

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

Ιούλιος-Αύγουστος 2012 # 28

ISSN : 1791-4574

www.elodi.org



- Νικόλαος Κ. Κεφαλογιάννης, συντονιστής διευθυντής παθολογίας, υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, ΓΝΗ «Βενιζέλιο-Πανάνειο»: “ Το κόστος για τη θεραπεία των επιπλοκών του διαβήτη είναι πολύ μεγαλύτερο από το κόστος για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Δυστυχώς, το μόνο κόστος που μετράει στην Ελλάδα είναι το πολιτικό. ”
- Διαχείριση και εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στα νοσοκομεία
- Ταχίνι: πολύτιμο στη διατροφή των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1


ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



Κάποια πράγματα τα φοράμε
για να τα προσέξουν...

Κάποια άλλα, όχι!

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

Σχεδιασμένα για να είναι αόρατα!



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



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΔΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ

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

ΕΚΔΟΤΡΙΑ

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

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

Τζένη Περγαλιώτου
jp@exelixa-sa.gr

ART DIRECTOR

Χρήστος Γεωργίου
georgiou.ch@exelixa-sa.gr

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

Αναστασία Καφούση
kafousi.a@exelixa-sa.gr

ΑΡΧΙΣΥΝΤΑΞΙΑ & ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΥΛΗΣ

Μαρία Χατζιδάκη
chatzidaki.m@exelixa-sa.gr

ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΚΙΜΕΝΩΝ

Δημήτρης Χατζησταύρου

ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΣΥΝΤΑΚΤΗΣ

Σοφία Νέτα

ΥΠΟΔΟΧΗ ΔΙΑΦΗΜΙΣΗΣ

Πόλυ Βύνιου
advertising@exelixa-sa.gr

ΦΩΤΟΓΡΑΦΙΚΟ ΑΡΧΕΙΟ

Shutterstock

ΕΚΤΥΠΩΣΗ

ΠΕΔΙΟ Α.Ε.

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ



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

Οι απόψεις των συντακτών και των αρθρογράφων δεν αποτελούν
αναγκαστικά τις απόψεις του εκδότη και του ιδιοκτήτη του περιοδικού.
Για τα αποστέλλόμενα 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, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, λέκτορας Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου «Μητέρα»

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

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. «ΝΙΜΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο 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 Χρυσός, 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 # 28

38

4

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ / ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τετ α τετ συνέντευξη με τον κ. **Νικόλαιο**

Κ. Κεφαλογιάννη, συντονιστή διευθυντή παθολογίας, υπεύθυνο Διαβητολογικού Ιατρείου στο Βενιζέλειο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης

14

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

16

ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Βιθινταγλιπτιν, νέες ενδείξεις στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

20

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Κονδυλώματα πρωκτογεννητικής περιοχής και σακχαρώδη διαβήτης

24

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- Διαβητική δυσλιπιδαιμία: νεότερες θεραπείες
- Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακή νόσος

32

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Η λαπαροσκοπική χειρουργική στη γυναικολογία.
Τα οφέλη της στη γυναίκα με διαβήτη

34

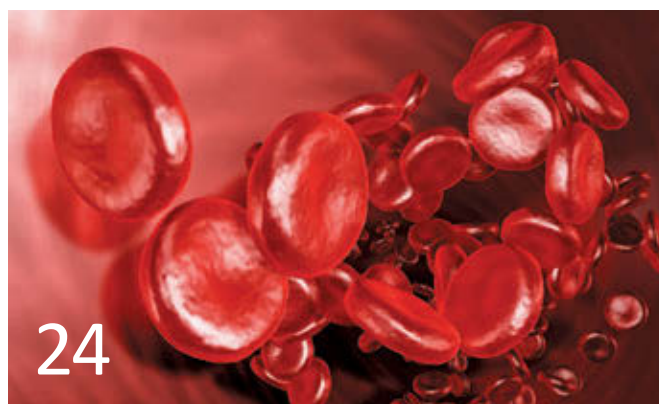
ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Διαχείριση και εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, τα οποία επισκέπτονται τα νοσοκομεία

38

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Αεροπορικά ταξίδια και κίνηση
πόσο ασφαλή είναι για την ανάπτυξη του εμβρύου



50



42 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Διαβάζοντας τις πρώτες μόλις σειρές του κειμένου αυτού «εγκλιωβίστηκα» ανάμεσα στις λέξεις του. Ήρchiσα να αναρωτιέμαι για την σημασία της φιλίας, της γλυκιιάς φιλίας όπως την περιγράφει η Ιωάννα Τσίγα και απόρησα «μπορεί μια φιλία να είναι τόσο δυνατή»; Η δεινή της γραφή σε συνδυασμό με την αφηγηματική αδεία που δημιουργεί μέσα από το κείμενό της καθηλώνουν!

43 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

44 ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ

Η σημασία του ταξινοίου στη διατροφή των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

48 ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΛΛΑ

Συνταγές με ταξίνι

50 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Ποδηλασία και ευεξία, πώς το ποδήλατο εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής

54 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ

- Η μεγαλοπρέπεια της Επιδαύρου
- Το άγνωστο Μαυροβούνιο

60 ΧΡΗΣΤΙΚΑ

Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

63 ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

Γίνετε δωρεάν συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

64 ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη

44



54





Αγαπητοί αναγνώστες,

Μετά την καλοκαιρινή ραστώνη, που σχεδόν όλοι πιστεύω να απολαύσατε, είτε για μικρό είτε για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, ήρθε η ώρα της επιστροφής στην πραγματικότητα!

Το χρονικό αυτό διάστημα κύλησε με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης να προβάλουν την «κρίση ως αξιοθέατο». Η κρίση πουλάει, ειδικά όταν πληρεί όλα τα κλισέ, όταν είναι σχηματοποιημένη και εύπεπτη για το ευρύ διεθνές κοινό. Σε αυτή την ελκυστική συσκευασία, η κρίση έχει γίνει εσχάτως το πλέον εξαγωγίμο ελληνικό προϊόν. Τα διεθνή τηλεοπτικά δίκτυα συνωστίζονται στην Αθήνα, αναδεικνύοντας την ανεργία, την αγανάκτηση και την απόγνωση ως νέο εθνικό μας φοιτητή.

Ξένοι άνθρωποι αφιερώνουν τον ελεύθερο χρόνο, τα χρήματα και το ενδιαφέρον τους για να κατανοήσουν καλύτερα τις αιτίες και τις εκφάνσεις της ελληνικής κρίσης.

Ευχάριστη όμως νότα για τις καλοκαιρινές διακοπές ήταν οι Ολυμπιακοί Αγώνες του Λονδίνου. Προσέφεραν θεαματική ακροαματικότητα και στο μέτρο του δυνατού, λόγω της βαθιάς οικονομικής κρίσης, οι δικοί μας αθλητές, παρά τα λιγοστά μετάλλια, με τις επιδόσεις τους κατάφεραν να ανεβάσουν την Ελλάδα ψηλά και μας πλημμύρισαν με συγκίνηση, υπερηφάνεια και αισιοδοξία για μελλοντικές επιτυχίες.

Μικρότερης προβολής, αλλά μεγάλης σημασίας για τη χώρα μας και πολλή υποσχόμενα για το μέλλον, ήταν τα 5 παιδιά που άριστευσαν στην Ολυμπιάδα Αστρονομίας – Αστροφυσικής στο Ρίο της Βραζιλίας. Αυτά τα παιδιά αποτέλεσαν την Εθνική μας Ομάδα και απέσπασαν μετάλλια αργυρά και χάλκινα, κάνοντας υπερήφανους όχι μόνο τους γονείς τους, αλλά και τη χώρα μας.

Υπάρχει πάντα ελπίδα, παρά το διεθνές ζοφερό κλίμα, να αισιοδοξούμε όλοι μας για επιτυχίες και ανάκαμψη, ώστε να αποφύγουμε τις δυσμενείς συνέπειες της κρίσης. Ως λαός είμεθα μαθημένοι πάντα να αντιστεκόμαστε και να ορθοποδούμε.

Με τη νέα ηγεσία του Υπουργείου Υγείας το Δ.Σ. της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη συνεργάζεται στενά και προσπαθεί να διορθωθούν αρκετές αδικίες σχετικά με την περίθαλψη και τις κοινωνικές παροχές.

Καλό φθινόπωρο σε όλους, με υγεία και αρκετή δύναμη για να αντιμετωπίσουμε την απλή ή σύνθετη καθημερινότητά μας.

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 επιδόρπια χωρίς ζάχαρη με χαμηλό Γλυκαιμικό Δείκτη Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ**, στο πλαίσιο ενός ισορρο-
πημένου υποθερμιδικού προγράμματος διατροφής, η
μεταβολή της μεταγευματικής αύξησης του σακχάρου
ήταν μέσα στα φυσιολογικά όρια. Το γεγονός ότι
γνώριζαν ότι μπορούν να καταναλώσουν επιδόρπια
τακτικά, βοήθησε να συμμορφωθούν πλήρως στο
πρόγραμμά τους, με αποτέλεσμα και τη σημαντική
απώλεια βάρους.

SOLID

ΚΑΤΑΛΗΛΑ
ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Συμβάλλει
στον καλύτερο
γλυκαιμικό
έλεγχο



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ | ΟΡΘΟΓΙΑΤΡΙΚΟΙΣ | 07-08/2012

www.sweetandbalance.gr

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Κ. ΚΕΦΑΛΟΓΙΑΝΝΗΣ

Συντονιστής διευθυντής παθολογίας, υπεύθυνος Διαβητολογικού Ιατρείου, Βενιζέλιο Πανάνειο Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου Κρήτης



« Είναι γνωστό ότι το κόστος για τη θεραπεία των επιπλοκών είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από το κόστος για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Δυστυχώς όμως, όλο αυτό το κόστος δεν υπολογίζεται και δεν λαμβάνεται υπόψη και στη συνέχεια λήψης των αναγκαίων μέτρων, όπως γίνεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου, γιατί στην Ελλάδα το μόνο κόστος που μετράται, μέχρι σήμερα, είναι το πολιτικό. »

της Μαρίας Χατζηδάκη

→ Έχοντας μια πολυετή εμπειρία στο χώρο του διαβήτη και όντας σε ένα από τα μεγαλύτερα νοσοκομεία της Ελλάδος, στο διαβητολογικό ιατρείο του Βενιζέλειου - Πανάνειου Γ.Ν. Ηρακλείου Κρήτης, έχετε αντιμετωπίσει πολυάριθμα περιστατικά, τα οποία σας έχουν οδηγήσει σε πολύ χρήσιμα συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα αυτά αποφασίσατε να τα αποτυπώσετε στο βιβλίο σας «Όσα πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη». Τι σας οδήγησε στο να εκδώσετε αυτό το βιβλίο; Θεωρείτε ότι συνετέλεσε στην εκπαίδευση των διαβητικών ατόμων;

Θέλω να ευχαριστήσω την διεύθυνση του περιοδικού σας, και ιδιαίτερα τον

αγαπητό φίλο από τα παλιά, κύριο Δημήτρη Χιώτη, με τον οποίο μας συνδέει μια ιδιαίτερη φιλία, για την τιμή που μου κάνατε να με φιλοξενήσετε στις στήλες του περιοδικού.

Θα αρχίσω με τον επίλογο του εγχειριδίου που είναι μια ρήση από τον Ερωτόκριτο του Βιτσένζου Κορνάρου που έχει απόλυτη εφαρμογή στον σακχαρώδη διαβήτη:

«Ωσπού'ναι σύνωρη η πληγή, μπορείς να τη γιατρέψεις
Και θρίσκες και το γιατρικό, αν το καλογυρέψης...»

Ερωτοκρίτος Γ 275

Πάγια αρχή μας ήταν, είναι και θα είναι, να ανακαλύπτουμε έγκαιρα τον σακχα-

ρώδη διαβήτη και να φροντίζουμε γρήγορα για τη σωστή ρύθμισή του.

Με αυτή την αρχή, το 2003 τυπώθηκε η πρώτη έκδοση του βιβλίου με τίτλο: «Όσα πρέπει να γνωρίζουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη» με τη βοήθεια των συνεργατών μου και την ευγενική χορηγία της ABBOTT, την οποία ευχαριστούμε. Η σημερινή έκδοση του βιβλίου θεωρούμε ότι περιέχει πολλές από εκείνες τις γνώσεις που πρέπει να έχει ένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη, προκειμένου να μπορεί να κάνει τη διάγνωση, τη ρύθμιση και την αντιμετώπιση των καταστάσεων που μπορεί να αντιμετωπίσει. Ακόμη, υπάρχουν πληροφορίες για τις επιπλοκές, την πρόληψη και την αντιμετώπιση του διαβήτη. Επίσης, υπάρχουν χρήσιμες πληροφορίες για τη σωστή δι-

ατροφή, ενώ, ιδιαίτερη αναφορά γίνεται για τον σακχαρώδη διαβήτη της εγκυμοσύνης. Το βιβλίο αυτό νομίζω πως καλύπτει ένα ευρύ φάσμα όλων των παραμέτρων που αναφέρονται στον σακχαρώδη διαβήτη.

Αυτό που μας οδήγησε στο να αποφασίσουμε να εκδώσουμε αυτό το εγχειρίδιο, είναι η πεποίθησή μας πως τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να έχουν εκείνες τις γνώσεις για να μπορούν να ρυθμίσουν το σάκχαρο τους, στα επίπεδα που πρέπει και να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της καθημερινότητας.

Πεποίθησή μου είναι, ότι όλα τα άτομα με διαβήτη θα πρέπει να έχουν όλες τις απαιτούμενες γνώσεις και από κει και πέρα να αναλάβουν τις ευθύνες που τους αναλογούν.

→ Ποια είναι τα μεγαλύτερα και σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζετε στο διαβητολογικό ια-

Σήμερα, ευτυχώς γίνονται σημαντικές προσπάθειες επαναφοράς της κρητικής διατροφής από ομάδες διατροφολόγων, αλλήλ και στελεχών ξενοδοχειακών μονάδων, με καλή αποτελέσματα

τρείο του νοσοκομείου Ηρακλείου, λαμβάνοντας υπόψη μας τις συνθήκες που επικρατούν σε οικονομικό και στελεχιακό επίπεδο;

Θα ξεκινήσω από το δεύτερο. Το ιατρείο μας είναι στελεχωμένο με όλο εκείνο το απαραίτητο προσωπικό που μπορεί να αντιμετωπίσει τα περισσότερα και σπουδαιότερα προβλήματα που παρουσιάζονται σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η στελέχωσή του σε επίπεδο προσωπικού θα έλεγα πως είναι σε πάρα πολύ καλό επίπεδο. Δυστυχώς, η γενική οικονομική στενότητα και ειδικά στο χώρο της υγείας, δεν επιτρέπουν περισσότερες δραστηριότητες. Ίσως όμως και η στενότητα του χώρου να είναι ένα μεγάλο πρόβλημα για μας.

→ Παρόλα τα άρθρα που δημοσιεύονται στον τύπο και τις εκπομπές υγείας που προβάλλονται στην τηλεόραση, παρατηρούμε με ιδιαίτε-



Ενδεικτικά αναφέρω πως μελέτες του Πανεπιστημίου Κρήτης, από τον καθηγητή κύριο Αντώνη Καφάτο, δείχνουν ο κρητικός πληθυσμός να κατέχει τα πρωτεία σε παχύσαρκα παιδιά στον ευρωπαϊκό χώρο, και όχι μόνο. Είναι γνωστό πως οι αλλαγές του τρόπου ζωής και διατροφής (καθιστική ζωή, πολλές ώρες στην τηλεόραση και τους υπολογιστές, έλλειψη κάθε σωματικής δραστηριότητας) συμβάλλουν σημαντικά σε αυτά τα αποτελέσματα

ρη ανησυχία ότι υπάρχει μεγάλη αύξηση των παχύσαρκων παιδιών στην Ελλάδα και κατ' επέκταση αύξηση του παιδικού διαβήτη. Λαμβάνοντας υπόψη μας ότι η κρητική διατροφή θεωρείται πρότυπο διατροφής παγκοσμίως, τι θεωρείτε ότι οδήγησε τα νέα άτομα να υιοθετήσουν την δυτική διατροφή; Ποιες πρέπει να είναι, κατά την άποψη σας, οι ενέργειες και οι δράσεις που θα πρέπει να γίνονται σε πολιτειακό, επιστημονικό και ατομικό επίπεδο, προκειμένου να γίνει «φύση» στη λογική των παιδιών η σωστή διατροφή, η οποία θωρακίζει την υγεία τους και δημιουργεί μια υγιή μελλοντική κοινωνία πολιτών;

Η κρητική διατροφή, με την ευρεία έννοια του όρου πρέπει να είναι πρότυπο καλής και υγιεινής διατροφής, όχι μόνο στην Ελλάδα, αλλά παγκόσμια. Και πρέπει να είναι πρότυπο, όχι μόνο για να έχουμε καλύτερη υγεία, αλλά και για να εφαρμόζουμε αυτό που λέγεται πρόληψη και να έχουμε θεραπεία διαφόρων νοσημάτων που σχετίζονται με την διατροφή μας, όπως είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία κ.λ.π.

Στην ερώτησή σας, ασφαλώς και αναφέρεστε στην μελέτη των επτά χωρών (Φιλανδία, Σερβία, Ολλανδία, ΗΠΑ, Ιταλία, Ιαπωνία, Ελλάδα) την 10ετία του 1960, η οποία έδειξε αυτά τα εντυπωσιακά αποτελέσματα, προβάλλοντας την Κρήτη ως το μέρος με τα μικρότερα ποσοστά θνησιμότητας, απόρροια της μεσογειακής διατροφής. Σήμερα, όπως πολύ καλά γνωρίζετε, η μεσογειακή διατροφή, με την έννοια που χρησιμοποιήθηκε ο όρος στην μελέτη, δεν υπάρχει. Δυστυχώς, ο δυτικός τρόπος ζωής και διατροφής έχει επηρεάσει σημαντικά και την Κρήτη!



Ενδεικτικά αναφέρω πως μελέτες του Πανεπιστημίου Κρήτης, από τον καθηγητή κύριο Αντώνη Καφάτο, δείχνουν ο κρητικός πληθυσμός να κατέχει τα πρωτεία σε παχύσαρκα παιδιά στον ευρωπαϊκό χώρο, και όχι μόνο. Είναι γνωστό πως οι αλλαγές του τρόπου ζωής και διατροφής (καθιστική ζωή, πολλές ώρες στην τηλεόραση και τους υπολογιστές, έλλειψη κάθε σωματικής δραστηριότητας) συμβάλλουν σημαντικά σε αυτά τα αποτελέσματα.

Για παράδειγμα, είναι γνωστή η μεγάλη αύξηση του τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και μάλιστα, σε αρκετές μελέτες το ποσοστό φτάνει στο 50%. Κύρια αίτια είναι η κακή διατροφή, παχυσαρκία και έλλειψη σωματικής άσκησης.

Σήμερα, ευτυχώς γίνονται σημαντικές

προσπάθειες επαναφοράς της κρητικής διατροφής από ομάδες διατροφολόγων, αθλά και στελεχών ξενοδοχειακών μονάδων, με καλά αποτελέσματα.

Ήδη, σε πολλές ξενοδοχειακές μονάδες έχει καθιερωθεί η κρητική διατροφή στο σύνολο των γευμάτων, 3 – 4 ημέρες την εβδομάδα. Η αποδοχή της ενέργειας αυτής είναι εξαιρετική και από τους ντόπιους και από τους τουρίστες. Πάντως, η προσπάθεια είναι πολύ αξιόλογη και πιστεύουμε πως θα επιφέρει τα αναμενόμενα καλά αποτελέσματα.

Όσον αφορά στο ρόλο των μέσων μαζικής επικοινωνίας, νομίζω πως θα μπορούσε να είναι πολύ καθοριστικός στην ενημέρωση των πολιτών για θέματα υγείας γενικότερα. Υπάρχουν αρκετές καλές εκπομπές για την υγεία στην τηλεόραση, αλλά και εκτενέστερες αναφορές στα έντυπα μέσα θεωρώ ότι θα μπορούσαν να παίξουν σημαντικότερο ρόλο.

→ Την τελευταία πενταετία 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 διαβήτη τύπου 2. Επιστήμονες αναφέρονται στη δημιουργία εμβολίου, το οποίο θα θεραπεύει το διαβήτη, χειρουργικές μεθόδους, όπως η μεταβολική χειρουργική, οι οποίες θα βελτιώνουν το μεταβολισμό του σακχάρου στα άτομα με διαβήτη, καθώς επίσης και κλινικές μελέτες, οι οποίες ενοχοποιούν κάποιες τροφές, καθιστώντας τες υπεύθυνες για την ανάπτυξη του διαβήτη και άλλων χρόνιων παθήσεων. Το ερώτημα που γεννάται κύριε Κεφαλογιάννη, είναι εάν θεωρείτε ότι όλες

Είναι γνωστό πως στην Ελλάδα τα κονδύλια για την υγεία είναι από τα υψηλότερα παγκοσμίως χωρίς την αντίστοιχη αύξηση των σωστών παροχών υγείας δηλαδή πιο απλά ο Έλληνας ασθενής δεν απολαμβάνει καλύτερο επίπεδο περίθαλψης ανάλογο των χρημάτων που ξοδεύονται. Η πολιτική στα θέματα υγείας πρέπει κάποτε να γίνει ξεκάθαρη. Δεν μπορεί από την ασυδοσία να πηγαίνουμε στην απόλυτη λιτότητα



πρόσωπο με πρόσωπο

αυτές οι μελέτες θα μπορέσουν να φέρουν γρηγορότερα στον κόσμο τη θεραπεία του διαβήτη.

Είναι γνωστό πως οι υπάρχουσες θεραπευτικές εξελίξεις στηρίζονται σε μελέτες. Όλοι οι θεραπευτικοί αλγόριθμοι είναι αποτέλεσμα μακροχρόνιων μελετών. Ας μη ξεχνούμε όμως ποτέ, πως κάθε άτομο με σακχαρώδη διαβήτη είναι μια ιδιαιτερότητα και χρειάζεται εξατομίκευση της θεραπευτικής αγωγής.

Ίσως μια θεραπευτική αγωγή που χορηγείται σε ένα άτομο με άριστα αποτελέσματα να μην έχει την ίδια θεραπευτική ανταπόκριση σε άλλα άτομα. Και αυτό πρέπει να τονίζεται όταν χορηγείται μια αγωγή, γιατί πολλές φορές οι ασθενείς μάς ρωτούν «γιατρέ αυτό το φάρμακο παίρνει ο γείτονας και πάει καλά στο σάκχαρο». Έχουν δίκιο, αλλά η κάθε θεραπευτική αγωγή απευθύνεται σε συγκεκριμένο άρρωστο και δεν πρέπει να γενικεύεται.

Συμπερασματικά, θα μπορούσα να πω πως οι θεραπευτικές εξελίξεις προχωρούν με γρήγορους ρυθμούς και ίσως σύντομα να έχουμε καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Μέχρι τότε, πρέπει με τα υπάρχοντα μέτρα να αντιμετωπίζουμε τον σακχαρώδη διαβήτη πολυπαραγοντικά, να έχουμε το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα ώστε να ελαττώσουμε τον κίνδυνο των επιπλοκών που είναι και ο τελικός θεραπευτικός μας στόχος.

Όσον αφορά στη βαριατρική χειρουργική που χρησιμοποιείται σήμερα για την θεραπεία της νοσηρής παχυσαρκίας και των συνυπαρχουσών νοσηρών καταστάσεων, όπως είναι και ο σακχαρώδης διαβήτης, τα αποτελέσματα είναι άριστα. Ωστόσο, θα πρέπει να γίνεται σωστή παρακολούθηση μετά την επέμβαση. Είναι γνωστό πως οι παρενέργειες από την επέμβαση είναι ίδιες με μιας χολοκυστε-

κτομής. Ο τελικός στόχος των βαριατρικών χειρουργικών επεμβάσεων δεν είναι η βελτίωση των παραγόντων κινδύνου, αλλά η βελτίωση της πρόγνωσης και της ποιότητας ζωής των νοσηρά παχύσαρκων ασθενών.

Αυτό δε σημαίνει με κανένα τρόπο ότι είναι ρουτίνα και συνηθισμένος τρόπος θεραπείας! Έχει περιορισμένες και αυστηρές ενδείξεις που πρέπει να τηρούνται από όλους.

