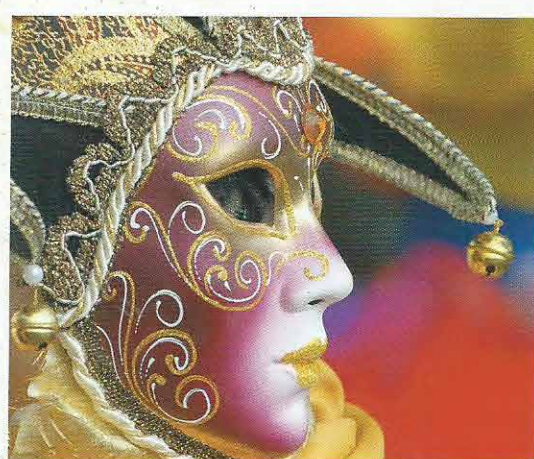
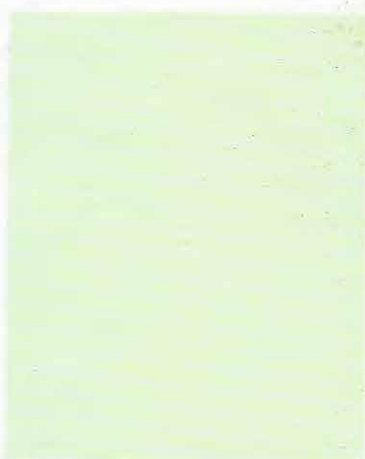
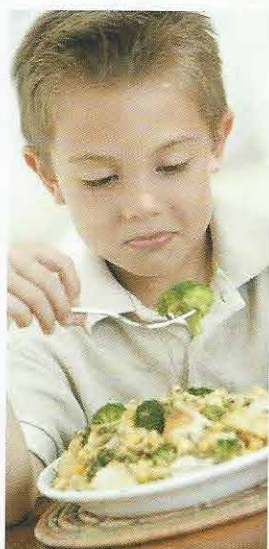
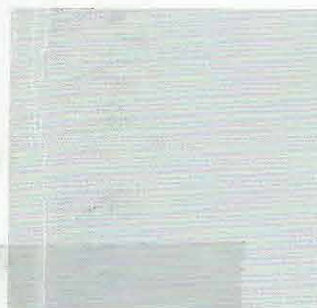


ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Χρήστος Μανές, πρόεδρος ΕΜΕΔΙΠ:
«αναγκαία η θεσμοθέτηση ιατρικών διαβητικού ποδιού»
- Μία σε βάθος ανάλυση για τα νεότερα αντιδιαβητικά δισκία και τις ινκρετίνες
- Παιδική παχυσαρκία:
Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη, αλλά αξίζει τον κόπο
- Βενετία, η βασίλισσα της Αδριατικής

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΟ



ΙΑΝΟΥΑΡΙΟΣ-ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ 2010 - ΤΕΥΧΟΣ 13



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Ε.ΚΕ.ΔΙ



International
Diabetes
Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Τζένη Περιγιαλιώτου

Λ. Αλέξανδρος 207, 115 23 Αθήνα
τηλ: 210 6433883, φαξ: 210 6470095

Συντακτική & Δημοσιογραφική Επιμέλεια-Παραγωγή:

Medivox
ΜΕΔΙΟΚΟΙΝΩΝΙΑ

Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περιγιαλιώτου
jp@medivox.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
cgeorgiou@medivox.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καπούση
anastasia@medivox.gr

Σύνταξη
Μαρία Γαρατζιώτη
Ηλίας Κιοσσές
Μαρία Χατζηδόκη

Υποδοχή Διαφήμισης
Μαρία Μορινάκη
info@medivox.gr

Συντονισμός Υλης
Μαρία Χατζηδόκη
mhatzidaki@medivox.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στο email: info@elodi.org,
jp@medivox.gr

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση
χωρίς τη γραπτή 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, ΙΓΓΝ «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 Λ. Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, αντιπρόεδρος Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

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

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. 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

Τζαντ Μούσλεχ, ενδοκρινολόγος, επιστημονικός συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. «ΑΧΕΠΑ»

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

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

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

Κωνσταντίνος Ποιχρονάκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παίδων Μοντρέαλ

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

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

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

Χαράλαμπος Τούντας, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας, διευθυντής Παθολογικής Κλινικής «Βιοκλινική Αθηνών»

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

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

Γεώργιος Χρούσος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών



ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ οι επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά

4 ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης Διευθυντής σύνταξης
περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Χρήστος Μανές
Αναγκαίο βήμα η θεσμοθέτηση ιατρικών διαβητικού ποδιού για εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών

12 ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

14 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Ο σύλληγος των φίλων του παιδιού και εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα «Γαληνός», βρίσκεται για περισσότερα από 20 χρόνια κοντά τους



16 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Ο Νομάρχης Αθηνών Γιάννης Σγουρός δηλώνει ότι νίκησε... το διαβήτη

18 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Νεότερα αντιδιαβητικά δισκία και ινκρετίνες

22 ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Όλη η αλήθεια για την ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία

24 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2: ένα χρόνο νόσημα με σοβαρές επιπλοκές

28 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Απόφαση σταθμός του Υπουργείου Υγείας για τους διαβητικούς

30 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

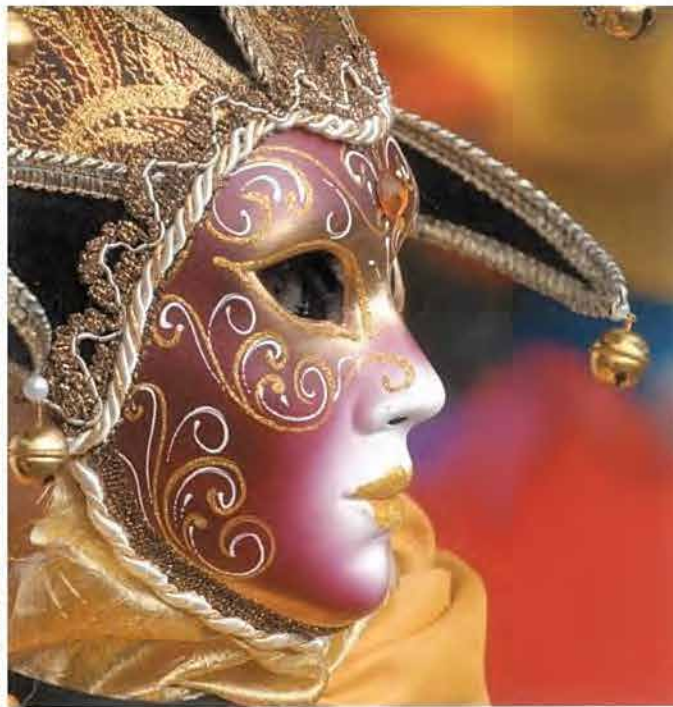
Συνέδρια, ημερίδες, σεμινάρια, εκδηλώσεις γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη

32 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ μία σε βάθος ανάλυση για τα νεότερα αντιδιαβητικά δισκία και τις ινκρετίνες





ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ένα ταξίδι στον Προυσό ή την Βενετία, θα σας χαρίσει στιγμές απόλαυσης

36

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Η επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη στην σεξουαλική λειτουργία ανδρών και γυναικών

40

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Σακχαρώδης διαβήτης και οστεοπόρωση

42

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

«Το να μάχεσαι κατά του διαβήτη, το βρήκα πολύ γοητευτικό»

45

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Η διατροφή στο παιδί και τον έφηβο με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

48

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ

Παιδική παχυσαρκία: Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη, αλλά αξίζει τον κόπο



52

ΝΟΣΤΙΜΑ & ΥΓΙΕΙΝΑ

Συνταγές για όλη την οικογένεια

54

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Πρόγραμμα γυμναστικής για το γραφείο και το σπίτι

56

ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Ανακαλύψτε το μυστηριώδη Προυσό

58

ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ

Βενετία, η βασίλισσα της Αδριατικής

60

ΧΡΗΣΤΙΚΑ

Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

62

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

63

ΠΟΛΙΤΙΣΤΙΚΑ

Η agenda με τις πιο ενδιαφέρουσες εκδηλώσεις που δεν πρέπει να χάσετε

64

ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη

ΝΟΣΤΙΜΑ & ΥΓΙΕΙΝΑ απολαύστε ξεχωριστές συνταγές με ζυμαρικά ολικής άλεσης



Δημήτριος Π. Χιώτης
διευθυντής σύνταξης

Τρίτος χρόνος ζωής, μια ακόμη ευκαιρία να μοιραστούμε και φέτος τις ελπίδες, τους φόβους, τις ανησυχίες, τα πάντα γύρω από τον σακχαρώδη διαβήτη. Δεν θα πρωτοτυπήσω όσον αφορά τις ευχές μου για τη νέα χρονιά, που μετρά μόλις δύο μήνες ζωής: υγεία, ευτυχία και οπωσδήποτε σωστή ρύθμιση που εγγυάται την καλύτερη ποιότητα ζωής. Αυτό, είναι χρέος όλων μας. Ημών, των φροντιστών της υγείας, αλλιά και υμών, των ατόμων που ζείτε με τον σακχαρώδη διαβήτη. Αν συνδυάσουμε την επιστημονική κατάρτιση με την καλή μας διάθεση, μπορούμε να μειώσουμε τα νέα κρούσματα του διαβήτη και να ξερκίσουμε τα ηλεγόμενα των παγκόσμιων μελετών που θέλουν τον διαβήτη να αποτελεί την πανδημία του 21ου αιώνα.

Στο τεύχος του περιοδικού που κρατάτε στα χέρια σας, θέλω να σταθώ σε δύο συνεντεύξεις που θεωρώ ότι αξίζει τον κόπο να μελετήσετε. Από τη μία, φιλοξενούμε στην ενότητα «πρόσωπο με πρόσωπο» ο εκλεκτός συνάδελφος και διαβητολόγος Χρήστος Μανές, πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού, πέρα από τα επιδημιολογικά δεδομένα γύρω από το διαβητικό πόδι, αναλύει και τα μέτρα που σφειρίζει να λάβει η πολιτεία για να μειωθούν τα κρούσματα των ακρωτηριασμών. Στην ενότητα «στρατηγική ευθυγράμμιση» ο νομάρχης Αθηνών Γιάννης Σγουρός, όντας και ο ίδιος διαβητικός, παραδίδει μαθήματα ψυχικού σθένους στα άτομα που ζουν καθημερινά με τον διαβήτη τους και ζητά από την πολιτεία αποτελεσματικότερες παροχές υγείας για όλη την κοινωνία.

Πολύ σημαντική είναι η απόφαση-σταθμός του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να εγκριθεί η δημιουργία ακόμη περισσότερων διαβητολογικών εξωτερικών ιατρείων, σε μεγάλα δημόσια νοσοκομεία της χώρας, που πραγματικά το είχαν ανάγκη. Συνεπώς, στις τελευταίες σελίδες του περιοδικού, θα δείτε εμπλουτισμένες τις λίστες με τα διαβητολογικά κέντρα της χώρας.

Πέρα από τα επιστημονικά θέματα, το περιοδικό μας, σε μια προσπάθεια να τονώσει τη διάθεση και την ψυχολογία σας, προτείνει νόστιμες και υγιεινές συνταγές με ζυμαρικά ολικής άλεσης, αποδεικνύοντας ότι ζωή με τον διαβήτη δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση ζωή με στέρησης. Και επειδή η ζωή γίνεται ακόμη πιο όμορφη με ένα ταξίδι αναψυχής, σας προτείνουμε να κλειδώσετε για λίγο το άγχος και τις έννοιες στο συρτάρι και να αποδράσετε στον μυστηριώδη Προυσό ή στη μαγευτική Βενετία.

Σας ευχαριστώ και πάλι για την αγάπη και την υποστήριξη σας. Σας χρειαζόμαστε κοντά μας και στον τρίτο χρόνο της ζωής μας.





GEN/2/08.08

Ξεκινώντας με ενθουσιασμό την πορεία μας πριν από 340 χρόνια, αφοσιωθήκαμε με αίσθημα ευθύνης προς τους ασθενείς μας, στην έρευνα & ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών και βιοτεχνολογικών προϊόντων. Στα χρόνια που πέρασαν, αναπτύξαμε ισχυρούς δεσμούς υγείας με τους συνανθρώπους μας, αλλόζοντας για πάντα τόσο τις θεραπευτικές επιλογές των ιατρών όσο και την ποιότητα ζωής εκατομμυρίων ανθρώπων παγκοσμίως.

Σήμερα, συνεχίζουμε να εργαζόμαστε με τον ίδιο ενθουσιασμό, επενδύοντας κάθε χρόνο για το σκοπό αυτό 1 Δισ. ευρώ—το 1/4 των εσόδων μας—και θέτοντας πάντα τον ίδιο στόχο:

Να γίνουμε όχι η μεγαλύτερη, αλλά η καλύτερη φαρμακευτική εταιρεία.

Πάντα για τους ασθενείς μας.



Λ. Κηφισίας 41-45 (Κτίριο Β), 151 23 Μαρούσι, Αθήνα

www.merckserono.net • www.merckserono.gr

[ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΝΕΣ]

Η θεσμοθέτηση ιατρείων διαβητικού ποδιού αποτελεί αναγκαίο βήμα για την εκπαίδευση γιατρών και νοσηλευτών

«Οι στρατηγικές πρόληψης που θα αναπτύσσονται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτύχουμε μείωση των ακρωτηριασμών. Στρατηγικές που αξιολογούνται διαρκώς έχουν πολλές προϋποθέσεις να είναι αποτελεσματικές. Στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να αναπτυχθούν προγράμματα ερευνητικά με τη συμβολή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης»



ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ

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

Αναμφίβολα ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί τον μεγαλύτερο κίνδυνο για την υγεία του πληθυσμού της γης. Δεν είναι τυχαίο ότι χαρακτηρίστηκε ως «πανδημία» από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Ο χαρακτηρισμός «πανδημία» αφορά κυρίως τα λοιμώδη νοσήματα (π.χ. γρίπη H1N1) που μεταδίδονται εύκολα από άνθρωπο σε άνθρωπο.

Το μοναδικό νόσημα, λοιπόν, που δεν ανήκει στην κατηγορία των λοιμωδών νοσημάτων και έχει χαρακτηριστεί ως πανδημία είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Έχει τεράστια εξάπλωση σε όλη την υφήλιο (σε όλες τις ηπείρους). Αυξάνεται με ταχείς ρυθμούς (π.χ. αναμένεται 150% αύξηση στις αναπτυσσόμενες χώρες της

Αφρικής και Ασίας και 50% στις αναπτυγμένες). Ίσως θα έπρεπε οι παρεμβάσεις για να ανακοπεί η αλματώδης αύξηση του διαβήτη να γίνουν σε εθνικό επίπεδο με πρωτοβουλία της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (κάτι που έγινε με την γρίπη H1N1).

