιά μου σαν κάτι το πολύ τρομακτικό, δεν στάθηκε εμπόδιο σε τίποτα στη ζωή μου. Και βγήκα βράδυ και ήπια και έφαγα και φλέρταρα.

Αυτήν τη στιγμή είμαι 29 ετών, νοσηλεύτρια Τ.Ε. στα εξωτερικά ιατρεία και υπεύθυνη νοσηλεύτρια του παιδοδιαβητολογικού ιατρείου του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Ηρακλείου. Για το δεύ-

τερο, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Δημήτρη Μαμουλάκη, παιδίατρο εξειδικευμένο στον νεανικό διαβήτη, που με επέλεξε και με εκπαιδευσε, καθώς και την προκάτοχό μου, κα. Χρυσανθακοπούλου, η οποία με πρότεινε για αυτήν τη θέση.

Είμαι παντρεμένη με έναν υπέροχο άνθρωπο και έχω δύο μικρά αξιολάτρευτα «τερατάκια», τον Κώστα 4,5 ετών και τον Νίκο 2,5 χρόνων. Με τον σύζυγό μου γνωριστήκαμε στην Πάτρα, από όπου και κατάγομαι. Μετακομίσαμε στο Ηράκλειο λίγες μέρες μετά τον γάμο προκειμένου να ξεκινήσει ειδικότητα ως μαιευτήρας-γυναικολόγος. Ολομόναχη στην Κρήτη, έμεινα αρκετά 24ωρα μόνη στο σπίτι όντας έγκυος, στην πορεία έχοντας ένα παιδί, μετά έγκυος και με ένα παιδί και τώρα με δύο παιδιά. Ο διαβήτης δεν με έκανε να νιώθω αδύναμη να τα καταφέρω. Αντιθέτως, με έχει κάνει να νιώθω πολύ δυνατή. Με έχει κάνει όχι καλύτερο άνθρωπο, αλλά σίγουρα περισσότερο σκληραγωγημένο.

Ένα χρόνο τώρα που είμαι στο παιδοδιαβητολογικό ιατρείο, βλέπω τα «γλυκά» μας παιδιά σαν δικά μου παιδιά και στα μάτια των γονιών τους βλέπω τους δικούς μου. Εκνευρίζομαι απίστευτα, όταν παιδικοί σταθμοί δεν δέχονται τα παιδιά με διαβήτη. Νευριάζω που στην Ελλάδα του 2012 αρκετοί γονείς, μητέρες κυρίως, παρατάνε τις δουλειές τους για να μπορούν να πηγαίνουν στο σχολείο των παιδιών τους για να τους μετρήσουν το σάκχαρο ή να τους κάνουν την ινσουλίνη, γιατί οι δάσκαλοι δεν αναλαμβάνουν αυτόν τον ρόλο. Κατά τη γνώμη μου θα έπρεπε να υπάρχουν νοσηλευτές στα σχολεία, ή έστω να γίνονται σεμινάρια στους εκπαιδευτικούς σχετικά με το πώς να φροντίζουν ένα παιδί με χρόνια νόσημα όπως ο διαβήτης. Θα μου πείτε ότι στην Ελλάδα του 2012 όπου τα πράγματα είναι τό-

σο δύσκολα και αβέβαια, εγώ ζητάω πολυτέλειες. Συγγνώμη, αλλά η υγεία και η εκπαίδευση των παιδιών μας, των «γλυκών» μας παιδιών, δεν είναι πολυτέλεια, αλλά άμεση ανάγκη. Για αυτό πρέπει να βρούμε τρόπο, ώστε οι γονείς παιδιών με διαβήτη να μη χρειάζεται να αφήσουν τις δουλειές τους προκειμένου να τα φροντίζουν στην προσχολική και πρώτη σχολική ηλικία.

Πραγματικά πιστεύω ότι η ζωή μου φέρθηκε πολύ όμορφα. Με διάλεξε, με έκανε ένα «γλυκό» παιδί. Με έκανε ένα παιδί που, εξαιτίας του διαβήτη, έμαθα να πειθαρχώ, να φροντίζω τον εαυτό μου και να πιστεύω σε αυτόν. Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια, αλλά τρόπος ζωής. Ένας τρόπος που σε δυναμώνει ψυχικά και ηθικά. Είσαι ο κυρίαρχος του εαυτού σου. Αυτό θέλω να διδάξω και στα άλλα «γλυκά» παιδιά. Ότι ο διαβήτης δεν είναι τιμωρία, γιατί εξαιτίας αυτού μαθαίνεις να φροντίζεις τον εαυτό σου και να γλιτώνεις τελικά από πολλή δεινά που μπορεί να πάθαινες εάν δεν πρόσεχες. ✕

Ο διαβήτης
δεν είναι τιμωρία,
γιατί εξαιτίας αυτού
μαθαίνεις να
φροντίζεις τον εαυτό
σου και να γλιτώνεις
τελικά από πολλή
δεινά που μπορεί
να πάθαινες εάν δεν
πρόσεχες



Καλοκαιρινά φρούτα και διαβήτης



Χάρης Δημοσθενόπουλος,
MMedSci.SRD, κλινικός διαιτολόγος-
βιολόγος, μέλος ΔΣ Ελληνικής
Διαβητολογικής Εταιρείας



Τα φρούτα αποτελούν σημαντικό κομμάτι της διατροφής του διαβήτη. Αν και για πολλούς θεωρούνται «απαγορευμένα» τρόφιμα, λόγω κυρίως της περιεκτικότητάς τους σε φυσικά σάκχαρα, με αποτέλεσμα να περιορίζονται μόνο στα ξυνόμηλα και στα γκρέιπφρουτ, τα φρούτα έχουν και πρέπει να έχουν τη θέση τους στο καθημερινό διαιτολόγιο των ατόμων με διαβήτη.

Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τις συστάσεις των μεγάλων οργανισμών πρέπει να καταναλώνονται 2-3 φρούτα καθημερινά, παράλληλα με πρόσληψη λαχανικών και σαλατικών έτσι ώστε να έχουμε ένα υγιεινό και ισορροπημένο διαιτολόγιο. Δεν θα πρέπει να ξεχνούμε πως εκτός από τα σάκχαρα, τα φρούτα αποτελούν πηγές φυσικών ινών, βιταμινών και αντιοξειδωτικών συστατικών. Για τον λόγο αυτό, αν προσέξουμε την ποσότητα και το στάδιο ωρίμανσής τους, αποφύγουμε την υπερβολή στην κατανάλωση κάποιων φρούτων που είναι πολύ υψηλά σε σάκχαρα, όπως π.χ. σύκο και σταφύλι και τα εντάξουμε κατάλληλα στη διατροφή και το διαιτολόγιο, δεν θα υπάρξει καμία επιβαρυντική επίδρασή τους στα επίπεδα γλυκόζης και στη συνολική γλυκαιμική ρύθμιση των ατόμων που θα τα κα-

ταναλώσουν. Είναι γεγονός πως τα καλοκαιρινά φρούτα (καρπούζι, πεπόνι, σταφύλι) είναι πιο γλυκά από τα αντίστοιχα της χειμερινής περιόδου (μήλο, πορτοκάλι, αχλάδι). Κύριο χαρακτηριστικό τους είναι, πέρα από τη μεγαλύτερη παρουσία ζάχαρης, η υψηλή περιεκτικότητα σε νερό, αλλά και η απίθανη γεύση και η δροσερή γεύση, που τα κάνει πραγματικό πειρασμό για όλους.

Στο πλαίσιο ενός διαιτολογίου που ακολουθεί τόσο τις συστάσεις για τον σακχαρώδη διαβήτη όσο και τις αρχές της μεσογειακής διατροφής, τα φρούτα πρέπει να εντάσσονται καθημερινά στη διατροφή, καθώς συμβάλλουν στο αίσθημα του κορεσμού, στη ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης του αίματος, αλλά και στην καλή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος.

Πιο συγκεκριμένα,
τα φρούτα του καλοκαιριού είναι:



Καρπούζι:

Είναι το φρούτο που χαρακτηρίζει το καλοκαίρι. Δίνει 21-34 θερμίδες/100 γρ., 5,3 υδατάνθρακες και 94 γρ. νερό, αλλα ελάχιστες φυτικές ίνες και έχει γλυκαιμικό δείκτη= 74. Δροσερό και πλούσιο σε νερό είναι ένα ευχάριστο φρούτο που δροσίζει και αποτελεί ένα ευχάριστο «υποκατάστατο γλυκού». Αποτελεί μια καλή πηγή ηλιοπροστασίας. Είναι σημαντικό όμως, να μη μας ξεγελάει με την ελαφριά του γεύση, αφού έχει αρκετή φυσική ζάχαρη και έτσι η υπερκατανάλωσή του μπορεί να είναι επιβλαβερή τόσο για τα ζάχαρα όσο και για το βάρος μας. Είναι σημαντικό να περιοριζόμαστε σε ένα ισοδύναμο = 380 γρ. και να το καταναλώνουμε μαζί με το φαγητό, παρά μόνο του.



Πεπόνι:

Αποδίδει 21 θερμίδες/100 γρ., πέντε γρ. υδατάνθρακες και 94,2 γρ. νερό, 0,9 γρ. φυτικές ίνες, ενώ ο γλυκαιμικός του δείκτης είναι περίπου 93 (ποικιλία cantaloupe). Φρούτο γλυκό και σαρκώδες, που επίσης χαρακτηρίζει το καλοκαίρι με τη γεύση του. Συνδυάζεται από πολλούς με αλλαντικό ή με τυρί, το οποίο κάνει πιο ομαλή την απορρόφηση των σακχάρων του και δίνει μέτρια ποσότητα φυτικών ινών. Για πολλά άτομα είναι ιδιαίτερα δύσπεπτο και για αυτό θα πρέπει να αποφεύγεται η κατανάλωσή του, ενώ θέλει μεγάλη προσοχή από τα διαβητικά άτομα.



Ροδάκινα:

Φρούτο σαρκώδες με μέτρια περιεκτικότητα σε φυτικές ίνες που δίνει 37 θερμίδες/100 γρ., 9,1 γρ. υδατάνθρακες και 86,2 γρ. νερό, 1,4 γρ. φυτικές ίνες και γλυκαιμικό δείκτη στα 74, που όπως και με όλα τα γλυκά μεταβάλλεται με την ωρίμανση. Ένα ισοδύναμο αναλογεί σε ένα μικρό ροδάκινο των 110 γραμμαρίων. Πλούσιο σε βιταμίνες (κυρίως C) αλλά και ιχνοστοιχεία.



Βερίκοκα:

Δίνει 28 θερμίδες/100 γρ., 6,7 γρ. υδατάνθρακες και 86,6 γρ. νερό, 2,1 γρ. φυτικές ίνες και χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη στα 34 (ειδικά τα λίγο υπόξινα). Είναι πλούσια σε κάλιο, ασβέστιο και ρετινόλη-βιταμίνη A. Το χνούδι στη φλούδα του είναι για πολλούς αιτία δυσανεξίας και για αυτό το αποφεύγουν. Ένα ισοδύναμο αναλογεί σε δύο μεγάλα ή τέσσερα μικρά των 150 γραμμαρίων. Πολύ καλό σε ωμή αλλιά και ξερή μορφή για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας.

SOS

→ Το καλοκαίρι, λοιπόν, τα φρούτα πρέπει να αποτελούν καθημερινά μέρος του διατολογίου, αρκεί να προσέχουμε την ποσότητα και την ωρίμανσή τους και να τα συνδυάζουμε κατάλληλα με άλλα τρόφιμα στα γεύματα ή στα ενδιάμεσα σνακ, ώστε να προσφέρουν μόνο έμμεση ενυδάτωση, τόνωση και απαραίτητα στοιχεία και όχι αυξημένα μεταγευματικά ζάχαρη.



διατροφή & άμυνα



Κεράσια:

Δίνουν 47 θερμίδες/100 γρ., 11,9 γρ. υδατάνθρακες και 81,5 γρ. νερό, 1,7 γρ. φυτικές ίνες και πολύ χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη στα 22. Ισοδύναμο ενός φρούτου είναι τα 12 κεράσια των 85 γραμμαριών και για αυτό θέλει προσοχή η συνολική ποσότητα καταναλωσής τους, αφού εύκολα ξεπερνάμε το όριο, οπότε και παίρνουμε πολλή θερμίδα αλλιά και ζάχαρη. Είναι μέτρια σε ασβέστιο και κάλιο.