→ **Λαμβάνοντας υπόψη τις ραγδαίες εξελίξεις που συντελούνται στο 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 στο χώρο της υγείας. Το υπουργείο Υγείας κάνει συνεχώς περικοπές σε φάρμακα και παροχές, δημιουργώντας ανασφάλεια στους ασφαλισμένους, κυρίως στα άτομα με διαβήτη, ότι ενδεχομένως 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 στο χώρο της υγείας για τα διαβητικά άτομα;**

Είναι γνωστό πως στην Ελλάδα τα κονδύλια για την υγεία είναι από τα υψηλότερα παγκοσμίως, χωρίς την αντίστοιχη αύξηση των σωστών παροχών υγείας, δηλαδή πιο απλά, ο Έλληνας ασθενής δεν απολαμβάνει καλύτερο επίπεδο περίθαλψης ανάλογο των χρημάτων που ξοδεύονται. Τα γιατί είναι σε όλους γνωστό αλλά δεν είναι αντικείμενο της ερώτησής σας. Η πολιτική στα θέματα υγείας πρέπει κάποτε να γίνει ξεκάθαρη. Δεν



μπορεί από την ασυδοσία να πηγαίνουμε στην απόλυτη λιτότητα.

Βεβαίως και θα επηρεαστεί αρνητικά η περίθαλψη των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Πολλές φορές ακούμε τις φράσεις «γιατρέ τρώμε ότι έχουμε κι όχι ότι πρέπει», «γιατρέ γράψε μου ένα πιο φτηνό φάρμακο δεν έχω να πληρώσω τη διανομή», «το φάρμακο για τη χοληστερίνη το παίρνω δυο φορές την εβδομάδα», «το φάρμακο για τη πίεση το παίρνω μόνο όταν έχω πίεση». Καταλαβαίνετε πως

Αυτό που μας οδήγησε στο να αποφασίσουμε να εκδώσουμε αυτό το εγχειρίδιο, είναι η πεποίθησή μας πως τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να έχουν εκείνες τις γνώσεις για να μπορούν να ρυθμίσουν το σάκχαρο τους, στα επίπεδα που πρέπει και να μπορούν να αντιμετωπίζουν τις δυσκολίες της καθημερινότητας

όλα αυτά σημαίνουν κακή συμμόρφωση στην θεραπεία, κακή αποτελεσματικότητα στη θεραπευτική αγωγή, με όλα τα επακόλουθα αρνητικά αποτελέσματα για την υγεία.

Είναι γνωστό ότι το κόστος για τη θεραπεία των επιπλοκών είναι κατά πολύ μεγαλύτερο από το κόστος για τις θεραπευτικές παρεμβάσεις. Δυστυχώς όμως, όλο αυτό το κόστος δεν υπολογίζεται και δεν λαμβάνεται υπόψη και στη συνέχεια λήψης των αναγκών μέτρων, όπως γίνεται στις περισσότερες χώρες του κόσμου, γιατί στην Ελλάδα το μόνο κόστος που μετράται, μέχρι σήμερα, είναι το πολιτικό.

→ Μιλήστε μας λίγο για το πώς πιστεύετε ότι διαγράφεται το μέλλον του διαβήτη στην Ελλάδα, αλλά και στον υπόλοιπο κόσμο. Φοβάστε ότι πολύ σύντομα θα μιλάμε για 350 εκ. άτομα με σακχαρώδη διαβήτη σε όλο τον κόσμο το 2025. Τι θα μπορούσε να ανακόψει την πορεία αυτή;

Είναι γνωστό πως η αύξηση του σακχαρώδη διαβήτη παγκόσμια έχει πάρει επιδημικές διαστάσεις. Στις αναπτυσσόμενες χώρες η αύξηση είναι 175% και στις ανεπτυγμένες 75%. Είναι επίσης γνωστό, ότι σε κάθε διαγνωσμένο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη αντιστοιχεί και ένα άτομο με αδιάγνωστο σακχαρώδη διαβήτη, οπότε καταλαβαίνετε ότι το πρόβλημα είναι πολύ σοβαρό. Πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας, αφενός στην έγκαιρη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη, και αφετέρου στην όσο το δυνατό καλύτερη ρύθμιση από την ανακάλυψη του, ώστε να έχουμε περισσότερες πιθανότητες για ελάττωση των επιπλοκών που είναι και ο τελικός στόχος.

Πιστεύω πως η μεγαλύτερη προσπάθεια θα πρέπει να δοθεί στην πρόληψη!

Σωστή διατροφή, μείωση παχυσαρκίας και σωματική άσκηση είναι το τρίγωνο της πρόληψης. Μια τελευταία μελέτη έδειξε πως η μείωση του σωματικού βάρους κατά ένα κιλό ελαττώνει τον κίνδυνο ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη κατά 16%. Θα πρέπει επίσης να γνωρίζουμε πως η ρύθμιση της συνυπάρχουσας αρτηριακής υπέρτασης και υπερλιπιδαιμίας είναι μεγάλης σημασίας για την πρόληψη των επιπλοκών.

Συμπερασματικά, θα μπορούσα να τονίσω πως είναι καιρός όλα τα επαγγέλματα υγείας που εμπλέκονται στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη να τον θεραπεύουν επιθετικά. Είναι καιρός επίσης τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, να αντιμετωπίσουν τον σακχαρώδη διαβήτη με την πρέπουσα σοβαρότητα, τη συνεχή προσπάθεια, γιατί η ρύθμιση είναι προσπάθεια ζωής. Επιτρέψτε μου να τελειώσω αυτή τη σύντομη συζήτηση, στο έγκυρο περιοδικό σας, με μια ρήση από το αριστούργημα του Ερωτόκριτου του Βιτσέντζου Κορνάρου, που όπως υποστηρίζεται από πολλούς μελετητές, είχε και γνώσεις ιατρικής. ✕

Ερωτόκριτος Α 1581 - 1588

*Κι όπου δε σώση γλήγορα, σπίθα
φωτιάς νά σβήση
δύνεται χώρες καί χωριά και δάση νά
κεντήση.*

*Γι'αυτός τυχαίνει στήν αρχήν εκείνοι οπου
χου γνώση
να μην αφήσουν το κακό να
περισσοξαπλώση.*

*Γιατί τη φύση το κακό πολλὰ κακή την
έχει,
μ'ένα ποδά' είναι όντε κινά, καί μέ τά
χίλια τρέχει,
και πράγματα πού φαίνονται εύκολα
στην αρχήν τως,
είναι βαρά και δύσκολα πολλὰ στην
τέλειωσίν τως.*

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
- Αξιονιστία αποτελεσμάτων¹



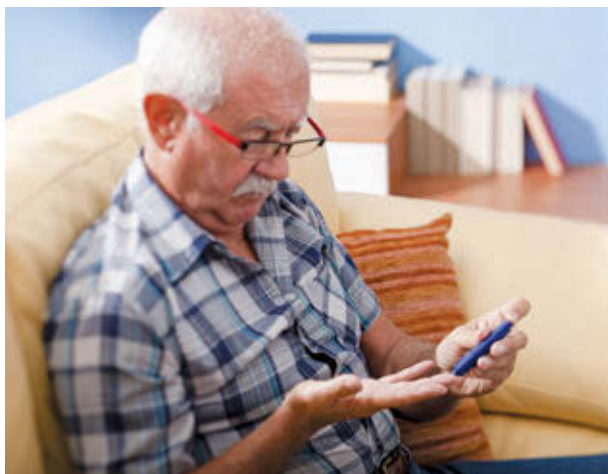
FreeStyle

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.



από τη Σοφία Νέτα



ΕΥΚΟΛΟΤΕΡΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΙΜΗ Η ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Η διαχείριση της υπογλυκαιμίας και η αντίστοιχη μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα είναι πολύ σημαντικά για τους ηλικιωμένους ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Νέα δεδομένα από μια post hoc ανάλυση έδειξαν ότι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 ηλικίας 65 και άνω που έλαβαν θεραπεία με σιταγλιπτίνη (100 mg/ημέρα) πέτυχαν παρόμοια μείωση των επιπέδων σακχάρου στο αίμα με αυτούς που έλαβαν μια σουλφονουρία, ενώ παράλληλα παρουσίασαν σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες. Πιο συγκεκριμένα από τους ασθενείς που έλαβαν σουλφονουρία, 28,2% εμφάνισαν ένα ή περισσότερα επεισόδια συμπτωματικής υπογλυκαιμίας σε σύγκριση με το 6,2% των ασθενών που έλαβαν σιταγλιπτίνη.

ΟΙ ΠΡΟΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΕΥΟΥΝ ΑΠΟ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΟ

Η ανάλυση 15 ερευνών σε περίπου 761.000 ανθρώπους από ερευνητές του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνια υποδεικνύει ότι τα προδιαβητικά άτομα διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εγκεφαλικού επεισοδίου κατά 21%. Το επίπεδο του σακχάρου των συμμετεχόντων ήταν μεταξύ 110 έως 125 mg/dl, σύμφωνα δηλαδή με τον τότε ορισμό του προδιαβήτη της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, τον οποίο άλλαξε το 2003 σε 100 έως 125mg/dl. Ο μελλοντικός κίνδυνος εγκεφαλικού επεισοδίου αυξάνεται όταν το επίπεδο γλυκόζης νηστείας είναι ίσο ή πάνω από 110 mg/dL, υποδεικνύουν οι ερευνητές και συνιστούν τη διατήρηση του φυσιολογικού βάρους και την σωματική άσκηση 3 φορές τη βδομάδα.



ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Πρόσφατες, απόλυτα τεκμηριωμένες μελέτες έχουν καταδείξει μια σειρά ευρημάτων σχετικά με τις επιπτώσεις του διαβήτη στην καρδιακή λειτουργία και ιδιαίτερα στον κίνδυνο εμφάνισης εμφάγματος του μυοκαρδίου. Έχει αποδειχθεί ότι ο διαβήτης γερνά πρόωρα την καρδιά και οι διαβητικοί διατρέχουν τον ίδιο κίνδυνο εμφάνισης εμφράγματος μυοκαρδίου με αυτόν που έχουν τα κατά 15 έτη μεγαλύτερα μη διαβητικά άτομα. Επίσης, οι διαβητικοί άνδρες παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο εμφάνισης εμφάγματος μυοκαρδίου, ενώ για τις γυναίκες ο κίνδυνος είναι διπλάσιος έως τετραπλάσιος. Αυξημένο κίνδυνο έχουν και τα μελλοντικά διαβητικά άτομα ακόμα και 10 – 12 χρόνια πριν την εμφάνιση του διαβήτη.

ΜΕΛΕΤΗ ORIGIN: ΑΣΦΑΛΗΣ Η ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ GLARGINE

Στο πλαίσιο του 72ου Ετήσιου Συνεδρίου της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, το οποίο διεξήχθη πρόσφατα στη Φιλαδέλφεια ανακοινώθηκαν τα αποτελέσματα της κλινικής μελέτης ORIGIN, σύμφωνα με τα οποία η ινσουλίνη glargine δεν είχε καμία στατιστικά σημαντική θετική ή αρνητική επίπτωση σε καρδιαγγειακά συμβάματα σε σύγκριση με την τυπική θεραπευτική αγωγή κατά τη διάρκεια του χρόνου παρακολούθησης της μελέτης. Τα αποτελέσματα επίσης έδειξαν ότι η ινσουλίνη glargine καθυστέρησε την εξέλιξη από προ-διαβητικό στάδιο σε διαβήτη τύπου 2 και ότι δεν υπήρξε καμία συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ινσουλίνης glargine και τυχόν αυξανόμενου κινδύνου για οποιονδήποτε τύπο καρκίνου.



ΣΤΑΤΙΝΕΣ: ΤΑ ΟΦΕΛΗ ΥΠΕΡΤΕΡΟΥΝ ΤΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Τα καρδιαγγειακά οφέλη της θεραπείας με στατίνες για την πρωτογενή πρόληψη υπερέχει του κινδύνου εμφάνισης διαβήτη, ακόμη και μεταξύ των ατόμων που βρίσκονται σε κίνδυνο για την πάθηση, σύμφωνα με ανάλυση της μελέτης JUPITER.

Η θεραπεία με στατίνες εμπόδισε 134 καρδιαγγειακά συμβάματα ή θανάτους για κάθε 54 περιπτώσεις νεοεμφανισθέντος διαβήτη μεταξύ των συμμετεχόντων με τουλάχιστον έναν παράγοντα κινδύνου.

Η παρακολούθηση της γλυκόζης κατά την έναρξη της θεραπείας με στατίνες μπορεί να μην χρειάζεται σε όσους έχουν φυσιολογικά επίπεδα πριν τη θεραπεία ή δεν έχουν πολλαπλά χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου, επισημαίνουν οι ερευνητές.

ΕΝΤΟΠΙΣΤΗΚΕ ΠΙΘΑΝΗ ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ALZHEIMER

Φως στο μέχρι πρότινος αναπάντητο ερώτημα της αιτίας που οι διαβητικοί διατρέχουν υψηλό κίνδυνο εμφάνισης της νόσου Alzheimer επεχείρησε να ρίξει ερευνητική επιστημονική ομάδα από το City College of New York. Όπως σημειώνεται στο περιοδικό 'Genetics', η έρευνά τους σε σκώληκες υπέδειξε ότι γνωστό γονίδιο της νόσου παίζει ρόλο στον τρόπο επεξεργασίας της ινσουλίνης.

Οι ειδικοί ανακάλυψαν ότι το γονίδιο επηρέαζε την οδό της ινσουλίνης-τις χημικές αντιδράσεις που εμπλέκονται στην παραγωγή και επεξεργασία της. Απαιτούνται ωστόσο περαιτέρω έρευνες για να διαπιστωθεί εάν το ισοδύναμο γονίδιο στους ανθρώπους έχει την ίδια επίδραση.



Βιλνταγλιπτίνη, νέες ενδείξεις στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Το καμπανάκι του κινδύνου κρούουν στους γονείς οι επιστήμονες, καθώς πλέον ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II εμφανίζεται σε παιδιά και εφήβους. Μέχρι πριν από μία δεκαετία το ποσοστό των εφήβων που παρουσίαζαν «διαβήτη των ενηλίκων» δεν ξεπερνούσε το 3%. Σήμερα, η συχνότητα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου II στους εφήβους με διαβήτη αγγίζει το 40%.

της **Μαρίας Χατζηδάκη**

Το ανησυχητικό αυτό στοιχείο δείχνει ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι η μεγάλη απειλή των ετών που θα ακολουθήσουν. Η πρόληψη και η θεραπευτική αντιμετώπισή του, είναι το Α και το Ω για την αναχαίτιση της επιδημίας.

Σύμφωνα με στοιχεία που παρουσίασαν ο επίκουρος καθηγητής παθολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Παναγιώτης Χαλβατσιώτης και ο καθηγητής οικονομικών της υγείας και κοινωνικής πολιτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών κος Ιωάννης Υφαντόπουλος, 366 εκατομμύρια άτομα πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη σε όλο τον κόσμο. Από αυτούς, 52,8 εκατομμύρια ζουν στην Ευρώπη ενώ οι ειδικοί εκτιμούν ότι μέχρι το 2030 ο αριθμός των πασχόντων θα φθάσει στα 64 εκατομμύρια. Το 75% των ατόμων με διαβήτη έχει χάσει τη ζωή του λόγω καρδιαγγειακών προβλημάτων – την πρώτη αιτία θανάτου στην Ευρώπη.

Σε ό,τι αφορά στην Ελλάδα, έχει υπολογι-



Ο κ. Παναγιώτης Χαλβατσιώτης, επίκουρος καθηγητής παθολογίας στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών και ο κ. Ιωάννης Υφαντόπουλος, καθηγητής οικονομικών της υγείας και κοινωνικής πολιτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών

στεί ότι οι πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη ανήλθαν το 2011 σε 603.360 (7% των ενηλίκων). Οι ειδικοί εκτιμούν ότι το ποσοστό των πασχόντων στη χώρα μας θα φθάσει το 8,3% έως το 2030. Υπολογίζουν δε, ότι το 7,7% του συνόλου των δαπανών

υγείας αφορά στην αντιμετώπιση των πασχόντων από διαβήτη.

Σύμφωνα με τον κ. Χαλβατσιώτη, ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να χαρακτηριστεί ως το «τσουνάμι» του 21ου αιώνα. Κάθε χρόνο 4,6 εκατομμύρια άνθρωποι σε



όλο τον κόσμο χάνουν τη ζωή τους. Κάθε 7 δευτερόλεπτα καταγράφεται ένας θάνατος. Η σχέση του σακχαρώδη διαβήτη με την παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο είναι «στενή».

«Στην Ελλάδα τα ποσοστά του διαβήτη εί-

ναι γύρω στο 7% τόσο για τους άνδρες όσο και για τις γυναίκες, αλλά αναμένεται αύξηση των κρουσμάτων μία που το ένα τέταρτο του ανδρικού πληθυσμού στο λεκανοπέδιο της Αττικής παρουσιάζουν προδιαβήτη με την εικόνα του μεταβολικού συνδρόμου» επισημαίνει ο κος Χαλβατσιώτης.

Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του σακχαρώδη διαβήτη διαφέρουν από ασθενή σε ασθενή. Τα κυριότερα είναι: αυξημένη δίψα, αυξημένη όρεξη, στεγνό στόμα, ναυτία ή και έμετοι, πολυουρία, κούραση – εξάντληση, διαταραχές της όρασης, μούδιασμα ή μυρμηγκιάσματα σε χέρια και πόδια, συχνές φλεγμονές του δέρματος, του ουροποιητικού και του κόλπου.

Επιβάλλεται η σωστή ρύθμιση του σακχάρου

Αν ο σακχαρώδης διαβήτης δεν ρυθμιστεί σωστά μπορεί να εμφανισθούν επιπλοκές επικίνδυνες ακόμη και για τη ζωή του πάσχοντα.

Οι κυριότερες από αυτές είναι:

Η αμφιβληστροειδοπάθεια. Οι βλάβες στον αμφιβληστροειδή χιτώνα του οφθαλμού είναι συχνές και στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II και γίνονται πιο συχνές με την πάροδο του χρόνου. Η εμφάνισή τους προλαμβάνεται ή καθυστερεί με την καλή ρύθμιση όχι μόνο του σακχάρου αλλά και της αρτηριακής πίεσης και της χοληστερίνης.

Βλάβες στα νεφρά. Ο κίνδυνος για νεφρική βλάβη αυξάνεται με το χρόνο. Η επιπλοκή αυτή είναι σοβαρή γιατί μπορεί να οδηγήσει σε νεφρική ανεπάρκεια και καρδιακή νόσο.

Τα πλεονεκτήματα της βιθινταγλιπτίνης είναι τα μηδενικά βαριά υπογλυκαιμικά επεισόδια, τα οποία είναι και ιδιαίτερα κοστοβόρα στο σύστημα υγείας. Η αποφυγή των υπογλυκαιμικών επεισοδίων με τον μειωμένο αριθμό επιπλοκών καθιστούν τη βιθινταγλιπτίνη επιλογή αποτελεσματική ως προς το κόστος της (cost-effective) και πρέπει να προτιμάται

Μειωμένη αισθητικότητα και κακή κυκλοφορία του αίματος. Η βλάβη στα νεύρα και η σκλήρυνση των αρτηριών οδηγεί σε μειωμένη αισθητικότητα και κακή κυκλοφορία του αίματος στα πόδια. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των φλεγμονών του δέρματος και σε έλκη που δεν επουλώνονται εύκολα. Η κακή κυκλοφορία μπορεί να οδηγήσει ακόμη και σε ακρωτηριασμό. Όπως επισήμανε ο κ. Χαλβατσιώτης, η μείωση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και επομένως η σωστή ρύθμιση του διαβήτη, δεν προσφέρει μόνο ποιότητα ζωής στον πάσχοντα, αλλά μειώνει και το κόστος της νόσου. Μελέτη που έγινε σε 51 Κέντρα Διαβήτη στην Ελλάδα, έδειξε ότι το ετήσιο κόστος ενός καλά ρυθμισμένου διαβητικού είναι κατά πολύ μικρότερο από αυτό ενός ατόμου που δεν έχει ρυθμίσει σωστά την πάθησή του.

Προσφάτως, η Ευρωπαϊκή Επιτροπή ενέκρινε τη χρήση της βιλνταγλιπτίνης σε πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη τύπου II 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 (χορηγείται ως βασική θεραπεία στους πάσχοντες από διαβήτη τύπου II).

Οι μελέτες δείχνουν ότι η χορήγηση της βιλνταγλιπτίνης, ενός αναστολέα DPP-4, σε ηλικιωμένους πάσχοντες (άνω των 75 ετών), αιμοκαθαίρομενους, ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια και ασθενείς με καρδιακή ανεπάρκεια σταδίου I και II είναι ασφαλής και αποτελεσματική. Επίσης, άλλες μελέτες δείχνουν ότι η συγχορήγηση της βασικής ινσουλίνης και των αναστολέων DPP-4 όπως η βιλνταγλιπτίνη βελτιώνουν τη γλυκαιμική ρύθμιση και μειώνουν τις υπογλυκαιμίες και το βάρος.



Όπως παρουσίασε ο κ. Υφαντόπουλος, ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II τείνει να εξελιχθεί σήμερα σε μία σύγχρονη επιδημία με σημαντικές κλινικές και οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία και τα υγειονομικά συστήματα. Από επιδημιολογικές και φαρμακο-οικονομικές μελέτες προκύπτει ότι ο ΣΔΙΙ επιβαρύνει πολυπληθώς όχι μόνο τη σωματική υγεία των ασθενών, αλλά ταυτόχρονα την ψυχολογική και την κοινωνική τους διάθεση. Για το λόγο αυτό η επιστημονική κοινότητα επικεντρώνεται όχι μόνο στη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τη συνολική παθογένεια της νόσου αλλά ταυτόχρονα και στις οικονομικές, κοινωνικές και πολιτισμικές διαστάσεις που επηρεάζουν τον τρόπο επιβίωσης, διατροφής, άσκησης καθώς και της γενικότερης ποιότητας ζωής των ασθενών με ΣΔΙΙ και των συγγενών τους.

Τα νέα καινοτόμα φάρμακα βελτιώνουν πολύ την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη τύπου II, ιδιαίτερα η νέα κατηγορία των DPP-IV, με τον πιο πρόσφατο εκπρόσωπο τη βιλνταγλιπτίνη, έχει διαφανεί και από φαρμακο-οικονομική μελέτη που

πραγματοποιήθηκε και στην Ελλάδα, πως πρέπει να αποτελεί τη θεραπεία επιλογής αμέσως μετά τη χρήση μετφορμίνης καθώς καθίσταται συμφέρουσα για το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ). Τα πλεονεκτήματα της βιλνταγλιπτίνης είναι τα μηδενικά βαριά υπογλυκαιμικά επεισόδια, τα οποία είναι και ιδιαίτερα κοστοβόρα στο σύστημα υγείας. Η αποφυγή των υπογλυκαιμικών επεισοδίων με τον μειωμένο αριθμό επιπλοκών καθιστούν τη βιλνταγλιπτίνη επιλογή αποτελεσματική ως προς το κόστος της (cost-effective) και πρέπει να προτιμάται.

Επιβάλλεται η λήψη μέτρων δημόσιας υγείας για την πρόληψη και την ενημέρωση του κοινού για την υιοθέτηση ενός υγιέστερου τρόπου επιβίωσης. Επιπλέον οι χώρες μέλη της ΕΕ και οι Κυβερνήσεις θα πρέπει να υιοθετήσουν μία ολιστική προσέγγιση της ασθένειας που θα βασίζεται σε μία πολυπαραγοντική ανάλυση όπου θα εξετάζεται το φάσμα παροχής των υπηρεσιών υγείας που θα διατίθεται για τη νόσο σε σχέση με τη διατήρηση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών. ✕

ΟΛΟΚΛΗΡΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΓΙΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΕΡΗ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΕΣΤΕΡΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ



*Τα άτομα με διαβήτη είναι στο
επίκεντρο της δραστηριότητάς μας*

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



Κονδυλώματα πρωκτογεννητικής περιοχής και σακχαρώδης διαβήτης

Τα κονδυλώματα είναι το συχνότερο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα. Υπολογίζεται ότι το 1% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα εμφανίσουν κάποια στιγμή της ζωής τους κονδυλώματα. Τα κονδυλώματα εμφανίζονται συνήθως σε νέα άτομα, ηλικίας κάτω των 30 ετών.