Φυσικά τα πράγματα είναι δυσσώινα και για τον ελληνικό χώρο. Σε πολλές περιοχές της χώρας έχει διαπιστωθεί πρόσφατα συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 περίπου 10% (π.χ. Σαλαμίνα). Παλαιότερες έρευνες, στις αρχές της δεκαετίας του 1990, έδειχναν πως το σύνολο των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 δεν ξεπερνούσε ποσοστό 2-4% του γενικού πληθυσμού. Η αυξητική τάση του διαβήτη, που παρατηρείται παγκόσμια, είναι ήδη παρούσα και στη χώρα μας. Σε απόλυτους αριθμούς θα λέγαμε ότι 800.000 έως 1.000.000 άτομα στην Ελλάδα εμφανίζουν διαβήτη. Τι θα μπορούσε να κάνει μια οργανωμένη κοινωνία για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα; Να εφαρμοσθούν αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης σε εθνικό επίπεδο.

Όσον αφορά την πρόληψη, δύο είναι τα κύρια στοιχεία: Αποφυγή καθιστικής



ζωής και αποφυγή πρόσληψης επιπλέον βάρους. Εάν αναλογιστείτε ότι σύμφωνα με πληροφορίες που έχω ότι οι ώρες γυμναστικής στη μέση εκπαίδευση έχουν μειωθεί, το δε μάθημα της γυμναστικής υποτιμάται, θα μπορέσετε να δείτε την αδυναμία της κοινωνίας να κατανοήσει το πρόβλημα. Αυτό είναι και η δυσάρεστη πτυχή του σημερινού προβλήματος. που μας προβληματίζει ιδιαίτερα.

Η ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη σε νέους ασθενείς είναι αρκετά δύσκολη υπόθεση, όταν ο ίδιος ο ασθενής δεν συμμορφώνεται στις οδηγίες του θεράποντος γιατρού. Πόσο σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογική υποστήριξη από τον γιατρό και τους συγγενείς του, ώστε ο ασθενής να ακολούθησει τις υποδείξεις του γιατρού του;

Υπάρχουν αρκετά νέα άτομα με διαβήτη τύπου 1 που έχουν πολύ ικανοποιητική συμμόρφωση με τις οδηγίες και ως εκ τούτου καλή ρύθμιση. Χαίρεσαι να συζητάς μαζί τους. Σου μεταδίδουν το μεγαλύτερο μήνυμα αισιοδοξίας σχετικά με την πορεία τους. Είναι απαραίτητη, νομίζω, η ομολογία μας στις περιπτώσεις αυτές πως η αισιοδοξία των θεράποντων ιατρών έχει ξεπεραστεί πολύ. Στη μνήμη μου έρχεται ένας έφηβος από τους πρώτους που φόρεσαν την αντλία συνεχούς χορήγησης ινσουλίνης, που έλεγε ότι «τώρα μπορώ να ζω φυσιολογικά, κατάλαβα πως είναι η ζωή».

Στην περίπτωση αυτή φαίνεται καθαρά πως το περιβάλλον (κυρίως οικογενειακό) αποδέχθηκε την κατάσταση και συμπορεύτηκε μαζί με τον ή την έφηβο. Στον τομέα της ψυχολογικής υποστήριξης ρόλο παίζει και ο γιατρός, αλλά νομίζω ότι η συμβολή του, ενώ αρχικά είναι πολύ καθοριστική, στην συνέχεια όμως τον κύριο ρόλο αναλαμβάνει το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Αν αναλογιστούμε ότι η επίσκεψη στον γιατρό διαρκεί το πολύ 30'- 60' λεπτά της ώρας και ο υπόλοιπος χρόνος της ζωής του ατόμου μέχρι την επόμενη επίσκεψη μοιράζεται ανάμεσα στην οικογένεια και στο σχολείο, καταλαβαίνετε πως η επίδραση του γιατρού είναι δευτερευούσης σημασίας.



Η αυξητική τάση του διαβήτη, που παρατηρείται παγκόσμια, είναι ήδη παρούσα και στη χώρα μας. Σε απόλυτους αριθμούς θα λέγαμε ότι 800.000 έως 1.000.000 άτομα στην Ελλάδα εμφανίζουν διαβήτη. Τι θα μπορούσε να κάνει μια οργανωμένη κοινωνία για να αντιμετωπίσει το πρόβλημα; Να εφαρμοσθούν αποτελεσματικές στρατηγικές πρόληψης σε εθνικό επίπεδο

Στις ηλικίες, λοιπόν, της εφηβείας και μετέπειτα η ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο είναι πολύ σημαντική. Καθορίζει την πορεία του ατόμου με διαβήτη στην επόμενη περίοδο της ζωής του είτε είναι στον επαγγελματικό είτε στον εκπαιδευτικό στίβο.

Θα πρέπει, όμως, να αναφέρουμε μερικές δυσάρεστες καταστάσεις. Κυρίως σε εκπαιδευτικές μονάδες υπάρχουν συμπεριφορές που μας προβληματίζουν. Ευτυχώς σε λίγες μονάδες στη στοιχειώδη και μέση εκπαίδευση τα πράγματα

δεν είναι καλά. Εκεί, λοιπόν, θεωρείται το άτομο με διαβήτη ως ένας εν δυνάμει κίνδυνος, π.χ. υπάρχει ο φόβος για την εμφάνιση υπογλυκαιμίας. Είναι ανάγκη να παρέμβουν και να ενημερώσουν όλοι οι φορείς (πολιτεία, σύλλογοι ατόμων με διαβήτη, επιστημονικοί φορείς) τους εκπαιδευτικούς για να διορθωθεί η κατάσταση αυτή. Η εκπαιδευτική κοινότητα πρέπει να αποδεχτεί το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη και όχι να φέρει προσκόμματα στην προσπάθειά του για ρύθμιση (π.χ. λήψη ενδιάμεσου γεύματος). □



Στις ηλικίες της εφηβείας και μετέπειτα η ψυχολογική υποστήριξη από τον κοινωνικό περίγυρο είναι πολύ σημαντική. Καθορίζει την πορεία του ατόμου με διαβήτη στην επόμενη περίοδο της ζωής του είτε είναι στον επαγγελματικό είτε στον εκπαιδευτικό στίβο

Τι νέο υπόσχονται οι φαρμακευτικές μελέτες για τη θεραπεία της νόσου όσον αφορά το κομμάτι της αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη;

Η έρευνα προχωρά κυρίως όσον αφορά νέες φαρμακευτικές ουσίες με

υπογλυκαιμική δράση. Αναμένουμε για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 ανάλογα φάρμακα που προκαλούν την ινσουλινική έκκριση (μέσω του συστήματος ινκρετινών) με εβδομαδιαία χορήγηση. Είναι συνήθως ενέσιμα και θα χορηγούνται μία φορά την εβδομάδα ή και τον μήνα. Εκτός από αυτές τις ουσίες που θα κυκλοφορήσουν μελλοντικά, ήδη υπάρχουν αξιόλογα σκευάσματα που λαμβάνονται από το στόμα και εμφανίζουν αξιόλογη αποτελεσματικότητα με πολύ μικρό κίνδυνο υπογλυκαιμιών. Υπάρχουν οι βασικές ινσουλίνες με ελάχιστο κίνδυνο υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Οι εξελίξεις αυτές αποτελούν ένα αρκετά σημαντικό βήμα στη θεραπευτική αντιμετώπιση του τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη. Μειώνεται πολύ ο φόβος του ατόμου για την υπογλυκαιμία και η ρύθμιση είναι σαφώς βελτιωμένη. Αυτήν την αίσθηση μου μεταφέρουν οι ασθενείς μου, τονίζοντας χαρακτηριστικά ότι βελτιώθηκε πολύ η καθημερινότητά τους.

Αναφορικά με τον τύπου 1 σακχαρώδη διαβήτη οι προσπάθειες τείνουν στην ανάπτυξη «έξυπνων» αντλιών που θα έχουν εντολές από έναν αισθητήρα γλυκόζης, για την ποσότητα ινσουλίνης που θα χορηγήσουν. Όμως, υπάρχουν αρκετά μειονεκτήματα κυρίως αναφορικά με τον πραγματικό χρόνο που ανακαλύπτονται οι μεταβολές στη γλυκόζη και άρα για τον συγχρονισμό της παροχής ινσουλίνης από την αντλία.

Φάρμακα για τις επιπλοκές του διαβήτη (νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια) δεν φαίνονται στον ορίζοντα. Η ρύθμιση της γλυκόζης παραμένει ως η κύρια προληπτική μέθοδος.

Ως πρόεδρος της Ελληνικής Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού, μιλήστε μας λίγο για τις έρευνες και δράσεις της εταιρείας, προκειμένου να συμβάλλεται στις εξελίξεις που αφορούν το διαβητικό πόδι;

Η Εταιρεία Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΠ) ιδρύθηκε πριν από πέντε χρόνια. Κύριος σκοπός της είναι να συμβάλει στην αντιμετώπιση των παθήσεων διαβητικού ποδιού με

τη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων γιατρών κι άλλων επιστημόνων υγείας στην πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη.

Έχουμε στοιχεία: α) για τα έληκ (πληγές) στα κάτω άκρα (κίνδυνος για ακρωτηριασμό). Το 5% των διαβητικών ατόμων έχουν πληγές στα πόδια. Αυτό σημαίνει ότι 40.000 - 50.000 άτομα με διαβήτη στον ελληνικό χώρο διατρέχουν άμεσο κίνδυνο ακρωτηριασμού και β) για τους ακρωτηριασμούς των ποδιών ατόμων με διαβήτη. Την περασμένη δεκαετία οι ακρωτηριασμοί ανέρχονταν σε 3.000 - 4.000 ανά έτος, δηλαδή κάθε χρόνο χάνονταν τμήματα μελών κάτω άκρων ή ολόκληρα μέλη από 3.000 έως 4.000 άτομα με διαβήτη. Μάλιστα δε, αυτό συνέβαινε σε άτομα νέα, σε παραγωγική ηλικία. Δηλαδή μια κωμόπολη κάθε χρόνο ακρωτηριάζεται εξαιτίας του διαβήτη.

Φυσικά τα νούμερα είναι μεγάλα. Δεν ξέρω αν επιτρέπεται ο εφησυχασμός μετά τις διαπιστώσεις αυτές.

Οι δραστηριότητες της εταιρίας περιλαμβάνουν επιπλέον και την προσπάθεια επικοινωνίας με την κοινωνία και τους φορείς. Έγιναν δέκα ενημερωτικές ημερίδες που απευθυνόταν σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η προσπάθεια αφορούσε τόσο τις μεγάλες πόλεις (Αθήνα - Θεσσαλονίκη) όσο και την περιφέρεια. Μπορούμε να αναφέρουμε επιπρόσθετα την επίσκεψη στη νήσο Κάσο, όπου εξετάστηκε όλος ο πληθυσμός σε θέματα σακχαρώδη διαβήτη και επιπλοκών.

Επίσης, υπήρξαν δημοσιεύσεις στον ημερήσιο Τύπο, τηλεοπτικά spots για το πρόβλημα του διαβητικού ποδιού και την πρόληψη. Αποβλέπουμε δηλαδή στην ευαισθητοποίηση της κοινωνίας σε θέματα ποδιού. Ελπίζουμε ότι είμαστε σε καλό δρόμο.

Θεωρείτε ότι η πολιτεία συμβάλλει επαρκώς, είτε μέσω του Υπουργείου Υγείας είτε μέσα από διάφορους κοινωνικούς φορείς, στη σωστή ενημέρωση των πολιτών. Πιστεύετε ότι υπάρχουν πράγματα που μπορούν να γίνουν προς αυτήν την κατεύθυνση;



Νεότερες φαρμακευτικές ουσίες που επιταχύνουν την επούλωση ελκών και αποτρέπουν την επέκταση της λοίμωξης οφείλουν να είναι το αντικείμενο έρευνας των νεότερων και παλαιότερων συναδέλφων

Δεν έχει υλοποιηθεί ακόμη η πρόθεση του υπουργείου Υγείας να συμβάλει στη μείωση της μάστιγας των ακρωτηριασμών. Η θεσμοθέτηση ιατρείων διαβητικού ποδιού (κέντρα) που θα μπορούσαν να παρέχουν εκπαίδευση σε άλλους γιατρούς - νοσηλευτές κ.λπ. είναι το πρώτο και αναγκαίο βήμα. Θα δημιουργηθεί ο πυρήνας ορθολογικής οργάνωσης με προοπτική συνεχούς βελτίωσης της περίθαλψης των διαβητικού ατόμου αναφορικά με τα προβλήματα των ποδιών. Ας σκεφτούμε πόσο βοήθησε στην αντιμετώπιση του διαβήτη η θεσμοθέτηση των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων, παρά τις ελλείψεις σε προσωπικό που παρατηρούνται.

Η υποχρεωτική καταγραφή των ακρωτηριασμών σε διαβητικούς ασθενείς είναι το δεύτερο εξίσου σημαντικό στάδιο. Μπορεί να υπάρχουν προβλήματα ως προς την εφαρμογή του μέτρου αυτού. Είναι αναγκαία όμως η συγκέντρωση πρόσφατων δεδομένων, αφού τα στοιχεία που έχουμε αφορούν την περασμένη δεκαετία.

Τρίτο κατά σειρά βήμα είναι η θεσμοθέτηση ομάδας διαβητικού ποδιού στα διάφορα νοσοκομεία (τριτοβάθμια - δευτεροβάθμια) και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. Με κέντρο το διαβητολογικό ιατρείο (ή κέντρο) θα υπάρχουν συνεργαζόμενες ιατρικές ειδικότητες (χειρουργοί κ.λπ.) που θα αντιμετωπίσουν από κοινού τα έλκη, τις αποφρακτικές αρτηριοπάθειες και όλα τα προβλήματα των ποδιών. Θα εντοπίζονται τα άτομα υψηλού κινδύνου, που θα παρακολουθούνται ιδιαίτερα και θα εκπαιδεύονται με ιδιαίτερη προσοχή στην αποφυγή μικροτραυματισμών και στην έγκαιρη αναγνώριση των βλαβών στα πόδια τους. Σημειώνω ότι όλες αυτές οι παρεμβάσεις δεν απαιτούν οικονομική επιβάρυνση του Υπουργείου κ.λπ., εφόσον είναι θεσμικές.

Υπάρχουν μελέτες που να οδηγούν σε ασφαλές συμπέρασμα, ότι δηλαδή υπάρχει προδιάθεση εμφάνισης των επιπλοκών του διαβητικού ποδιού σε ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη;

Δεν υπάρχει μελέτη που να δείχνει προδιάθεση (κληρονομική) για τις επιπλοκές που σχετίζονται με το διαβητικό πόδι. Είναι καταστάσεις που εμφανίζονται σε άτομα που έχουν διαβήτη και μη ικανοποιητική προσοχή στα πόδια. Αναφέραμε ήδη ότι η πρόληψη συνίσταται στον καθημερινό έλεγχο των κάτω άκρων για μικρές βλάβες, τραυματισμούς κ.ά. Αυτό δεν επιτεύχθηκε στα άτομα με τις επιπλοκές που αναφέρθηκαν. Δεν μπορούμε να ισχυρισθούμε σοβαρά πως ήταν αναπόφευκτες οι βλάβες, επειδή υπάρχει κληρονομική προδιάθεση.