Σύκα:

Δίνουν 41 θερμίδες/100 γρ., 9,5 γρ. υδατάνθρακες και 84,6 γρ. νερό, 2,5 γρ. φυτικές ίνες και γλυκαιμικό δείκτη στα 61 (τα ξερά 60 γρ.). Είναι φρούτο πολύ πλούσιο σε φυτικές ίνες και για αυτό και συστήνονται σε άτομα με κακή λειτουργία εντέρου. Καταναλώνονται ωμά αλλιά και αποξηραμένα και έχουν ιδιαίτερα γλυκιά γεύση. Τα μικρά σποράκια που έχουν προκαλούν πρόβλημα σε άτομα με κοιλίτιδες ή άλλες γαστρεντερικές παθήσεις και έτσι πρέπει να αποφεύγονται. Αν καταναλώσουμε μικρή ποσότητα (ένα μέτριο τεμάχιο) και δεν υπερβάλουμε στο πόσα θα φάμε, δεν υπάρχει ιδιαίτερο πρόβλημα με την επίδρασή τους στο ζάχαρο.

Νεκταρίνια:

Δίνουν 50 θερμίδες/100 γρ., 12,4 γρ. υδατάνθρακες και 80,2 γρ. νερό, 2,5 γρ. φυτικές ίνες και γλυκαιμικό δείκτη στα 43, ενώ ένα ισοδύναμο αντιστοιχεί σε ένα μέτριο με 140 γραμμάρια. Το κύριο διατροφικό στοιχείο που δίνει είναι οι φυτικές ίνες, οπότε είναι ένα φρούτο ιδιαίτερα καλό για την αντιμετώπιση της δυσκοιλιότητας, ενώ αποτελεί σχετικά ανώδυνη επιλογή για τα άτομα με διαβήτη (αρκεί αν μην καταναλώνουμε τα πολύ ώριμα).



Σταφύλια:

Δίνουν 63 θερμίδες/100 γρ., 16,1 γρ. υδατάνθρακες και 79,3 γρ. νερό, 0,9 γρ. φυτικές ίνες και γλυκαιμικό δείκτη στα 46, αλλιά με υψηλό γλυκαιμικό φορτίο. Φρούτο που έχει ωραία γεύση και φανταστικούς οπαδούς το καλοκαίρι. Θέλει προσοχή η ποσότητα, αφού ισοδύναμο φρούτου είναι 17 ρόγες, που αντιστοιχούν σε 85 γραμμάρια! Χρησιμοποιούνται πολύ και στη μαγειρική π.χ. με κρέας (ιδιαίτερα χοιρινό), δίνοντας ωραία γλυκώδη γεύση.



Φράουλες:

Δίνουν 26 θερμίδες/100 γρ., 6,2 γρ. υδατάνθρακες και 88,9 γρ. νερό, 2,5 γρ. φυτικές ίνες και χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη στα 40 (άλλωστε είναι από τα λίγα φρούτα στα οποία πολλοί προσθέτουν έξτρα ζάχαρη ή υποκατάστατο). Ένα ισοδύναμο αντιστοιχεί σε ½ φλιτζάνι. Σε μικρά κομμάτια μέσα σε ζελέ χωρίς ζάχαρη αποτελούν ένα πολύ απλό και δροσιστικό «γλυκό» χωρίς επιβαρυντικά σάκχαρα. Τα μικρά σποράκια που έχουν προκαλούν όπως συμβαίνει και με τα σύκα, πρόβλημα σε άτομα με κοιλίτιδες ή άλλες γαστρεντερικές παθήσεις και για αυτό δεν πρέπει να συμπεριλαμβάνονται στα διαιτολόγια τους. Δίνουν ωραία μαρμελάδα ή γλυκό του κουταλιού, ενώ χρησιμοποιούνται συχνά και σε γλυκά και παγωτά.



Μούσμουλα:

Δίνουν 42 θερμίδες/100 γρ., 10,6 γρ. υδατάνθρακες και 74,5 γρ. νερό, 10,2 γρ. φυτικές ίνες. Είναι πολύ πλούσια σε ίνες και άρα από τις καλύτερες επιλογές για τα άτομα με δυσκοιλιότητα, ενώ η μέτρια προς υψηλή περιεκτικότητά τους σε υδατάνθρακες τα καθιστά μια επιλογή για τα άτομα με διαβήτη, αρκεί να μην είναι πολύ ώριμα. Είναι πλούσια σε ασβέστιο, συγκριτικά με άλλα φρούτα. Ιδιαίτερη γεύση που δεν το κάνει και το πιο δημοφιές φρούτο.

**Ελκυστική
Τιμή!**



Μεγάλη ποικιλία!

**Ανακάλυψε το νέο
Lipton Ice Tea
Χωρίς Ζάχαρη.**





Μπαβαρουάζ Ροδάκινο

ΥΛΙΚΑ

- > 1 κουτί Sweet & Balance Κρέμα
Ζαχαροπληστικής με γεύση Βανίλια
- > 1 φάκελλο Ζελατίνη σε φύλλα ΓΙΩΤΗΣ
- > 150 γραμ. (1/2 φλιτζ. τσαγιού)
Μαρμελάδα Ροδάκινο με Φρουκτόζη
FYTRO
- > 100 γραμ. σαβαγιάρ
- > 200 γραμ. (1 φλιτζ. τσαγιού) άπαχο
γάλα 0% λιπαρά
- > 100 γραμ. (1/2 φλιτζ. τσαγιού) ζεστό
νερό
- > 2 κουτ. σούπας κονιάκ



ΕΚΤΕΛΕΣΗ

- > Βουτάτε το σαβαγιάρ σε 200 ml
(1 φλιτζ. τσαγιού) χλιαρό γάλα και τα
στρώνετε σε στρογγυλή φόρμα με
σούστες διαμέτρου 22cm.
- > Μαλακώνετε μεμονωμένα τα φύλλα
ζελατίνης σε 4 κουτ. σούπας κρύο
νερό για 5 λεπτά
- > Τα βγάζετε από το νερό, τα στύβετε
ελαφριά, τα διαλύεται σε 100 ml (1/2
φλιτζ. τσαγιού) ζεστό νερό
- > Αφήνετε το νερό με τη διαλυμένη
ζελατίνη να κρυώσει (όχι να πήξει)
- > Παρασκευάζετε την Sweet & Balance
Κρέμα Ζαχαροπληστικής με γεύση
Βανίλια σύμφωνα με τις οδηγίες του
κουτιού, προσθέτοντας στο νερό
που θα χτυπήσετε την κρέμα 2 κουτ.
σούπας κονιάκ