Ηλέκτρα Νικολαΐδου,
επίκουρη καθηγήτρια δερματολογίας-
αφροδισιολογίας, Ιατρικής Σχολής
Πανεπιστημίου Αθηνών,
υπεύθυνη ιατρείου σεξουαλικά
μεταδιδόμενων νοσημάτων
Νοσοκομείου «Ανδρέας Συγγρός»

Τα κονδυλώματα προκαλούνται από τον Ιό των Ανθρωπίνων Θηλωμάτων (Human Papillomavirus, HPV). Ο ιός αυτός εμφανίζει πάνω από 100 στελέχη. Τα στελέχη που προκαλούν τα κονδυλώματα είναι τα 6 και 11. Άλλα στελέχη του HPV, κυρίως τα 16 και 18, μπορούν, υπό ορισμένες προϋποθέσεις, να προκαλέσουν καρκίνο στα γεννητικά όργανα, με συχνότερο τον καρκίνο του τραχήλου της μήτρας. Συνεπώς, ένας ασθενής με κονδυλώματα δεν εμφανίζει αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης καρκίνου, γιατί ο καρκίνος προκαλείται από διαφορετικά στελέχη.

Η λοίμωξη από τους HPV είναι ιδιαίτερα συχνή. Υπολογίζεται ότι το 75% των σεξουαλικά ενεργών ατόμων θα μολυνθούν από τους ιούς αυτούς κάποια στιγμή της ζωής τους. Στους περισσότερους ανθρώπους, η λοίμωξη αυτή είναι ασυμπτωματική και δεν δημιουργεί κανένα



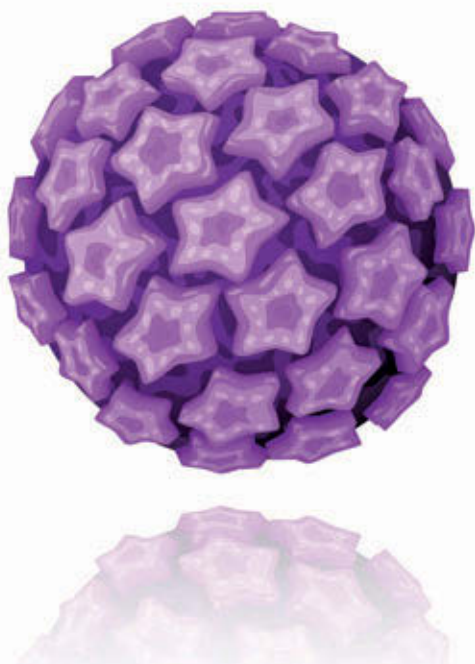
πρόβλημα, πέρα από μία μικρή πιθανότητα μετάδοσης σε σεξουαλικό σύντροφο. Τα κονδυλώματα μπορεί να εμφανιστούν σε σύντομο χρονικό διάστημα μετά τη μόλυνση ή μήνες ή, καμιά φορά, και έτη μετά. Η εμφάνιση κονδυλωμάτων, συνεπώς, σε ένα άτομο που βρίσκεται σε μία μονογαμική σχέση δεν στοιχειοθετεί απιστία του ατόμου αυτού, γιατί η λοίμωξη μπορεί να προϋπήρχε της παρούσης σχέσης.

Τα κονδυλώματα μπορεί να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε σημείο της γεννητικής και

περιπρωκτικής περιοχής. Έχουν τη μορφή μικρών εξογκωμάτων (συνήθως 1-10 χιλ). Το χρώμα τους είναι παραπλήσιο με αυτό του δέρματος, μπορεί όμως να είναι και λίγο πιο σκούρα ή ανοικτά από το γύρω δέρμα. Στους βλεννογόνους μπορεί να είναι λευκωπά ή ρόδινα. Τα κονδυλώματα μπορεί να είναι μονήρη ή πολλαπλά. Δε συνοδεύονται, συνήθως, από πόνο ή κνησμό.

Η διάγνωση των κονδυλωμάτων γίνεται με άμεση επισκόπηση με μεγεθυντι-

Ιός των ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV)



κό φακό. Αν η επισκόπηση δεν παρέχει επαρκή στοιχεία για τη διάγνωση, διενεργείται βιοψία. Ένας ασθενής με κονδυλώματα πρέπει να εξετάζεται για την παρουσία και άλλων νοσημάτων που μεταδίδονται με σεξουαλική επαφή. Πέρα από αυτό, δε χρειάζεται να κάνει καμία άλλη εξέταση.

Υπάρχουν πολλές μέθοδοι αντιμετώπισης των κονδυλωμάτων. Τα κονδυλώματα μπορεί να καυτηριαστούν (με κρυοθεραπεία, διαθερμοπηξία, laser, τριχλωροο-

Η πρόληψη της μετάδοσης του ιού που προκαλεί τα κονδυλώματα περιλαμβάνει τη χρήση προφυλακτικού και τον εμβολιασμό. Το προφυλακτικό μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης, αλλά δεν την εξαλείφει. Η μετάδοση του ιού γίνεται από την επαφή του μολυσμένου δέρματος του ενός συντρόφου με το δέρμα του άλλου συντρόφου και το προφυλακτικό δεν καλύπτει όλη την επιφάνεια της γεννητικής περιοχής

S O S

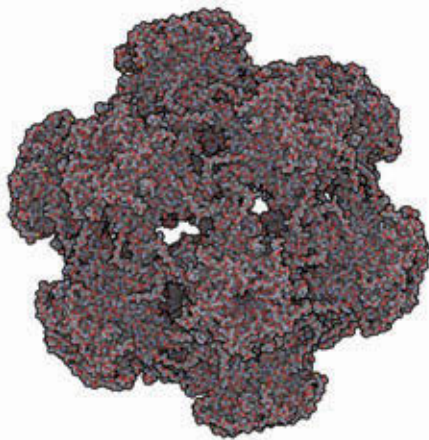
→ Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συχνά έχουν περισσότερα και μεγαλύτερα κονδυλώματα, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν πάσχουν από τη νόσο. Τα κονδυλώματα συνοδεύονται συχνά σε άνδρες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και από έντονη φλεγμονή (βαλανοποσθίτιδα). Ασθενείς με πολλαπλά κονδυλώματα και έντονη φλεγμονή θα πρέπει να ελέγχονται για τυχόν ύπαρξη αδιάγνωστου σακχαρώδους διαβήτη. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν, επίσης, περισσότερες υποτροπές των κονδυλωμάτων.

πρόληψη & διαγνωστικός έλεγχος

ξικό οξύ), να αφαιρεθούν χειρουργικά, ή να αντιμετωπιστούν με τοπική χρήση κρεμών. Η επιλογή της μεθόδου εξαρτάται κυρίως από τον αριθμό και τη θέση των κονδυλωμάτων. Καμία από τις μεθόδους αυτές δεν σκοτώνει τον ιό που προκαλεί τα κονδυλώματα, ο οποίος παραμένει στο επιθήλιο σε λανθάνουσα κατάσταση. Για το λόγο αυτό, οι υποτροπές είναι συχνές και φτάνουν στο 20-30% των ασθενών. Σε ορισμένους ασθενείς, οι υποτροπές είναι πολλαπλές. Η διακοπή του καπνίσματος φαίνεται να βοηθάει την ταχύτερη αποδρομή των κονδυλωμάτων.

Η διάρκεια της μεταδοτικότητας των ασθενών, ακόμη και μετά από επιτυχή θεραπεία των κονδυλωμάτων, είναι άγνωστη. Θεωρούμε ότι η μεταδοτικότητα μειώνεται σημαντικά με το πέρασμα του χρόνου, αλλά δεν μπορεί να αποκλειστεί εντελώς η μετάδοση, ακόμα και έτη από την αρχική μόλυνση. Η χρήση προφυλακτικού μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης, αλλά δεν τη μηδενίζει.

Δεν υπάρχουν πολλές μελέτες που να ελέγχουν την εμφάνιση και την εξέλιξη των κονδυλωμάτων σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη συχνά έχουν περισσότερα και μεγαλύτερα κονδυλώματα, σε σχέση με τους ασθενείς που δεν πάσχουν από τη νόσο. Τα κονδυλώματα συνοδεύονται συχνά σε άνδρες ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη και από έντονη φλεγμονή (βαλανοποσθίτιδα). Ασθενείς με πολλαπλά κονδυλώματα και έντονη φλεγμονή θα πρέπει να ελέγχονται για τυχόν ύπαρξη αδιάγνωστου σακχαρώδους διαβήτη. Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζουν, επίσης, περισσότερες υποτροπές των κονδυλωμάτων. Κατά την εγκυμοσύνη, τα κονδυλώματα μπορεί να αυξηθούν σε αριθμό και σε μέγεθος. Η τοπική χρήση κρεμών για την αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων δεν συνιστάται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και τα κον-



3D απεικόνιση του ιού ανθρώπινων θηλωμάτων, ο αιτιολογικός παράγοντας των κονδυλωμάτων των γεννητικών οργάνων και του καρκίνου του τραχήλου

Το εμβόλιο έναντι του ιού των ανθρώπινων θηλωμάτων (Human Papillomavirus, HPV) χορηγείται στα κορίτσια ηλικίας 9-26 ετών για την πρόληψη όχι μόνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και των κονδυλωμάτων

κονδυλώματα αντιμετωπίζονται με καυτηρίασμό. Ο ιός HPV που προκαλεί τα κονδυλώματα μπορεί να μεταδοθεί από τη μητέρα στο έμβryo, αλλά συνήθως το νεογνό δεν αντιμετωπίζει κάποιο πρόβλημα και σε λίγους μήνες ο ιός δεν ανευρίσκεται σ' αυτό. Το κατά πόσο η καισαρική τομή μειώνει τον κίνδυνο μετάδοσης του HPV δεν έχει διευκρινιστεί. Αν τα κονδυλώματα αποφράσουν το γεννητικό σωλήνα ή αν υπάρχει αυξημένος κίνδυνος αιμορραγίας, τότε διενεργείται καισαρική τομή.

Η πρόληψη της μετάδοσης του ιού που προκαλεί τα κονδυλώματα περιλαμβάνει τη χρήση προφυλακτικού και τον εμβολιασμό. Το προφυλακτικό μειώνει την πιθανότητα μετάδοσης, αλλά δεν την εξαλείφει. Η μετάδοση του ιού γίνεται από την επαφή του μολυσμένου δέρματος του ενός συντρόφου με το δέρμα του άλλου συντρόφου και το προφυλακτικό δεν καλύπτει όλη την επιφάνεια της γεννητικής περιοχής.

Ο εμβολιασμός έναντι του ιού HPV έχει εισαχθεί τα τελευταία χρόνια για την πρόληψη του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας, ο οποίος προκαλείται κυρίως από τα στελέχη 16 και 18 του ιού. Το ένα από τα δύο εμβόλια (το τετραδύναμο) περιλαμβάνει, εκτός από τα στελέχη 16 και 18, και τα στελέχη 6 και 11 του ιού, που προκαλούν τα κονδυλώματα. Το τετραδύναμο εμβόλιο χορηγείται, συνεπώς, για την πρόληψη όχι μόνο του καρκίνου του τραχήλου της μήτρας αλλά και των κονδυλωμάτων. Το εμβόλιο χορηγείται σε 3 δόσεις, είναι ασφαλές και η αποτελεσματικότητά του προσεγγίζει το 100%. Το εμβόλιο καλύπτεται από τα ταμεία για τα κορίτσια και τις νέες γυναίκες ηλικίας 9-26 ετών. Το εμβόλιο αποτρέπει τη μόλυνση από τον ιό αλλά δεν μεταβάλλει την πορεία μιας ήδη υπάρχουσας λοίμωξης. Συνεπώς, το εμβόλιο δεν χορηγείται για την αντιμετώπιση των κονδυλωμάτων αλλά μόνο για την πρόληψή τους. ✕



PRIX GALIEN GREECE

Ο μεγαλύτερος θεσμός της φαρμακευτικής βιομηχανίας, τα βραβεία Prix Galien, εφάμιλλα των βραβείων Νόμπελ, διοργανώνονται για πρώτη φορά στη Ελλάδα

Με την αιγίδα:

ΣfEE

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑΣ

Πλατινένιος Χορηγός



Χρυσός Χορηγός

AMGEN

Αργυρός Χορηγός



Απλός χορηγός



Χορηγός επικοινωνίας

TheDoctor

Υποστηρικτής επικοινωνίας

HealthDaily

PRIX GALIEN GREECE

Αθήνα

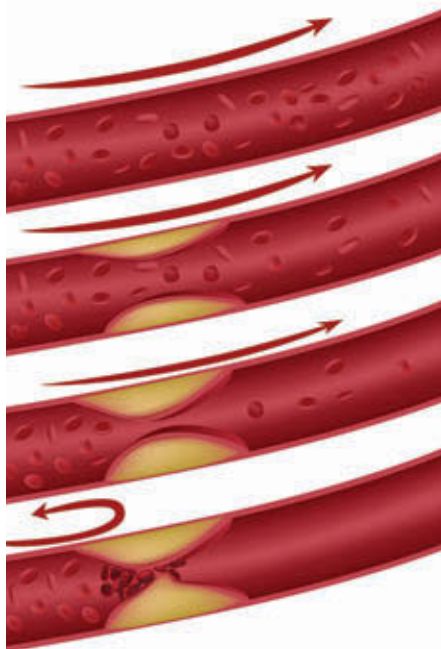
2 ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΥ **2013**

Μέγαρο Μουσικής Αθηνών

Διαβητική δυσλιπιδαιμία: νεότερες θεραπείες

Με τον όρο διαβητική δυσλιπιδαιμία ορίζεται η δυσλιπιδαιμία που συναντάται στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και χαρακτηρίζεται τόσο από ποσοτικές διαταραχές όπως είναι η αύξηση των τριγλυκεριδίων (Tg) και η μείωση της HDL-χοληστερόλης και αφετέρου και από ποιοτικές διαταραχές όπως η αυξημένη παρουσία μικρών πυκνών ιδιαίτερα αθηρογόνων LDL σωματιδίων παρόλο που τα επίπεδα της LDL-χολ δεν είναι ιδιαίτερα αυξημένα. Επίσης τα HDL σωματίδια εκτός από μειωμένα είναι και δυσλειτουργικά (εικ.1).

Γεώργιος Ιωαννίδης,
ενδοκρινολόγος - διευθυντής
ΕΣΥ, τμήμα ενδοκρινολογίας &
μεταβολισμού-
διαβητολογικό κέντρο
ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»



Γενεσιουργό αίτιο όλων αυτών θεωρείται ότι είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη (AI). Λόγω της αντίστασης δεν μπορούν να συγκρατηθούν τα Tg στον λιπώδη ιστό, δι-ασπώνται και παρατηρείται μεγάλη απε-λευθέρωση των ελεύθερων λιπαρών οξέων (FFA) στην κυκλοφορία. Τα αυξη-μένα επίπεδα FFA προσλαμβάνονται από το ήπαρ και συνθέτουν Tg. Λόγω της αντί-στασης στην ινσουλίνη που υπάρχει και στο ήπαρ δεν μπορεί να συγκρατηθούν τα πλούσια σε τριγλυκερίδια VLDL σωμα-τίδια τα οποία εξέρχονται και με τη δράση της πρωτεΐνης μεταφοράς εστέρων χολη-στερόλης (CETP) ανταλλάσσουν τα τριγλυ-κερίδια τους με εστέρες χοληστερόλης ώστε τα LDL να μετατραπούν σε πλού-σια σε τριγλυκερίδια σωματίδια, τα οποία αφού υποστούν την επίδραση της ηπα-τικής λιπάσης να μετατραπούν σε πυκνά μικρά LDL σωματίδια που είναι άκρως αθη-ρογόνα (εικ.2)

Κεντρικό σημείο της υπολιπιδαιμικής αγω-γής είναι η μείωση της LDL -χολ. και αυ-τό γιατί η LDL -χολ. είναι ο πιο σημαντι-κός παράγοντας κινδύνου για στεφανι-αία νόσο και τα αποτελέσματα μεγάλων προοπτικών τυχαιοποιημένων μελετών

έχουν δείξει ότι μειώνοντας την LDL -χολ. με στατίνη μειώνονται τα καρδιαγγεια-κά συμβάματα τόσο στον γενικό πληθυ-σμό όσο και στο σακχαρώδη διαβήτη τύ-που 2. Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμε-ρικάνικης Διαβητολογικής Ένωσης (ADA) σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύ-που 2 ο βασικός στόχος στην αντιμετώπι-ση των λιπιδίων πρέπει οποσδήποτε να εί-ναι LDL -χολ. < 100 mg/dl, αν δε δεν μπο-ρεί να επιτευχθεί αυτός ο στόχος ένας δεύ-τερος θα είναι μείωση της LDL -χολ. κα-τά 30 - 40%. Όταν υπάρχει καρδιαγγειακή νόσος τότε ο στόχος για την LDL -χολ. εί-ναι < 70 mg/dl. Επιθυμητοί στόχοι είναι για την HDL -χολ. > 50 mg/dl στις γυναίκες και > 50 mg/dl στους άνδρες και για την Tg < 150 mg/dl, αλλά πάντα αφού έχει επιτευχθεί ο στόχος της LDL -χολ. Επίσης σύμφωνα με τις οδηγίες της ADA αγωγή με στατίνη πρέπει να χορηγείται επιπλέ-ον της υγιεινοδιατροφικής αγωγής και ανε-ξάρτητα των βασικών επιπέδων λιπιδίων σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και με καρδιαγγειακή νόσο ή χωρίς καρδιαγγει-ακή νόσο >40 ετών, που έχουν ένα ή πε-ρισσότερους άλλους παράγοντες καρδι-αγγειακού κινδύνου. Για ασθενείς με σακ-χαρώδη διαβήτη τύπου 2 χωρίς καρδιαγ-

Για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 χωρίς καρδιαγγειακή νόσο < 40 ετών αγωγή με στατίνη πρέπει να χορηγείται επιπλέον της υγιεινοδιαιτητικής αγωγής εάν η LDL παραμένει > 100mg/dL και υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου

γειακή νόσο < 40 ετών αγωγή με στατίνη πρέπει να χορηγείται επιπλέον της υγιεινοδιαιτητικής αγωγής εάν η LDL παραμένει > 100mg/dL και υπάρχουν πολλαπλοί παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου.

Οι πρόσφατες οδηγίες αντιμετώπισης δυσλιπιδαιμίας της Ευρωπαϊκής Διαβητολογικής Ένωσης και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Αθροσκληρώσεως διαφέρουν από τις οδηγίες της ADA.

Σύμφωνα με τις οδηγίες αυτές:

1. Σε όλους τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 με μικρολευκωματινουρία (ΜΛ) & χρόνια νεφρική ανεπάρκεια (ΧΝΑ), συνιστάται μείωση της LDL-cho. τουλάχιστον κατά 30% ανεξάρτητα της βασικής τιμής της LDL-cho.
2. Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακή νόσο (ΚΑΝ) ή ΧΝΑ, ή εκείνους χωρίς ΚΑΝ ηλικίας > 40 ετών με ένα ή περισσότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου, ή βλάβης των οργάνων στόχων, συνιστάται ως πρωτεύων στόχος LDL-cho. < 70 mg/dl & ως δευτερεύοντες στόχοι non-HDL < 100 mg/dl & apo B < 80 mg/dl. Σε όλους τους άλλους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 συνιστάται ως πρωτεύων στόχος LDL-cho. < 100 mg/dl & ως δευτερεύοντες στόχοι non-HDL < 130 & apo B < 100 mg/dl. Η apo B είναι ένας δείκτης εξ ίσου καλός με την LDL-cho. και καταλληλότερος για την παρακολούθηση της θεραπευτικής αγωγής.

Η Non-HDL χοληστερόλη είναι ένας απλός και αξιόπιστος δείκτης και σε απουσία νηστείας, αξιολογείται επί τριγλ>200mg/dl (ιδιαιτέρως >400mg/dl), όπου ο υπολογισμός της LDL-cho. δεν είναι αξιόπιστος. Όταν δεν επιτυγχάνεται ο στόχος της LDL-cho. μπο-

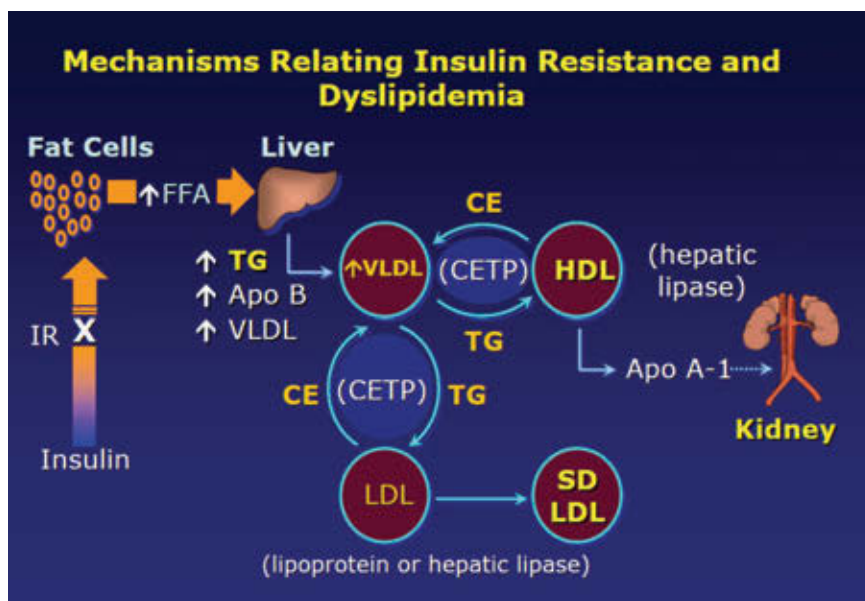


→ Μελέτες έχουν δείξει ότι παρά την μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου που επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης της LDL-cho. με στατίνη, ο κίνδυνος μακροαγγειακών επιπλοκών παραμένει αυξημένος. Ετσι δημιουργήθηκε η έννοια του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου. Δεν αρκεί μόνο η μείωση της LDL-cho. αλλά χρειάζεται μια πολυπαραγοντική αντιμετώπιση των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και ίσως χρειάζεται επιθετική αντιμετώπιση των αυξημένων επιπέδων τριγλυκεριδίων και των χαμηλών της HDL-cho. που χαρακτηρίζουν την λεγόμενη αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία που συναντάται στην πλειοψηφία των ατόμων με ΣΔ 2.



Αύξηση	Μείωση
TRG	HDL
VLDL	Apo A-I
Apo B	
LDL and small dense LDL	150mg άπαξ

Εικ. 1:
διαβητική δυσλιπιδαιμία



Εικ. 2: σχέση αντίστασης στην ινσουλίνη - δυσλιπιδαιμία

ρεί να συνδυαστεί η χορήγηση στατίνης με εξεταμίμπη ή χολεστεβελάμη συνδυασμοί που μειώνουν τα επίπεδα της LDL-cho. πολύ περισσότερο απ' ότι ο διπλασιασμός ή ο τετραπλασιασμός της στατίνης. Μένει βέβαια να αποδειχθεί αν η μείωση αυτή της LDL-cho. έχει σαν αποτέλεσμα αντίστοιχη μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου.

Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες έχουν δείξει ότι παρά την μείωση του καρδιαγγειακού κινδύνου που επιτυγχάνεται μέσω της μείωσης της LDL-cho. με στατίνη, ο κίνδυνος μακροαγγειακών επιπλοκών παραμένει αυξημένος. Έτσι δημιουργήθηκε η έννοια του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου. Άρα, δεν αρκεί μόνο η μείωση της LDL-cho. αλλά χρειάζεται μια πολυπαραγοντική αντιμετώπιση των άλλων παραγόντων καρδιαγγειακού κινδύνου και ίσως χρειάζεται επιθετική αντιμετώπιση των αυξημένων επιπέδων τριγλυκεριδίων και των χαμηλών της HDL-cho. που χαρακτηρίζουν την λεγόμενη αθηρογόνο δυσλιπιδαιμία που συναντάται στην συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Για την αντιμετώπιση, του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου έχει προταθεί ο συνδυασμός στατίνης και φιβράτης, αλ-

λά οι μελέτες έδειξαν ότι ο συνδυασμός αυτός δεν είναι αποτελεσματικός για την μείωση του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού σε όλα τα άτομα με δυσλιπιδαιμία, αλλά σε μόνον σε αυτούς με αυξημένα τριγλυκερίδια και χαμηλή HDL-cho.