Τι θα μπορούσε να γίνει προκειμένου να δημιουργηθούν τα κατάλληλα κίνητρα σε νέους γιατρούς που θέλουν να κάνουν έρευνα και εργασίες;

Η επιδημιολογία των παθήσεων του διαβητικού ποδιού είναι μεγάλο κεφάλαιο, πρέπει να συνεχίσει να αποτελεί σημείο έρευνας. Τα στοιχεία είναι απαραίτητα για την εκτίμηση της κατάστασης και της



Υπάρχει ένας άλλος κόσμος αυτός των παιδιών που δεν τον καταλαβαίνουμε καλά, σε καθηλώνει ευχάριστα και δεν μπορείς να φέρεις καμία αντίρρηση. Όμως, αναπνέεις έναν διαφορετικό αέρα και συνεχίζεις να ζεις

συνεχούς αξιολόγησης των παρεμβάσεών μας.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες για τη δημιουργία έλκους και κατάληξης σε ακρωτηριασμό πρέπει να ερευνώνται συνέχεια. Υπάρχουν παράγοντες που οδηγούν σε προβλήματα και μπορούν εύκολα να εξουδετερωθούν, π.χ. το κάπνισμα.

Τέλος, νεότερες φαρμακευτικές ουσίες που επιταχύνουν την επούλωση ελκών και κατά συνέπεια αποτρέπουν την επέκταση της λοίμωξης οφείλουν να είναι το αντικείμενο έρευνας των νεότερων και παλαιότερων συναδέλφων.

Στρατηγικές πρόληψης που θα αναπτύσσονται σε τοπικό ή εθνικό επίπεδο είναι απαραίτητη προϋπόθεση για να επιτύχουμε μείωση των ακρωτηριασμών. Στρατηγικές που αξιολογούνται διαρκώς έχουν πολλές προϋποθέσεις να είναι

αποτελεσματικές. Στην κατεύθυνση αυτή μπορούν να αναπτυχθούν προγράμματα ερευνητικά με τη συμβολή της πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Υπάρχει, όπως είναι προφανές, μεγάλο εύρος ερευνητικών δραστηριοτήτων στον τομέα του διαβητικού ποδιού.

Πόσο βοηθάει το υπάρχον σύστημα προς αυτήν την κατεύθυνση (χρηματοδοτήσεις κ.ά.);

Οι χρηματοδοτήσεις από κρατικούς φορείς είναι ανύπαρκτες. Μόνο η φαρμακευτική βιομηχανία έχει τέτοιες δυνατότητες στα μέρες μας.

Δυστυχώς και τα κονδύλια από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τον τομέα του διαβητικού ποδιού δεν είναι αρκετά για σοβαρές και αξιόλογες κλινικές έρευνες.

Στη ζωή σας συναναστραφήκατε με πολλούς ανθρώπους, εξέχουσες προσωπικότητες του ιατρικού στίβου, επιστήμονες, φίλους, παιδιά. Τι ρόλο έπαιξε αυτή η έντονη συναναστροφή στην εξέλιξη σας ως επιστήμονα και ως άνθρωπο;

Είχα την τύχη να συναναστραφώ στην πατρίδα μου τη Θεσσαλονίκη και γενικότερα στον ελληνικό χώρο με ιατρικές προσωπικότητες που διέθεταν ψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης και διάθεση μετάδοσης της γνώσης. Σημαδεύτηκε η ζωή μου σε μεγάλο βαθμό από τους ανθρώπους αυτούς. Προσπαθώ να προσφέρω και εγώ προσωπικά σε ανάλογο βαθμό στους συναδέλφους μου και στα άτομα με διαβήτη την καινούργια γνώση και τη βοήθεια για να ξεπεραστούν οι δυσκολίες στην καθημερινότητα του σήμερα και στο μέλλον. Δεν ξέρω αν έχω πετύχει στον στόχο αυτό.

Αποφασιστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ιατρικής μου σκέψης έπαιξε ο Pr A.J.M. Boulton, που πρώτος έκανε γνωστό παγκόσμια τον τομέα του διαβητικού ποδιού. Ήρεμος και αποτελεσματικός στις δραστηριότητές του (ερευνητικές και σε θεσμικό επίπεδο) μπορεί να χαρακτηριστεί ως ο θεμελιωτής της εξειδικευμένης φροντίδας του διαβητικού ασθενούς σε σχέση με τα προβλήματα των ποδιών. Αναφέρω απλώς ότι έχει δημιουργήσει ιατρεία διαβητικού ποδιού σε όλες τις ηπείρους (Ευρώπη, Ασία, Αμερική, Αυστραλία).

Εκτός από επιστήμονας, είστε και άνθρωπος. Πώς αξιοποιείτε τον ελεύθερο χρόνο σας;

Ερώτηση που δυσκολεύομαι να απαντήσω. Οι δραστηριότητες του διαβητολογικού κέντρου του οποίου έχω την υπευθυνότητα (νοσοκομείο ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ Θεσσαλονίκης) και της ΕΜΕΔΙΠ είναι πολλές. Ο ελεύθερος χρόνος λείπει. Μερικά Σαββατοκύριακα η οικογένειά μου με τα τρία εγγονάκια μου με «υποχρεώνει» να ασχολούμαι μαζί τους. Υπάρχει ένας άλλος κόσμος αυτός των παιδιών που δεν τον καταλαβαίνουμε καλά, σε καθηλώνει ευχάριστα και δεν μπορείς να φέρεις καμία αντίρρηση. Όμως, αναπνέεις έναν διαφορετικό αέρα και συνεχίζεις να ζεις. ■

ACCU-CHEK® | No.1 στον κόσμο

Roche



NEW

πραγματικό μέγεθος

Accu-Chek® Aviva Nano: Μικρές διαστάσεις. Μεγάλες επιδόσεις.

**Ο νέος μετρητής σακχάρου Accu-Chek Aviva Nano.
Ακριβώς όπως τον θέλατε.**

- Εύκολη μέτρηση με μικρό δείγμα αίματος
- Λήψη δείγματος αίματος με το πλέον ανώδυνο στυλό τρυπήματος, τεχνολογίας Clixmotion™ (*Ref.)
- Ασύγκριτη ασφάλεια με αυτόματη αναγνώριση ημερομηνίας λήξεως ταινιών
- Περισσότεροι από 150 έλεγχοι ακριβείας σε κάθε μέτρηση 5"
- Προ- & μετά- γευματικοί μέσοι όροι 7, 14, 30 & 90 ημερών
- Ευανάγνωστοι φωτιζόμενοι χαρακτήρες

Ο μετρητής προσφέρεται δωρεάν σε άτομα που ακολουθούν ινσουλινοθεραπεία.

www.accu-check.com

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Αθήνα: Α. Παπαγούλη 91, Νέα Ιωνία

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

Γραμμή επικοινωνίας: 210 2703700

Δωρεάν γραμμή υποστήριξης (από σταθερό): 800 11 71000

ACCU-CHEK®

(*Ref.) Kouček R. PhD. LEAST PAIN DEVICES FOR SMBG FOR A SUITABLE DIABETES MANAGEMENT
2nd Int. conf. ATTD in Athens, Feb. 2009. Poster No. 103; (abstract No. 309).

Το ACCU-CHEK και ACCU-CHEK AVIVA NANO είναι εμπορικά σήματα της Roche. © 2009 Roche. Με επιφύλαξη κάθε νόμιμου δικαιώματος.

ΑΝΤΙΓΡΙΠΙΚΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΓΙΑ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Ο αμερικανικός οργανισμός φαρμάκων (FDA) ενέκρινε τη χρήση ενός νέου αντιγριπικού εμβολίου, το οποίο περιέχει μεγαλύτερη δόση αιμοσυγκολλητινών για χορήγηση σε άτομα άνω των 65 κατά την περίοδο 2010-2011.

Το νέο εμβόλιο περιέχει αδρανοποιημένα στελέχη για την ανοσοποίηση έναντι των ιών της γρίπης Α και Β. Συγκεκριμένα, περιέχει 60 mcg αιμοσυγκολλητινών για κάθε στέλεχος του ιού και φαίνεται έτσι να αυξάνει σημαντικά την ανοσολογική απάντηση σε σχέση με τα συνηθισμένα εμβόλια που περιέχουν χαμηλότερες δόσεις.

Σύμφωνα με τις μελέτες, η ασφάλεια του εμβολίου είναι ανάλογη με αυτήν του συμβατικού εμβολίου και δεν έχουν αναφερθεί ιδιαίτερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Ως μεμονωμένα περιστατικά από τη χρήση της αυξημένης δόσης έχουν αναφερθεί παρενέργειες, που αφορούν κυρίως τοπικές αντιδράσεις στο σημείο του εμβολιασμού. Οι πιο συχνές από αυτές ήταν πόνος και ερυθρότητα στο σημείο της ένεσης, κακουχία, κεφαλαλγία και μυαλγία, οι οποίες εμφανίστηκαν σε ένα ποσοστό περίπου 10%. **Πηγή: Sanofi-aventis**



Μικροεπεμβατική τεχνική αποκατάστασης οστεοπορωτικών καταγμάτων σπονδυλικής στήλης



Μια νέα αναίμακτη και ανώδυνη χειρουργική τεχνική αντιμετώπισης του πόνου και των επιπλοκών από τα οστεοπορωτικά κατάγματα της σπονδυλικής στήλης πραγματοποιήθηκε για πρώτη φορά στην Ελλάδα από τη χειρουργική ομάδα του SPINE CLINIC στην κλινική Νέο Αθήναιον. Σύμφωνα με τον ορθοπαιδικό χειρουργό σπονδυλικής στήλης του SPINE CLINIC, Νίκο Μπενάρδο MD, η μέθοδος συνίσταται στην ενίσχυση του σπασμένου σπονδυλικού σώματος με ορθοπαιδικό τσιμέντο. Το τσιμέντο εισάγεται στο εσωτερικό ενός κυλίνδρου που εμφυτεύεται στην περιοχή του κατάγματος και με τον τρόπο αυτό παραμένει εντοπισμένο, με πρακτικά μη-

δενικό κίνδυνο διαρροής έξω από τον σπόνδυλο, σε αντίθεση με τις παλαιότερες τεχνικές. Ένα επιπλέον πλεονέκτημα της νέας μεθόδου είναι η αποφυγή της καταστροφής του εσωτερικού μέρους του σπονδυλικού σώματος, καθώς το τσιμέντο εγχέεται στο εσωτερικό του κυλίνδρου, ενώ το περιβάλλον σπονδυλικό σώμα παραμένει άθικτο, σε αντίθεση π.χ. με την κυφοπλαστική, που χρησιμοποιεί ένα μπαλόνι για να δημιουργήσει κοιλότητα μέσα στον σπόνδυλο και προκαλεί θραύση των δοκίδων του οστού πριν την πλήρωσή του με το ακρυλικό υλικό. Όπως επισημαίνει ο κ. Μπενάρδος, «δεν υπάρχει όριο ηλικίας για τη συγκεκριμένη επέμβαση, αρκεί να το επιτρέπει η γενική κατάσταση της υγείας. Σε περιπτώσεις ύπαρξης προβλημάτων, που καθιστούν επικίνδυνη τη γενική νάρκωση, η επέμβαση μπορεί να εκτελεστεί και με τοπική αναισθησία».

Πηγή: Δελτίο Τύπου 25-01-2010

ΛΙΡΑΓΛΟΥΙΔΗ: ΕΝΑ ΝΕΟ ΦΑΡΜΑΚΟ ΓΙΑ ΤΟΝ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Η εταιρεία «Novo Nordisk Ελλάς» ανακοίνωσε την κυκλοφορία της λιραγλουιδίνης (εμπορική ονομασία Victoza®), για τη θεραπεία του τύπου 2 διαβήτη στους ενήλικες. Πρόκειται για το πρώτο ανάλογο του ανθρώπινου GLP-1 (προσομοιάζον με τη γλυκαγόνη πεπτιδιο-1) που χορηγείται μία φορά την ημέρα και αναπτύχθηκε για τη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2. Σύμφωνα με τις μελέτες που οδήγησαν στην έγκριση του φαρμάκου, η λιραγλουιδή προσφέρει σημαντική βελτίωση της γλυκαιμίας -με χαμηλό δείκτη υπογλυκαιμιών- βοηθώντας στην επίτευξη του γλυκαιμικού στόχου κατά EASD/ADA (HbA1c <7%), μείωσης του σωματικού βάρους και της συστολικής αρτηριακής πίεσης, ενώ τέλος βελτιώνει τη λειτουργικότητα των β-κυττάρων. Η άδεια κυκλοφορίας αφορά τη συνδυασμένη θεραπεία με μετφορμίνη ή σουλφονυλουρία σε ασθενείς με ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο παρά τη μέγιστη ανεκτή δόση μονοθεραπείας με μετφορμίνη ή σουλφονυλουρία, καθώς και τη συνδυασμένη θεραπεία με μετφορμίνη και σουλφονυλουρία ή μετφορμίνη και γλιταζόν σε ασθενείς με ανεπαρκή γλυκαιμικό έλεγχο παρά τη διπλή θεραπεία.

Πηγή: Δελτίο τύπου 27/1/2010



Ατροφική κολπίτιδα: ένα πρόβλημα με λύση

Σύμφωνα με έγκριση του FDA, μια μικρή δόση της ορμόνης οιστραδιόλης της τάξης των 10-mcg μπορεί να χρησιμοποιείται πλέον για τη θεραπεία της ατροφικής κολπίτιδας που οφείλεται στην εμμηνόπαυση, μια κατάσταση που παρουσιάζεται στο 75% των εμμηνόπαυσιακών γυναικών. Η ατροφική κολπίτιδα είναι μια φλεγμονή του κόλπου που οφείλεται στη λήπτυνση και συρρίκνωση των ιστών και στην ελάττωση της υγρασίας των κολπικών τοιχωμάτων, οφειλόμενη στην απουσία των οιστρογόνων. Τα συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν επώδυνο κόλπο, κνησμό, δυσπαρέυνια και αιμορραγία μετά από σεξουαλική επαφή. Αυτή είναι η μικρότερη εγκεκριμένη δόση για τη θεραπεία της συγκεκριμένης πάθησης.

Σε αντίθεση με την ορμονοθεραπεία από το στόμα, το νέο σκεύασμα τοποθετείται κατευθείαν στον κόλπο με μια ειδική συσκευή και απορροφάται ελάχιστα από τη συστηματική κυκλοφορία. Η 17 β-οιστραδιόλη που περιέχεται στο σκεύασμα είναι το χημικό ανάλογο των φυσιολογικών οιστρογόνων που παράγει το ανθρώπινο σώμα. Μελέτες σε ασθενείς που έλαβαν 17β-οιστραδιόλη για έναν χρόνο απέδειξαν ότι βελτιώνει τα συμπτώματα της ατροφικής κολπίτιδας και επαναφέρει το pH του κόλπου στο φυσιολογικό. **Πηγή: Novo Nordisk**

Η ΠΡΟΪΠΕΡΤΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΑΚΧΑΡΩ- ΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2

Η προϋπέρταση έχει συσχετιστεί με την καρδιαγγειακή νόσο και την ανοχή στην ινσουλίνη. Ωστόσο, δεν είναι γνωστό το αν τα άτομα με προϋπέρταση βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη. Σε μια πρόσφατη δημοσιευμένη μελέτη αναζητήθηκε η μεταξύ τους συσχέτιση. Η επίπτωση του διαβήτη ήταν 12,4% σε άτομα με προϋπέρταση και 5,6% σε άτομα με φυσιολογική αρτηριακή πίεση. Η πιθανότητα ανάπτυξης διαβήτη ήταν κατά 2,21 φορές μεγαλύτερη στην πρώτη κατηγορία σε σχέση με τη δεύτερη, μετά από εξομοίωση των δύο ομάδων σχετικά με την ηλικία, το φύλο και την εθνικότητα. Ωστόσο, η προϋπέρταση δεν συσχετίστηκε με αυξημένη επίπτωση διαβήτη, μετά την εξομοίωση για παράγοντες όπως ο δείκτης μάζας σώματος, η διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη, η αντοχή στην ινσουλίνη και το θετικό οικογενειακό ιστορικό για την ύπαρξη διαβήτη. Συμπερασματικά, μπορεί να διατυπωθεί ότι τα άτομα με προϋπέρταση βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη, αν και μεγάλο μέρος αυτού του κινδύνου εξηγείται από τις διαταραχές που σχετίζονται με το σύνδρομο αντοχής στην ινσουλίνη.