- > Προσθέτετε στην έτοιμη κρέμα το
νερό (αφού κρυώσει) στο οποίο έχετε
διαλύσει τη ζελατίνη και συνεχίζετε το
χτύπημα για 1 λεπτό ακόμα.
- > Απλώνετε την κρέμα πάνω στα
σαβαγιάρ και βάζετε το γλύκισμα στο
ψυγείο μέχρι να πήξει η κρέμα
- > Βάζετε τη μαρμελάδα σε ένα
κατσαρολάκι και προσθέτετε 1 κουτ.
σούπας νερό
- > Τη ζεσταίνετε ελαφρώς μέχρι να γίνει
ρευστή
- > Απλώνετε τη μαρμελάδα πάνω στη
κρέμα και βάζετε το γλύκισμα πάλι στο
ψυγείο. ✕

Διαθρεπτικά στοιχεία	Ανά μερίδα 80 γραμ
Ενέργεια	95 kcal
Πρωτεΐνες	2,6 g
Υδατάνθρακες	19,2g
Σάκχαρα	8,2g
Λιπαρά	1,0g
Κορεσμένα	1,0g
Εδώδιμες ίνες	1,2g
Νάτριο	0,06g
Μερίδες ανά γλύκισμα: 12 Βάρος μερίδας: 80γραμ Ισοδύναμο: 1 ισοδύναμο αμύλου και 1/3 ισοδύναμο φρούτου	



Νέα από το 19ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την παχυσαρκία

Αντικαταστήστε τη ζάχαρη με ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες για καλύτερο έλεγχο του βάρους

Στο 19ο Ευρωπαϊκό Συνέδριο για την Παχυσαρκία που πραγματοποιήθηκε στη Λυών τον περασμένο Μάιο, οι επιστήμονες επιβεβαίωσαν ότι η προτίμησή μας για γλυκιά γεύση είναι έμφυτη και πιθανόν οφείλεται στο γεγονός ότι από την εμφάνιση του ανθρώπου στη γη, η γλυκιά γεύση, στη φύση, παραπέμπει σε «ασφαλή» τροφή, ενώ η πικρή ενδέχεται να κρύβει... κινδύνους. Αν και η επιθυμία για γλυκιά γεύση είναι εντονότερη στην πρώιμη παιδική ηλικία και σταδιακά μειώνεται καθώς οδεύουμε προς την ενήλικη ζωή μας, εντούτοις, πάντοτε επηρεάζει τις διατροφικές μας επιλογές και, συχνά, δυσκολεύει όσους επιθυμούν να ελέγξουν το βάρος τους ή πρέπει να περιορίζουν τους υδατάνθρακες στο διαιτολόγιό τους.

Μία από τις στρατηγικές που προτάθηκαν για τον καλύτερο έλεγχο του σωματικού βάρους στα πλαίσια του συνεδρίου είναι η ενθάρρυνση για αντικατάσταση προϊόντων που περιέχουν γλυκαντικές ύλες με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο, όπως η ζάχαρη ή η φρουκτόζη, με αντίστοιχα προϊόντα που περιέχουν γλυκαντικές ύλες που αποδίδουν χαμηλές ή καθόλου θερμίδες, όπως τα γλυκαντικά από στέβια, η ασπαρτάμη και η σουκραλόζη. Αυτή η μέθοδος της «απλής αντικατάστασης» επιτρέπει στους καταναλωτές να μετριάσουν την ενεργειακή πρόσληψη (δηλαδή τις θερμίδες που προσλαμβάνουν), χωρίς ωστόσο

να αποκλείουν ορισμένες τροφές –και την ευχαρίστηση που προσφέρουν- από το διαιτολόγιό τους.

Σύμφωνα με τον Αμερικάνικο Διαβητολογικό Σύλλογο (American Diabetes Association) και τον Βρετανικό Διαβητολογικό Σύλλογο (Diabetes UK) οι ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες (γνωστές και ως υποκατάστατα ζάχαρης) που προστίθενται σε τρόφιμα και ροφήματα προσδίδουν γλυκιά γεύση, έχουν ελάχιστες ή καθόλου θερμίδες και δεν επηρεάζουν τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης στο αίμα. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες ανήκουν στα πρόσθετα τροφίμων και έχουν εγκριθεί για χρήση σε τρόφιμα και ποτά, μετά από εκτενή και μακροχρόνια αξιολόγηση από τις πλέον αρμόδιες αρχές ασφάλειας τροφίμων, όπως η Ευρωπαϊκή Αρχή Ασφάλειας Τροφίμων (EFSA). Έτσι, μπορούν να καταναλώνονται με ασφάλεια από όλες τις πληθυσμιακές ομάδες, όπως είναι τα άτομα με διαβήτη, αθλητές και τα παιδιά και οι έγκυες και θηλάζουσες γυναίκες, πάντοτε στο πλαίσιο ενός ισορροπημένου διαιτολογίου.

Τελικά, τα τρόφιμα και ροφήματα που περιέχουν ολιγοθερμιδικές γλυκαντικές ύλες αποτελούν μια ακόμη επιλογή για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς τους δίνουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν τη γλυκιά γεύση χωρίς αρνητικές επιπτώσεις στο γλυκαιμικό έλεγχο ή τον έλεγχο του βάρους. ✕

Βασιλική Πυρογιάννη,
διαιτολόγος - διατροφολόγος, MSc

Τα νέα από ένα ευρωπαϊκό συνέδριο που αφορά στα αίτια αλλά και την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας μπορούν να είναι ευχάριστα, όταν αφορούν στη δυνατότητα «επανένταξης» της γλυκιάς γεύσης στη διατροφή των ατόμων που θέλουν να μειώσουν ή να διατηρήσουν το βάρος τους, ή που ζουν με τον σακχαρώδη διαβήτη



Τα πλεονεκτήματα της άσκησης μέσα στο νερό

Πολυχρόνης Μπερτόλης,
ιατρός Ναυτικού Ομίλου Βουλιαγμένης

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια πάθηση συχνή, πολύπλοκη, χρόνια και επηρεάζει πολλές όψεις της ζωής των διαβητικών και του περιβάλλοντός τους με πολλούς τρόπους. Η βέλτιστη αντιμετώπισή της απαιτεί συνεχή επαγρύπνηση, μιας και ο ασθενής και ο γιατρός καλούνται να ρυθμίζουν με συνεχείς παρεμβάσεις ένα σύστημα, το σύστημα ελέγχου της γλυκόζης στο αίμα, που κανονικά όφειλε να λειτουργεί αυτόματα.