Επίσης, από την Ευρωπαϊκή Διαβητολογική Ένωση και την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αθηροσκλήρυνση προτείνεται η χορήγηση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, φιβράτης ανεξάρτητα των επιπέδων των λιπιδίων όταν υπάρχει μικροαγγειοπάθεια και ιδιαίτερα αμφιβληστροειδοπάθεια, αφού μελέτες έχουν δείξει ότι η χορήγηση φιβράτης είχε ευεργετική επίδραση στην διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια.

Ένα άλλο φάρμακο που θα ήταν χρήσιμο στην αντιμετώπιση της αθηρογόνου δυσλιπιδαιμίας και κατέπекταση της μείωσης του υπολειπόμενου καρδιαγγειακού κινδύνου είναι το νικοτινικό οξύ. Η φαρμακευτική αυτή ουσία μειώνει τα επίπεδα της LDL-cho. και τριγλυκεριδίων και αυξάνει τα επίπεδα της HDL-cho. περί τα 20-30%. Παρόλο που επηρεάζει όλες τις παραμέτρους της αθηρογόνου δυσλιπιδαιμίας η συνχορήγησης της με στατίνη δεν μειώνει περισσότερο τον υπολειπόμενο καρδιαγγειακό κίνδυνο απ'ότι η στατίνη μόνη της. ✕

Το νικοτινικό οξύ χρησιμοποιείται στην αντιμετώπιση της αθηρογόνου δυσλιπιδαιμίας. Μειώνει τα επίπεδα της LDL-cho και τριγλυκεριδίων και αυξάνει τα επίπεδα της HDL-cho περί τα 20-30%

Αλλάξτε & Κερδίστε!



**Έχετε Compact;
Έχετε κερδίσει!**

**Καλέστε στο τμήμα εξυπηρέτησης πελατών Accu-Chek
στο 800 11 71000 (ΔΩΡΕΑΝ από σταθερό πανελλαδικά)
ή στο 210 2703700**

Experience what's possible.

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Αθήνα: Α. Παναγούλη 91, Νέα Ιωνία

Θεσσαλονίκη: 12ο χλμ. Ν.Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανίων

ACCU-CHEK®

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

ak 1185/1209

Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακή νόσος

Όλες οι μεγάλες επιστημονικές εταιρείες και όλοι οι επιστημονικοί οργανισμοί που εστιάζουν στα θέματα του διαβήτη και των καρδιοπαθειών επισημαίνουν την αναμφισβήτητη ισχυρή και στενή σχέση μεταξύ διαβήτη και καρδιαγγειακής νόσου και προτρέπουν στην πρόληψη και παρέμβαση για την αποτροπή της εξέλιξης του διαβήτη σε καρδιαγγειακή νόσο. Στο κείμενο που ακολουθεί, αναλύονται πτυχές αυτής της ιδιαίτερης σχέσης και περιγράφονται οι αναγκαίες προληπτικές παρεμβάσεις.



Επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα

Η μακροαγγειοπαθητική νόσος, οι καρδιαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη, είναι το κύριο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας των ατόμων με διαβήτη. Η καρδιαγγειακή νόσος είναι υπεύθυνη για το 80% των θανάτων των διαβητικών ασθενών και είναι η πιο συχνή αιτία νοσηλείας των ατόμων με διαβήτη (νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια, ΑΕΕ, περιφερική αγγειοπάθεια κ.λπ.). Αξιόπιστες πληθυσμιακές μελέτες (Framingham Study, Strong Heart Study) δείχνουν σχετικό κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο διπλάσιο για τους διαβητικούς άνδρες και πενταπλάσιο για τις διαβητικές γυναίκες. Οι διαβητικοί ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας κατά τη νοσηλεία τους, αλλά και μετά τη νοσηλεία. Καλά τεκμηριωμένη εξάλλη μελέτη (Framingham Heart Study) έδειξε ότι η παρουσία σακχαρώδη διαβήτη στην ηλικία των 50 ετών συνοδεύεται με έναν κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου για την υπόλοιπη ζωή της τάξης του 57 έως

Δρ Ανδρέας Μελιδώνης,
συντονιστής διευθυντής Α' Π.
και Διαβητολογικού Κέντρου
ΓΝΠ «Τζάνειο», πρόεδρος ΕΔΕ

67% (γυναίκες-άνδρες), με αντίστοιχη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 8-10 έτη. Πρόσφατη επίσης σημαντικού μεγέθους επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι οι διαβητικοί παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου με αυτόν των μη διαβητικών που είναι μεγαλύτεροι κατά 15 χρόνια. Αξίζει ιδιαίτερης επίσης αναφοράς η συχνή παρουσία στα άτομα με διαβήτη της σιωπηλής ισχαιμίας. Μέχρι και 25% των διαβητικών μπορεί να έχουν στεφανιαία νόσο χωρίς συμπτώματα ή κλινική εικόνα. Φαίνεται επίσης, ότι η συσχέτιση της υπεργλυκαιμίας με τη στεφανιαία και την καρδιαγγειακή θνησιμότητα είναι ισχυρότερη στους διαβητικούς τύπου I συγκριτικά με τους διαβητικούς τύπου II (αύξηση κατά 1% της HbA1c, αύξησε τον κίνδυνο θνησιμότητας κατά 53% στους διαβητικούς τύπου I, συγκριτικά με αύξηση 8% στους διαβητικούς τύπου II σε φινλανδική μελέτη). Στην ίδια μελέτη, πάντως, δεν διαπιστώθηκε διαφορά στην καρδιαγγειακή θνησιμότητα μεταξύ των δύο τύπων διαβήτη, ενδεικτικό του ότι στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου II σημαντικό ρόλο για την αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου διαδραματίζουν και οι άλλοι κλασικοί παράγοντες κινδύνου (όπως έδειξε και η μελέτη UKPDS).

Γιατί και πώς η υπεργλυκαιμία οδηγεί στην καρδιαγγειακή νόσο

Φαίνεται ότι η υπεργλυκαιμία αυτόνομα, per se, διαμέσου διαφόρων παθοφυσιολογικών μηχανισμών ευνοεί και ενισχύει την αθηρωματική διαδικασία. Αναφέρονται ιδιαίτεροι βιοχημικοί και μοριακοί μηχανισμοί που εξηγούν την επίδραση της υπεργλυκαιμίας στο αγγειακό τοίχωμα (κύκλος πολυολών, γλυκοζυλίωση πρωτεϊνών, πρωτεϊνική κίνηση C, οδός εξοξα-

μίνης, οξειδωτικό stress), ενώ ο διαβήτης σχετίζεται με υπερπηκτικότητα, αυξημένη φλεγμονή, με ιδιαίτερα επηρεασμένη ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, λόγω και της παρουσίας της ινσουλινοαντίστασης επί σακχαρώδη διαβήτη και ασταθείς ευένδοτες αθηρωματικές πλάκες.

Η αυξημένη παραγωγή ελευθέρων ριζών O₂, το αυξημένο δηλαδή οξειδωτικό stress, φαίνεται ότι είναι η κοινή μοριακή κατάληξη της επίδρασης όλων των παραγόντων κινδύνου και της υπεργλυκαιμίας, καθώς και ο βασικός ενοποιητικός διαμεσοληβητικός παράγων ευόδωσης της αθηρωματικής διαδικασίας.

Επιπρόσθετα, πρέπει να επισημανθούν και οι διαταραχές που παρατηρούνται επί διαβήτη στον μυοκαρδιακό μεταβολισμό και τη μυοκαρδιακή λειτουργία. Λόγω της περιφερικής ινσουλινοαντίστασης αυξάνεται η μεταφορά και η χρησιμοποίηση από το μυοκάρδιο των ελεύθερων λιπαρών οξέων (FFA). Τα FFA αναστέλλουν την ενδοκυττάρια σηματοδότηση του ινσουλινικού σήματος στα μυοκαρδιακά κύτταρα, μειώνουν τη λειτουργικότητα των μεταφορέων γλυκόζης (GLUT) και την οξειδωση της γλυκόζης.

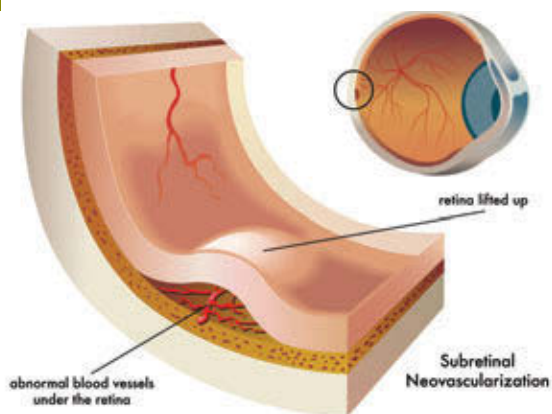
Η αυξημένη μυοκαρδιακή χρησιμοποίηση των FFA μπορεί να οδηγήσει σε αύξηση των ROS, σε επηρεασμένη λειτουργικότητα της αρ. κοιλίας, σε λιποτοξικότητα. Η επιβλαβής δράση των διαταραχών αυτών ενισχύεται και από τη λόγω της υπεργλυκαιμίας, ενδομυοκαρδιακή μικροαγγειαπάθεια, όπως επίσης και από τη μυοκαρδιακή ίνωση, λόγω της μη ενζυματικής γλυκοζυλίωσης των μυοκαρδιακών πρωτεϊνών. Τελικό αποτέλεσμα, η ανάπτυξη της διαβητικής μυοκαρδιοπάθειας που οδηγεί στο συνολικά πάσχον μυοκάρδιο.



→ Ο διαβήτης με τις λειτουργικές, δομικές και μοριακές δυσλειτουργίες και διαταραχές που δημιουργεί στην καρδιά και τα αγγεία είναι μια εν εξελίξει καρδιαγγειακή νόσος. Μια νόσος που απαιτεί πολυπαραγοντική προσέγγιση και θεραπευτική παρέμβαση για να μειωθεί ο κίνδυνος των επιπλοκών και των θανατηφόρων συμβαμάτων.

Είναι τελικά ο διαβήτης ισοδύναμο στεφανιαίας νόσου;

Από 12ετίας ο σακχαρώδης διαβήτης δεν θεωρείται απλά ως παράγοντας κινδύνου για στεφανιαία νόσο, αλλά ισοδύναμο στεφανιαίας νόσου, δηλαδή οι διαβητικοί παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο στεφανιαίας θνησιμότητας και εμφράγματος μυοκαρδίου με τους μη διαβητικούς με ιστορικό στεφανιαίας νόσου. Για τη θεώρηση αυτή από το NCEP, καταλυτικό ρόλο σημείωσαν τα δεδομένα της μελέτης EAST-WEST, σύμφωνα με τα οποία η συχνότητα των θανατηφόρων και μη θανατηφόρων εμφραγμάτων του μυοκαρδίου των διαβητικών ήταν



Πρόσφατη επίσης σημαντικού μεγέθους επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι οι διαβητικοί παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου με αυτόν των μη διαβητικών που είναι μεγαλύτεροι κατά 15 χρόνια

παρόμοια με αυτήν των μη διαβητικών με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου, μετά παρακολούθηση αμφοτέρων των πληθυσμών για επτά χρόνια. Έκτοτε ανεφύησαν πολλά επιμέρους ερωτηματικά, ενώ προβληματισμός αναπτύχθηκε και αναπτύσσεται για τη βασική θεώρηση της ισοδυναμίας (ισοδυναμία διαβήτη με στεφανιαία νόσο). Σε σχετικά πρόσφατη (2009) μετασύνθεση 13 μελετών (38600 άτομα-μέση πα-

ρακολούθηση= 13 έτη) έδειξε ότι οι διαβητικοί παρουσιάζουν κατά 43% μικρότερο κίνδυνο Σ.Θ.-Ε.Μ. συγκριτικά με τους μη διαβητικούς με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου.

Φαίνεται έτσι, ότι για την ισοδυναμία του διαβήτη με τη στεφανιαία νόσο καθοριστικής σημασίας είναι η συνύπαρξη ή μη παραγόντων κινδύνου. Η μελέτη «Strong Heart» έδειξε ότι η παρουσία περισσότερων των πέντε παραγόντων κινδύνου ή δεικτών κινδύνου στα διαβητικά άτομα επιφέρει αγγειακή επιβάρυνση παρόμοια με αυτήν των μη διαβητικών με ιστορικό Ε.Μ. Σημαντικός επίσης είναι ο ρόλος της ηλικίας. Μεγάλη καναδική πληθυσμιακή μελέτη έδειξε ότι η μετάβαση από τον μέτριο στον υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη γίνεται περίπου στα 41 χρόνια για τους άνδρες και στα 48 για τις γυναίκες. Πρόσφατη εξάλληλου καλή οργανωμένη μελέτη («British Regional Heart Study») τεκμηρίωσε ότι μόνο ο διαβήτης μακράς διάρκειας (10-15 ετών τουλάχιστον) είναι ισοδύναμος της στεφανιαίας νόσου.

Διαμορφώνεται κατ' αυτόν τον τρόπο τάση μετάβασης από τη γενική αφοριστική θεώρηση της ισοδυναμίας στην ατομική πολυπαραγοντική αξιολόγηση του στεφανιαίου και ευρύτερα του καρδιαγγειακού κινδύνου κάθε ασθενούς με σακχαρώδη διαβήτη. Ευεξήγητο έτσι μοιάζει το γεγονός ότι στις κατευθυντήριες οδηγίες της ADA από το 2009 και μετά γίνεται πλέον σύσταση για εκτίμηση των παραγόντων κινδύνου στον κάθε διαβητικό και αξιολόγηση του 10ετούς καρδιαγγειακού κινδύνου βάσει γνωστών score (Framingham risk score, HeartScore, UKPDS engine κ.λπ.).

Κατ' αυτόν τον τρόπο και οι κατευθυντήριες οδηγίες στην πράξη περνούν από την εποχή της ισοδυναμίας στην εποχή της ατομικής αξιολόγησης.

Παρεμβάσεις πρόληψης της Κ.Ν.

Η πολυπαραγοντική παθογένεια της καρδιαγγειακής νόσου στα άτομα με διαβήτη

είναι ευνόητο ότι απαιτεί πολυπαραγοντική αντιμετώπιση και παρέμβαση για να επιτευχθεί η πρόληψη των καρδιαγγειακών επιπλοκών.

Επομένως, απαιτούνται θεραπευτικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της δυσλιπιδαιμίας του διαβήτη (στόχος LDL < 100mg%) της συχνά συνυπάρχουσας υπέρτασης (στόχος < 130/80mmHg), της υπερπηκτικότητας που συνοδεύει την υπεργλυκαιμία (χορήγηση ασπιρίνης σε άνδρες διαβητικούς άνω των 50 ετών με έναν τουλάχιστον παράγοντα κινδύνου και σε γυναίκες διαβητικές άνω των 60 ετών με έναν επίσης παράγοντα κινδύνου) και βεβαίως της υπεργλυκαιμίας. Σημαντικές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την ευεργετική επίδραση της πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης στη πρωτογενή πρόληψη της Κ.Ν. Ενδεικτική η μελέτη Steno-2 έδειξε μείωση κατά 50% των καρδιαγγειακών συμβαμάτων στην ομάδα της εντατικής πολυπαραγοντικής αντιμετώπισης (NNT= 8).

Στο ευνοϊκό αυτό αποτέλεσμα της πολυπαραγοντικής παρέμβασης συμβάλλει ιδιαίτερα η λιπιδαιμική ρύθμιση, ακολουθεί η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης και έπειτα η γλυκαιμική ρύθμιση.

Η συμβολή της γλυκαιμικής ρύθμισης στην πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα σημαντική στα πρώτα χρόνια εμφάνισης του διαβήτη και απαιτεί μεγάλο χρονικό ορίζοντα για να δώσει σημαντικά αποτελέσματα (όπως έδειξε και η μελέτη UKPDS σε νεοδιαγνωσμένου διαβητικούς που η εντατική γλυκαιμική ρύθμιση συνδέθηκε με σημαντική μείωση των μακροαγγ/κών συμβαμάτων μετά 20 χρόνια).

Η εντατική γλυκαιμική ρύθμιση σε μακροχρόνια πάσχοντες διαβητικούς με εγκατεστημένες μικρο- και μακροαγγειακές επιπλοκές δεν συνδέεται με σημαντικά ευνοϊκά αποτελέσματα. Σχετικές μεταναλήψεις δείχνουν μόνο ένα ενδεχόμενο μόνο ωφέλιμο στη μείωση των μη θανατηφόρων στεφανιαίων συμβαμάτων. ✕

CANDEREL® GREEN

ΓΛΥΚΙΑ ΓΕΥΣΗ ΑΠΟ ΤΗ ΦΥΣΗ



ΑΠΟ ΕΚΚΥΛΙΣΜΑ
ΣΤΕΒΙΑ
ΤΟΥ ΦΥΤΟΥ

Το CANDEREL GREEN, με γλυκιά γεύση από τη φύση και σχεδόν χωρίς θερμίδες, διατίθεται προς πώληση!

Το **CANDEREL GREEN** είναι το NEO γλυκαντικό που περιέχει ουσίες από εκκύλισμα του φυτού Στέβια, ένα φυτό γλυκό από τη φύση του, με προέλευση τη Ν. Αμερική. Το **CANDEREL GREEN** δίνει στα ροφήματα και στα επιδόρμιά σας μια υπέροχη γλυκιά γεύση σχεδόν χωρίς θερμίδες.

Διατίθεται σε ταμπλέτες, που μεταφέρονται εύκολα και σε σκόνη σε γυάλινο βάζο. Το **CANDEREL GREEN**, με εκκύλισμα του φυτού Στέβια, είναι χαμηλής θερμιδικής αξίας εναλλακτική επιλογή της ζάχαρης.

Στέβια, το γλυκό δώρο της φύσης

Η ιστορία της Στέβια, του φυτού με την μοναδική γλυκαντική ικανότητα.

Η Στέβια είναι γνωστή για την εξαιρετική της γλυκύτητα αφού χρησιμοποιείται εδώ και αιώνες από τους Γκουαρανί, τους Ινδιάνους της Παραγουάης και η χρήση της είναι ευρύτατα διαδεδομένη στην Ιαπωνία για περισσότερο από 30 χρόνια. Για 25 χρόνια οι ερευνητές μελετούν αυτό το «θαυματουργό» φυτό που έχει ως κύριο χαρακτηριστικό, τα γλυκά του φύλλα.

Η ουσία Rebaudioside A, κοινώς γνωστή ως Reb A, εξάγεται από το φυτό Στέβια και είναι φυσική εναλλακτική επιλογή της ζάχαρης.



Το CANDEREL GREEN, παράγεται από εκκύλισμα του φυτού Στέβια και είναι φυτικής προέλευσης, ασφαλές για τους καταναλωτές.

Η ουσία Rebaudioside A, κοινώς γνωστή ως Reb A, δεν εμφανίζει κανένα κίνδυνο για αλλεργίες ή τοξικότητα, πράγμα που κάνει τη χρήση του κατάλληλη για όλους. Αυτό το αποτέλεσμα επιβεβαιώνεται από 85 και πλέον μελέτες που αφορούν στους γλυκοσίδες στεβιόλης, συμπεριλαμβανομένου και του Reb A.

Η ουσία Reb A είναι επίσης κατάλληλη για χρήση από διαβητικούς. Η κατανάλωσή της δεν επηρεάζει τα επίπεδα της γλυκόζης του αίματος και δεν επιδρά στη δράση της ινσουλίνης. Το **CANDEREL GREEN** βοηθά στη ρύθμιση της διαίτας των διαβητικών, προσφέροντας μεγαλύτερη ποικιλία και ευελιξία στον υπολογισμό της συνολικής πρόσληψης υδατανθράκων και επιτρέποντάς τους να ικανοποιούν την επιθυμία για γλυκιά γεύση, χωρίς να επηρεάζονται τα επίπεδα σάκχαρου του αίματος ή τα επίπεδα της ινσουλίνης.



Η λαπαροσκοπική χειρουργική στη γυναικολογία

Τα οφέλη της στη γυναίκα με διαβήτη

Η λαπαροσκοπική χειρουργική αποτελεί μια σύγχρονη ιατρική τεχνική, η οποία βρίσκει εφαρμογή σε πολλές χειρουργικές ειδικότητες τα τελευταία χρόνια. Σκοπός της είναι η επίτευξη του ιδίου ή και καλύτερου διαγνωστικού και θεραπευτικού αποτελέσματος με αυτό της κλασικής ανοιχτής χειρουργικής, δια μέσω τομής στην κοιλιακή χώρα.

δρ. Γιάννης Κουτουκός,
μαιευτήρας, γυναικολόγος, με
εξειδίκευση στη λαπαροσκοπική
χειρουργική, νοσοκομείο «Μητέρα»

Η συμβατική ανοιχτή μέθοδος χρησιμοποιεί τομές μήκους δέκα περίπου εκατοστών ή και μεγαλύτερες, οι οποίες δίνουν τη δυνατότητα στον χειρουργό να δει με τα γυμνά του μάτια τα εσωτερικά όργανα και να χρησιμοποιεί τα χέρια του για να πραγματοποιήσει τη χειρουργική θεραπεία που επιθυμεί, όπως για παράδειγμα την αφαίρεση της μήτρας, ινομυωμάτων και ενδομητρίωσης στον τομέα της γυ-

ναικολογίας. Οι τομές αυτές συγκλίνουν στο τέλος της επέμβασης, συνήθως με χειρουργικά ράμματα. Στην αντίθετη περίπτωση, στη λαπαροσκοπική χειρουργική δεν γίνονται τέτοιου είδους μεγάλες τομές, παρά μόνο μικρές τομές συνήθως μισού με ενός εκατοστού. Δια μέσου αυτών πραγματοποιείται η επέμβαση με ειδικά χειρουργικά εργαλεία και η εικόνα προβάλλεται μέσω κάμερας σε οθόνες. Τα προτερήματα αυτής της μεθόδου είναι η μεγεθυμένη υψηλής ευκρίνειας εικόνα, που δίνει τη δυνατότητα στον χειρουργό να κάνει τη διάγνωση παθήσεων με ακρίβεια και να τις θεραπεύσει καλύτερα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα αυτού είναι η περίπτωση της ενδομητρίωσης. Η ενδομητρίωση αποτελεί συχνή σχετικά πάθηση του γυναικείου πληθυσμού, όπου περίπου μία στις επτά γυναίκες αναπτύσσουν μικρές ή μεγάλες εναποθέσεις ενδομητρικού ιστού (του ιστού δηλαδή που αποπίπτει από τη μήτρα κάθε μήνα για να εμφανιστεί η περίοδος στον κόλπο) στα εσωτερικά όργανα της κοιλιακής τους χώρας. Τα συνηθέστερα συμπτώματα της ενδομητρίωσης είναι ο πόνος κατά την περίο-



δο, κατά τη σεξουαλική επαφή, ο πόνος στη μέση και κάποιες φορές η υπογονιμότητα. Η λαπαροσκοπική προσέγγιση επιτρέπει διάγνωση και θεραπεία σε περιπτώσεις όπου η κλασική μέθοδος του ανοικτού χειρουργείου δεν θα είχε αποτέλεσμα, αφού η ενδομητρίωση σε αρχικό στάδιο δεν είναι πάντα ευδιάκριτη στο ανοικτό χειρουργείο. Το αποτέλεσμα είναι οι γυναίκες, συνήθως αυτές, να υποφέρουν για χρόνια και να έχουν προβλήματα γονιμότητας, τα οποία θα μπορούσαν να έχουν λυθεί με τη λαπαροσκοπική αντιμετώπιση της νόσου.

Εκτός όμως της καλύτερης χειρουργικής εικόνας, η λαπαροσκόπηση στη γυναικολογία φέρει πλεονεκτήματα στην ασθενή άμεσα (κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και της νοσηλείας της ασθενούς) αλλά και μακροπρόθεσμα και έμμεσα (μέσω αποφυγής συμφύσεων). Ο μετεγχειρητικός πόνος της ασθενούς είναι κατά πολύ μειωμένος, με αποτέλεσμα οι ασθενείς να μπορούν να βγουν από το νοσοκομείο και μεταβούν σπίτι τους την ίδια ή την επόμενη μέρα του χειρουργείου (ανεξαρτήτως σοβαρότητας χειρουργείου) σε αντίθεση με τις τρεις με επτά ημέρες παραμονής τους στο νοσοκομείο μετά από το κλασικό χειρουργείο. Η ανάρρωση της ασθενούς στο σπίτι και η επιστροφή της στην εργασία της είναι επίσης πιο γρήγορη. Το λαπαροσκοπικό χειρουργείο είναι εξίσου ασφαλές και συνοδεύεται από λιγότερη απώλεια αίματος σε σύγκριση με το ανοικτό. Λόγω των μικρών τομών στην κοιλιά αποφεύγεται η εκτεταμένη τοπική αντίδραση των ιστών και συνεπώς δημιουργούνται λιγότερες μετεγχειρητικές συμφύσεις.