Πηγή: Diabetes Care. 2009;32(10):1870-1872



ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΟΣ Ο ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΕΩΣ ΣΕ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΑΔΕΛΦΙΑ ΠΟΥ ΠΑΣΧΟΥΝ ΑΠΟ ΔΙΑΒΗΤΗ



Είναι γνωστό ότι το θετικό οικογενειακό ιστορικό προδιαθέτει στην ανάπτυξη σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Λίγα όμως είναι γνωστά για τον τρόπο με τον οποίο το οικογενειακό ιστορικό επηρεάζει τον κίνδυνο να αναπτύξει μια γυναίκα σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Μια νέα μελέτη επιβεβαίωσε την ύπαρξη του κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη κύησης, ειδικά όταν το συγγενικό πρόσωπο που πάσχει είναι αδελφός ή αδελφή. Μάλιστα, σε αυτήν την περίπτωση ο κίνδυνος φαίνεται να είναι ακόμη μεγαλύτερος από ό,τι όταν πάσχουν ο ένας ή ακόμη και οι δύο γονείς της γυναίκας. Η ύπαρξη ενός γονέα με διαβήτη αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη τύπου 2 ή διαβήτη κύησης στον ίδιο βαθμό. Αν και οι δύο γονείς της γυναίκας πάσχουν από διαβήτη, ο κίνδυνος νόσησης από διαβήτη τύπου 2 είναι οκταπλάσιος, αλλά ο αντίστοιχος κίνδυνος για διαβήτη κύησης μόλις διπλασιάζεται. Όμως, η ύπαρξη ενός αδελφού ή αδελφής που πάσχει από τη νόσο τον κίνδυνο για ανάπτυξη διαβήτη κατά τη διάρκεια της κύησης κατά επτά φορές.

Πηγή: Am J Obstet Gynecol 2009;201:576e1-6

Σύλλογος Γαληνός

Ο σύλλογος των φίλων του παιδιού και εφήβου με ενδοκρινολογικό πρόβλημα «Γαληνός», στέκεται στο πλευρό τους εδώ και 22 χρόνια



ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΑΚΟΥ - ΒΟΥΤΕΤΑΚΗ,

επίτιμη καθηγήτρια
Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών



Εικόνα 1: Έφηβος των Αντικυθήρων, το έμβλημα του συλλόγου «Γαληνός»

Με πρωτοβουλία ιατρών του διαβητολογικού κέντρου και της ενδοκρινολογικής μονάδας της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Αικατ. Δάκου - Βουτετάκη, Δημ. Χιώτης, Μαρία Μανιάττ - Χρησιτίδη), καθώς και της σημαντικής προσφοράς γονέων παιδιών με ενδοκρινολογικό πρόβλημα (όπως της Αγγελικής Χατζηστεφάνου, της Χάρης Πλαστήρα, του Βασίλη Κονίδη κ.ά.) ιδρύθηκε ο σύλλογος.

Στον σύλλογο ανήκουν ομάδες ατόμων με διάφορα ενδοκρινολογικά προβλήματα, όπως σύνδρομο Turner, συγγενή υπερπλάσια επινεφριδίων, υποθυρεοειδισμός, σύνδρομο Prader Willi, σύνδρομο Russel κ.ά. Τον κύριο όμως κορμό του συλλόγου αποτελούν παιδιά, έφηβοι και νεαροί ενήλικες με νεανικό σακχαρώδη διαβήτη.

Η ανάγκη για τη δημιουργία του συλλόγου ήταν ίδια με εκείνη της δημιουργίας ανάλογων ομάδων στη χώρα μας και στο εξωτερικό. Δηλαδή συνειδητοποίηση του αποφθέγματος «η ισχύς εν τη ενώσει». Η

συνάντηση ανθρώπων με το ίδιο πρόβλημα προσέφερε γνώση, δύναμη και ιδιαίτερα ψυχολογική στήριξη σε εκείνους που πίστευαν ότι αντιμετώπιζαν εκείνοι μόνο το πρόβλημα.

Οι σύλλογοι αυτοί προσέφεραν και στους ιατρούς μια ιδιαίτερη ευκαιρία ενημέρωσης και αναγνώρισης των προβλημάτων των παιδιών και των γονέων, που άμεσα ή έμμεσα δημιουργούνται από την ορμονική διαταραχή.

Η συνεισφορά του συλλόγου «Γαληνός» σε διάφορες δραστηριότητες που στόχο είχαν την ενημέρωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών παιδιών και εφήβων ήταν εξαιρετικά σημαντική. Οι δραστηριότητες αυτές συνοψίζονται παρακάτω:

Οργάνωση εκπαιδευτικών σεμιναρίων που απευθύνονται σε εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη. Το πρώτο από τα σεμινάρια αυτά πραγματοποιήθηκε το 1991 και έκτοτε γίνεται μία φορά τον χρόνο.



Εικόνα 2:
Από τα ετήσια σεμινάρια για εφήβους με ΣΔ



Εικόνα 3:
Τελετή απονομής μεταλλίων αθλοπαιδιών

Η συζήτηση του ιατρού με τον ασθενή και την οικογένειά του, μοιλονότι είναι απαραίτητη και αναντικατάστατη, δεν είναι επαρκής επειδή είναι εξατομικευμένη. Ο εμπλουτισμός της εκπαίδευσης με σεμινάρια που απευθύνονται στους εφήβους αποδείχθηκε ιδιαίτερα πολύτιμος. Τα σεμινάρια αυτά έχουν συνήθως και το στοιχείο της ομαδικής ψυχοθεραπείας, γιατί κατά τη διάρκεια τους οι έφηβοι και οι γονείς τους ανταλλάσσουν απόψεις μεταξύ τους και με τους ειδικούς. Περιέργως, αναδεικνύονται κενά στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη ακόμα και στους γιατρούς και τους άλλους ειδικούς, μέσα από τα σεμινάρια αυτά.

Το έμβλημα του εκάστοτε προγράμματος των σεμιναρίων είναι ο έφηβος των Αντικυθήρων (εικόνα 1).

Τα σεμινάρια είναι διήμερα, αλλά η δεύτερη μέρα είναι αφιερωμένη σε αθλητικούς αγώνες με σχετικά έπαθλα (εικόνες 2 και 3). Στο πρώτο μας σεμινάριο είχαμε



Εικόνα 4:
Ο Παναγιώτης Γιαννάκης μαζί με την καθηγήτρια. κ. Αικ. Δάκου - Βουτετάκη



Εικόνα 5:
Εναρκτήρια τελετή του 8ου International Association of Athletes with Diabetes Mellitus



Εικόνα 6: Στιγμιότυπο από Μαραθώνιο δρόμο. Εκκίνηση Μαραθωνίου. 8ο International Association of Athletes with Diabetes Mellitus



Εικόνα 7:
Στιγμιότυπο από τη χορήγηση ινσουλίνης από τα ίδια τα παιδιά στην κατασκήνωση

Η συνεισφορά του συλλόγου «Γαληνός» σε διάφορες δραστηριότητες που στόχο είχαν την ενημέρωση και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών παιδιών και εφήβων ήταν εξαιρετικά σημαντική

την τιμή να είναι προσκεκλημένος ο Παναγιώτης Γιαννάκης (εικόνα 4), ο μεγάλος μας πρωταθλητής, ο οποίος απευθυνόμενος στα παιδιά, τους είπε τα εξής πειστικά λόγια: «Εγώ ως αθλητής, αθλούμαι για την καλύτερη απόδοσή μου και τρώω σωστά, αποφεύγοντας φανατικά αυτά που θεωρούνται «μικρές χαρές», όπως αναψυκτικά κι άλλα παρόμοια. Εσείς θα το κάνετε αυτό για έναν άλλο σημαντικό στόχο, την εξασφάλιση της υγείας».

Έχοντας αυτήν την «αθλητική εμπειρία», ο σύλλογος «Γαληνός» από κοινού με το ενδοκρινολογικό τμήμα της Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών διοργάνωσαν το «διεθνές συνέδριο αθλητών με σακχαρώδη διαβήτη (International Association of Athletes with Diabetes Mellitus) που πραγματοποιήθηκε με εξαιρετική επιτυχία στην Αθήνα το 1998 (εικόνα 5). Ιδιαίτερα εντυπωσιακός ήταν ο Mini Μαραθώνιος (εικόνα 6).

Ο σύλλογος συνέβαλε επίσης σημαντικά στη διοργάνωση της ελληνοδοδικής συνάντησης που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα με θέμα το σύνδρομο Turner.

Εκπαιδευτικά σεμινάρια και συζητήσεις έχουν εξίσου πραγματοποιηθεί για άλλες ομάδες που αφορούν παιδιά:

- ✓ με συγγενή υπερχηλασία επινεφριδίων

- ✓ σύνδρομο Prader - Willi
- ✓ σύνδρομο Silver - Russel
- ✓ πολλαπλή υποφυσιακή ανεπάρκεια κ.ά.

Εκτός των εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων τα μέλη του συλλόγου δραστηριοποιούνται και προς την κατεύθυνση αλληλαγής νοοτροπίας του κοινωνικού περιγύρου, βελτίωσης του σχολικού περιβάλλοντος και διαφόρων πρακτικών του υπουργείου Υγείας που σχετίζονται με την ιατρική φροντίδα ατόμων με χρόνια ενδοκρινολογικό πρόβλημα.

Επίσης, δραστηριοποιήθηκε ιδιαίτερα για την αλληλαγή της νομοθεσίας, για τη στράτευση την οποία επιθυμούν οι έφηβοι και νεαροί ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη και ορισμένα άλλα ενδοκρινολογικά προβλήματα, χωρίς όμως επιτυχία. Ευελπιστούμε ότι το νέο διοικητικό συμβούλιο με συμμετοχή των ίδιων των νεαρών ενηλίκων με ενδοκρινολογικό πρόβλημα να επιτύχει στην προσπάθεια αυτή.

Το πρώτο διοικητικό συμβούλιο του «Γαληνού» είχε την εξής σύνθεση:

- πρόεδρος:**
Βασίλειος Κονιδής
- αντιπρόεδρος:**
Αγγελική Χατζηστεφάνου
- γενική γραμματέας:**
Μιράντα Χρόνη - Νόβακ

ειδικός γραμματέας:

Δημήτρης Χιώτης

ταμίας:

Χάρη Πλαστήρα

μέλη:

Αικατερίνη Δάκου - Βουτετάκη,

Ναταλία Παλαιοκράσα

Διατελέσαντες πρόεδροι 1988-2010:

Βασίλης Κονιδής, Αγγελική Χατζηστεφάνου, Χάρη Πλαστήρα, Αικατερίνη Καραπατάκη.

Ο σύλλογος «Γαληνός» συνέβαλε ιδιαίτερα στη λειτουργία κατασκηνώσεων για διαβητικά παιδιά· ένας θεσμός με ιδιαίτερη συνεισφορά στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη και την οικογένειά του.

Στην εικόνα 7 φαίνεται πως στα πλαίσια της ομάδας, ακόμη και η χορήγηση ινσουλίνης από τα ίδια τα παιδιά έκανε τη δυσάρεστη γεύση της και γινόταν μια συνήθης καθημερινή δραστηριότητα. Μια ακόμη απόδειξη της μεγάλης προσφοράς που δίνει η «ομάδα».

Ο «Γαληνός» σήμερα αποτελεί έναν από τους κύριους πυλώνες της Πανελληνίας Ομοσπονδίας για τον σακχαρώδη διαβήτη και ελπίζουμε η προσφορά του και από τη θέση αυτή να είναι ιδιαίτερα σημαντική. ■

Ο άνθρωπος που νίκησε... το διαβήτη

Είναι εντυπωσιακός και άκρως θαρραλέος, για τα ελληνικά δεδομένα, ο τρόπος με τον οποίο βλέπουμε να αντιμετωπίζει τον σακχαρώδη διαβήτη ο νομάρχης Αθηνών Γιάννης Σγουρός, μέσα από τη συνέντευξη που μας παραχώρησε. Τολημνός και αποφασιστικός, παραδίδει μαθήματα ψυχικού σθένους στα άτομα που αντιμετωπίζουν καθημερινά τον σακχαρώδη διαβήτη, καθώς επίσης και στα άτομα που βάλθηκαν με ρατσιστικές διαθέσεις και απαξίωση προς τους συνανθρώπους τους. Ωστόσο, δεν παρέλειψε να αναφερθεί στις απαραίτητες στρατηγικές πρόληψης του σακχαρώδη διαβήτη, ζητώντας από την πολιτεία αποτελεσματικότερες παροχές υπηρεσιών υγείας για όλο τον κόσμο



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Γιάννης Σγουρός,
νομάρχης Αθηνών

Κύριε νομάρχη, ο θαρραλέος τρόπος κοινοποίησης και αντιμετώπισης του σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί γεγονός συνειδητής στάσης από τη μεριά σας. Ποιοι ήταν οι λόγοι που σας οδήγησαν σε αυτόν τον τρόπο αντιμετώπισης;

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν είναι μια σπάνια μορφή ασθένειας που αφορά τους λίγους. Αντίθετα, αφορά εκατομμύρια ανθρώπους σε όλο τον κόσμο. Μόνο στη χώρα μας με βάση τις στατιστικές περισσότεροι από 700.000 συνάνθρωποι μας πάσχουν από διαβήτη. Κατά συνέπεια ο διαβήτης είναι ένα παγκόσμιο πρόβλημα που μπορεί ανά πάσα στιγμή να επηρεάσει τον καθένα από εμάς, τις οικογένειές μας ή τους φίλους μας.

Πιστεύω ότι όταν αντιμετωπίζουμε ένα πρόβλημα υγείας η σκέψη μας θα πρέπει να είναι τόσο στην ατομική αντιμετώπιση όσο και στη δυνατότητα η προσωπική μας στάση να βοηθήσει εκείνους που αντιμετωπίζουν το ίδιο πρόβλημα.

Ο δικός μου προσωπικός αγώνας, αυτά που αισθάνομαι και αυτά που εφαρμόζω στην πράξη, μπορεί και πρέπει να γίνουν το εφαλτήριο για άλλους συνανθρώπους μου. Κοινοποιώντας το δικό μου πρόβλημα πιστεύω ότι δίνω την αφορμή σε εκείνους που εξαιτίας του σακχαρώδη διαβήτη νιώθουν θλίψη και απογοήτευση να διατηρούν μια φυσιολογική και δραστήρια ζωή.