Η κύρια βλάβη που επιφέρει ο διαβήτης είναι η διάχυτη αγγειοπάθεια. Ανάλογα με τα αγγεία που προσβάλλονται, καθώς και την έκταση και τον βαθμό προσβολής τους, προκύπτουν οι επιπλοκές του διαβήτη. Στη ρίζα όμως του διαβήτη βρίσκονται



δύο θεμελιώδεις διαταραχές, που συχνά συνυπάρχουν:

- η ανεπαρκής παραγωγή ινσουλίνης από το πάγκρεας.
- η κακή χρησιμοποίηση της υπάρχουσας ινσουλίνης από τον οργανισμό.

Το δεύτερο αυτό φαινόμενο συνήθως ονομάζεται «ευαισθησία στην ινσουλίνη» και είναι ακριβώς το σκέλος εκείνο, στο οποίο η αθλητική δραστηριότητα μπορεί να έχει ευεργετική δράση. Η αθλητική δραστηριότητα, η σωματική εξάσκηση γενικότερα, βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, δηλαδή κάνει τα κύτταρα του οργανισμού να μπορούν να χρησιμοποιούν την ινσουλίνη πιο αποτελεσματικά. Παράλληλα, βοηθάει σημαντικά την

απώλεια λίπους. Το περιττό σωματικό λίπος χειροτερεύει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και επίσης είναι μια από τις αιτίες του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Η άθληση μέσα στο νερό έχει πολλή πλεονεκτήματα. Το νερό δημιουργεί ένα περιβάλλον χωρίς βαρύτητα. Έτσι, οι αρθρώσεις καταπονούνται πολύ λιγότερο. Αποτέλεσμα είναι ότι οι τραυματισμοί μέσα στο νερό είναι πολύ λιγότεροι από οποιοδήποτε άλλο άθλημα. Ακόμη, το κολύμπι είναι πολύ λιγότερο επιβαρυντικό από ότι το περπάτημα ή το τρέξιμο σε άτομα με διαβητική νευροπάθεια ή αγγειοπάθεια των ποδιών. Καθώς το σώμα είναι βυθισμένο μέσα στο νερό, ο αθλούμενος μπορεί να κινητοποιήσει και να γυμνά-

S O S

- Στο νερό η άσκηση γίνεται πιο εύκολη αφού δεν υπάρχει βαρύτητα, έτσι οι αρθρώσεις καταπονούνται πολύ λιγότερο.
- Στο νερό γυμνάζονται ταυτόχρονα όλα τα μέλη του σώματος μας, ενώ στην στεριά αυτό είναι δύσκολο.
 - Στο νερό μειώνουμε τον χρόνο που απαιτείται για να γυμναστούμε σωστά.
 - Για την προφύλαξη μας από υπογλυκαιμίες μέσα στο νερό θα πρέπει απαραίτητα να μην κολυμπάμε μόνοι.
 - Επίσης πρέπει πάντα να μετράμε την γλυκόζη πριν και μετά την άσκηση.



σει όλα του τα μέλη ταυτόχρονα, πράγμα που είναι τεχνικά δύσκολο στη «στεριά». Έτσι επιτυγχάνεται ολική εξάσκηση σε πολύ συντομότερο χρόνο, συγκρινόμενη π.χ. με ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα εξάσκησης σε γυμναστήριο.

Επίσης, μπορεί πανεύκολα να κλιμακωθεί από τον πιο ήπιο και χαλαρό αερόβιο ρυθμό μέχρι τον πιο απαιτητικό αναερόβιο, περνώντας μέσα από όλα τα ενδιάμεσα στάδια τόσο σε ένταση όσο και σε χρόνο, ανάλογα με τις δυνατότητες και επιθυμίες του αθλούμενου. Σε κάθε περίπτωση, η βέλτιστη λύση είναι να ακολουθείται ένα πρόγραμμα άθλησης δομημέ-



Η αθλητική δραστηριότητα, βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη, δηλαδή κάνει τα κύτταρα του οργανισμού να μπορούν να χρησιμοποιούν την ινσουλίνη πιο αποτελεσματικά



νο και με επίβλεψη, π.χ. τάξεις aquarobics (ομαδικές ασκήσεις μέσα στο νερό), ή προπόνηση στο κολύμπι, υπό την επίβλεψη προπονητή. Να θυμάστε ότι η άθληση πρέπει να ξεκινάει με αργό, σταδιακό ζέσταμα 5-10 λεπτών και να τελειώνει με το αντίστοιχο χαλάρωμα. Όπως όμως σε κάθε είδους άθληση, ο αθλούμενος πρέπει να λαμβάνει ορισμένα προληπτικά μέτρα. Το πιο σημαντικό από αυτά είναι η αποφυγή της υπογλυκαιμίας.