Οι παραπάνω παρατηρήσεις είναι χαρακτηριστικές στην αφαίρεση των ινομυωμάτων της μήτρας, καλοθών όγκων που παρατηρούνται μέχρι και σε μία στις τρεις γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και σχετίζονται με βαριές περιόδους και υπογονιμότητα. Η λαπαροσκοπική αφαίρεση των ινομυωμάτων συνεπώς αυξάνει την πιθανότητα τεκνοποίησης και θεραπεύει τις προβληματικές περιόδους, με μικρότερη απώλεια αίματος κατά τη διάρκεια του χειρουργείου και τη δημιουργία λιγότερων συμφύσεων από ότι στα ανοικτά χειρουργεία με κλασικές (λαπαροτομία) αλλήλ και μικρότερες ακόμα τομές (μινιλαπαροτομία).

Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, όπως η έγκαιρη διάγνωση, η απουσία αιμορραγίας, καθώς και η ταχύτερη και ασφαλέστερη μετεγχειρητική πορεία κάνουν τη συγκεκριμένη μέθοδο ιδανική στην περίπτωση του διαβήτη και ιδιαίτερα όταν ο διαβήτης είναι αρρύθμιστος, ή όταν υπάρχει υπέρβαρο. Στατιστικά αναφέρεται ότι ο συνδυασμός διαβήτη και υπέρβαρου αυξάνουν το ποσοστό ανάπτυξης καρκίνου της μήτρας και υπερπλασίας του ενδομητρίου. Επίσης, αναφορικά με τις γυναίκες (έφηβες ή νεαρές γυναίκες), οι οποίες ενδιαφέρονται για την αισθητική πλευρά, η λαπαροσκοπική μέθοδος δεν αφήνει τις τομές των παιλαίων χειρουργείων. Αποφεύγεται επίσης κάθε δυσκολία μετεγχειρητικής ανάρρωσης.

Έχουμε, λοιπόν, στα χέρια μας μια χειρουργική μέθοδο, που τα τελευταία 25 χρόνια εξελίσσεται και πλέον παρέχει πολλά πλεονεκτήματα στις ασθενείς και η οποία έχει σαφώς ξεπεράσει τα κλασικά χειρουργεία με μεγαλύτερες τομές. ✕

S O S

→ Τα πλεονεκτήματα της λαπαροσκοπικής χειρουργικής, όπως η έγκαιρη διάγνωση, η απουσία αιμορραγίας, καθώς και η ταχύτερη και ασφαλέστερη μετεγχειρητική πορεία κάνουν τη συγκεκριμένη μέθοδο ιδανική στην περίπτωση του διαβήτη και ιδιαίτερα όταν ο διαβήτης είναι αρρύθμιστος, ή όταν υπάρχει υπέρβαρο.





Διαχείριση και εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τα οποία επισκέπτονται τα νοσοκομεία

Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη ζουν 24 ώρες το 24ώρο, 7 ημέρες την εβδομάδα με την πάθησή τους και η αντιμετώπισή τους απαιτεί πολλά περισσότερα από τη συνταγογράφηση ενός φαρμακευτικού σκευάσματος ή τη σύνταξη ενός μηνιαίου διαιτολογίου. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να εκπαιδεύσουν τους συγκεκριμένους ασθενείς κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να διαχειρίζονται το διαβήτη τους με ασφάλεια όλο το 24ώρο.

δρ Γεωργία Ν. Κάσση,
ενδοκρινολόγος, καθηγήτρια
Πανεπιστημίου Perugia Ιταλίας,
διευθύντρια-υπεύθυνη Ιατρείου
Σακχαρώδη Διαβήτη, Β'
ενδοκρινολογικό τμήμα Γ.Ν.Α.
Αλεξάνδρα

«Είναι πιο εύκολο να γράψουμε μια συνταγή, από το να μιλήσουμε με κάποιον που υποφέρει» Franz Kafka

Ειδικά στη σημερινή εποχή όπου ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα καθώς λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας στις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες και σχετίζεται με χρόνιες επιπλοκές σε διάφορα όργανα του ορ-

γανισμού μας η εκπαίδευση του διαβητικού είναι καταλυτικής σημασίας. Εκπαίδευση σημαίνει πρόληψη. Η πρόληψη των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

ελαχιστοποιεί το κόστος της νόσου έμμεσα, άμεσα και άυλα (;) και συνεπώς εξοικονομεί πόρους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας.

Δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι ο διαβητικός ασθενής αν και είναι ένας «ισόβιος» ασθενής με την πρόοδο της επιστημονικής έρευνας δεν νοείται να είναι πλέον ένας βαριά πάσχων. Από την ανακάλυψη της ινσουλίνης το 1921 μέχρι σήμερα έχουν σημειωθεί αληθινά εξελίξεις στην πρόληψη και την αντιμετώπιση των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη. Πλέον, γνωρίζουμε καλύτερα το ρόλο της διατροφής και της άσκησης στην καθημερινή ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου αίματος. Τα φάρμακα νεώτερης γενιάς μας διευκολύνουν στη ρύθμιση του διαβήτη, χωρίς να εξαντλούν τα β-κύτταρα του παγκρέατος και δεν προκαλούν βαριές υπογλυκαιμίες. Αξίζει δε, να σημειωθεί ότι οι ινσουλίνες δεν είναι πια ζωικής προέλευσης, είναι καθαρότερες, ανθρώπινες προέλευσης ή ανάλογα ινσουλίνες που η δράση τους μοιάζει περισσότερο με αυτή που εκκρίνει ένα υγιές πάγκρεας.

Παρ' όλα αυτά ο διαβήτης ακόμα και σήμερα παραμένει η πρώτη αιτία τύφλωσης, νεφροπάθειας τελικού σταδίου και ακρωτηριασμού άκρων μη τραυματικού τύπου. Στην αυθόρμητη ερώτηση «τι φταίει», η απάντηση είναι απλή: η ανεπαρκής εκπαίδευση – διαχείριση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Το κλειδί για όλα βρίσκεται στην αγωγή υγείας που θα πρέπει να παρέχεται από επαγγελματίες οι οποίοι έχουν βα-

θιά κατανόηση των αναγκών των ατόμων με διαβήτη (παιδιά, έφηβοι, έγκυες, ενήλικες και τρίτη ηλικία) και πώς αυτές οι ανάγκες αλληλάζουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους.

Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να γνωρίζουν ότι:

- το άτομο έχει δικαίωμα στη γνώση που το αφορά
- το άτομο έχει δικαίωμα να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του
- το άτομο έχει δικαίωμα να δεχθεί ή να απορρίψει την περίθαλψη
- οι επαγγελματίες υγείας είναι οι πλέον υπεύθυνοι να μοιραστούν τις πληροφορίες που θα βοηθήσουν τον ασθενή να αποφασίσει σωστά στην περίθαλψη.

Η διαδικασία της εκπαίδευσης είναι σύνθετο θέμα και απαιτεί εστίαση από την πλευρά του επαγγελματία υγείας στις δυνατότητες και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ατόμου με διαβήτη και να προσαρμόσει τη θεραπεία ανάλογα με αυτές. Μία σωστή εκπαίδευση πρέπει να στοχεύει στην υψηλή κινητοποίηση και αυτονομία του ασθενή. Όσο αυξάνει η πολυπλοκότητα της θεραπείας (π.χ. πολλαπλές ενέσεις ινσουλίνης) τόσο αυξάνει και η ανάγκη για εκτενέστερη εκπαίδευση του ατόμου με διαβήτη.

Οι εκπαιδευτές (γιατροί, νοσηλεύτες, διαιτολόγοι και άλλοι βοηθοί υγείας) θα πρέπει σε τακτά χρονικά διαστήματα να παρακολουθούν ειδικά τμήματα εκπαίδευσης για τον διαβήτη και τις μεθόδους διδασκαλίας του. Και, πάνω απ' όλα, ο κρα-



→ Για την εκπαίδευση των ατόμων με Σ.Δ. είναι απαραίτητο τα άτομα αυτά να συμμετέχουν σε ειδικές ομάδες εκπαίδευσης, ούτως ώστε να αποκτούν τις απαιτούμενες γνώσεις σε ότι αφορά τον διαβήτη και την ρύθμιση του. Ούτως ώστε να γνωρίζουν τη σημασία της καταγραφής της ημερήσιας παρακολούθησης των τιμών της γλυκόζης, να γνωρίζει κανείς πόσες μονάδες βασικής και γευματικής ινσουλίνης έχει ανάγκη, τότε γίνονται διορθωτικές μονάδες ινσουλίνης, τι σημαίνει ευαισθησία της ινσουλίνης, τι σημαίνει υπογλυκαιμία και τι υπεργλυκαιμία



Η πρόληψη των επιπλοκών του σακχαρώδη διαβήτη μειώνει τον κίνδυνο θνησιμότητας, βελτιώνει την ποιότητα της ζωής των ατόμων με ΣΔ, ελαχιστοποιεί το κόστος της νόσου έμμεσα, άμεσα και εξοικονομεί πόρους για το Εθνικό Σύστημα Υγείας

τικός μηχανισμός υγείας θα πρέπει να δώσει προτεραιότητα στα συγκεκριμένα εκπαιδευτικά προγράμματα.

Διαβήτης: μία νόσος που απαιτεί δια βίου εκπαίδευση

Ποια είναι όμως σήμερα η διαχείριση – εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στα περισσότερα νοσοκομεία; Η αντιμετώπιση του ασθενή (είτε έχει προσέλθει στα εξωτερικά ιατρεία, είτε είναι νοσηλευόμενος σε κλινική) είναι η ακόλουθη: διαιτολόγιο με θερμίδες ανάλογες με το σωματικό βάρος του, εκπαίδευση στη χρήση μετρητή σακχάρου αίματος, εκπαίδευση στη λήψη φαρμάκων, εκπαίδευση στη χρήση και χορήγηση ινσουλίνης με τα διάφορα στυλ ή αντλίες ινσουλίνης και οδηγίες για την περίπτωση υπεργλυκαιμίας και υπογλυκαιμίας. Το κρίσιμο ερώτημα είναι, επαρκεί αυτή η εκπαίδευση; Όχι.

Δυστυχώς, αυτή η τόσο αναγκαία εκπαίδευση ώστε, τα άτομα με διαβήτη να μπορούν να ζήσουν αυτόνομα όπως τα υγιή άτομα δεν είναι εφικτή στα εξωτερικά ιατρεία ή κέντρα των διαφόρων νοσοκομείων της χώρας. Αυτό οφείλεται ως επί το πλείστον στην έλλειψη χρόνου για

εξέταση λόγω μεγάλου όγκου περιστατικών και στο ότι η συχνότητα των επισκέψεων είναι πάρα πολύ αραιή (μία επίσκεψη κάθε 3 – 4 μήνες).

Ο μόνος τρόπος αυτομόνησης των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη είναι η συμμετοχή τους σε ομάδες εκπαίδευσης – ιδανικά τρίωρες συναντήσεις 10 – 15 ατόμων μία φορά την εβδομάδα για 6 – 7 φορές τουλάχιστον. Με αυτόν τον τρόπο εκπαίδευσης ο επαγγελματίας υγείας έχει περισσότερο χρόνο για να λύσει τις όποιες απορίες έχουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Καθώς οι ομάδες αυτές αποτελούνται από άτομα με κοινά προβλήματα, δίνεται η δυνατότητα σε όλους να συζητούν και να ανταλλάσσουν τις εμπειρίες τους. Αποτέλεσμα των ομάδων εκπαίδευσης είναι η απόκτηση γνώσης σε ότι αφορά τον διαβήτη και την ρύθμισή του. Η κατανόηση της σημασίας της καταγραφής της ημερήσιας παρακολούθησης των τιμών της γλυκόζης, η εξαιρετική ωφελιμότητα της φυσικής δραστηριότητας και της υγιούς κοινωνικής ζωής, το να γνωρίζει κανείς πόσες μονάδες βασικής και πόσες μονάδες γευματικής ινσουλίνης έχει ανάγκη, τότε γίνονται διορθωτικές μονάδες ινσουλίνης, τι σημαίνει ευαισθησία της ινσουλίνης, τι σημαίνει υπογλυκαιμία και τι υπεργλυκαιμία και πώς πρέπει να τις αντιμετωπίζουμε, όλα τα παραπάνω είναι εξαιρετικά ουσιαστικά θέματα για την καθημερινότητα ενός ατόμου με σακχαρώδη διαβήτη.

Τέλος, πρέπει να τονίσουμε την αναγκαιότητα της διατήρησης της επαφής με τον επαγγελματία υγείας σε τακτά χρονικά διαστήματα, γιατί όσο καλώς εκπαιδευμένο και αν είναι το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη, δε μπορεί να αντικαταστήσει τον ειδικό, που δεν παύει να είναι άλλος από τον ειδικά καταρτισμένο επαγγελματία υγείας. ✕



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



Αεροπορικά ταξίδια και κύηση

πόσο ασφαλή είναι για την ανάπτυξη του εμβρύου

Τα αεροπορικά ταξίδια αποτελούν μέρος της καθημερινότητας πολλών εγκύων γυναικών που πρέπει να ταξιδέψουν σαν ανάγκη της εργασίας τους όπως επίσης των γυναικείων πληρωμάτων των πτήσεων πολλές από τις οποίες είναι στην αναπαραγωγική ηλικία αλλά και των πιλότων της πολιτικής και πολεμικής αεροπορίας που μένουν έγκυες. ^(1,2,3)

Κωνσταντίνος Ν. Πρεβεδουράκης,
καθηγητής μαιευτικής-γυναικολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίπου το 80% των πληρωμάτων των πτήσεων είναι γυναίκες και το 60% από αυτές είναι στην αναπαραγωγική ηλικία. ^(4,5) Επίσης, από τους περίπου 80.000 πιλότους της πολιτικής αεροπορίας διεθνώς,

περίπου το 5% είναι γυναίκες ⁽⁶⁾ όπως και το 4,1% όλων των πιλότων της πολεμικής αεροπορίας. ⁽⁷⁾

Τα ερωτήματα που αφορούν τα αεροπορικά ταξίδια σε όλες αυτές τις έγκυες γυναίκες επαγγελματίες ή μη συνοψίζονται στα εξής:

α) το αεροπορικό ταξίδι είναι ασφαλές για την έγκυο γυναίκα;

β) η έγκυος πρέπει να πετάει τις πρώτες 70 ημέρες της κύησης δηλαδή στην οργανογένεση;

γ) επηρεάζει το συχνό αεροπορικό ταξίδι κατά την κύηση στην ομαλή της έκβαση;

δ) υπάρχει κάποια ηλικία της κύησης που απαγορεύεται το αεροπορικό ταξίδι;

ε) έχει επίδραση η κοσμική ακτινοβολία στην έγκυο γυναίκα που ταξιδεύει συχνά αεροπορικά;

Ατμοσφαιρική πίεση της καμπίνας

Οι περισσότερες πολιτικές πτήσεις είναι ρυθμισμένες σε υψόμετρο από 1.524 μέτρα (5.000 πόδια) έως 2.438 μέτρα (8.000 πόδια). Η κανονική ατμοσφαιρική πίεση της καμπίνας του αεροσκάφους μπορεί να προκαλέσει, λόγω υποβαρούς υποξίας ή οξείας νόσου του βουνού, κόπωση, κεφαλαλγία, ναυτία και φωτοευαισθησία. Ακόμα και σε φυσιολογικές κυήσεις, η ροή του αίματος της μητριάας αρτηρίας σε αυτό το ύψος μειώνεται⁽¹⁾ κάτι που μειώνεται πιο πολύ στις έγκυες με προεκλαμψία και υπέρταση. ⁽¹⁾ Έτσι, η πραγματική επίδραση της ατμοσφαιρικής πίεσης της καμπίνας στη φυσιολογική κύηση εξακολουθεί να είναι άγνωστη.

Θρομβοεμβολισμός

Στη μελέτη της Νέας Ζηλανδίας (Air Traveler's) για τη θρόμβωση, βρέθηκε σχέση των πολυηλικίων ταξιδιών μεγάλης απόστασης ακόμα και σε μη έγκυες γυναίκες με χαμηλό έως μέσο κίνδυνο για θρόμβωση. ⁽⁹⁾ Οι έγκυες γυναίκες βρέθηκε ότι έχουν αυξημένο κίνδυνο για θρομβοεμβολισμό, λόγω της υπερπηκτικότητας της κύησης και ιδιαίτερα στη λοχεία. ⁽¹⁰⁾ Παρά το ότι τόσο το αεροπορικό ταξίδι όσο και η κύηση έχουν αυξημένο κίνδυνο για θρόμβωση, εν τούτοις ο κίνδυνος αυτός δεν έχει ξεκαθαριστεί.

Κοσμική ακτινοβολία

Η κοσμική ακτινοβολία προέρχεται από έξω από το ηλιακό σύστημα και τα επίπεδά της αυξάνουν καθώς το υψόμετρο αυξάνει πάνω από το επίπεδο της θάλασσας. ⁽¹¹⁾ Μερικοί τύποι καρκίνου όπως του μαστού, του δέρματος και το μελάνωμα, βρέθηκε ότι συνδέονται με την κοσμική ακτινοβολία. Επίσης, ο κίνδυνος αυτός είναι άγνωστος για τα πληρώματα των αεροπλάνων. Το Εθνικό Συμβούλιο της Ακτινοπροστασίας



→ Τα ερωτήματα που αφορούν τα αεροπορικά ταξίδια από έγκυες γυναίκες επαγγελματίες ή μη συνοψίζονται στα εξής:

- α) το αεροπορικό ταξίδι είναι ασφαλές για την έγκυο γυναίκα;
- β) η έγκυος πρέπει να πετάει τις πρώτες 70 ημέρες της κύησης δηλαδή στην οργανογένεση;
- γ) επηρεάζει το συχνό αεροπορικό ταξίδι κατά την κύηση στην ομαλή της έκβαση;
- δ) υπάρχει κάποια ηλικία κύησης που απαγορεύεται το αεροπορικό ταξίδι;
- ε) έχει επίδραση η κοσμική ακτινοβολία στην έγκυο γυναίκα που ταξιδεύει συχνά αεροπορικά;

Το επίπεδο θορύβου στα αεροσκάφη της πολιτικής αεροπορίας είναι κάτω από 85dB. Η παραμονή όμως πλησίον των μηχανών του αεροσκάφους με επίπεδα θορύβου > 85 dB έχει συνδυαστεί με κίνδυνο εμφάνισης πρόωρου τοκετού

ας και Μετρήσεων βρήκε ότι οι έγκυες γυναίκες των πληρωμάτων δεν πρέπει να παίρνουν πάνω από το όριο του 1-mSV στις 40 εβδομάδες της κύησης. ⁽¹¹⁾ Βέβαια, ο περιστασιακός ταξιδιώτης ακόμα και στην πολύωρη διεθνή πτήση δεν εκτίθεται πάνω από το 15% αυτού του ορίου ⁽¹²⁾, όμως αυτό μπορεί να αποτελέσει πρόβλημα για τον συχνό ταξιδιώτη, το πλήρωμα του αεροπλάνου και τους αεροπόρους. Για το έμβρυο το όριο του 1-mSV μπορεί μετά από 80.000 μίλια πολιτικών πτήσεων να θεωρηθεί ότι εκκαλύφθηκε. ^(13,14)

Λοιμώδεις νόσοι

Οι συχνοί ταξιδιώτες με αεροπλάνο, τα πληρώματα και οι πιλότοι που περνούν αρκετές ώρες στον κλειστό χώρο του αεροσκάφους μπορεί να έχουν αυξημένη προδιάθεση για τη διάδοση λοιμωδών νόσων. Έτσι, έχουν παρατηρηθεί σοβαρές λοιμώξεις από γρίπη, ιλαρά, σοβαρό οξύ αναπνευστικό σύνδρομο, φυματίωση, ιογενή εντερίτιδα και ανεμευλογιά. ⁽⁸⁾ Παρά

ταύτα, μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν ειδικές συστάσεις σχετικά με το αεροπορικό ταξίδι, την κύηση και τις λοιμώξεις παρά μόνον για εκείνες τις γυναίκες που απαιτείται εμβολιασμός για το ταξίδι.

Συχνότητα φύλου των εμβρύων και επαγγελματικές πτήσεις

Μελέτη του προσωπικού της Αεροπορίας των Η.Π.Α. έδειξε δράση των δυνάμεων G (decelaration gravitational forces) που επιδρούν κυρίως στην απογείωση και την προσγείωση του αεροπλάνου επί της συχνότητας του φύλου των εμβρύων.⁽¹⁾ Σε έκθεση υψηλών δυνάμεων G η τιμή των αρρένων εμβρύων ήταν 40% σε σύγκριση με το 50% που βρέθηκε σε έκθεση χαμηλών δυνάμεων G.⁽¹⁾ Στη μελέτη του Cone και συνεργάτες βρέθηκε μικρότερη σχέση αρρένων προς θήληα έμβρυα στο προσωπικό του αεροπλάνου όταν και οι παρτενέρ τους ήταν μέλη του πληρώματος ή πιλότοι, δίνοντας έτσι την εντύπωση της συμμετοχής του πατέρα στο φύλο των εμβρύων. Τέλος, η μελέτη της Πολιτείας της Washington δεν διαπίστωσε παθολογική κατανομή φύλου όταν έγινε σύγκριση του προσωπικού των αεροπλάνων με γενική ομάδα από τον πληθυσμό.⁽¹⁾

Επίδραση του θορύβου του αεροπλάνου στην υγεία

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί ότι θόρυβος πάνω από 85 ντεσιμπέλ (db) μπορεί να αποδειχθεί επικίνδυνος.⁽¹⁾ Στα αεροπλάνα της Πολιτικής αθλή και της Πολεμικής αεροπορίας ο μεγαλύτερος θόρυβος παρατηρείται στην απογείωση και την προσγείωση του αεροπλάνου.⁽¹⁾ Το επίπεδο θορύβου στα αεροσκάφη της πολιτικής αεροπορίας ευτυχώς είναι κάτω από 85dB τόσο στην απογείωση όσο και στην προσγείωση του αεροπλάνου, ώστε αυτό να μην αποτελεί κίνδυνο για το προ-



σωπικό αθλή και τους επιβάτες του αεροσκάφους. Παρα ταύτα η παραμονή πλησίον των μηχανών του αεροσκάφους με επίπεδα θορύβου > 85 dB έχει συνδυαστεί με κίνδυνο εμφάνισης πρόωρου τοκετού.⁽¹⁵⁾

Αυτόματες εκτρώσεις στο ιπτάμενο προσωπικό

Οι Lauria και συνεργάτες δεν βρήκαν αυξημένο κίνδυνο αυτομάτων εκτρώσεων στο ιπτάμενο προσωπικό σε σχέση με το προσωπικό εδάφους κατά την διάρκεια της κυήσεως⁽¹⁶⁾ αθλή βρέθηκε υψηλότερο ποσοστό ανωμαλιών της εμμήνου ρύσης και στειρότητας στο ιπτάμενο προσωπικό που έφθασε το 20,6% έναντι 10,4% στο προσωπικό εδάφους.⁽¹⁾ Οι μελέτες του Daniell και συνεργάτες και του Vaughan έδειξαν αυξημένο κίνδυνο απώλειας της κυήσεως στο ιπτάμενο προσωπικό έναντι της ομάδας ελέγχου.⁽¹⁾ Πρόωρος τοκετός, προεκλαμψία, περιγεννητική θνησιμότητα, χαμηλό βάρος γέννησης, χαμηλό APGAR σκορ, συγγενείς ανωμαλίες, ενδομήτρια καθυστέρηση της ανάπτυξης και αεροπορικά ταξίδια. Δεν διαπιστώθηκε αύξηση χαμηλού βάρους γεννήσεως νεογνών, κίνδυνος προ-

ωρότητας και χαμηλά APGAR σκορ 1' και 5' στα πληρώματα των αεροπλάνων.⁽¹⁾ Αναδρομική μελέτη σύγκρισης γυναικών που ταξίδεψαν αεροπορικά μία φορά κατά την κύηση και γυναικών που δεν έχουν ταξιδέψει ποτέ αεροπορικά, έδειξε αυξημένο κίνδυνο στις πρώτες για πρόωρο τοκετό και νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης.⁽¹⁷⁾ Αθλή αναδρομική μελέτη που ανέλυσε την επίδραση της αεροπορικής πτήσης στην κύηση, δεν διεπίστωσε αύξηση σε πρόωρο τοκετό, αιμορραγία, προεκλαμψία και νεογνά χαμηλού βάρους γέννησης.⁽¹⁸⁾ Μελέτη 325 γυναικών ιπτάμενου πληρώματος και 316 ομάδος ελέγχου, έδειξε ποσοστό συγγενών ανωμαλιών 4,7% στις πρώτες και 2,1% στην ομάδα ελέγχου.⁽¹⁹⁾ Στη Νορβηγία, μελέτη 3.693 γυναικών ιπτάμενου προσωπικού μεταξύ των ετών 1967 και 1995 και όλων των άλλων γεννήσεων στη Νορβηγία δεν έδειξε διαφορές στην περιγεννητική θνησιμότητα στον πρόωρο τοκετό και στα χαμηλού βάρους γέννησης νεογνά⁽²⁰⁾ ενώ βρέθηκε αύξηση του κινδύνου για σύνδρομο Down στο ιπτάμενο προσωπικό.⁽²⁰⁾ Οι επιβάτες γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο πρόωρου τοκετού <37 εβδομάδες από την ομάδα ελέγχου.