Υπήρξαν στιγμές μέσα στην πολυετή σας πολιτική πορεία που νιώσατε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης στάθηκε εμπόδιο στην εξέλιξή σας;



Προσωπικά δεν μου συνέβη ποτέ κάτι τέτοιο, ο διαβήτης δεν στάθηκε εμπόδιο όχι μόνο στην προσωπική και επαγγελματική μου εξέλιξη, αλλά ούτε ακόμη και στις καθημερινές μικροαπολαύσεις της ζωής, όπως είναι η διατροφή και η άσκηση. Πρέπει να σας πω ότι αθλούμαι τουλάχιστον κάθε μέρα (μπάσκετ ή κολύμβηση), καθώς και περπατώ αρκετά. Επίσης, στο θέμα της διατροφής δεν έχω την αίσθηση καμιάς στέρησης.

Όμως, για να προχωρήσω λίγο περισσότερο, αν ρίξουμε μια ματιά γύρω μας θα διαπιστώσουμε πόσο μεγάλους στόχους έχουν πετύχει οι συνάνθρωποί μας που αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα αναπηρίας, όπως κινητικά ή έλλειψη όρασης. Όλοι εκείνοι που μέσα από τη σωματική τους αδυναμία έχουν κάνει κυριολεκτικά θαύματα, στις επιστήμες, στις τέχνες και στον αθλητισμό. Το 2004

είχαμε την ευκαιρία να θαυμάσουμε τα κατορθώματα των αθλητών των Παραολυμπιακών αγώνων της Αθήνας. Το συμπέρασμα είναι ότι όταν υπάρχει θέληση, τότε κανένα πρόβλημα υγείας -και πόσο μάλλον το πρόβλημα του σακχαρώδη διαβήτη- δεν μπορεί να σταθεί εμπόδιο για να πετύχουμε τους προσωπικούς μας στόχους.

Θεωρείτε ότι μερικοί συνάνθρωποί μας, ακόμη και πολιτικοί συνάδελφοί σας, αντιμετωπίζουν ρατσιστικά τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη;

Πιστεύω ότι η ενημέρωση που γίνεται ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια από μη κυβερνητικούς φορείς στη χώρα μας αλληλά και παγκόσμια έχει αλλιάξει τα δεδομένα, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει παρόμοια αντιμετώπιση.

Προσωπικά δεν έχω την αίσθηση ότι υπάρχει ρατσιστική αντιμετώπιση εκτός κάποιων ακατανόητων εξαιρέσεων.

Από την άλλη δεν βλέπω τον λόγο να υπάρχει ρατσιστική διάθεση, δεδομένου ότι είναι ένα πρόβλημα που μας αφορά όλους. Και αυτό γιατί στον σακχαρώδη διαβήτη η διαχωριστική γραμμή που χωρίζει αυτούς που πάσχουν από αυτούς που δεν πάσχουν μετακινείται συνεχώς, με

συνέπεια όλοι μπορεί ανά πάσα στιγμή να βρεθούν από τη μια στην άλλη πλευρά. **Υπάρχει κάποιο συμβάν που να έχει χαρακτηρίσει έντονα στη θύμησή σας και να σας έχει κάνει να αλλιάξετε στάση απέναντι στον σακχαρώδη διαβήτη;**

Όλα αυτά τα χρόνια που έχω έρθει αντιμέτωπος με το πρόβλημα του διαβήτη η στάση μου δεν έχει αλλιάξει. Είναι ένα πρόβλημα που απαιτεί πρόληψη, ενημέρωση, φροντίδα και ασφαλή άσκηση, σωστή διατροφή και πίστη για ζωή.

Από την άλλη, υπάρχουν πολλὰ περιστατικά που έχουν χαρακτηρίσει στη μνήμη μου από ανθρώπους που αντιμετώπισαν το πρόβλημα με δύναμη και αξιοπρέπεια.

Πιστεύετε ότι η πολιτεία στέκεται επαρκώς δίπλα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη;

Υπάρχει ανάγκη ενίσχυσης της ευαισθητοποίησης απέναντι σε όλα τα κοινωνικά στρώματα και ιδιαίτερα στις ευαίσθητες κοινωνικές ομάδες, ώστε να καταστεί σαφές ότι η φροντίδα στον σακχαρώδη διαβήτη είναι απαραίτητη για όλους.

Ο διαβήτης είναι ένα πρόβλημα που ενδέχεται να αντιμετωπίσει ο καθένας μας -πλούσιος, φτωχός, νέος ή ηλικιωμένος- στην πορεία της ζωής του. Η πο-



λιτεία πρέπει να εξασφαλίζει ότι κανένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη δεν θα παραμελείται. Απαιτούνται στρατηγικές πρόληψης του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του, καθώς και αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας που θα αγκαλιάσουν όλο το κοινωνικό σύνολο. Ακόμη, χρειάζεται ενημέρωση όλου του πληθυσμού, τόσο όσον αφορά τη φροντίδα όσο και την πρόληψη.

Από την άλλη, πρέπει να δώσουμε άμεσες λύσεις όσον αφορά την παροχή φροντίδας στις ασθενέστερες και ευάλωτες ομάδες του πληθυσμού. Και ειδικά σήμερα στη δύσκολη οικονομική συγκυρία που διανύουμε, το πρόβλημα της φροντίδας γίνεται ακόμη οξύτερο για τις οικονομικά ασθενέστερες ομάδες που όλο και αυξάνουν.

Ποιο είναι το μήνυμα που θέλετε να μεταφέρετε στα άτομα που βρίσκονται αντιμέτωπα με τον σακχαρώδη διαβήτη;

Ο σακχαρώδης διαβήτης μάς βοηθά να βρισκόμαστε σε μια θετική δημιουργική δραστηριότητα. Μας δίνει την αφορμή να προσέχουμε και να φροντίζουμε περισσότερο την προσωπική μας ζωή. Επιπλέον, μάς βοηθά στο να αντιλαμβανόμαστε περισσότερο την αξία πολλών πραγμάτων, τα οποία είναι πιθανόν σε άλλες περιπτώσεις να περνούσαν απαρατήρητα.

Το μήνυμα που στέλλω είναι ότι «έχουμε ένα επιπλέον κίνητρο για να προστατεύουμε την υγεία μας και να απολαμβάσουμε τις χαρές της ζωής». ■



«Η πολιτεία πρέπει να εξασφαλίζει ότι κανένα άτομο με σακχαρώδη διαβήτη δεν θα παραμελείται»

Νεότερα αντιδιαβητικά δισκία και ινκρετίνες

Ο οργανισμός του ανθρώπου για να λειτουργήσει χρειάζεται ενέργεια. Την παίρνει με την τροφή, η οποία, αφού διασπαστεί στο πεπτικό σύστημα, εισέρχεται στην κυκλοφορία με τη μορφή γλυκόζης, τριγλυκεριδίων και αμινοξέων

 **ΣΤΑΥΡΟΣ ΛΙΑΤΗΣ,**
παθολόγος επιμελητής Β' ΕΣΥ, Α' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής & Διαβητολογικού Κέντρου «ΓΝΑ Λαϊκό»

Παλαιότερα αντιδιαβητικά δισκία

Τα αντιδιαβητικά δισκία χρησιμοποιούνται συχνά στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2, πάντοτε σε συνδυασμό με τη σωστή διατροφή και τις συστάσεις για σωματική άσκηση. Τα δισκία διακρίνονται ανάλογα με τη χημική τους σύσταση και τον μηχανισμό δράσης τους (πίνακας 1). Η κατηγορία αλληά και το συγκεκριμένο φάρμακο (ή ο συνδυασμός φαρμάκων) που θα επιλεγεί για έναν ασθενή βασίζονται σε μια σειρά από παράγοντες, οι οποίοι συνεκτιμώνται από τον γιατρό.

Οι διαφορετικοί μηχανισμοί δράσης των φαρμάκων προσφέρουν το πλεονέκτημα της επιλογής «στόχου», ανάλογα με τον κυριότερο μηχανισμό που προκαλεί την άνοδο του σακχάρου. Έτσι, ορισμένα δισκία στοχεύουν στο έντερο μειώνοντας την απορρόφηση υδατανθράκων, άλλα στοχεύουν στο πάγκρεας αυξάνοντας την έκκριση ινσουλίνης -μειώνουν την παραγωγή σακχάρου από το ήπαρ- ενώ άλλα βελτιώνουν τη δράση της υπάρχουσας ινσουλίνης (μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη). Ο συνδυασμός φαρμάκων επιτρέπει τη στόχευση πολλαπλών τέτοιων μηχανισμών. Επιπλέον, υπάρχουν

θεραπευτικά σχήματα στα οποία τα δισκία συνδυάζονται με ινσουλίνη.

Μερικά είδη αντιδιαβητικών δισκίων μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία (κυρίως οι σουλφονυλουρίες και οι μεγλιτινίδες). Οι ασθενείς πρέπει να ενημερώνονται από τους γιατρούς σχετικά με την πρόληψη αλληά και την αντιμετώπιση ενός επεισοδίου υπογλυκαιμίας. Όλα τα αντιδιαβητικά δισκία απαγορεύονται στην εγκυμοσύνη. Επίσης, τα περισσότερα απαγορεύονται σε προχωρημένη νεφρική ανεπάρκεια.

Τα τελευταία χρόνια, ορισμένα καινούργια φάρμακα έχουν προστεθεί στα ήδη υπάρχοντα, για την αντιμετώπιση του διαβήτη. Έτσι, σήμερα, υπάρχουν πλέον σαφώς περισσότερες εναλλακτικές λύσεις στο θεραπευτικό μας... οπλοστάσιο.

Για πολλά χρόνια στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 χρησιμοποιούνταν κατά βάση οι σουλφονυλουρίες (που αυξάνουν την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας) και η μετφορμίνη (που μειώνει την παραγωγή σακχάρου από το ήπαρ

Παλαιότερα αντιδιαβητικά δισκία	Εμπορικό όνομα	Μηχανισμός δράσης
Σουλφονυλουρίες		
Γλιβενκλαμίδη	Daonil	Αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης
Γλικλαζίδη	Diamicron	
Γλιμεπιρίδη	Solosa	
Μετφορμίνη	Glucophage	Μείωση της παραγωγής γλυκόζης στο ήπαρ
Νεότερα αντιδιαβητικά δισκία (κυκλοφόρησαν μετά το έτος 2000)		
Γλιταζόνες		
Πιογλιταζόνη	Actos	Βελτίωση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη
Ροζιγλιταζόνη	Avandia	
Μεγλιτινίδες		
Νατεγλινίδη	Starlix	Βραχυπρόθεσμη αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης
Ρεπαγλινίδη	Novonorm	
Ινκρετίνες		
Ανάλογα GLP-1		
Εξενατίδη	Byetta	Βλ. πίνακα 2
Λιραγλουτίδη	Victoza	
Αναστολείς DPP-4		
Σιταγλιπτινίνη	Januvia	Βλ. πίνακα 2
Βιλιταγλιπτινίνη	Galvus	
Σαξαγλιπτινίνη*	Onglyza*	

* Αναμένεται η κυκλοφορία τους στη χώρα μας τους επόμενους μήνες

Πίνακας 1. Παλαιότερα και νεότερα αντιδιαβητικά φάρμακα (πλην της ινσουλίνης)

και βελτιώνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη). Τα φάρμακα αυτά εξακολουθούν να χρησιμοποιούνται ευρέως με επιτυχία. Οι νέες κατηγορίες (πίνακας 1) προσφέρουν ορισμένα επιπλέον πλεονεκτήματα, τα οποία περιγράφονται συνοπτικά στη συνέχεια:

Νεότερα αντιδιαβητικά δισκία

Οι μεγλιτινίδες (ρεπαγλινίδη και νατεγλινίδη) κυκλοφόρησαν το 2000. Μοιάζουν με τις σουλφονουριδίες, καθώς αυξάνουν και αυτές την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Ωστόσο, η δράση τους είναι πολύ πιο σύντομη, ενώ επιπλέον ξεκινά σχεδόν αμέσως μετά τη χορήγησή τους. Για αυτό χορηγούνται αμέσως πριν από τα γεύματα, με σκοπό να αυξήσουν την έκκριση της ινσουλίνης που προορίζεται για το συγκεκριμένο γεύμα. Χάρη σε αυτόν τον μηχανισμό μειώνονται οι υπογλυκαιμίες, ιδίως αυτές που παρατηρούνται μεταξύ των γευμάτων. Επιπλέον, με τα φάρμακα αυτά παρατηρείται μικρότερη αύξηση

ορμόνης αυτής. Κατά κάποιο τρόπο, τα κύτταρα «ανθίστανται» στην εντολή της ινσουλίνης για την είσοδο του σακχάρου μέσα τους, με αποτέλεσμα την αύξηση των επιπέδων του τελευταίου στο αίμα. Οι γλιταζόνες βελτιώνουν την κατάσταση αυτή, επιπλέον δε, υπάρχουν ενδείξεις ότι έχουν θετική επίδραση στα βήτα κύτταρα (που παράγουν την ινσουλίνη) βελτιώνοντας μακροπρόθεσμα τη λειτουργικότητά τους. Οι γλιταζόνες, όταν χορηγούνται μόνες τους ή σε συνδυασμό με μετφορμίνη, δεν προκαλούν υπογλυκαιμία. Τα φάρμακα αυτά δεν πρέπει να χορηγούνται σε άτομα με καρδιακή ανεπάρκεια, διότι έχει παρατηρηθεί ότι σε ένα μικρό ποσοστό (περίπου 6%) ασθενών προκαλούν κατακράτηση υγρών και οιδημάτα (πρήξιμο στα πόδια), γεγονός που μπορεί να επιβαρύνει τη λειτουργία της καρδιάς.

Ινκρετίνες

Οι ινκρετίνες είναι ουσίες (πρωτεΐνες) που παράγονται από το λεπτό έντερο,



Η ανακάλυψη των ινκρετινών δημιούργησε ιδιαίτερη αισιοδοξία, καθώς ήταν προφανές ότι όλες οι παραπάνω δράσεις τους θα ήταν ευεργετικές στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2. Υπήρχε όμως ένα βασικό πρόβλημα: το GLP-1, σχεδόν αμέσως μετά την παραγωγή του και την είσοδό του στην κυκλοφορία του αίματος, καταστρέφεται από ένα ένζυμο που ονομάζεται DPP-4. Πρόκειται για μια φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, προκειμένου να αποφεύγει την παρατεταμένη δράση των ινκρετινών που θα προκαλούσε υπογλυκαιμία.