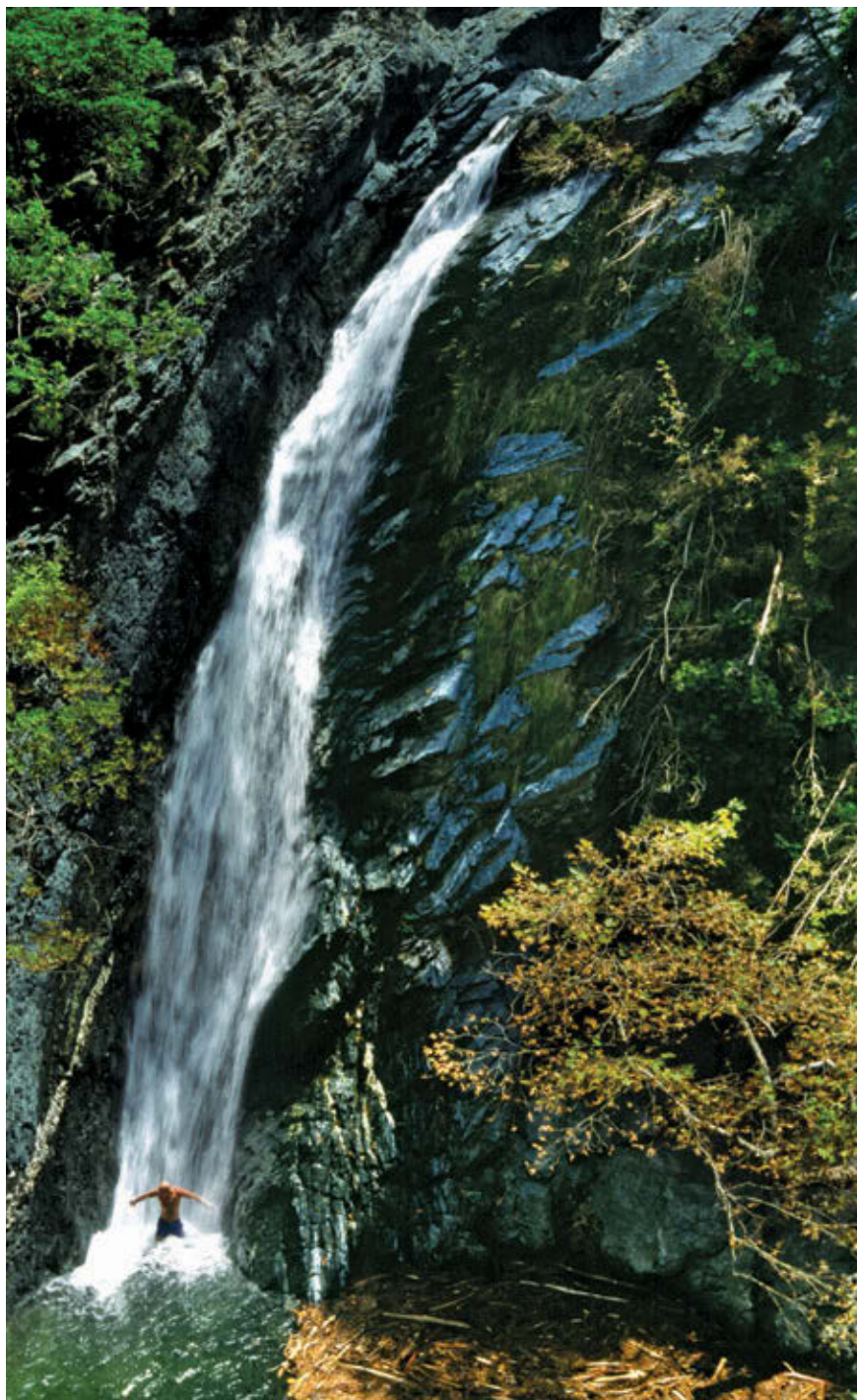
Σε αντίθεση με την υπεργλυκαιμία, που είναι μια διαταραχή που χρειάζεται βάθος χρόνου για να επιφέρει τα βλαπτικά της αποτελέσματα, η υπογλυκαιμία μπορεί να οδηγήσει πρώτα σε θόλωση και μετά σε απώλεια της συνειδήσεως πολύ γρή-

γορα, μέσα σε λεπτά και κατά συνέπεια η αντιμετώπισή της είναι κάτι που επείγει. Η λύση σε αυτό το πρόβλημα είναι: «ποτέ να μην αθλούμαστε μόνοι». Χρειάζεται πάντοτε να έχουμε παρέα και ο συνοδός μας πρέπει να είναι πλήρως ενημερωμένος για την κατάστασή μας. Πρέπει να ξέρει να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας και πρέπει να γνωρίζει ότι χρειάζεται γρήγορη και ψύχραιμη δράση: να οδηγήσει τον διαβητικό σε ασφαλές σημείο (π.χ. εκτός νερού) και να του δώσει να πιεί κάτι που να περιέχει ζάχαρη, π.χ. έναν χυμό ή κάτι αντίστοιχο.

Από τη μεριά του ο διαβητικός πρέπει να είναι προσεκτικός, ώστε να ξεκινήσει την άθληση πολύ σταδιακά και να κλιμακώ-

νει την έντασή της αργά και προβλέψιμα. Έτσι, θα μπορέσει να ρυθμίσει τόσο την ποσότητα της ινσουλίνης που χρησιμοποιεί όσο και το είδος και την ποσότητα της τροφής που θα έχει καταναλώσει πριν την άθληση και η οποία θα του επιτρέψει να έχει επαρκή ενεργειακά αποθέματα χωρίς να πέσει σε υπογλυκαιμία. Επί αμφιβολίας ο διαβητικός πρέπει να φάει λίγο παραπάνω.

Στη συνέχεια, από το γεγονός ότι ίσως έχει αυξημένες τιμές γλυκόζης, θα μπορέσει να ρυθμίσει το γεύμα του κατάλληλα, έτσι ώστε να διατηρήσει τη γλυκόζη σε κανονικά επίπεδα. Ο καλύτερος τρόπος να ελεγχθεί η κατάσταση είναι να μετριέται η γλυκόζη πριν και μετά την εξάσκηση. ✕



Ταξίδι στη Σαμοθράκη

Η Σαμοθράκη είναι το νησί που έγινε παγκοσμίως γνωστό εξαιτίας του αγάλματος της πτερωτής Νίκης της Σαμοθράκης, το οποίο βρέθηκε το 1863 στο νησί. Το άγαλμα, ύψους 2,75 μέτρων, εκτίθεται στο Μουσείο του Λούβρου, στο Παρίσι. Επιπλέον, στην αρχαιότητα, στο νησί λάμβαναν χώρα τα Καβείρια Μυστήρια, αποκρυφιστικές τελετές που το περιεχόμενο τους δεν έχει διαλευκανθεί απόλυτα μέχρι σήμερα.

της Μαρίας Χατζηδάκη





Ωστόσο, η φυσική ομορφιά του νησιού ξεπερνάει τις προσδοκίες όσων θελήσουν να την επισκεφτούν. Διαθέτει παρθένα φύση, απότομα ψηλά βουνά από τα οποία τρέχουν ορμητικά νερά και δημιουργούνται καταρράκτες, έχει πλούσια χλωρίδα και πανίδα, ενώ τα δάση της αποτελούνται από πλατάνια, πεύκα, καστανιές και κέδρους. Τα πλατανοδάση του νησιού αγκαλιάζουν σχεδόν τις παραλίες της Σαμοθράκης και φτάνουν σχεδόν στην θάλασσα. Επίσης, έχει μικρές λίμνες κατά μήκος των ρεμάτων, στις πλαγιές και τις παραλίες. Οι παραλίες του νησιού είναι υπέροχες. Τα γαλαζοπράσινα καθάρια νερά του νησιού προσφέρουν ένα υπέροχο μπάνιο. Κατά κύριο λόγο οι παραλίες του νησιού είναι πετρώδεις. Η Σαμοθράκη βρίσκεται μεταξύ των νη-



σιών Λήμνου, Ίμβρου και Θάσου. Το νησί είναι το ψηλότερο ελληνικό νησί -με την εξαίρεση των δύο μεγαλονήσων, της Κρήτης και της Εύβοιας. Το όνομα του βουνού είναι Σάος, αλλά οι ντόπιοι το ονομάζουν «Φεγγάρι» (όπως και την υψηλότερη κορυφή του), καθώς είναι «τόσο ψηλό που κρύβει το φεγγάρι». Εξάλλου, το όνομα του νησιού σημαίνει «ψηλή Θράκη» -από το αρχαιοελληνικό σάμος = υψηλή.