Αεροπορικοί κανόνες για την κύηση του ιπτάμενου προσωπικού

Το ιπτάμενο γυναικείο προσωπικό πρέπει να ενημερώσει αμέσως τον εργοδότη της (Αεροπορική Εταιρεία) ότι είναι έγκυος και μέσα σε 14 ημέρες να προσκομίσει γνωμάτευση του προσωπικού της ιατρού που να αναφέρει τη δυνατότητα να πετάει κατά τις πρώτες 28 εβδομάδες της κύησης.

Καμία έγκυος γυναίκα του ιπτάμενου προσωπικού δεν μπορεί να πετάξει τις τελευταίες 12 εβδομάδες της κύησης από την αναμενόμενη ημερομηνία του τοκετού. ^(21,22) Οι γυναίκες πιλότοι δέχονται τα φυσιολογικά stress της πτήσης (υποξία, δονήσεις, δυνάμεις G και δυνάμεις Gz) με αποτέλεσμα να έχουν αυτά κακή επίδραση στο έμβρυο και την έκβαση της κύησης.

Οι γυναίκες πιλότοι μόλις μείνουν έγκυες το αναφέρουν στον υπεύθυνο και βγαίνουν εκτός πτήσεων μέχρι να διαγνωστεί βιώσιμη και ομαλή ή κύηση, επιστρέφουν πτητικά στο 2ο τρίμηνο της κύησης και αποχωρούν πάλι των πτήσεων μόλις μπουν στο 3ο τρίμηνο. ^(23,24) ✕

Βιβλιογραφία

1. Magann EF, Chauhan SP, Dahlke JD, McKelvey SS, Watson EM, Morisson JC. Air travel and pregnancy outcomes: A review of pregnancy regulations and outcomes for passengers, flight attendants and aviators. *Obstet. Gynecol. Survey* 2010;65:396-402.
2. Business travelers survey. Available at: <http://www.nbta.org/about/News/Releases/2005/ris020805.htm> Assessed April 16, 2010
3. Number of female business travelers. Available at <http://www.nytimes.com/2006/11/01/business/01travel.html?pagewanted=all> Assessed April 16, 2010.
4. United States Bureau of Labor Statistics, Available at: <http://www.data.bls.gov>. Assessed January 25, 2010.
5. Population reference Bureau-The Changing Demography of US Flight Attendants. Available at <http://www.prb.org>. Accessed January 25, 2010.
6. International Society of Women Airline Pilots. Available at <http://www.iswap.org>. Assessed January 25, 2010.
7. Military women pilots. Available at <http://userpages.aug.com/captbarb/pilots.html>. Assessed April 16, 2010.
8. Silverman D, Gendreau M. Medical issues associated with commercial flights *Lancet* 2009;373:2067-2077.
9. Hughes RJ, Hopkins RJ Hill S et al. Frequency of venous thromboembolism in low to moderate risk long distance air travelers. The New Zealand Air Traveler's Thrombosis (NZATT) study. *Lancet* 2003;362:2039-2044.
10. Dutta TK, Venugopal V. Venous thromboembolism: the intricacies J. *Postgrad. Med.* 2009;55:55-64.
11. Barrish RJ. In flight radiation exposure during pregnancy. *Obstet. Gynecol.* 2004;103:1326-1330.
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. Air travel during pregnancy. Washington, DC: ACOG; 2009. ACOG Committee Opinion 443.
13. Chen J, Mares V. Estimate of doses to the fetus during commercial flights. *Health Phys.* 2008;95:407-412.
14. Alves JG, Mairors JC. In-flight doses estimates for aircraft crew and pregnant female crew members in military transport missions. *Radiat. Prot. Dosimetry* 2007;125:433-437.
15. Magann EF, Evans SE, Chauhan SP et al. The effects of standing, lifting, and noise exposure of preterm birth, growth restriction and perinatal death in healthy low-risk working military women. *J. Matern. Fetal Neonatal. Med.* 2005;18:155-162.
16. Lauria L, Ballard TJ, Caldora M et al. Reproductive disorders and pregnancy outcomes among female flight attendants. *Aviat. Space. Environ. Med.* 2006;77:533-539.
17. Chibber R, Al-Sibai MH, Qahtani N. Adverse outcome of pregnancy following air travel: a myth or a concern? *Aust. N.Z.J. Obstet. Gynaecol.* 2006;46:24-28.
18. Freeman M, Ghidini A, Spong CY et al. Does air travel affect pregnancy outcome? *Arch. Gynecol. Obstet.* 2004;269:274-277.
19. Silva I, Pizzi C, Evans A et al. Reproductive history and adverse pregnancy outcomes in commercial flight crew and air traffic control officers in the United Kingdom. *J. Occup. Environ. Med.* 2009;51:1298-1305.
20. Irgens A, Irgens LM, Reitan JB, et al. Pregnancy outcome among offspring of airline pilots and cabin attendants. *Scand J. Work. Environ. Health.*
21. Expectant Mothers Policies and Information from Major Airlines Available at <http://www.compare-airlines.com/compare-airlines-action-airline-feature+view-Expectant>. Assessed January 25, 2010.
22. The Association of Professional Flights Attendants-Article 26 Sick Leave: Available at: <http://www.compare-airlines.com/Compare-airlines-action, airline feature + view. Expectant Mothers. asp>. Assessed January 25, 2010.
23. Prohibition on flying during medical deficiency. Pilot Section Available at: <http://flightphysical.com/pilot/FAR-61-53-illness.htm>. Assessed January 25, 2010.
24. National Defense and the Canadian Forces, DAOD 5003-5 Pregnancy administration. Available at: <http://admfncs.forces.gc.ca/dao-doa/5000/5003-5-eng.asp>. Assessed April 20, 2010.



Περί φιλίας!

Διαβάζοντας τις πρώτες μόλις σειρές του κειμένου αυτού «εγκλωβίστηκα» ανάμεσα στις λέξεις του. 'Αρχισα να αναρωτιέμαι για την σημασία της φιλίας, της γλυκιάς φιλίας όπως την περιγράφει η Ιωάννα Τσίγα και απόρησα «μπορεί μια φίλια να είναι τόσο δυνατή»; Η δεινή της γραφή σε συνδυασμό με την αφηγηματική αδεία που δημιουργεί μέσα από το κείμενό της καθηλώνουν!

Επιμέλεια: Μαρία Χατζηδάκη

Όπως όλα τα παιδιά της ηλικίας μου, έτσι κι εγώ από νωρίς δημιούργησα τις δικές μου φίλιες. Άλλες ήρθαν, στάθηκαν για λίγο στη ζωή μου και απλώς προσπέρασαν χωρίς να σταθούμε εμείς. Μερικές κράτησαν για πολλά χρόνια δίνοντας μας την ευκαιρία να ζήσουμε μοναδικές στιγμές, που όλοι μας θα θυμόμαστε ανατρέχοντας στα παιδικά μας χρόνια. Οι άνθρωποι όμως που μιλούν στη καρδιά σου και θέλεις να μοιραστείς τα συναισθήματά σου, είναι οι φίλοι που τελικά αξίζει να έχει δίπλα του ο καθένας.

Κάπως έτσι κατά τη διάρκεια των καλοκαιρινών διακοπών και λίγο πριν ξεκινήσουν τα σχολεία στην ηλικία των 11 ετών, ένας απρόσμενος γλυκός φίλος εισέβαλε ξαφνικά και απρόσκλητα στη ζωή μου. Πριν καλά καλά το συνειδητοποιήσω, κατάλαβα ότι πρόκειται περί δύσκολης υπόθεσης. Η παρουσία του δίπλα μου ήταν αναπόφευκτη και τα συναισθήματα που μου δημιουργούσε ανάμεικτα. Τη σχέση μας κάθε άλλο παρά ισότιμη θα μπορούσε να τη χαρακτηρίσει κανείς καθώς ήθελε πάντα να γίνεται το δικό του! Και το χειρότερο απ' όλα ήτανε όταν άρχισα να καταλαβαίνω ότι με τον ένα ή τον άλλο τρόπο θα έπρεπε να γίνουμε κολλητοί, μιας και θα περνούσαμε μαζί πολλά χρόνια κοινής ζωής.

Σήμερα, μετά από 21 χρόνια παρέα με το διαβήτη, έχουμε πλέον ταυτιστεί και θα μπορούσα να μιλάω ασταμάτητα για τις κοινές μας εμπειρίες και ανακαλύψεις. Μερικά βασικά πράγματα που μου έμαθε αυτός ο «σπουδαίος φίλος» είναι ότι τίποτα δεν κερδίζεται εύκολα. Για όλα πρέπει να παλέψεις. Μου έμαθε να είμαι υπεύνητη, δυνατή και να αντιμετωπίζω τις καταστάσεις με υπερηφάνεια. Δεν έχει σημασία ποιος κερδίζει ή ποιος χάνει. Αυτό που μετράει τελικά είναι η προσπάθεια που καταβάλλει ο καθένας.

Ήτανε δίπλα μου σε όλες τις σημαντικές στιγμές της ζωής μου. Με βοήθησε στην

επαγγελματική μου καριέρα καθώς διανύω το 12ο έτος συνεχούς απασχόλησης στον ιδιωτικό τομέα κυρίως σε πολυεθνικές εταιρίες. Ο προγραμματισμός και η συνέπεια είναι στοιχεία που χαρακτηρίζουν τη δουλειά μου και ξεχωρίζουν σε δύσκολα και ανταγωνιστικά εργασιακά περιβάλλοντα. Μπορείτε να μαντέψετε σε ποιον άραγε το οφείλω..

Στέκεται διακριτικά πλάι μου στην προσωπική μου ζωή και μόλις πριν 1 χρόνο γέυτηκε μαζί μου τη χαρά του γάμου καθώς αποφασίσαμε με το σύντροφό μου να προχωρήσουμε ένα βήμα παραπέρα την κοινή μας ζωή. Ήτανε συνοδοιπόρος μου σε όλα τα ταξίδια που έκανα στην Ελλάδα και το εξωτερικό για προσωπικούς είτε επαγγελματικούς λόγους και πραγματικά ποτέ δεν έχει σταθεί εμπόδιο για τίποτα στη ζωή μου, αν και μερικές φορές του αρέσει να μου υπενθυμίζει την παρουσία του.

Ακόμη και σε αυτές τις δύσκολες συγκυρίες που ζούμε, κάνω σχέδια για το μέλλον και προγραμματίζω το επόμενο μεγάλο βήμα της ζωής μου. Αισθάνομαι ότι σε λίγο καιρό θα μου κλείσει το μάτι με νόημα θέλοντας να μου πει ότι τα κατάφερες πάλη! Ο φίλος μου βλέπετε δεν ξεχνάει να μου υπενθυμίζει ότι η πειθαρχία και η επιμονή στο στόχο, είναι τα μυστικά της επιτυχίας. Ωστόσο οφείλω να ομολογήσω ότι σαν φίλοι είχαμε κι εμείς τις εντάσεις μας και τους τσακωμούς μας. Υπήρξαν περίοδοι που δεν ήθελα να ακούω γι αυτόν και θύμωνα σε όποιον μου τον θύμιζε. Τελικά όμως αποφάσισα ότι ο καλύτερος τρόπος να απαλλαγώ από αυτόν τον δύστροπο, αλλιά παράλληλα τόσο γλυκό φίλο είναι να τα πηγαίνω καλά μαζί του και να αποδεχτώ την παρουσία του. Εξάλλου κάτι μέσα μου μου λέει ότι αργά ή γρήγορα με τη βοήθεια της επιστήμης μπορεί να ξυπνήσω ένα πρωί και να έχει φύγει. Και τότε θα μου λείψει στα σίγουρα. ... Καλή δύναμη σε όλους! ✕

➔ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΑ ΘΕΜΑΤΑ ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΑΣ (2ΟΣ ΤΟΜΟΣ)



Συγγραφέας: Κωνσταντίνος Ν. Πρεβεδουράκης
ISBN: 978-960-394-821-6 / 100 σελίδες
Εκδόσεις: ΠΑΡΟΥΣΙΑΝΟΥ Α.Ε. / 15 €

Ο Κωνσταντίνος Ν. Πρεβεδουράκης, μαιευτήρας γυναικολόγος, μας παρουσιάζει το νέο του βιβλίο με τίτλος «Ενδιαφέροντα θέματα Μαιευτικής - Γυναικολογίας (2ος τόμος)» το οποίο αναλύει ενδιαφέροντα θέματα σχετικά με: αεροπορικά ταξίδια και κύηση, αιμάτωμα του ορθού κοιλιακού μυός στην κύηση, γυναικολογικές επιδράσεις του καρκίνου του μαστού, διατήρηση γονιμότητας σε γυναίκες με καρκίνο, ενδομητρίωση του ουρητήρα και της ουροδόχου κύστης, η νικαρπιδίνη στην υπέρταση της κύησης, η τοξοειδής μήτρα, θεραπευτική αμηνόρροια σε ασθενείς με θρομβοπενία, καλοήγη μεταστατικά λειομυώματα, καρκίνος στην αναπαραγωγική ηλικία της γυναίκας, κοιλίτις από ανασερόβια μικρόβια, ριζομώξεις στην αναπαραγωγική ηλικία του άνδρα και της γυναίκας, μεταβολικές ανωμαλίες στο σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, μικροσκοπική και μακροσκοπική αιματοουρία, νυκτουρία, οξεία σκληροειδίτις και κύηση, παθολογική πρόσφυση του πλακούντα, παράταση της κύησης, προγεννητική διάγνωση στο 1ο τρίμηνο της κύησης, συγγενής υπερηλασία επινεφριδίων.

➔ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2012



Συγγραφέας: Ηλίας Η. Μυγδάλης
ISSN: 2241 - 2530 / ISBN: 978 - 960 - 90488 - 6 - 6
502 σελίδες / Ιατρικές Εκδόσεις «Ζήτα»
Κεντρική διάθεση: Κ. & Γ. ΖΕΡΜΠΙΝΗΣ Ο.Ε.
Έτος Έκδοσης: 2012

Το νέο βιβλίο του Ηλία Ν. Μυγδάλη, παρουσιάζει διάφορες θεματικές ενότητες οι οποίες σχετίζονται με το διαβήτη. Διακεκριμένοι επιστήμονες από τον επιστημονικό χώρο, αναλύουν την εξής θεματολογία: σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 και κύηση, μη αλκοολική λιπώδης νόσος του ήπατος και σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2, σακχαρώδης διαβήτης και καρκίνος, επιδημιολογία των χρόνιων επιπλοκών του σακχαρώδους διαβήτη, σακχαραιμική μεταβλητότητα και επιπλοκές του διαβήτη, σακχαρώδης διαβήτης και καρδιοαγγειακή, η αθηροσκληρώση στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1: Είναι παρόμοια νόσος με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2; Σακχαρώδης διαβήτης και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, διαβητική περιφερική νευροπάθεια, έλκος διαβητικού ποδιού: πρόληψη, αντιμετώπιση, Διαβητικές επιπλοκές του γαστρεντερικού συστήματος, cardiac autonomic neuropathy: from energy imbalance to cardiovascular consequences, καρδιοαγγειακό σύστημα και νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος: από την ενεργειακή ανισορροπία στα καρδιοαγγειακά επακόλουθα, διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, σακχαρώδης διαβήτης και χρόνια νεφρική νόσος, η αντιυπερτασική θεραπεία στο σακχαρώδη διαβήτη, τα μικρά-πυκνά σωματίδια της LDL (sdLDL) στο σακχαρώδη διαβήτη, αντιμετώπιση της διαβητικής δυσλιπιδαιμίας.

➔ Η ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ ΜΟΥ – ΤΟ ΧΡΟΝΙΚΟ ΜΙΑΣ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗΣ



Συγγραφέας:
Πέτρος Κακολύρης
ISBN: 978-960-
99719-8-0
148 σελίδες
Εκδόσεις Εύμαρος,
2012 / 12 €

“Την πρώτη μέρα που πήγαμε στο νέο μας σπίτι από τα Πετράλωνα στον Ταύρο, λίγους μήνες μετά τη γέννησή μου, χιόνισε. Λένε πως αυτό σημαίνει ευτυχία. Στην διαδρομή μου πολλές φορές την πλησίασα, όμως τη βίωσα με τον πιο απόλυτο τρόπο 52 χρόνια μετά, το Μάη του 2009, όταν και ξύπνησα με την καρδιά ενός 27χρονου, να χτυπάει μέσα μου”.

Ο Πέτρος Κακολύρης, είναι ένας από τους δεκάδες συνανθρώπους μας ο οποίος βίωσε προσωπικά, το 2009 το θαύμα της μεταμόσχευσης καρδιάς. Στο βιβλίο αυτό ο Πέτρος Κακολύρης μεταφέρει αυτή τη συγκλονιστική εμπειρία η οποία του άλλαξε την ζωή. Ενώ, ταυτόχρονα θεωρεί υποχρέωση του να βοηθήσει στη διάδοση της ιδέας της δωρεάς οργάνων, διότι αισθάνεται ότι του δόθηκε μια δεύτερη ευκαιρία στη ζωή.

Η σημασία του ταχινιού στη διατροφή των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Το ταχίνι είναι πλούσιο σε ασβέστιο, σίδηρο, κάλιο, ψευδάργυρο, φώσφορο, μαγνήσιο και αντιοξειδωτικές βιταμίνες όπως η βιταμίνη E και βιταμίνες του συμπλέγματος B.

Ελένη Κουή, διατροφολόγος παιδοδιαιτολόγος, BSc, MSc, R.D., επιστημονικός συνεργάτης του νοσοκομείου παιδών «Η Αγία Σοφία»

Το ταχίνι είναι ένα φυσικό προϊόν που προέρχεται από προσεκτικά επιλεγμένους σπόρους σπασμιού. Η επεξεργασία των σπόρων ξεκινά με την αποφλοιώση και ξήρανσή τους και στην συνέχεια πολτοποιούνται σε μια ελαιώδη κρέμα, το γνωστό σε όλους μας ταχίνι. Η ρίζα της ονομασίας του βρίσκεται στην τούρκικη γλώσσα και σημαίνει «ο πολτός του σπασμιού».

Συγκатаλέγεται στην λίστα των πλέον υγιεινών τροφίμων. Συνδυάζει πληθώρα θρεπτικών συστατικών με ευεργετικές δράσεις οι οποίες κάνουν τις θερμίδες του ταχινιού άκρως ποιοτικές! Αποτελεί επίσης ιδανικό υποκατάστατο των ζωικών πρωτεϊνών, αφού περιέχει πρωτεΐνη φυτικής προελεύσεως αλλά ταυτόχρονα υψηλής βιολογικής αξίας.

Πολύτιμα συστατικά

Δεν συμβαίνει συχνά μια τροφή να συνδυάζει τόσο πολλά θρεπτικά συστατικά. Πιο συγκεκριμένα είναι πλούσιο σε ασβέστιο, σίδηρο, κάλιο, ψευδάργυρο, φώσφορο, μαγνήσιο και αντιοξειδωτικές βιταμίνες όπως η βιταμίνη E και βιταμίνες του συμπλέγματος B.





Λόγω ροιπόν της σύστασής του το ταχίνι ενδείκνυται για όλους μας ανεξαιρέτως ηλικίας! Στα πλαίσια πάντα μιας ισορροπημένης υγιεινής διατροφής. Είναι καλός σύμμαχος για την υγεία των οστών λόγω ασβεστίου και μαγνησίου. Το σίδηρο επίσης βοηθά στην καταπολέμηση και αποφυγή της αναιμίας. Έλλειψη σιδήρου στον οργανισμό σημαίνει ότι η μεταφορά οξυγόνου στους ιστούς δεν γίνεται σωστά άρα συμπτώματα αδυναμίας, κόπωσης, ζαλάδας ή και λιποθυμίας ακολουθούν. Όλα αυτά συμβαίνουν όταν ο εγκέφαλος δεν οξυγονώνεται σωστά, λόγω έλλειψης σιδήρου.

Η βιταμίνη Ε που περιέχει το ταχίνι δρα προστατευτικά στον οργανισμό από τις φθορές που προκαλούν οι ελεύθερες ρίζες. Έχει ροιπόν ευεργετική αντικαρκινική δράση όπως και για χρόνιες παθήσεις όπως καρδιοαγγειακά και σακχαρώδη διαβήτη. Το ταχίνι μας δίνει επίσης βιταμίνες του συμπλέγματος Β που συμβάλλουν στην καλή λειτουργία του νευρικού συστήματος. Οι ίδιες βιταμίνες συμμετέχουν στον μεταβολισμό πρωτεϊνών, υδατανθράκων και λιπαρών.



Αναφέραμε ότι είναι πλούσιο σε φυτικής προελεύσεως πρωτεΐνες (20% περιεκτικότητα), αποτελεί ιδανικό υποκατάστατο ζωικών πρωτεϊνών σε περιόδους νηστείας ή και στην διατροφή των χορτοφάγων. Ταυτόχρονα περιέχει γύρω στο 50% καλής ποιότητας λίπος κυρίως μονοακόρεστα και πολυ-ακόρεστα ($\omega-3$ και $\omega-6$) λιπαρά οξέα.

Πολλές είναι οι μελέτες που έχουν συσχετίσει την πρόσληψη των συγκεκριμένων λιπαρών οξέων με μείωση των λιπιδίων στο αίμα όπως χοληστερόλη και τριγλυκερίδια, μειώνοντας έτσι τις πιθα-

→ Το ταχίνι συγκαταλέγεται στην λίστα των πλέον υγιεινών τροφίμων. Συνδυάζει πληθώρα θρεπτικών συστατικών με ευεργετικές δράσεις οι οποίες κάνουν τις θερμίδες του ταχινιού άκρως ποιοτικές! Αποτελεί επίσης ιδανικό υποκατάστατο των ζωικών πρωτεϊνών, αφού περιέχει πρωτεΐνη φυτικής προελεύσεως αλλά ταυτόχρονα υψηλής βιολογικής αξίας.

διατροφή & άμυνα



Διατροφικά στοιχεία ταχινιού ανά 100 gr

Θερμίδες 607 kcal / 100 gr

Πρωτεΐνη	17,95 gr > 29%	Ψευδάργυρος	10,45 mg > 95%
Λίπος	56,44 gr > 71%	Βιταμίνες	
Υδατάνθρακες	17,89 gr > 5%	B ₂	1,59 mg > 132%
Φυτικές ίνες	9,30 mg > 26%	E	2,27 mg > 15%
Ασβέστιο	141,00 mg > 14%	B ₂ : Ριβοφλαβίνη	0,12 mg > 9%
Σίδηρος	6,35 mg > 79%	B ₃ : Νιασίνη	5,64 mg > 35%
Μαγνήσιο	353,00 mg > 88%	B ₆	0,15 mg > 11%
Φώσφορος	459,00 mg > 113%	Φολικό οξύ	98,00 mcg > 25%
Κάλιο	459,00 mg > 13%	E:	0,25 mg > 2%
Νάτριο	1,00 mg > 0%		

Τα ποσοστά είναι σύμφωνα με τις US συνιστώμενες ημερήσιες συστάσεις για ενήλικες
ΠΗΓΗ: Diet Analysis Plus

νόττες εμφάνισης καρδιαγγειακών νοσημάτων.