Έτσι, η επιστημονική έρευνα στράφηκε προς τη δημιουργία φαρμάκων που μιμούνται μεν τη δράση των ινκρετινών, αλλά δεν αναγνωρίζονται από το ένζυμο DPP-4 κι έτσι δεν καταστρέφονται από αυτό. Η έρευνα ευοδώθηκε με αποτέλεσμα τη δημιουργία φαρμάκων που ονομάστηκαν ανάλογα GLP-1. Το πρώτο φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η εξενατίδη που κυκλοφορεί στη χώρα μας εδώ και τρία περίπου χρόνια. Η λιραγλιουτίδη είναι το δεύτερο φάρμακο αυτής της κατηγορίας, η οποία κυκλο-

Άμεσοι

1. Αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης μόνο όταν αυξάνεται η γλυκόζη
2. Μείωση της έκκρισης γλυκαγόνης (ορμόνης που αυξάνει το σάκχαρο στο αίμα)

Έμμεσοι

1. Καθυστέρηση της απορρόφησης τροφής
2. Αύξηση της αίσθησης κορεσμού (να αισθάνεται κανείς χορτάτος)
3. Μείωση του σωματικού βάρους
4. Ενδοχοληχώς βελτίωση της λειτουργίας των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη

Πίνακας 2. Μηχανισμοί με τους οποίους οι ινκρετίνες μειώνουν το σάκχαρο στο αίμα

του σωματικού βάρους σε σχέση με τις σουλφονουριδίες. Όμως, το κόστος τους είναι πολλαπλάσιο από αυτό των σουλφονουριδίων.

Οι θειαζολιδινεδιόνες ή γλιταζόνες (ροζιγλιταζόνη και πιογλιταζόνη) κυκλοφόρησαν επίσης το 2000. Είναι φάρμακα που δρουν βελτιώνοντας την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη. Με άλλα λόγια βοηθούν την ινσουλίνη που παράγει το ίδιο το σώμα μας, να δράσει καλύτερα. Είναι γνωστό άλλωστε ότι ένα από τα βασικά προβλήματα στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 είναι η αντίσταση στην ινσουλίνη, δηλαδή η ελαττωμένη ευαισθησία των κυττάρων στη δράση της

έχουν πλείαδα δράσεων και ονομάζονται GLP-1 και GIP (από τα αρχικά Glucagon-Like Peptide και Glucose-dependent Insulinotropic Peptide αντίστοιχα). Προκαλούν αύξηση της έκκρισης ινσουλίνης μετά από τη λήψη γεύματος που περιέχει υδατάνθρακες. Παράλληλα, αναστέλλουν την έκκριση της γλυκαγόνης, μιας ορμόνης που ανταγωνίζεται τη δράση της ινσουλίνης. Επιπλέον, φαίνεται ότι επιβραδύνουν τη διέλευση της τροφής από το στομάχι προς το έντερο, καθυστερώντας έτσι την απορρόφησή της. Τέλος, επιταχύνουν το αίσθημα κορεσμού (δηλαδή το να αισθάνεται κανείς χορτάτος) μετά τη λήψη τροφής (πίνακας 1).



Πλεονεκτήματα	Μειονεκτήματα
Μοναδικός τρόπος δράσης	Όχι μεγάλη εμπειρία
Έκκριση ινσουλίνης μόνο όταν το σάκχαρο είναι υψηλό	Όχι δράση στην αντίσταση στην ινσουλίνη
Σπάνια υπογλυκαιμίες	Υψηλό κόστος
Απώλεια βάρους / όχι αύξησή του	Σποραδικές αναφορές για παγκρεατίτιδα (όχι τεκμηριωμένη σχέση)
Ενδείξεις ότι μακροπρόθεσμα βοηθούν τα κύτταρα που παράγουν ινσουλίνη	

Πίνακας 3. Πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα των φαρμάκων που βασίζονται στις ινκρετίνες

	Ανάλογα GLP-1	Αναστολείς DPP-4
Χορήγηση	Υποδόρια ένεση	Δισκία
Μείωση HbA1c	0.8-1.8%	0.5-1.1%
Μείωση βάρους	3-5 κιλά	0
Υπογλυκαιμία	Όχι συχνά	Πολύ σπάνια
Ναυτία	Συχνά	Σπάνια

Πίνακας 4. Διαφορές αναλόγων GLP-1 και αναστολέων DPP-4

φορεί ήδη σε ορισμένες χώρες της Ευρώπης, μεταξύ των οποίων και η Ελλάδα.

Τα ανάλογα του GLP-1 βελτιώνουν τη ρύθμιση του σακχάρου, δεν προκαλούν υπογλυκαιμίες (παρά μόνο σε συνδυασμό με φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία), ενώ παράλληλα βοηθούν στην απώλεια σωματικού βάρους. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, καθώς τα περισσότερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του διαβήτη τύπου 2 (συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης) προκαλούν αύξηση του βάρους. Επίσης, υπάρχουν ενδείξεις ότι τα νέα αυτά φάρμακα βελτιώνουν τη λειτουργικότητα των

β-κυττάρων, των κυττάρων δηλαδή που παράγουν την ινσουλίνη. Αν αποδειχθεί κάτι τέτοιο (προς το παρόν υπάρχουν τέτοια δεδομένα μόνο σε καλλιέργειες κυττάρων στο εργαστήριο και σε πειραματόζωα), θα είναι εξαιρετικά σημαντικό, αφού θα αποτελεί έναν τρόπο αναστολής της εξέλιξης του διαβήτη τύπου 2, κάτι αδύνατον με τα προηγούμενα φάρμακα. Η χορήγηση των αναλόγων GLP-1 γίνεται με υποδόρια ένεση (όπως η ινσουλίνη). Η εξενατίδη χορηγείται δύο φορές την ημέρα και η λιραγλουτίδη μία. Ωστόσο, το κόστος τους είναι αρκετά υψηλό.

Παράλληλα με την ανακάλυψη των ανα-

λόγων GLP-1, προκειμένου να παρακαμφθεί το εμπόδιο του ενζύμου DPP-4 (το οποίο -όπως αναφέρθηκε- καταστρέφει το GLP-1), η έρευνα στράφηκε προς τη δημιουργία ουσιών που θα καταστρέφουν το DPP-4, «απελευθερώνοντας» έτσι το GLP-1 που παράγεται φυσιολογικά στον οργανισμό. Είναι προφανές ότι αναστέλλοντας το ένζυμο αυτό, αυξάνονται τα επίπεδα του φυσιολογικά παραγόμενου GLP-1, με αποτέλεσμα να προκαλείται δράση παρόμοια (αλλά όχι ακριβώς ίδια) με τα ανάλογα GLP-1. Πράγματι, με αυτό το σκεπτικό παρασκευάστηκαν νέα φάρμακα, οι αναστολείς του DPP-4, που χορηγούνται σε μορφή δισκίων. Έχουν σημαντικές ομοιότητες αλλά και διαφορές με τα ανάλογα GLP-1 (πίνακας 4). Το κόστος τους είναι αρκετά υψηλό. Στη χώρα μας κυκλοφορούν ήδη δύο φάρμακα της κατηγορίας αυτής, η σιταγλιπτίνη και η βιλνταγλιπτίνη, ενώ σύντομα αναμένεται η κυκλοφορία ενός τρίτου (σαξαγλιπτίνη) -ίσως αργότερα κι άλλων (πίνακας 1).

Τα νέα φάρμακα που περιγράψαμε, αποτελούν σημαντικές ανακαλύψεις στον χώρο του διαβήτη. Ωστόσο, πρέπει να τονιστεί ότι δεν καταργούν τα παλαιότερα. Η επιλογή του κατάλληλου φαρμάκου γίνεται από τον θεράποντα γιατρό με βάση τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του κάθε ασθενούς, καθώς ο καθένας αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση και η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται. ■

αθληάζουμε το διαβήτη με επίκεντρο τον άνθρωπο



Γιοτάμ Χαϊπερίν*



Γιάννης Μπουρούσις*

Ο διαβήτης μπορεί να πλήξει
οποιονδήποτε και οποτεδήποτε.
Σήμερα 266 εκατομμύρια άτομα
περίπου ζουν με το διαβήτη. Ο αριθμός
αυτός αναμένεται να ξεπεράσει
τα 380 εκατομμύρια άτομα το 2025.
Για να αντιμετωπίσουμε αυτή τη μάστιγα
πρέπει να δράσουμε άμεσα.

Υιοθετούμε 4 απλά βήματα για να
προλάβουμε αθλή και
να αντιμετωπίσουμε το διαβήτη.

Βήμα 1: Ενημερωνόμαστε για
το οικογενειακό μας ιστορικό –

κάνουμε μια απλή εξέταση σακχάρου

Βήμα 2: Τρώμε υγιεινά – προσθέτουμε
περισσότερα φρούτα, λαχανικά και
δημητριακά στο διαιτολόγιο μας

Βήμα 3: Ασκούμε τακτικά – 30 λεπτά
καθημερινό περπάτημα είναι
μία πολύ καλή αρχή

Βήμα 4: Δεν καπνίζουμε – το κάπνισμα
ευθύνεται για πολλά από τα σύγχρονα
προβλήματα υγείας και αποτελεί
παράγοντα κινδύνου για
την εμφάνιση διαβήτη.

**Ελάτε μαζί μας στην προσπάθεια
να «αθληάζουμε το διαβήτη!**

Μας αφορά όλους!

Novo Nordisk ΕΛΛΑΣ Ε.Π.Ε.

Αλ. Παναγιώτη 80 & Αγ. Τριάδας 65
153 43 Αγία Παρασκευή
τηλ.: 210 60 71 600

<http://www.novonordisk.gr>
<http://www.diabetes-in-greece.gr>

*Πρεσβευτές του προγράμματος της Novo Nordisk «αθληάζουμε το διαβήτη»
σε συνεργασία με την ΚΑΕ Ολυμπιακός

novo nordisk®

Ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία

Ο βασικός στόχος της ρύθμισης της υπεργλυκαιμίας του σακχαρώδη διαβήτη είναι η επίτευξη φυσιολογικών τιμών σακχάρου (ευγλυκαιμίας) και η δια βίου διατήρησή τους



ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ,
 λέκτορας Ενδοκρινολογίας,
 Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τον στόχο αυτό τον θέτουν τα αποτελέσματα μεγάλων μελετών σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (DCCT), αλλά και σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 (UKPDS), σύμφωνα με τις οποίες η επίτευξη και διατήρηση σχεδόν φυσιολογικών τιμών σακχάρου αίματος οδηγεί σε ελαχιστοποίηση των επιπλοκών του διαβήτη. Συνεπώς η διατήρηση της ευγλυκαιμίας δια βίου θα πρέπει να είναι ένας από τους κύριους στόχους των ατόμων με διαβήτη, με την προϋπόθεση βέβαια ότι μπορεί να επιτευχθεί με ασφάλεια.

Δυστυχώς, εμπόδιο στην ασφαλή διατήρηση φυσιολογικών τιμών σακχάρου αποτελεί η εμφάνιση επεισοδίων υπογλυκαιμίας που είναι παρούσα στη ζωή των ατόμων με διαβήτη τύπου 1, αλλά και τύπου 2. Ο μέσος ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 εμφανίζει αμέτρητα επεισόδια ασυμπτωματικής υπογλυκαιμίας και θα έχει τουλάχιστον δύο επεισόδια συμπτωματικής υπογλυκαιμίας την εβδομάδα. Στον διαβήτη τύπου 2 ο κίνδυνος εμφάνισης υπογλυκαιμίας είναι σχετικά χαμηλός τα πρώτα χρόνια, αλλά αυξάνει σημαντικά με την πάροδο του χρόνου ιδιαίτερα σε ασθενείς που θεραπεύονται με ινσουλίνη.

Πώς ορίζεται η υπογλυκαιμία

Σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες σαν υπογλυκαιμία χαρακτηρίζεται «κάθε επεισόδιο παθολογικά χαμηλού σακχάρου αίματος που εκθέτει το άτομο σε δυνητικό κίνδυνο». Άτομα με σακχαρώδη

διαβήτη που θεραπεύονται με αντιδιαβητικά δισκία ή ινσουλίνη, θα πρέπει να σκέφτονται την πιθανότητα εμφάνισης υπογλυκαιμίας σε τιμές σακχάρου 70 mg/dl. Η τιμή αυτή δεν σημαίνει όμως ότι άτομα με σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει πάντα να θεραπεύουν σαν υπογλυκαιμία κάθε σακχάρου 70 mg/dl. Αυτή η τιμή, είναι περισσότερο ενδεικτική λήψης κάποιων μέτρων όπως άμεσης επανάληψης της μέτρησης σακχάρου, αποφυγή άσκησης ή οδήγησης χωρίς προηγούμενης λήψης υδατανθράκων κ.λπ., με σκοπό την αποφυγή κλινικής υπογλυκαιμίας.

Κατηγορίες υπογλυκαιμίας

Η υπογλυκαιμία κατατάσσεται στις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Σοβαρή υπογλυκαιμία:

Κάθε υπογλυκαιμία κατά την οποία είναι αναγκαία η βοήθεια από άλλο άτομο για την αποκατάσταση των τιμών σακχάρου.

2. Επιβεβαιωμένη συμπτωματική υπογλυκαιμία:

Κάθε επεισόδιο υπογλυκαιμίας στο οποίο τα τυπικά συμπτώματα υπογλυκαιμίας συνοδεύονται από μέτρηση σακχάρου στην οποία βρίσκεται τιμή σακχάρου ≤ 70 mg/dl.

3. Ασυμπτωματική υπογλυκαιμία:

Κάθε επεισόδιο που δεν συνοδεύεται από τα τυπικά συμπτώματα υπογλυκαιμίας, αλλά οι τιμές σακχάρου κατά τη μέτρησή του είναι ≤ 70 mg/dl.

4. Πιθανή συμπτωματική υπογλυκαιμία:

Κάθε επεισόδιο κατά το οποίο εμφανίζονται συμπτώματα υπογλυκαιμίας, χωρίς όμως να υπάρχουν μετρήσεις σακχάρου.

5. Σχετική υπογλυκαιμία:

Κάθε επεισόδιο στο οποίο το άτομο με διαβήτη αναφέρει τυπικά συμπτώματα υπογλυκαιμίας, αλλά οι τιμές σακχάρου πλάσματος είναι >70 mg/dl.

Συμπτώματα της υπογλυκαιμίας

Κάθε υπογλυκαιμικό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, από χαμηλό σάκχαρο αίματος και από εξάλειψη των συμπτωμάτων μετά την αύξηση του σακχάρου.

Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας διακρίνονται σε:

1. Νευρογενή (αυτόνομα), που είναι αποτέλεσμα της ενεργοποίησης του συμπαθητικο-αδρενεργικού νευρικού συστήματος λόγω της υπογλυκαιμίας και

2. νευρογλυκοπενικά που οφείλονται άμεσα στην ελάττωση παροχής γλυκόζης στον εγκέφαλο. Χαρακτηριστικά της πρώτης κατηγορίας (χωρίς όμως να περιορίζονται μόνο σε αυτά) είναι η ταχυκαρδία, ο τρόμος, η εφίδρωση και το αίσθημα πείνας, ενώ της δεύτερης οι διαταραχές συμπεριφοράς, δυσκολία στη σκέψη, σύγχυση ή ακόμα σπασμοί και κώμα. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας μπορεί να είναι και ιδιαίτερα για κάθε ασθενή, αλλά τα άτομα αυτά μαθαίνουν να τα αναγνωρίζουν σαν συμπτώματα υπογλυκαιμίας.