Η Σαμοθράκη συνδέεται ακτοπλοϊκά κυρίως με την Αλεξανδρούπολη και δευτερευόντως με την Καβάλα, το Λαύριο καθώς και με άλλα νησιά του Αιγαίου. Η οικονομία της Σαμοθράκης βασίζεται επί το πλείστον στον τουρισμό και την αλιεία. Εάν αποφασίσετε να επισκεφτείτε την Σαμοθράκη θα πρέπει να γνωρίζεται ότι ο τουρισμός εκεί δεν είναι ιδιαίτερα ανεπτυγμένος σε σύγκριση με άλλα ελληνικά νησιά. Το γεγονός αυτό ίσως είναι και η αιτία που κάνει όσους το επισκεφτούν να το λατρεύουν.

Η αρχαία ιστορία της

Η Σαμοθράκη κατοικούνταν από τα προϊστορικά χρόνια, όταν γεννήθηκε η μυθιστοριακή θρησκεία των Καβείρων που καθιέρωσε το νησί ως ένα από τα μεγαλύτερα θρησκευτικά κέντρα της αρχαιότητας. Αργότερα, κατά τον 7ο αιώνα, ήρθαν στο νησί οι πρώτοι Έλληνες, αιολικής καταγωγής. Η σημερινή Παλαιάπολη, αποτελούσε κατά την αρχαιότητα το σημαντικότερο κέντρο του νησιού, το οποίο κυβερνιόταν από «βασίλεια», λάτρευε ως προστάτιδα την Αθηνά και έκοβε δικό του αργυρό νόμισμα. Στη συνέχεια η Σαμοθράκη πέρασε στην εξουσία των Μακεδόνων και των Ρωμαίων. Ο Περσέας, ο τελευταίος βασιλιάς της Μακεδονίας, επέλεξε το νησί ως τελευταίο καταφύγιο του πριν πέσει στα χέρια των Ρωμαίων. Κατά το Μεσαίωνα, στα πλαίσια της Βυζαντινής αυτοκρατορίας, το νησί αποτελούσε τόπο εξορίας, και δεχόταν συχνά επιδρομές ξένων, Σλάβων, Σαρακηνών ή άλλων πειρατών. Για προστασία από τις επι-



θέσεις χτίστηκε το κάστρο της Χώρας καθώς και οι πύργοι-βίγρες στην Παλαιάπολη και το Φονιά.

Στην εποχή της Ευρωπαϊκής Αναγέννησης και στα νεότερα χρόνια η Σαμοθράκη γνώρισε σοβαρές δοκιμασίες: την κυριαρχία από τους Γενουάτες Gattilusi το 1430 και την κατάκτηση από τους Τούρκους το 1479. Ιδιαίτερα η τελευταία κατάκτηση οδήγησε σε δραματική μείωση του πληθυσμού, που το 17ο αιώνα περιοριζόταν στους 800 μόλις κατοίκους.

Την ανοδική πορεία του επόμενου αιώνα ακολούθησε η επανάσταση του 1821, όταν οι Τούρκοι έσφαξαν το μεγάλο μέρος των εξεγερμένων κατοίκων. Όμως το νησί κατάφερε να αναγεννηθεί οικονομικά και πληθυσμιακά και το 1912 ενώθηκε με την Ελλάδα. Μετά τη δοκιμασία του Β' Παγκοσμίου πολέμου ακολούθησε η αιμορραγία της μετανάστευσης. Τελικά όμως η Σαμοθράκη για άλλη μια φορά ορθοπόδισε και σήμερα αριθμεί περίπου 2500 κατοίκους.

Ιαματικά λουτρά

Στον οικισμό Θέρμα θα βρείτε το Δημοτικό Υδροθεραπευτήριο με τις ζεστές θειούχες πηγές, γνωστές για τις ιαματικές τους ιδιότητες από την εποχή ακόμα της Βυζαντινής περιόδου. Τα λουτρά χτίστηκαν το 1981 στους πρόποδες του λόφου των Ψαρόθερμων.

Δύο δεξαμενές χρησιμοποιούνται σήμερα για να κρυώνει το νερό που βγαίνει με γεώτρηση στους 92°C. Το νερό στις πισίνες είναι διαυγές αλμυρό στη γεύση με οσμή υδροθείου. Η θερμοκρασία του ευχάριστη στους 38°-39°C. Οι πισίνες σε καλή κατάσταση ενώ τριγύρω υπάρχουν πάγκοι για ξεκούραση. Δίπλα στα λουτρά είναι ένας χώρος με βρύσες χλιαρού νερού για ποσιποθεραπεία. Ενδείκνυται για παχύσαρκα άτομα, αλλήλα και για παθήσεις του ήπατος, χολής και νεφρών. Κοντά στο ρέμα βρίσκεται ακόμη μια πηγή με νερό που πίνεται ως καθαρτικό. Οι ατμοί που βγαίνουν από τη γεώτρηση δίπλα στο κτήριο των δημοτικών λουτρών συνιστώνται για εισπνοοθεραπεία (φλεγμονές ανωτέρων αναπνευστικών οδών). ❖



κάρτα διαβήτη

Σε φροντίζουμε. Σε στηρίζουμε!

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



Η Κάρτα Προνομίων Διαβήτη είναι μια **εκπτώτικη κάρτα**, υπό την αιγίδα της ΕΛΟΔΙ και απεθύνεται 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

σημεία διανομής

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
Σωτήρος 9, 28100, Αργοστόλι Κεφαλονιάς
Τ. 26710 23754, 6937 416600

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

→ ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ
ΔΙΑΒΗΤΗ | ΠΑΣΥΝΕΔ
ΠΑΓΓΗ 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 (Παλιό Νοσοκομείο)
Τ/Φ. 23210 58 791

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ επικοινωνήστε με τα γραφεία
της ΕΛΟΔΙ (Γ' Σεπτεμβρίου 90,
104 34, Αθήνα)
- ✓ ενημερωθείτε στο www.elodi.org
- ✓ ή αποστείλατε 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:.....
Περιοχή:.....
ΤΚ:.....
Τηλέφωνο:.....
e-mail:.....
Υπογραφή:.....