Οι υδατάνθρακες που περιέχει το ταχίνι (20gr ανά 100gr) είναι κυρίως στην μορφή φυτικών ινών, και όχι απλών σακχάρων, άρα αργής απορρόφησης. Βοηθούν στην καλή λειτουργία του γαστρεντερικού συστήματος και δεν επηρεάζουν αρνητικά τα επίπεδα γλυκόζης στην περίπτωση ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Το ταχίνι μπορεί άνετα να αποτελέσει μέρος της διατροφής τους αρκεί να μην χάνουν τον έλεγχο της ποσότητας!

Όλες οι ευεργετικές ιδιότητες του ταχινιού έχουν ιδιαίτερη σημασία για την υγεία των ατόμων με διαβήτη. Οι οποίοι παρουσιάζουν αυξημένο ρίσκο για καρδιαγγειακά νοσήματα, καταρράκτη και αδυναμίες του ανοσοποιητικού συστήματος. Είναι ιδιαίτερα θρεπτικό και για τις μικρότερες ηλικίες όπου μπορεί να δράσει προληπτικά σε όλα τα παραπάνω.

Μέρος της διατροφής μας

Το ταχίνι και προϊόντα του μπορεί να έχουν θέση σε όλα μας τα γεύματα. Από το πρωινό μας με ψωμί ή φρυγανιά και επάλειψη ταχινιού μέχρι και τα κυρίως γεύματα ή ενδιάμεσα μικρογεύματα. Αποτελεί το βασικότερο συστατικό του χαλιβά και μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί και σε σαντουιτς, πίτες και κεικ σε σάλτσες, σούπες και σαλάτες. Πολλοί το χρησιμοποιούν και σε ροφήματα όπως τσάι και καφές. ✕



Herbal tea

the Greek



Τσάι Βοτάνων - Herbal Tea

Φυσικό Ελληνικό Τσάι, με γεύσεις Λεμόνι & Ρόδι

Με γνώμονα τον σεβασμό στις ανάγκες και τις συνήθειες του σύγχρονου καταναλωτή δημιουργήσαμε ένα νέο και παράλληλα καινοτόμο προϊόν με ιδιαίτερη αγάπη και φροντίδα.

Το Herbal Tea περιέχει στο 100% φυτική γλυκαντική «Στέβια» και δεν περιέχει θερμίδες και είναι κατάλληλο και για τους διαβητικούς.

Το Herbal Tea (Τσάι Βοτάνων) είναι το πρώτο ελληνικό φυσικό τσάι αφέψημα φτιαγμένο κατά 100% από βότανα της ελληνικής γης.

Ο πρωτοποριακός και μοναδικός αυτός συνδυασμός βοτάνων συνέβαλε στη δημιουργία ενός προϊόντος με ευεργετικές ιδιότητες για τον ανθρώπινο οργανισμό.

Το Herbal Tea μπορείτε να το απολαύσετε παγωμένο το καλοκαίρι αλλά και ζεστό ρόφημα το χειμώνα αρκεί να το ζεστάνετε στο σπίτι χωρίς να χάσετε καμιά από τις ευεργετικές ιδιότητες του.

Ο θησαυρός
της ελληνικής φύσης
σε ένα μπουκάλι



**Βότανα
Ελληνικής
Γης**

Ελληνικό Φυσικό Τσάι

Αποτελώντας ένα 100% φυσικό προϊόν, το Herbal Tea περιέχει ένα ρεζικέλευθο συνδυασμό εκχυλισμάτων της ελληνικής φύσης, που προσφέρει στον οργανισμό σημαντικά οφέλη, ειδικά στην σημερινή εποχή δεδομένων των δύσκολων συνθηκών, που βιώνουμε καθημερινά.

100%

ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ

ΧΩΡΙΣ ΚΑΦΕΪΝΗ

ΧΩΡΙΣ ΓΛΥΚΑΝΤΙΚΑ

ΧΩΡΙΣ ΧΡΩΣΤΙΚΕΣ



Intergamma



"Herbaltea Intergamma"

<http://www.herbaltea.gr/>

Παρασκευάζεται και συσκευάζεται στην Ελλάδα από τον Τεχνικό Ευαγ. Κων/νο, Τεχνολόγο Τροφίμων, Βιοτ. Εμφιαλώσεων ΒΙ.ΠΕ. Κοπανού Νάουσας, Τηλ. +30 6930 107883, Email: kostis.tenedios@gmail.com για λογαριασμό της Intergamma Α.Ε., Κύπρου 97, Νίκαια, Αθήνα, Τηλ: 210 2586020, Email: herbaltea@otenet.gr



Συνταγές με ταχίνι

Εάν σας πείσαμε στο παραπάνω άρθρο μας για την θρεπτική αξία του ταχινιού στην διατροφή του διαβητικού ατόμου και όχι μόνο, τότε σας προτείνουμε και μερικές συνταγές τις οποίες θα απολαύσετε στα σίγουρα. Δοκιμάστε τις και δεν θα χάσετε. Καλή σας όρεξη!

της Μαρίας Χατζηδάκη



Κρέπες με κρέμα από ταχίνι

Υλικά για 4 άτομα

Για τις κρέπες:

- 125 γραμμ. πλήρες αλεύρι
- 2 αυγά
- 350 ml γάλα από ρύζι
- 1 κ. σούπας ανθόμελο ή μέλι ακακίας
- 1 πρέζα χοντρό θαλασσινό αλάτι
- ηλιέλαιο για το τηγάνι

Εκτέλεση

Κοσκινίζετε το αλεύρι σε ένα μπολ και ενώ ανακατεύετε συνεχώς, προσθέτετε τα αυγά, το μέλι, το αλάτι και το γάλα. Αφήνετε τον χυλό που φτιάξατε να σταθεί για 1 ώρα. Λαδώνετε ελαφρώς με το ηλιέλαιο ένα αντικολλητικό τηγάνι, χρησιμοποιώντας πινέλο ζαχαροπλαστικής. Ζεσταίνεται το τηγάνι και ρίχνετε χυλό για μία κρέπα, με μια κουτάλα σούπας, κινώντας έτσι το τηγάνι ώστε ο χυλός να απλωθεί ομοιόμορφα στον πάτο του. Μόλις αρχίσει να

Για την κρέμα με το ταχίνι:

- 3 κ. σούπας ταχίνι
- 6-8 κ. σούπας μέλι
- 3-5 κ. σούπας καρύδια, κοπανισμένα και λίγα κομμένα στη μέση για τη διακόσμηση

πήξει, την αναποδογυρίζετε και την ψήνετε και από την άλλη πλευρά. Συνεχίζετε τη διαδικασία ώσπου να σωθεί ο χυλός, φροντίζοντας να διατηρείτε τις ψημένες κρέπες ζεστές. Ανακατεύετε το ταχίνι με το μέλι και τα καρύδια σε ένα μπολ και με το μείγμα αυτό αλείφετε τις κρέπες από τη μία πλευρά. Τις διπλώνετε στα τέσσερα, σε τρίγωνα ή σε φάκελο. Τις βάζετε σε μια πιατέλα και τις διακοσμείτε με τα κομμένα στη μέση καρύδια.

Μπισκότα με ταχίни και μέλι

Υλικά

- ½ φλιτζάνι ταχίни
- ½ φλιτζάνι μέλι
- 1 φλιτζάνι σπασμένη καρυδόψιχα
- ½ φλιτζάνι ξανθές σταφίδες
- 1 ½ φλιτζάνι νιφάδες βρώμης (κουάκερ) ή άλλες νιφάδες δημητριακών
- ½ φλιτζάνι σταγόνες κουβερούρας ή μισή πλάκα κουβερούρα (50 γραμ. περίπου) κομμένη σε μικρότερα κομμάτια
- ½ κουτ. του γλυκού κανέλα

Εκτέλεση

Παίρνετε ένα μπολ στο οποίο ρίχνετε το ταχίни, το μέλι, την καρυδόψιχα, τις σταφίδες και την κανέλα και τα ανακατεύετε. Στη συνέχεια, ρίχνετε σιγά σιγά την βρώμη την οποία ανακατεύετε συνεχώς και στο τέλος προσθέτετε και την κουβερούρα. Έπειτα, παίρνετε ένα ταψί, απλώνετε μια λαδόκολλα και από το μείγμα παίρνετε κομμάτια στο μέγεθος περίπου ενός καρυδιού και το πλάθετε με τα χέρια σε μπαλάκι, το οποίο πριν το βάλετε στο ταψί το πατάτε λίγο, όπως κάναμε με τα μπιφτέκια (υπολογίστε περίπου 12 κομμάτια).

Μόλις πλάσατε όλα τα κουλούρια, τα τοποθετείτε αραιά μέσα στο ταψί, γιατί τα μπισκότα απλώνουν με το ψήσιμο. Στο μεταξύ προθερμαίνεται το φούρνο στους 180 βαθμούς (περίπου) και τα ψήνετε για 10'. Προσοχή, δεν χρειάζονται περισσότερο ψήσιμο. Όταν τα βγάλετε από τον φούρνο τα μπισκότα είναι πολύ μαλακά, γι αυτό πριν τα βγάλετε αμέσως από το ταψί, αφήστε τα να κρυώσουν λίγο.

Όταν κρυώσουν αν δεν τα σερβίρετε, τα κλείνετε σε γυάλινο βάζο.



Πίτσα με ταχίни χωρίς αλεύρι

Υλικά για την ζύμη

- 3 κουταλιές της σούπας ταχίни
- 3 αυγά
- 2 κουταλιές του γλυκού μπέικιν πάουντερ
- 2 χούφτες διάφορα τυριά της αρεσκείας σας

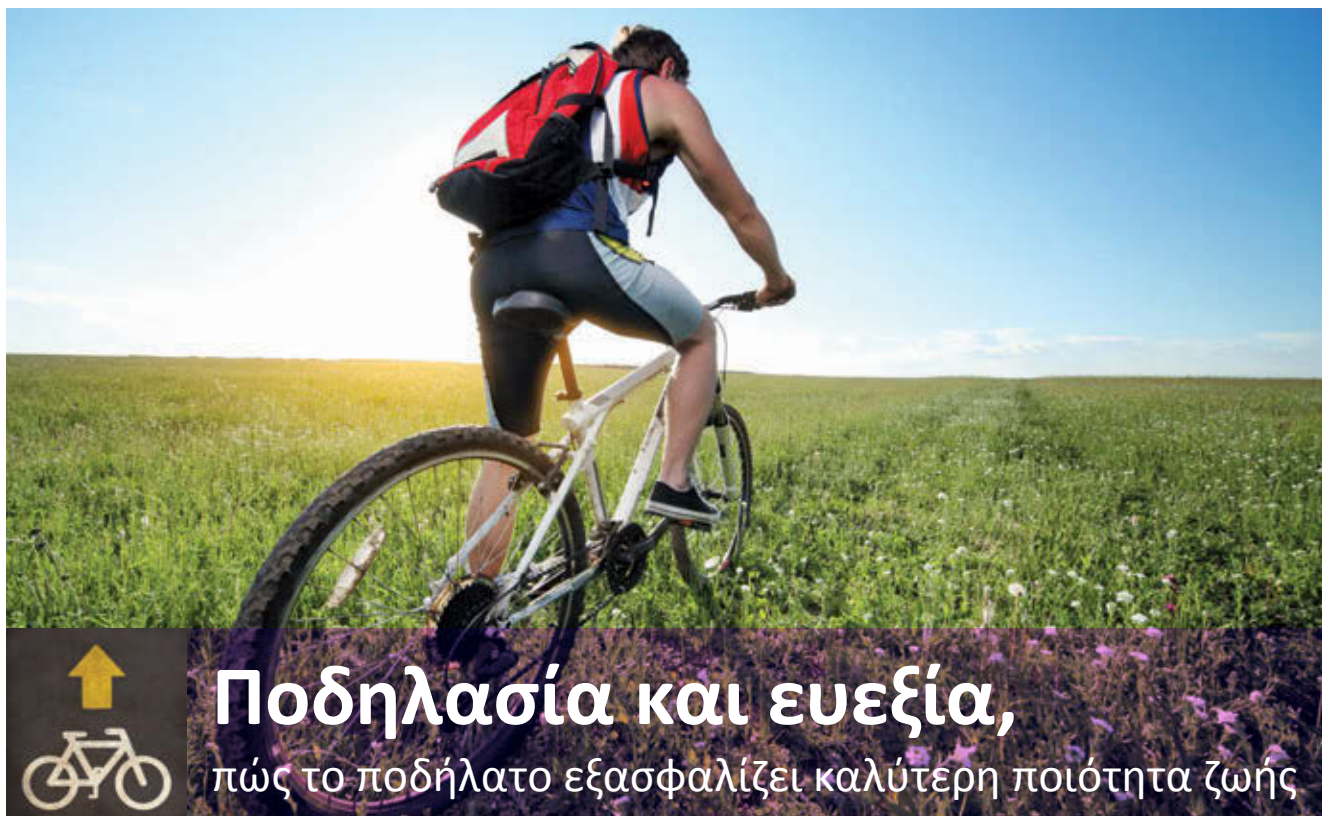
Υλικά για την γέμιση

- 2 ντομάτες φρέσκιες κομμένες σε ροδέλες
- 1 πιπεριά πράσινη
- Μανιτάρια
- 150 γρ. φέτα με χαμηλά λιπαρά
- 10 κουτ. σούπας ντομάτα πολτός
- Ρίγανη
- Αλάτι, πιπέρι



Εκτέλεση

Ανακατεύουμε όλα τα υλικά μαζί και τα βάζουμε σε ένα ταψί το οποίο το έχουμε αλείψει πριν με αρκετό λάδι. Στη συνέχεια το βάζουμε σε προθερμασμένο φούρνο για μισή ώρα. Η ζύμη θα πρέπει να γίνει αρκετά τραγανή, σαν μπισκότο. Μόλις ολοκληρώσετε τη διαδικασία με τη ζύμη, παίρνετε μια μικρή καθαρόλα στην οποία βάζετε μέσα τον πολτό ντομάτας και τον ψήνεται για 10 λεπτά περίπου. Έπειτα, ρίχνετε μέσα λίγη ρίγανη, λίγο αλάτι και λίγο πιπέρι. Αφού βράσει καλά η σάλτσα, τότε την αλείφετε επάνω στην ζύμη και στη συνέχεια στρώνετε πρώτα τα μανιτάρια, μετά την κομμένη ντομάτα, μετά την πιπεριά και στο τέλος βάζετε και την φέτα, την οποία έχετε κόψει σε μικρά κομμάτια. Τέλος, ψήνεται την πίτσα για περίπου 15 λεπτά στον φούρνο και έχετε ένα υπέροχο γεύμα.



Ποδηλασία και ευεξία, πώς το ποδήλατο εξασφαλίζει καλύτερη ποιότητα ζωής

Αφήστε τις σκοτούρες για λίγο και κάνετε ένα μοναδικό δώρο απόλαυσης και χαλάρωσης στον εαυτό σας. Απολαύστε μια βόλτα με ποδήλατο. Το ποδήλατο εκτός από ένα καλό μέσο μετακίνησης, προσφέρει ψυχική ανάταση και φυσικά, καλή φυσική κατάσταση στον αναβάτη του.

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται όλο και περισσότερο οι θαυμαστές του ποδηλάτου, οι οποίοι ξεχύνονται στους δρόμους και τα πάρκα αναζητώντας μια όαση ψυχικής και σωματικής απόδρασης. Δυστυχώς, στις περισσότερες αστικές πόλεις, δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές για να μπορέσουμε να απολαύσουμε μια βόλτα με το ποδήλατο. Ούτε και φυσικά η κατάλληλη παιδεία από πεζούς, οδηγούς αυτοκινήτων και μηχανών, για να μπορέσουμε με ηρεμία αθλή κυρίως με ασφάλεια να κάνουμε τη βόλτα που επιθυμούμε. Υπάρχουν όμως αρκετές διαδρομές και μέρη που μπορούμε να επισκεφτούμε, προκειμένου να απολαύσουμε τη βόλτα, το τοπίο και τη φύση. Πάρ-

της Μαρίας Χατζηδάκη

τε λοιπόν το ποδήλατο, κάνετε μια βόλτα στην περιοχή σας και νιώστε ευεξία, ηρεμία και τη γαλήνη να σας κυριεύουν. Πριν όμως κάνετε την βόλτα σας, μάθετε ποιοι είναι οι λόγοι που κάνουν την άσκηση με το ποδήλατο να ξεχωρίζει.

Ανοσοποιητικό σύστημα

Γνωρίζετε ότι το ποδήλατο βελτιώνει το ανοσοποιητικό σύστημα; Μελέτες έχουν δείξει ότι μια μέτριας έντασης φυσική δραστηριότητα όπως η ποδηλασία, ενδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα και θωρακίζει τον οργανισμό.

Μυϊκό και σκελετικό σύστημα

Όπως όλοι γνωρίζουμε το ανθρώπινο σώμα αποτελείται από εκατοντάδες μύες. Όλοι αυτοί οι μύες όμως πρέπει να χρησιμοποιούνται τακτικά. Μία εβδομάδα χωρίς δραστηριότητα μειώνει τη δύναμη του μυϊκού συστήματος έως και 50%. Η ποδηλασία προσφέρει σύσφιξη των πο-

διών, εκγύμναση των κοιλιακών και των ραχιαίων και ενδυνάμωση των ώμων και του αυχένα. Η συστηματική εκγύμναση των μυών του σώματος συντελεί στην καλή υγεία του ανθρώπου, αφού θωρακίζει το σκελετό και αυξάνει την κινητικότητά του. Η ποδηλασία έχει θετικό αντίκτυπο στην οστική πυκνότητα και δύναμη.

Νωτιαίος μυελός και πλάτη

Η σωστή στάση του σώματος κατά την ποδηλασία είναι ιδανική και η κυκλική κίνηση των ποδιών τονώνει τους ραχιαίους μύες, όπου υπάρχει πιθανότητα να συμβεί ολίσθηση σπονδύλου. Με τον τρόπο αυτό, η σπονδυλική στήλη ενισχύεται και προστατεύεται από εξωτερικές πιέσεις.

Προστασία χόνδρων

Η ποδηλασία βοηθάει στην ενδυνάμωση των χόνδρων, επειδή η στήριξη του σώματος από το ποδήλατο είναι τέτοια ώστε οι δυνάμεις του βάρους του ποδηλάτη να



→ Η ποδηλασία προσφέρει ισορροπία ανάμεσα στην εξάσκηση και τη χαλάρωση που είναι πολύ σημαντική για την εσωτερική ισορροπία του σώματος. Καταπολεμά το άγχος με δύο τρόπους, αφενός ικανοποιεί την ανάγκη για δράση, σε μια κοινωνία που οι άνθρωποι δεν έχουν χρόνο για κίνηση ή άσκηση κι αφετέρου εξισορροπεί την αυξημένη φόρτιση, κυρίως ψυχική και συναισθηματική, ενώ βοηθάει στην κατάθλιψη και άλλα ψυχολογικά προβλήματα.



Η ποδηλασία είναι η ιδανική άσκηση για να δυναμώσει η καρδιά, με τη λιγότερη φόρτιση. Η άσκηση στην καρδιά μειώνει κατά 50% τις περιπτώσεις να υπάρξει έμφραγμα



μειώνονται σημαντικά. Η κυκλική κίνηση κατά την ποδηλασία βοηθά στη μεταφορά της ενέργειας και άλλων ουσιών μεταβολισμού στους χόνδρους, μειώνοντας την πιθανότητα αρθροπάθειας.

Ισορροπία και σταθερότητα

Η ποδηλασία προσφέρει ισορροπία ανάμεσα στην εξάσκηση και τη χαλάρωση, που είναι πολύ σημαντική για την εσωτερική ισορροπία του σώματος. Καταπολεμά το άγχος με δύο τρόπους, αφενός ικανοποιεί την ανάγκη για δράση, σε μια κοινωνία που οι άνθρωποι δεν έχουν χρόνο για κίνηση ή άσκηση κι αφετέρου εξισορροπεί την αυξημένη φόρτιση, κυρίως ψυχική και συναισθηματική, ενώ βοηθάει στην κατάθλιψη και άλλα ψυχολογικά προβλήματα.

Οξυγόνο και κυκλοφορία του αίματος

Η αναπνοή συχνά διαταράσσεται από την παχυσαρκία και την έλλειψη άσκησης. Η τακτική σωματική άσκηση ενισχύει του μύες του αναπνευστικού συστήματος, κάτι που οδηγεί σε βελτίωση του αερισμού

των πνευμόνων και επομένως έχει θετική επίδραση στην εισροή οξυγόνου στον οργανισμό.

Καρδιά και καρδιαγγειακές παθήσεις

Η ποδηλασία είναι η ιδανική άσκηση για να δυναμώσει η καρδιά, με τη λιγότερη φόρτίσή της. Η άσκηση στην καρδιά μειώνει κατά 50% τις πιθανότητες εμφράγματος.

Σωματικό βάρος και παχυσαρκία

Η ποδηλασία είναι ιδανική για να βάζουμε στόχους σχετικούς με το βάρος μας, καθώς το 70% του βάρους μας μεταφέρεται στη σέλα, έτσι ακόμη και άνθρωποι με περιορισμένη ευκινησία, λόγω μεγάλου βάρους, μπορούν να εξασκηθούν για να βελτιώσουν την φυσική τους κατάσταση και να διεγείρουν το μεταβολισμό τους. Η ποδηλασία επίσης συνεισφέρει στη μείωση βάρους μέσω της ενέργειας που καταναλώνεται. Κατά τη διάρκεια της ποδηλασίας το σώμα μας παίρνει το αποθηκευμένο λίπος και το καίει, προκειμένου να παράξει ενέργεια. Η διαδικασία αυτή επιδρά στην ισορροπία της χοληστερίνης, ευνοώντας την καλή περισσότερο από την κακή χοληστερίνη. Όσο το βάρος μειώνεται και η χοληστερίνη βελτιστοποιείται, ένας προστατευτικός μηχανισμός ενεργοποιείται για να βοηθήσει στο να συνεχίσουμε να ποδηλατούμε. Η τακτική άσκηση κατά τη διάρκεια της νεότητας αποτελεί έναν παράγοντα πρόληψης ενάντια στο υπερβολικό βάρος, κατά την ενηλικίωση.

Αρτηριακή πίεση

Η ποδηλασία έχει αποδειχτεί ότι μειώνει την υψηλή αρτηριακή πίεση και έτσι βοηθά στην αποφυγή της προσβολής ή των τραυματισμών των οργάνων. Επίσης, η αρτηριακή πίεση μειώνεται λόγω του χαμηλότερου ρυθμού καρδιακών παλμών. ✕



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

Δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής.

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

Glycated haemoglobin and blood pressure-lowering effect of cinnamon in multi-ethnic Type 2 diabetic patients in the UK: a randomized, placebo-controlled, double-blind clinical trial - Συγγραφείς: R. Akilen, A. Tsimi, 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 μεγαλοπρέπεια της Επιδαύρου



της Μαρίας Χατζηδάκη

Η Επίδαυρος θεωρείται μια από τις ιστορικότερες πόλεις της Ελλάδας. Βρίσκεται στην ανατολική πλευρά του νομού Αργολίδας και είναι χτισμένη στους πρόποδες των ορέων Αραχναίο, Κορυφαίο και Τίθιο, όπου σύμφωνα με την μυθολογία γεννήθηκε ο Ασκληπιός.