Η αναγνώριση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας από τον διαβητικό ασθενή είναι θεμελιώδης για την αποτελεσματική και έγκαιρη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας από τον ίδιο αλλά και για την πρόληψη εξέλιξης της υπογλυκαιμίας σε σοβαρή υπογλυκαιμία. Παρόλο που τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη συνήθως γνωρίζουν πότε εμφανίζουν υπογλυκαιμία, υπάρχει πάντα μια γκριζα ζώνη όπου άλλες συνυπάρχουσες παθήσεις ή θεραπείες είναι υπεύθυνες για συμπτώματα παρόμοια με εκείνα της υπογλυκαιμίας. Σε αυτές τις περιπτώσεις αλλά και σε κάθε περίπτωση που το άτομο με διαβήτη νομίζει ότι έχει υπογλυκαιμία, είναι σημαντικό να γίνεται μέτρηση σακχάρου.



Από την αλλη με την πάροδο του χρόνου ασθενείς με διαβήτη τύπου 1 αλλη και ινσουλινοθεραπευόμενοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 μπορεί να παρουσιάσουν αλληγαές στα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας. Οι αλληγαές αυτές μπορεί να αφορούν το προφίλι των συμπτωμάτων, την έντασή τους ή τον αριθμό των συμπτωμάτων, έτσι ώστε να κυριαρχούν τα νευρογλυκοπενικά συμπτώματα, ενώ τα νευρογενή συμπτώματα να μην είναι καθόλου έντονα ή και να απουσιάζουν εντελώς, με αποτέλεσμα την ελάττωση της αντίληψης της υπογλυκαιμίας.

Ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία

Σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη, η ελάττωμένη ικανότητα αντίληψης της έναρξης της υπογλυκαιμίας λόγω στέρσης συμπτωμάτων ακόμη και με πολύ χαμηλές τιμές σακχάρου αίματος χαρακτηρίζεται σαν ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία. Το 25% των διαβητικών τύπου 1 μπορεί να εμφανίσει ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία, ενώ σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και μακροχρόνια χρήση ινσουλίνης το ποσοστό αυτό είναι τρεις φορές πιο χαμηλό. Η ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία έχει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή των ατόμων με διαβήτη. Αποτελεί μεγάλο εμπόδιο στην επίτευξη καλού ελέγχου του σακ-

χάρου, αφού αυξάνει κατά έξι φορές τον κίνδυνο εμφάνισης σοβαρής υπογλυκαιμίας, που αν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, αν και σπάνια, μπορεί να οδηγήσει σε θανατηφόρες καρδιακές αρρυθμίες και εγκεφαλικό θάνατο. Η εμφάνιση σοβαρής υπογλυκαιμίας αυξάνει τον φόβο για υπογλυκαιμία, που πολλές φορές είναι μεγαλύτερος από αυτό των επιπλοκών του διαβήτη, όχι μόνο στον ασθενή αλλη και στο οικογενειακό περιβάλλον και σε συναδέλφους και φίλους. Μπορεί να οδηγήσει σε εντάσεις, περιορισμό των προσωπικών ελευθεριών και αρμοδιοτήτων του ασθενούς από ένα υπερπροστατευτικό περιβάλλον.

Η αιτιολογία της ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας φαίνεται να είναι πολύπαραγοντική. Στις πιθανές αιτίες συμπεριλαμβάνονται η χρόνια έκθεση σε χαμηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος, προηγθείσα έντονη άσκηση, τα συχνά επεισόδια μικρής διάρκειας ήπιας υπογλυκαιμίας και επαναλαμβανόμενα επεισόδια σοβαρής υπογλυκαιμίας που οδηγούν σε ελάττωση των φυσιολογικών αντιρροπιστικών μηχανισμών της υπογλυκαιμίας. Αυτό αφορά κυρίως στην ελάττωση αύξησης της αδρεναλίνης, αφού στους ινσουλινοπενικούς ασθενείς αυτούς η έκκριση του γλυκαγόνου, της αλληης ορμόνης που φυσιολογικά αυξάνεται στην υπογλυκαιμία, είναι ελάττωμένη. Ελάττωση της ανταπόκρισης του συμπαθητικοαδρενεργικού νευρικού συνεπάγεται ελάττωση των νευρογενών (αυτόνομων) συμπτωμάτων, με αποτέλεσμα την ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία. Οι ασθενείς που εμφανίζουν ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία είναι συνήθως ασθενείς με μεγάλη διάρκεια του διαβήτη, μεγαλύτεροι σε ηλικία, με περισσότερα επεισόδια συμπτωματικής υπογλυκαιμίας και σοβαρής υπογλυκαιμίας και χαμηλότερα επίπεδα γλυκοζυλιωμένων αιμοσφαιρίνης.

Από κλινικές μελέτες φαίνεται ότι η ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία είναι αναστρέψιμη, αν και δεν είναι σίγουρο ότι αυτό μπορεί να επιτευχθεί σε όλους τους ασθενείς που την εμφανίζουν ή ότι η επανάκτηση των συμπτωμάτων μπορεί να διατηρηθεί για πάντα. Βασικό βέβαια στην κλινική προσέγγιση του

προβλήματος είναι η αναγνώρισή του. Η αποφυγή εμφάνισης υπογλυκαιμίας για μερικές εβδομάδες και η διατήρηση των επιπέδων σακχάρου πάνω από 70 mg/dl φαίνεται να αποτελεί βασικό μέτρο για τη θεραπεία της ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου είναι απαραίτητη η τακτική επαφή μεταξύ γιατρού και ασθενούς, η εξειδίκευση της αγωγής και των σχημάτων ινσουλίνης για κάθε άρρωστο ανάλογα με τις διατροφικές συνήθειες, την άσκηση, τη λήψη αλληων φαρμάκων, συχνές μετρήσεις σακχάρου και αναπροσαρμογή της δόσης της ινσουλίνης για την αποφυγή υπογλυκαιμίας, ιδιαίτερα τη νύχτα.

Θεραπεία συμπτωμάτων

Αποκατάσταση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας μπορεί να επιτευχθεί χωρίς σημαντική επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου. Η διατήρηση όμως καλής ρύθμισης του σακχάρου με διατήρηση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας συχνά μπορεί να είναι ένα δύσκολο πρόβλημα για τους ασθενείς αυτούς. Μερικοί ασθενείς το βρίσκουν πολύ δύσκολο να αλληάξουν το γλυκαιμικό τους προφίλι και συνεχίζουν να παρουσιάζουν ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία που οδηγεί σε επεισόδια σοβαρής υπογλυκαιμίας. Αυτοί οι ασθενείς είναι πιθανόν να βοηθηθούν από ειδική συμπεριφορική θεραπεία.

Τα μέχρι εδώ στοιχεία από διάφορες κλινικές μελέτες δείχνουν μια μικρή μόνο βελτίωση των υπογλυκαιμικών επεισοδίων και της ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας με τα ανάλογα ινσουλίνης, τις αντλίες ινσουλίνης και τα συστήματα συνεχούς καταγραφής της γλυκόζης. Παρότι νέες επαναστατικές τεχνολογίες στη θεραπεία του διαβήτη υπόσχονται καλή ρύθμιση σακχάρου με ελάχιστο κίνδυνο υπογλυκαιμίας και έγκαιρη πρόβλεψη της, η ευρεία εφαρμογή τους δεν είναι ακόμη εφικτή. Θα έρθει η μέρα που ο σακχαρώδης διαβήτης θα μπορεί να προλαμβάνεται. Προς το παρόν όμως, η εξειδικευμένη εκπαίδευση των ασθενών και οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποτελούν την πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας χωρίς επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου. ■

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ένα χρόνια νόσημα με σοβαρές επιπλοκές



τότητας ίσως και δεκαπλάσια της νόσου AIDS ^[1], όχι μόνο δεν έχουμε ανάλογες επιτυχίες, αλλά τουναντίον παρατηρείται μια γεωμετρική αύξηση του επιπολασμού του σε σημείο που ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας συνιστά σε όλα τα κράτη να λάβουν μέτρα αντιμετώπισης σαν να επρόκειτο για ένα μεταδιδόμενο νόσημα. Τα άτομα με διαβήτη αναμένεται να αυξηθούν, σε παγκόσμιο επίπεδο, από 171.000.000 που ήταν καταγεγραμμένοι το 2000, σε 366.000.000 το 2030 ^[2]. Αυτή η αύξηση οφείλεται στη βελτίωση του προσδόκιμου επιβίωσης αλλά και στην αλλαγή των προτύπων διαβίωσης με την υιοθέτηση διατροφικών συνθηκών που οδηγούν σε αύξηση του σωματικού βάρους αλλά και του ποσοστού του λιπώδη ιστού στο σώμα. Επομένως, η παχυσαρκία αποτελεί το προσώμιο της εμφάνισης του τύπου 2 διαβήτη και παράλληλα είναι μια νοσογόνος εν γένει κατάσταση.

Πρόσφατα, ο δήμαρχος του San Francisco Gavin Newsom αποφάσισε τη φορολόγηση των αναψυκτικών και χυμών με ζάχαρη, κηρύσσοντάς τα ως ένα πρόβλημα υγείας ανάλογο του καπνίσματος. Τα έσοδα από τη φορολόγηση θα διατεθούν στην οργάνωση ενός δημοτικού προγράμματος άσκησης «Shape Up San Francisco» αλλά και στη υποστήριξη παραγωγών στα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης για την ενημέρωση του κοινού αναφορικά με τη θερμιδική αξία των αναψυκτικών. Η απόφαση αυτή στηρίχθηκε σε μελέτη του πανεπιστημίου της California UCLA, που ανέδειξε μεγάλη συσχέτιση της ανάπτυξης

παχυσαρκίας με την κατανάλωση αναψυκτικών ^[3]. Οι ενήλικες που καταναλώνουν ένα αναψυκτικό ημερησίως βρίσκονται σε κίνδυνο κατά 27% περισσότερο να αναπτύξουν παχυσαρκία. Στην California ένα ποσοστό της τάξης του 41% των παιδιών και το 62% των εφήβων καταναλώνουν τουλάχιστον ένα αναψυκτικό ημερησίως, ενώ το κόστος της παχυσαρκίας για την Πολιτεία εκτιμάται σε 41 δισεκατομμύρια δολάρια ετησίως.

Προ ημερών στις ΗΠΑ ο νεοεκλεγείς πρόεδρος Barack Obama αποφάσισε ότι ένα πρωταρχικό μέλημα της κυβέρνησής του ήταν η αναδιαμόρφωση του υγειονομικού-ασφαλιστικού συστήματος. Ο σημαντικότερος λόγος που οδήγησε σε αυτήν την αναγκαιότητα, οφείλεται στην έκρηξη του κόστους της θεραπευτικής αντιμετώπισης ποικίλων νοσημάτων, που σαν αποτέλεσμα θα οδηγούσε έναν σημαντικό αριθμό πολιτών σε υποβάθμιση και τελικά απώλεια των ασφαλιστικών τους δικαιωμάτων. Επειδή το κόστος του διαβήτη ανήλθε σε 174 δισεκατομμύρια δολάρια το 2007, με ετήσιο ρυθμό αύξησης οκτώ δισεκατομμυρίων δολ. την τελευταία πενταετία ^[4], η αντιμετώπισή του αποτέλεσε ένα ουσιώδες επιχείρημα για την αναγκαιότητα του νομοσχεδίου, που αφορά τα 24 εκατομμύρια άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και αποτελεί τη πέμπτη αιτία θανάτου στις ΗΠΑ ^[5].

Η πρώτη ιστορικά αναφορά σχετικά με τον σακχαρώδη διαβήτη καταγράφηκε το 1552 π.Χ. στους πάπυρους που βρήκε ο αιγυπτιολόγος Embers και έγινε από τον

ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ,

επίκουρος καθηγητής, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική-Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο ΑΤΤΙΚΟΝ

Αποτελεί σήμερα μια κοινωνική κατάκτηση η τιθάσηση, σε ένα σημαντικό ποσοστό, του κινδύνου εξάπλωσης αλλά και της αντιμετώπισης της νόσου AIDS. Αυτό έγινε δυνατό με την πολύ υψηλή οικονομική ενίσχυση της ιατρικής έρευνας, αλλά ιδιαίτερα με την ευαισθητοποίηση του κοινωνικού ιστού στην εφαρμογή προγραμμάτων πρόληψης. Αντίθετα στον σακχαρώδη διαβήτη, που αποτελεί -λόγω των επιπλοκών του- ένα κατεξοχήν νοσογόνο και δυνητικά θανατηφόρο σύνδρομο με ποσοστά θνη-





γιατρό Hesy-Ra που έζησε στην αρχαία Αίγυπτο κατά τη διάρκεια της 3ης Δυναστείας και με βασιλιά τον Φαραώ Djoser. Είχε από τότε περιγραφεί το φαινόμενο της πολυουρίας ^[6], ενώ πρόσφατες μελέτες σε μούμιες έδειξαν ότι στα αγγεία των μελών των βασιλικών οικογενειών υπήρξε παρουσία εκτεταμένων αθηρωματικών πλάκων, επειδή τα γεύματά τους βέβαια δεν χαρακτηρίζονταν από περιορισμούς στην ποιότητα και την ποσότητα των τροφίμων λόγω της θέσης και του πλούτου των ανατόρων ^[7]. Η τροποποίηση των υγιεινοδαιτητικών συνθηκών φαίνεται, λοιπόν, να οδηγεί στην εμφάνιση του τύπου 2 διαβήτη. Μια επιδημιολογικού τύπου απόδειξη της υπόθεσης αυτής είναι τα ποσοστά του διαβήτη στη φυλή Pima των αυτοχθόνων Αμερικανών, που η χάραξη των συνόρων μεταξύ ΗΠΑ και Μεξικού καθόρισε την υπηκοότητα των μελών της. Έτσι στις ΗΠΑ με το υψηλότερο βιοτικό επίπεδο, επειδή η διατροφή των μελών της φυλής ήταν πλουσιότερη, αλλά συνάμα και υψηλότερη σε θερμιδική αξία εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλότερα ποσοστά διαβήτη σε σύγκριση με τους μεξικανούς «αδελφούς» τους ^[8]. Επομένως, μπορεί το γονιδίωμα να κατατάσσει ένα άτομο σε μια κατηγορία υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη διαβήτη, αλλά οι μη υγιείς διατροφικές συνήθειες είναι αυτές που πυροδοτούν την εμφάνιση του διαβήτη. Η επιμήκυνση του προσδόκιμου επιβίωσης στη χώρα μας έχει αυξήσει σημαντικά τα ποσοστά των ηλικιών μεγαλύτερων των 65 ετών (18,6% το 2008). Παράλληλα, το ποσοστό του αστικού πληθυσμού φθάνει το 60% του γενικού, με ρυθμό ετήσιας αύξησης της τάξης 2% ετησίως ^[9]. Η υιοθέτηση των ανθυγιεινών υγιεινοδαιτητικών συνηθειών, ως συνέπεια της αστικοποίησης του πληθυσμού, η χώρα μας ηγείται

πανευρωπαϊκά στα ποσοστά παχυσαρκίας τόσο της παιδικής ηλικίας (7-11 ετών) όσο και των ενηλίκων ^[10].