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



Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

Αθήνα

- > **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «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 «Τζάννιου»**, 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. «Σπηλιδοπούλειο»**, 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»**, Δημοτύσσης 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»**, ηλεωφ. 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»**, ηλεωφ. 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**, Τσεβιά 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, 26623 50133 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. Δωριδός

- > **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»**, Ελθένης 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

> **Θεογένειο 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 Μεταρχίας 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 - Δράμας, 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. Βοστάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700, 22513 51540 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 40366

Ν. Σάμου

> **Ν.Γ.Ν. Σάμου «Άγιος Παντελεήμων»**, Κεραποπούλου 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

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε

★ **Είμαι 16 ετών και έχω σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από 10 ετών. Ο γιατρός μου συνέστησε να βάλω αντλία ινσουλίνης, την οποία έχω εδώ και τέσσερις μήνες. Νιώθω ότι με περιορίζει να κάνω ό,τι θέλω: να ντυθώ όπως θέλω, π.χ. φορέματα, να πάω όπου θέλω, π.χ. στη θάλασσα το καλοκαίρι κ.λπ. Τι μπορώ να κάνω;**

Η αντλία ινσουλίνης είναι ένας διαφορετικός τρόπος χορήγησης ινσουλίνης που δίνει ένα ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης συνεχώς με έναν καθετήρα, σκοπεύοντας να προσομοιώσει -το πάγκρεας- όσο αυτό είναι δυνατόν. Ο έλεγχος του διαβήτη φαίνεται να είναι καλύτερος με αυτήν. Τελικά όμως, είναι θέμα αποδοχής του ίδιου του διαβητικού, ότι συνεπάγεται η χρήση της. Η αντλία μπορεί να αφαιρεθεί μικρά χρονικά διαστήματα μόνο (30-40 λεπτά) χωρίς προβλήματα. Ίσως υπάρχουν μερικοί περιορισμοί, που οι περισσότεροι χρήστες με την πάροδο του χρόνου, τους θεωρούν ασήμαντους. Υπάρχουν διάφορα εξαρτήματα που κάνουν τη χρήση της πιο εύκολη, ιδιαίτερα σε δεσποινίδες: καλτσοδέτες, εξαρτήματα για το στηθόδεσμο κ.λπ. Προσπάθησε να μάθεις, οι εταιρείες θα σε βοηθήσουν. Είναι θέμα συνήθειας, δώ-

σε λίγο χρόνο στον εαυτό σου. Ίσως τελικά, αν δεν το δεχτείς, η αντλία να μην κάνει για σένα!

★ **Επηρεάζονται οι τιμές σακχάρου από την έμμηνο ρύση;**

Σε πολλά κορίτσια συμβαίνει λίγες ημέρες πριν την έμμηνο ρύση (περίοδο) ή κατά τις 2-3 πρώτες ημέρες να παρουσιάζουν υψηλότερες τιμές σακχάρου. Αυτό είναι ένα φυσιολογικό φαινόμενο και δεν θα πρέπει να ανησυχεί το ίδιο το κορίτσι ή το οικογενειακό περιβάλλον.

★ **Είμαι 17 ετών και έχω διαβήτη τύπου 1 εδώ και οκτώ χρόνια. Του χρόνου θα πρέπει να δώσω εξετάσεις για να περάσω στο πανεπιστήμιο. Μήπως ο διαβήτης μου θα περιορίσει τις επαγγελματικές επιλογές μου;**

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν θα πρέπει να περιορίσει τις επαγγελματικές επιλογές σου. Υπάρχουν μερικά επαγγέλματα που μπορεί, λόγω ασφάλειας, η πολιτεία σήμερα να αποκλείει τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη να γίνουν π.χ. πιλότοι ή στρατιωτικοί. Οι σύλλογοι όμως των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη προσπαθούν να το παρακάμψουν αυτό, με τη σύμφωνη γνώ-



μη της πανεπιστημιακής ιατρικής κοινότητας, λόγω του ότι σήμερα διαθέτουμε καλύτερα μέσα θεραπευτικής αντιμετώπισης. Επίσης, δε θα πρέπει να έχεις κανένα περιορισμό κατά την εξεταστική διαδικασία για την εισαγωγή στο πανεπιστήμιο. Με τη βοήθεια του γιατρού σου και με πιθανή αλλαγή στο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, όλα θα πάνε κανονικά. Ακόμη ισχύει η πιθανή εισαγωγή στην κατηγορία των ατόμων με ειδικές ανάγκες για τις εξετάσεις, αλλά πιθανώς, όχι για πολύ ακόμα!

★ **Ο γιος μου είναι 13 ετών και πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη εδώ και τέσσερα χρόνια. Αθλείται καθημερινά τουλάχιστον 2 ώρες. Κάνει όμως κάλους στα πόδια του. Δεν υπάρχουν ειδικά παπούτσια γι' αυτό;**

Ο αθλητισμός παίζει βασικό ρόλο στη βελτίωση της ρύθμισης του σακχαρώδους διαβήτη. Όμως, δεν πρέπει να προκαλεί τραυματισμούς, όπως αυτούς που έχει ο γιος σας. Είναι προφανές ότι τα παπούτσια που φοράει δεν είναι κατάλληλα. Υπάρχουν ειδικά παπούτσια γι' αυτό: αυτά που είναι άνετα, κατάλληλα για το άθλημα που κάνει και δεν προκαλούν προβλήματα. Έτσι θα λυθεί το πρόβλημα αυτό. ✕





ακόμα μεγαλύτερη

Ακρίβεια

GR-CXTPWDAD-0512

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

Εξαιρετική ακρίβεια για αποτελέσματα που μπορείτε να εμπιστευέστε.

Μοναδική τεχνολογία πολλαπλού - παλμού που μετράει το δείγμα 7 φορές

Τεχνολογία No Coding™ που εξαλείφει σφάλματα από λάθος κωδικοποίηση

Μετρήσεις που δεν επηρεάζονται από πολλές κοινές ουσίες παρεμβολής

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

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



**Contour
next**
Ταινίες Μέτρησης Γλυκόζης Αίματος



**Contour
XT**
Σύστημα Παρακολούθησης
Γλυκόζης Αίματος