Κατά τους αρχαίους χρόνους η Επίδαυρος γνώρισε πρωτοφανή ανάπτυξη εξαιτίας της στρατηγικής της θέσης, αλλά και εξαιτίας του Ασκληπείου που βρισκόταν στην πόλη. Το όνομά της το πήρε από τον τρίτο της κατά σειρά άρχοντα, τον Επίδαυρο, γιο του Άργου και της Ευάδνης. Γνωστή τοις πάσι όμως έγινε εξαιτίας του Ασκληπείου, το οποίο απείχε 15 περίπου χλμ. από την πόλη. Το Ασκληπείο της Επιδαύρου έγινε ένα από τα σπουδαιότερα ασκληπεία της αρχαίας Ελλάδας, εξαιτίας των πολλών και σοβαρών περιστατικών που γιατρεύτηκαν εκεί. Σ' αυτό έφταναν από όλη την Ελλάδα, αλλά και από τη λεκάνη της Μεσογείου

άρρωστοι, ικέτες της θείας ευσπλαχνίας. Η έκταση στην οποία είχε κτιστεί το Ασκληπείο ήταν πολύ μεγάλη και μέσα της διέθετε ξενώνες φιλοξενίας, γυμναστήριο, στάδιο και φυσικά το περίφημο και ξακουστό για την ακουστική του, θέατρο για την ψυχαγωγία των ανθρώπων. Μεγάλη σημασία στη θεραπεία των ασθενών φαίνεται ότι είχε και το θαυμάσιο φυσικό του περιβάλλον. Η ηρεμία της φύσης, οι απαλές και καθαρές γραμμές των γύρω βουνών, η πλούσια βλάστηση και οι άφθονες πηγές του ασκούσαν, ιδιαίτερα στους ασθενείς από ψυχικές ασθένειες, φοβερή επίδραση με συνέπεια τη βελτίωση της υγείας.

ας μαζί με τη βοήθεια των ιερέων τους. Οι ανασκαφές της Επιδαύρου έγιναν από τον Π. Καββαδία και κράτησαν από το 1881 μέχρι το θάνατό του. Τις ανασκαφές ανέλαβε η Αρχαιολογική Εταιρεία. Σημαντικό ρόλο στην πορεία των ανασκαφών είχε η αφιλοκερδής προσφορά των κατοίκων του Λυγουριού, οι οποίοι εκτός από την εργασία που προσέφεραν, παραχώρησαν αφιλοκερδώς τα κτήματά τους που βρίσκονταν πλησίον του αρχαιολογικού χώρου. Ο πρώτος χώρος που αντικρίζει ο επισκέπτης, όταν φτάσει στο ιερό, είναι τα προπύλαια. Τα προπύλαια, που η κατασκευή τους ανάγεται στους μυκηναϊκούς χρόνους, ήταν κτίσμα που το αποτελούσαν δυο στοές με έξι κίονες η καθεμιά. Της μιας ήταν ιωνικού και της άλλης κορινθιακού ρυθμού. Το δεύτερο κτίσμα είναι ο ναός του Ασκληπιοῦ, που το κτίσιμό του κράτησε πέντε ολόκληρα χρόνια. Είναι



ναός δωρικού ρυθμού, μέσα στον οποίον υπήρχε και το κατασκευασμένο από τον Πάριο καλλιτέχνη Θρασυμήδη άγαλμα του θεού. Πίσω ακριβώς από το ναό, βρίσκεται η Θόλος, που ήταν και το περιφημότερο κτίριο του ιερού. Ακολουθούν και άλλα κτίσματα, όπως το άβατο, ο οίκος των ιερέων, οι ναοί για την Άρτεμη, το ιερό του Απόλλωνα και τέλος το θέατρο.

Σε μια χαράδρα, το 340 π.Χ., ο αργεῖος αρχιτέκτονας Πολύκλειτος ο Νεότερος έκτισε, σύμφωνα με τον Πausανία, το θέατρο της Επιδαύρου. Από όλα τα αρχαία θέατρα το θέατρο της Επιδαύρου είναι το ωραιότερο και το καλύτερα διατηρημένο. Προορισμένο για τη διασκέδαση των ασθενών έχει χωρητικότητα 13.000 θεατών. Χωρίζεται σε δύο μέρη, εκ των οποίων το ένα για το λαό, με 21 σειρές καθισμάτων και το κάτω, αποτελούμενο από 34 σειρές καθισμάτων, για τους ιερείς και τους άρχοντες. Η θαυμάσια ακουστική του, αλλήλα και η πάρα πολύ καλή κατάσταση στην οποία διατηρείται συνετέλεσαν στη δημιουργία του φεστιβάλ Επιδαύρου, θεσμός που έχει ξεκινήσει εδώ και πολλά χρόνια.





➤ Το αρχαιολογικό μουσείο της Επιδαύρου



Το μουσείο της Επιδαύρου οικοδομήθηκε από τον αρχαιολόγο Παναγιώτη Καββαδία που ανέλαβε τις ανασκαφές το 1902-1909, προκειμένου να στεγάσει μερικές αποκαταστάσεις των σημαντικότερων μνημείων του Ασκληπείου καθώς και τα σημαντικότερα ευρήματα των ανασκαφών.

Τα εκθέματα τα οποία βρίσκονται στο μουσείο παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Το μουσείο περιέχει μια σειρά από μεγάλες αναπαραστάσεις ναών και ευρήματα ιδιαίτερου αρχιτεκτονικού ενδιαφέροντος, όπως αυτά που βρέθηκαν στο Ασκληπείο. Επίσης έγινε ανακατασκευή τμήματος του θριγκού και δωρικών κιόνων του ναού του Ασκληπιού, το οποίο χρονολογείται από το 380-375 π.χ.

Ανάλογη ανακατασκευή έγινε στο τμήμα του θριγκού του ναού της Αρτέμιδος, που χρονολογείται από το 370-310 π.χ. Έχει γίνει επίσης εκτεταμένη ανοικοδόμηση του θριγκού και μέρος της εσωτερικής κορινθιακής κιονοστοιχίας των προπυλαίων που χρονολογείται στο 300 π.χ. Στο μουσείο θα βρείτε επίσης μια αξιόλογη συλλογή από ελληνι-



κές και ρωμαϊκές επιγραφές και γλυπτά. Η κύρια συλλογή των επιγραφών στεγάζεται σε ειδική αίθουσα στα βορειοανατολικά του κεντρικού κτιρίου από το 1958. Στο μουσείο της Επιδαύρου βρίσκεται και το γύψινο εκμαγείο του Ασκληπιού, το οποίο απεικονίζει τον ίδιο με το ιερό φίδι τυλιγμένο επάνω στο ραβδί του. Επίσης βρέθηκε το ακέφαλο

μαρμάρινο άγαλμα της θεάς Υγείας. Και τα δύο αυτά σημαντικά ευρήματα εκτίθενται στο Εθνικό Αρχαιολογικό Μουσείο της Αθήνας. Στο μουσείο μπορείτε να δείτε επίσης, επιγραφές, ιατρικά εργαλεία, σίμες αρχαίων κτηρίων, ακροκέραμα, ανάγλυφα, αγάλματα μεγάλου μεγέθους αλλιά και πολλά αναθήματα μικρού μεγέθους. ✕

Το άγνωστο Μαυροβούνιο



της **Μαρίας Χατζηδάκη**

Η Δημοκρατία του Μαυροβούνιο είναι στους περισσότερους από εμάς γνωστή από τον πόλεμο της Γιουγκοσλαβίας. Ήταν από τις περιοχές που δοκιμάστηκε έντονα κατά την περίοδο του πολέμου. Ωστόσο, το Μαυροβούνιο θα πρέπει να γίνει πλέον γνωστό στον ευρύτερο κόσμο και για τις φυσικές ομορφιές που διαθέτει.

Καταπράσινα βουνά με αλπικό χαρακτήρα, βαθιά φαράγγια, παραλιακά φιόρδ, λίμνες και γραφικές πόλεις με ιδιαίτερο χαρακτήρα είναι μερικά από τα αξιοθέατα που συναντά κανείς σε αυτήν τη μικρή χώρα. Η έκτασή της δεν είναι μεγαλύτερη από 13.900 τετραγωνικά χιλιόμετρα. Η Δημοκρατία του Μαυροβουνίου αναπτύσσει έντονο τουριστικό ενδιαφέρον κατά τους θερινούς μήνες, από Ιούνιο μέχρι και τον Σεπτέμβριο. Βόρεια της Ποντγκόριτσα τόσο οι σιδηροδρομικές γραμμές όσο και οι αυτοκινητόδρομοι διασχίζουν το φαράγγι Μοράκα, ενώ σε 40 χιλιόμετρα δυτικά του Μόντγκοβακ βρίσκεται το 1,3 χλμ. βάθους φαράγγι Τάρα. Μερικά από τα πιο όμορφα αξιοθέατα της χώρας είναι ο ελικοειδής Κόλπος του Κότορ, το μεγαλύ-

τερο φιόρδ της νότιας Ευρώπης, καθώς και η τεράστια, πανέμορφη και σημαντική -για οικολογικούς λόγους- λίμνη Σκάνταρ. Στην πόλη Μπούντβα και στις περιτειχισμένες πόλεις Κότορ και Χερτσεγκ Νοβι, θα συναντήσετε ιδιαίτερο ιστορικό ενδιαφέρον.

Για να φτάσετε στο Μαυροβούνιο, θα πρέπει να ταξιδέψετε οδικώς από την Κροατία, τη Σερβία, το Κόσοβο και την Αλβανία, ή να πάτε ακτοπλοϊκώς μέσω της Ιταλίας.

Η Μποντγκόριτσα, είναι μια πόλη με όχι τόσο ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Σας συμβουλεύουμε η πόλη αυτή να είναι μια προσωρινή στάση στο γενικότερο ταξίδι σας. Εκτός από τον σιδηροδρομικό σταθμό και τον σταθμό των λεωφορείων, η πόλη δεν έχει να επιδείξει ιδιαίτερο χαρακτήρα.



αποδράσεις



ρινή βόλτα με πλοiάριο μέσα στη λίμνη. Στο Virpazar, θα βρείτε επίσης και ένα από τα καλύτερα εστιατόρια όλου του Μαυροβουνίου, ηλικίας 100 ετών, το Pelican Restaurant, το οποίο έχει διάκοσμο με αποξηραμένα φυτά και βότανα, παλιές φωτογραφίες και αποκόμματα εφημερίδων. Η εξυπηρέτηση είναι άριστη και το επιδόρπιο είναι πάντα κερασμένο. Εμείς σας προτείνουμε να δοκιμάσετε για ορεκτικό την πίτα Dalmatinsko Varvo με πατάτα, κρεμμύδι και σπανάκι και στη συνέχεια να παραγγείλετε μια σαλάτα ψαρικών με πέρκα, χέλια ή πέστρως.

Το Bar

Το Bar είναι μια παραθαλάσσια απόκρημνη οροσειρά και το μοναδικό λιμάνι της Σερβίας-Μαυροβουνίου. Θεωρείται μια σύγχρονη πόλη με παραθαλάσσιο χαρακτήρα. Ως επισκέπτες δεν έχετε να δείτε ιδιαίτερα πράγματα, αφού η περιοχή εξυ-

πηρετεί τους τουρίστες μόνο ως διαμετακομιστικό κέντρο.

Το Ulcinj

Η πόλη αυτή ιδρύθηκε από τους Έλληνες και απέκτησε μεγάλη φήμη ως βάση των πειρατών της βόρειας Αφρικής από το 1571 μέχρι το 1878. Παλαιότερα η περιοχή αυτή διέθετε ακόμα και μια αγορά σκλάβων από την οποία υπάρχουν ακόμη και σήμερα ορισμένες οικογένειες μαύρων. Το μέρος αυτό είναι γνωστό παραθεριστικό κέντρο τη θερινή περίοδο και πλημμυρίζει από χιλιάδες τουρίστες κάθε χρόνο. Η Mala Plaza, μικρή παραλία που βρίσκεται κάτω από την παλιά πόλη και η Velika Plaza, μεγάλη παραλία με την περίφημη αμμουδιά μήκους 12 χλμ., είναι από τα πιο όμορφα μέρη που μπορείτε να επισκεφτείτε. Επίσης, στην πόλη θα βρείτε υπέροχα καφέ και γραφικά εστιατόρια για να περάσετε όμορφα. Μια

Ένα όμορφο μέρος για να μπορέσετε να φάτε κάτι νόστιμο είναι η Pizzeria Leone, η οποία σερβίρει ιδιαίτερα ιταλικά πιάτα.

Η λίμνη του Σκουταρίου

Πρόκειται για τη μεγαλύτερη λίμνη των Βαλκανίων, η οποία θεωρείται ως το σημαντικότερο καταφύγιο πτηνών της Ευρώπης. Μην ξαφνιαστείτε εάν δείτε χιλιάδες σπάνια πουλιά να ζούνε στις ακτές της, καθώς επίσης και μερικούς υπέροχους πελεκάνους. Το τοπίο είναι μαγικό, η φύση ξεδιπλώνει το μεγαλείο της. Στα δυτικά της λίμνης θα συναντήσετε το προεξέχον τουρκικό κάστρο Λεσέντρο, το οποίο χτίστηκε πριν από 400 χρόνια. Στο Virpazar, που βρίσκεστε στα νότια της υπερυψωμένης διαδρομής, θα μπορέσετε να βρείτε δρομολόγια για να μπορέσετε να απολαύσετε μια ρομαντική καλοκαι-





βόλτα γύρω από τα τείχη της παλαιάς πόλης με θέα τη θάλασσα, θα σας χαλαρώσει, ενώ μέσα στα παλιά ερείπια της πόλης θα μπορέσετε να βρείτε αντικείμενα και έργα τέχνης από το Μαυροβούνιο και κάποια τα οποία έχουν τουρκική προέλευση.

Η Budva

Η Budva είναι το καλύτερο παραθεριστικό κέντρο της χώρας. Εκεί θα βρείτε υπέροχες παραλίες κατά μήκος της ακτής μέχρι το Sveti Stefan, ενώ τα πανύψηλα απόκρημνα παραθαλάσσια βουνά δημιουργούν ένα επιβλητικό φόντο. Το χαρακτηριστικό και αυτής της πόλης είναι ότι είναι περιτειχισμένη. Η παλιά πόλη, η οποία καταστράφηκε ολοσχερώς από τους δύο ισχυρούς σεισμούς του 1979, έχει σήμερα ανοικοδομηθεί πλήρως και πλέον μοιάζει να έχει βγει από κάποιο παραμύθι. Η παραλία Mogren θεωρείται από τις ομορφότερες.

Το Kotor

Δεν είναι μόνο μια πόλη στην άκρη του βαθύτερου φιόρδ της νότιας Ευρώπης, αλλά και μια περιτειχισμένη μεσαιωνική πόλη, η οποία βρίσκεται στον κατάλογο με τα μνημεία παγκόσμιας κληρονομιάς της Unesco. Τα 4 χλμ. των τειχών περιβάλλουν την παλαιά πόλη, η οποία χτιζόταν διαρκώς για πάνω από 1.000 χρόνια, ξεκινώντας από τον 9ο αιώνα. Η κύρια πρόσβαση σε αυτή είναι μέσω μιας πύλης του 18ου αιώνα, η οποία βλέπει προς το λιμάνι. Μέσα στα όρια της παλαιάς πόλης θα βρείτε πολλούς μικρούς δρόμους και στενών σοκάκια, τα οποία συνδέουν τις πλατείες όπου είχαν χτίσει τις επαύλεις τους οι σημαντικότερες οικογένειες της αριστοκρατίας. Εκεί θα συναντήσετε και έξι εκκλησίες ρομανικού ρυθμού, που χρονολογούνται από τον 12ο και 13ο αιώνα, από τις οποίες ο καθεδρικός του St. Tripun. Εξίσου σημαντικός είναι και ο πύργος του ρολογιού της πόλης, που χρονολογείται από τον 6ο



αιώνα. Το Kotor είναι επίσης γνωστό για τη ναυτική του παράδοση. Διαθέτει ένα μεγάλο ναυτικό μουσείο με τρεις ορόφους γεμάτους με εκθέματα.

Το Cetinje

Η παλαιά πρωτεύουσα του Μαυροβουνίου αποτελεί πηγή έμπνευσης για τη συγγραφή τραγουδιών και ποιημάτων εξαιτίας του παλιού Cetinje από μουσεία και ανάκτορα από επαύλεις και μοναστήρια. Στο κτίριο του πρώην κοινοβουλίου, θα βρείτε πάρα πολλά εκθέματα που καταγράφουν την ιστορία του Μαυροβουνίου από το 60.000 π.Χ. μέχρι σήμερα. Δίπλα θα βρείτε την κατοικία του πρίγκιπα-δεσπότη Πέταρ Β' Πέτροβιτς Ντζέγκου, που χρονολογείται από το 1832. Επίσης, αξίζει να επισκεφτείτε το μοναστήρι του Cetinje, που ιδρύθηκε το 1484 και στο οποίο φιλοξενείται ένα αντίτυπο της Οκτωήχου, το οποίο τυπώθηκε κάπου εδώ γύρω το 1494 και αποτελεί μια από τις παλαιότερες συλλογές θρησκευτικών ψαλμών σε σλαβική γλώσσα. Τέλος, το εθνικό πάρκο Durmitor είναι μια δημοφιλής περιοχή για πεζοπορία και αναρρίχηση. Περίπου 18 ορεινές λίμνες βρίσκονται κατά μήκος της οροσειράς. Στη μεγαλύτερη λίμνη Crne jezero, μπορείτε να περπατήσετε γύρω της και να κάνετε ακόμη και μια βουτιά. ✕



χρηστικά

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

Αθήνα

- > **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > **Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2013451, 210 7496312 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»**, Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, (εξωτ. ιατρείο), Τ: 210 3381392, fax: 210 7770473
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»**, Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»**, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 213 2088333 (εξωτ. ιατρείο) fax: 213 2088646
- > **Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»**, Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- > **Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»**, Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), 213 2009856
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»**, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839
- > **Ν.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»**, ενδοκρινολογικό τμήμα, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > **Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ**, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7297958
- > **Γ.Ν. Αθηνών «Ποδυκλινική»**, Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944

Πειραιάς

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

Θεσσαλονίκη

- > **Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»**, Α' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313303316 (ραντεβού), 2310 9933369 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994608
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Β'

Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντίνουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 89200, 2310 892101, 2310 892616, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 856075

- > **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»**, Γ' Παθολογική Κλινική, περιφ. οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2313 323000 (εξωτ. ιατρείο) (εσωτ. 4226 ή 4248), fax: 2310 321862

Ιωάννινα

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

Πάτρα

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

[ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ]

Στερεά Ελλάδα / Αττική & Πειραιάς

- > **Μαιευτικό Γυναικολογικό κέντρο Αθηνών «Ελένη Ε. Βενιζέλου»**, πλ. Ε. Βενιζέλου, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6411156
- > **Π.Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»**, Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2009429
- > **Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο»**, Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- > **Γ.Ν.Μ. 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσιών)**, τέρμα Ζοΐμη, 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»**, Ρεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 213 2032283-4, fax: 210 7705980
- > **Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα»**, Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 213 2057000, 213 2057222 (εξωτ. ιατρείο)
- > **Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο»**, Ρεωφ. Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μαγούλα, Τ: 213 2028000, 213 2028774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243
- > **Γ.Ν.Α. «Η Παμμακάριστος»**, Ιακωβάτων 43, ΤΚ 11144, Αθήνα, Τ: 210 2284851, 210 2001100, 210 2001344 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 2020002
- > **Ν.Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμινγκ»**, 25ης Μαρτίου 14, ΤΚ 15126, Μελίσσια, Τ: 210 8030303, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8038399
- > **Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649

Ν. Βοιωτίας

- > **Ν.Γ.Ν. Θηβών**, Τσεβή 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, 22623 50133 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. Δωριδος

- > **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**, Πολ. 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

> **Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, Αλεξ. Συμεωνίδη 2, ΤΚ 54351, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 898170

Ν. Κιλκίς

> **Νοσοκομείο Γουμένισσας**, Μαυροπούλου 9, ΤΚ 61300, Γουμένισσα, Ν. Κιλκίς, Τ: 23430 41411, 23433 50321 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23430 428431

> **Ν.Γ.Ν. Κιλκίς**, Νοσοκομείου 1, ΤΚ 61100, Κιλκίς, Τ: 23413 51400, 23413 51671 / 51498 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23413 51630

Ν. Πιερίας

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

Ν. Χαλκιδικής

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

Ν. Δράμας

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

Ν. Καβάλας

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

Ν. Σερρών

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

Ν. Ημαθίας

> **Γ.Ν.Ν. Βέροιας**, Ασμάτων Βεροίας, ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23313 51141 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23310 29920

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

Ν. Κοζάνης

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

Ν. Πέλλης

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

Νησιά Αιγαίου Πελάγους / Ν. Λέσβου

> **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»**, Ε. 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»**, Πρωτόκοπος 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»**, Πολυμέρη 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



κάρτα διαβήτη

Σε φροντίζουμε. Σε στηρίζουμε!

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



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

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

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

ΓΙΑ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:

801 500 35 35 (αστική χρέωση)

www.kartadiaviti.gr

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
ΠΑΓΝΗ Βούτες Ηρακλείου Κρήτης / Τ. 6973 500 783,
6973 409 526 / ipatsakis@gmail.com

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

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

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

→ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΣΕΡΡΩΝ
Ορφέως 14 (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 ☐



Μας ρωτάτε - σας απαντάμε

★ Το γλυκαντικό από εκχύλισμα φύλλων στέβια είναι πιο ασφαλές από τη ασπαρτάμη;

Όπως όλες οι γλυκαντικές ύλες χαμηλής ή μηδενικής θερμιδικής αξίας, είτε πρόκειται για γλυκαντικές ύλες από εκχύλισμα φύλλων στέβια, είτε για την ασπαρτάμη, όλα τα συστατικά που προστίθενται σε τρόφιμα και ποτά, υπόκεινται σε αξιολόγηση από τις αρμόδιες αρχές για την ασφάλεια των τροφίμων, προκειμένου να διασφαλιστεί ότι δεν συνιστούν κίνδυνο για την υγεία των καταναλωτών, πριν επιτραπεί η κατανάλωσή τους.

Τόσο οι Ευρωπαϊκές, όσο και οι Ελληνικές αρχές για την ασφάλεια των τροφίμων, έχουν αξιολογήσει την ασφάλεια των γλυκοζιτών στεβιόλης και έχουν θεσπίσει ένα όριο Αποδεκτής Ημερήσιας Πρόσληψης για την ασφαλή τους χρήση. Επίσης έχει επιβεβαιωθεί ότι η ασπαρτά-



μη είναι ασφαλής για κατανάλωση. (Γνωμοδότηση Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφάλειας Τροφίμων, EFSA Φεβρουάριος 2011). Τα γλυκαντικά με χαμηλή ή μηδενική θερμιδική αξία μπορεί να είναι χρήσιμα, ειδικά για τον έλεγχο του σωματικού βάρους, αλλά μόνο όταν καταναλώνονται σε λογικές ποσότητες, στο πλαίσιο ενός ενεργού και υγιεινού τρόπου ζωής που περιλαμβάνει μια ισορροπημένη διατροφή και τακτική σωματική άσκηση.

★ Γιατί μερικές φορές δημιουργούνται μελανίες στα σημεία των ενέσεων;

Αν τρυπηθεί κάποιο μικρό αιμοφόρο αγγείο μέσα στον υποδόριο ιστό, δηλαδή στο λίπος, μπορεί σε αυτό το σημείο να εμφανιστεί λίγο αίμα και αργότερα μια μικρή μελανία. Δεν πρέπει να ανησυχούμε ή να φοβόμαστε γιατί τα αγγεία που βρί-

σκονται μέσα στο λίπος, είναι πολύ μικρά και έτσι δεν υπάρχει κίνδυνος η ινσουλίνη να γίνει ενδοφλέβια. Η μελανία εξαφανίζεται σε λίγες ημέρες.

★ Ο γιος μου, 10 ετών σήμερα, έχει διαβήτη από 3ετίας. Κινδυνεύει να αναπτύξει νεφροπάθεια;

Η μακροχρόνια έκθεση των μικρών αγγείων των νεφρών σε ψηλές τιμές σακχάρου μπορεί να οδηγήσει σε μικροαλλοιώσεις τους. Αυτές οι αλλοιώσεις στην αρχή είναι αναστρέψιμες, ενώ αν παραμείνουν, συνεπεία κακής ρύθμισης, μπορεί να έχουν δυσμενή επίπτωση στη νεφρική λειτουργία. Συνήθως μετά την 5ετία από την εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη, είναι υποχρεωτική η κατ' έτος εξέταση μικρολευκωματινουρίας, ώστε να αναγνωρισθεί έγκαιρα πιθανή αύξηση της απέκκρισης μικρολευκωματίνης στα ούρα. ✖





Περισσότερα από 100 χρόνια
ασταμάτητης αναζήτησης,
είναι μόνο η αρχή.

Αυξάνουμε την προσπάθεια,
μειώνοντας μόνο την απόσταση
από το μοναδικό μας στόχο,
τη βελτίωση της ανθρώπινης υγείας.



MENARINI HELLAS A.E.

Μέριμνα για την υγεία



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