Η εμφάνιση της διαταραχής του μεταβολισμού των υδατανθράκων, εκτός του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους, συνήθως συνοδεύεται από υπέρταση και δυσλιπιδαιμία, προσδιορίζοντας μια νοσογόνο κατάσταση, που ονομάζεται μεταβολικό σύνδρομο. Σε ένα πληθυσμιακό αθηναϊκό δείγμα τα ποσοστά του μεταβολικού συνδρόμου ήταν 25,2% για τους άνδρες και 14,6% για τις γυναίκες, ενώ για τις άνω των 70 ετών ηλικίες το ποσοστό ξεπερνούσε το 40% ^[11], προσδιορίζοντας έμμεσα τον σημαντικό κίνδυνο σε ένα μεγάλο τμήμα του γενικού πληθυσμού για αυξημένους θανάτους από το καρδιαγγειακό. Όσον αφορά αμιγώς τα ποσοστά του σακχαρώδη διαβήτη, σε δείγμα ημιαστικού πληθυσμού (Λυγουριό Αργολίδας) φάνηκε να ανέρχονται στο 7,8% του γενικού, ενώ στις άνω των 70 ετών ηλικίες έφθασε τα ποσοστά του 14,1% ^[12], υποδηλώνοντας ότι δεν υπάρχουν πλέον διαφορετικές διατροφικές συνήθειες μεταξύ των αγροτικών και αστικών πληθυσμών στη χώρα μας.

Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα

Ο τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί περίπου το 95% όλων των περιπτώσεων διαβήτη, σχετίζεται με την ηλικία αλλά και τις διατροφικές μας συνήθειες και χαρακτηρίζεται από οικογενειακό ιστορικό. Νεότερα επιδημιολογικά δεδομένα καταγράφουν την εμφάνισή του σήμερα ακόμα και στην παιδική και εφηβική ηλικία, γεγονός που θα οδηγήσει σύντομα στην εμφάνιση καρδιαγγειακών νοσημάτων σε νεότερες ηλικίες. Ένα ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη αποτελεί το γεγονός ότι διαλλάθει της προσοχής μας και παραμένει αδιάγνωστος επί έτη. Αυτό έχει σαν συνέπεια να τίθεται η διάγνωσή του πολύ αργά, όταν έχουν ήδη χαθεί το 50% των ινσουλινοπαραγωγών β-κυττάρων αλλά και έχουν εγκατασταθεί η αναστρέψιμες βλάβες στο πλαίσιο της εξέλιξης των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη. Οι μισοί διαβητικοί κατά τη διάγνωση του συνδρόμου φαίνεται να πάσχουν ήδη από καρδιαγγειακό νόση-

μα, το 20% από αμφιβληστροειδοπάθεια με διαταραχές της όρασης, ενώ το 10% παρουσιάζονται με νεφρική ανεπάρκεια ή νευροπάθεια ^[13].

Ο τύπου 2 σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται από τα υψηλά επίπεδα γλυκόζης στο αίμα που οφείλονται στον συνδυασμό της αυξημένης ενδογενούς παραγωγής γλυκόζης από το ήπαρ, της μειωμένης ινσουλινοπαραγωγής και της αντίστασης των κυττάρων στην περιφέρεια στη δράση της ινσουλίνης. Τα αυξημένα επίπεδα σακχάρου στο αίμα αν δεν αντιμετωπισθούν άμεσα οδηγούν σε υπεργλυκαιμικές καταστάσεις που μπορεί να εξελιχθούν ως την ανάπτυξη μιας οξείας επιπλοκής του διαβήτη, το υπεργλυκαιμικό κώμα. Αυτή η επιπλοκή κρίνεται επικίνδυνη, εφόσον το 15% των ασθενών με υπεροσμωτικό τύπου κώμα (1% των εισαγωγών των διαβητικών σε νοσοκομείο) αποβιώνει, ενώ για τη διαβητική κετοξέωση (μέχρι και το 9% των εισαγωγών των διαβητικών) η θνητότητα ανέρχεται στο 5% των εισαχθέντων ^[14]. Αντίθετα, η πτώση των επιπέδων γλυκόζης αίματος οδηγεί στην εμφάνιση της έτερης οξείας επιπλοκής του διαβήτη, της υπογλυκαιμίας. Η επιπλοκή αυτή τις περισσότερες φορές είναι ιατρογενής, δηλαδή είναι απότοκος της θεραπευτικής προσπάθειας επίτευξης της ευγλυκαιμίας. Σοβαρά επεισόδια υπογλυκαιμίας οδηγούν στην εμφάνιση του υπογλυκαιμικού κώματος, για το οποίο συνήθως απαιτείται νοσηλεία σε νοσοκομείο και παρατηρείται σε συχνότητα 1-3 εισαγωγών ανά 100 διαβητικούς ετησίως ^[15]. □





Οι χρόνιες επιπλοκές στον σακχαρώδη διαβήτη οφείλονται σε βλάβες που αναπτύσσονται στη δομή και λειτουργία των αγγείων. Διαταραχές των μικρών αγγείων έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση κλινικών οντοτήτων όπως είναι η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, που εμφανίζεται σε ένα ποσοστό της τάξης του 28,7% των διαβητικών, ενώ ένα 9% παρουσιάζουν τη βαρεία εκδήλωση της παραγωγικής μορφής και ένα 17% το οίδημα οπτικής θηλής [16]. Μια άλλη εκδήλωση της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας είναι η διαβητική νεφροπάθεια που συνήθως αποτελεί το αίτιο που οδήγησε στην εξάρτηση από τον τεχνητό νεφρό το 42% των νεφροπαθών και στη μεταμόσχευση νεφρού το 20% των ηηπτιών [17]. Η διαβητική περιφερική νευροπάθεια που παρουσιάζεται μέχρι και στο 50% των διαβητικών και αποτελεί μια ακόμα εκδήλωση της διαβητικής μικροαγγειοπάθειας, πέραν των αισθητικών διαταραχών και των επώδυνων συνδρόμων που τη χαρακτηρίζουν, σε συνδυασμό με την μακροαγγειοπάθεια οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη άτονων ειλικών στα κάτω άκρα, μια επιπλοκή που ονομάζεται «διαβητικό πόδι» και ταλαιπωρεί το 15% των διαβητικών. Είναι πιθανόν η επέκταση της δερματικής βλάβης και η δυσχέρεια αντιμετώπισης της ροίμωξης τοπικά, να απαιτήσει τελικά τον ακρωτηριασμό του πάσχοντος άκρου [18]. Περισσότεροι από τους μισούς ακρωτηριασμούς μη τραυματικής αιτιολογίας είναι απότοκοι των

επιπλοκών του διαβήτη και η μείωσή τους αποτελεί όχι μόνο στόχο αλλήλ και αντικειμενικό κριτήριο βελτίωσης των συνθηκών αντιμετώπισης του διαβήτη για κάθε χώρα, όπως έχει ορίσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.

Ο όρος διαβητική μακροαγγειοπάθεια υποδηλώνει βλάβες στα μεγάλης διατομής αγγεία, που οδηγούν στην εμφάνιση των κλινικών συνδρόμων από την καρδιά όπως είναι η στεφανιαία νόσος και από τα περιφερικά αγγεία με την ανάπτυξη των Αγγειακών Εγκεφαλικών Επεισοδίων (ΑΕΕ) και της περιφερικής αποφρακτικής αγγειοπάθειας. Τα καρδιαγγειακά νοσήματα είναι τέσσερις φορές πιο συχνά στους διαβητικούς και αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου στον διαβήτη, ενώ είναι υπεύθυνα για το 75% των εισαγωγών των διαβητικών στα νοσοκομεία. Ο διαβήτης σήμερα θεωρείται ισοδύναμο εμφράγματος μυοκαρδίου, πράγμα που σημαίνει ότι κάθε διαβητικός θα πρέπει να αντιμετωπίζεται σαν να έχει ήδη υποστεί ένα έμφραγμα [19].

Σκοπός η ρύθμιση του διαβητικού συνδρόμου

Οι επιστημονικές ενώσεις σε όλο τον κόσμο που έχουν στόχο την αντιμετώπιση του διαβήτη, συμφωνούν ότι για να είμαστε όσο το δυνατόν πιο ασφαλείς από τον κίνδυνο εμφάνισης τόσο των οξέων αλλά κυρίως των χρόνιων επιπλοκών του διαβήτη, θα πρέπει τα σάκχαρα νηστείας να μην υπερβαίνουν τα επίπεδα των 100-110 mg/dl, τα μεταγευματικά (δύο ώρες από τη λήψη του γεύματος) να ανέρχονται μέχρι 140 mg/dl και η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (GHbA1c) να είναι χαμηλότερη του 6,5%. Μεγάλες μελέτες για πολλά χρόνια κατέδειξαν ότι η ρύθμιση του διαβητικού συνδρόμου οδηγεί σε δραματική μείωση της συχνότητας εμφάνισης των επιπλοκών. Για παράδειγμα στη Μεγάλη Βρετανία η UKPDS study έδειξε ότι μείωση της GHbA1c κατά μία μονάδα οδηγεί σε μείωση των θανάτων κατά 21%, των καρδιακών επεισοδίων κατά 14%, των μακροαγγειακών επιπλοκών (αμφιβληστροειδοπάθεια-νεφροπάθεια-νευροπάθεια) κατά 37% και της περιφερικής αγγειοπάθειας κατά 43% [20].

Όπως σε κάθε νοσολογική οντότητα και σύμφωνα με τις προτάσεις της ιπποκράτειου ιατρικής, η πρόληψη στον διαβήτη, τόσο η πρωτογενής που αφορά την εμφάνισή του όσο και η δευτερογενής που αφορά την εγκατάσταση των επιπλοκών, θα πρέπει να αποτελεί κύριο μας μέλημα. Μελέτες στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ έδειξαν ότι μέσα σε μια τριετία η υιοθέτηση των ενδεδειγμένων υγιεινοδιατροφικών συνηθειών με διατροφή βασισμένη σε μεσογειακά πρότυπα, δηλαδή πλούσια σε φυτικές ίνες και με μείωση του προσλαμβανόμενου λίπους, η απώλεια σωματικού βάρους και ένταξη σε προγράμματα άσκησης-αυξημένης φυσικής δραστηριότητας, είχε σαν αποτέλεσμα τη μείωση του κινδύνου ανάπτυξης σακχαρώδη διαβήτη κατά 58% περίπου. Σημειώνεται ότι η προφυλακτική χορήγηση metformin, χωρίς την εφαρμογή των συνιστώμενων προτύπων διατροφής, μείωσε τον κίνδυνο μόνο κατά 31% [21-22]. Βάσει των ανωτέρω καταδεικνύεται ότι η πρόληψη στηριζόμενη σε σωστή διατροφή και αυξημένη φυσική δραστηριότητα απομακρύνει τον κίνδυνο εμφάνισης του διαβήτη σε διπλάσια σχεδόν ποσοστά από τη φαρμακευτική πρόληψη, η οποία εξάλλου δυνητικά μπορεί να υποκρύπτει και κινδύνους παρενεργειών ή ανεπιθύμητων αντιδράσεων.

Η θεραπεία του τύπου 2 σακχαρώδη διαβήτη, εκτός από την υιοθέτηση των απαραίτητων υγιεινοδιατροφικών προτύπων, συνίσταται στη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων και όταν αυτά δεν βοηθούν στην επίτευξη των θεραπευτικών στόχων κρίνεται απαραίτητη η έναρξη της ινσουλινοθεραπείας. Επειδή ο διαβήτης είναι ένα πολυπαραγοντικό σύνδρομο, δηλαδή δεν οφείλεται σε ένα μόνο αίτιο, είναι απαραίτητη η λήψη συνδυασμού δισκίων για την αντιμετώπιση των πολυπληθών



παθοφυσιολογικών μηχανισμών. Πολλές φορές, ίσως απαιτηθεί συνδυαστικά η «πρώιμη» εφαρμογή ινσουλινοθεραπείας, σε συνδυασμό πάντα με διακία. Εντούτοις παρόλη την εκρηκτική εξέλιξη της τεχνολογίας και της ιατρικής έρευνας μόνο το 37% των διαβητικών ασθενών επιτυγχάνουν τους ισχύοντες θεραπευτικούς στόχους. Στις ΗΠΑ τα αποτελέσματα της 3ης Εθνικής Απογραφής Υγείας και Διατροφής (NHANES III) έδειξε ότι στο πλαίσιο του μεταβολικού συνδρόμου, που εκτός από τον διαβήτη θα πρέπει συνδυαστικά να αντιμετωπισθούν η υπέρταση και η δυσλιπιδαιμία, το ποσοστό επιτυχούς συμμόρφωσης των ασθενών δυστυχώς περιορίστηκε στο 7% των ασθενών¹²³¹.

Δεν υπάρχει, λοιπόν, καμιά αμφιβολία ότι η έρευνα στο πεδίο του σακχαρώδη διαβήτη θα πρέπει να υποστηριχθεί ώστε να ενταθεί αλλήλ και να επεκταθεί σε ένα πιο ευρύ επιστημονικό φάσμα. Η ανακάλυψη δραστικότερων σκευασμάτων και θεραπευτικών εν γένει μέσων, με τις λιγότερες δυνατόν επιπλοκές, που θα απλοποιούν τη δύσκολη με αρκετές απαγορεύσεις και

υποχρεώσεις ζωή ενός διαβητικού ατόμου κρίνεται απαραίτητη. Παράλληλα, τα νέα αυτά θεραπευτικά μέσα θα πρέπει να τον προφυλάσσουν από την ανάπτυξη των επιβλαβών επιπλοκών και να του χαρίζουν χωρίς εκπτώσεις μια ποιότητα ζωής που θα του παρέχει την απαραίτητη δύναμη και κουράγιο να αντιμετωπίζει τις προκλήσεις της σύγχρονης εποχής. Θεμελιώδης όμως και ουσιαστικός κανόνας στην πρόληψη και θεραπεία του τύπου 2 σακχαρώδη αποτελεί η υιοθέτηση των ενδεδειγμένων υγιεινοδιαιτητικών συνθηκών.

Οι πυραμίδες της Αρχαίας Αιγύπτου υποδηλώνουν, πέρα από το μεγαλείο ενός πολιτισμού που άκμασε χιλιάδες χρόνια πριν, το ταξίδι προς τον θάνατο των Φαραώ. Αντίθετα σήμερα, εφόσον τα πρότυπα διαβίωσής μας στηριχθούν στις «πυραμίδες» της μεσογειακής διατροφής και της αυξημένης φυσικής δραστηριότητας (σχήμα 1), θα προσδιορίζεται η ζωή με ένα μέλλον ρόδινο απαλλαγμένο όχι μόνο από τα δεινά που υποκρύπτει ο σακχαρώδης διαβήτης αλλά και μια πλειάδα άλλων νοσημάτων. ■



Πυραμίδα της άσκησης

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aragón TJ, Lichtensztajn DY, Katcher BS, Reiter R, Katz MH. Calculating expected years of life lost for assessing local ethnic disparities in causes of premature death. *BMC Public Health*. 2008; 8:116.
- Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 2004; 27:1047-1053.
- Babey SH, Jones M, Yu H, Goldstein H. Bubbling over: soda consumption and its link to obesity in California Policy Brief UCLA Cent Health Policy Res. 2009 Sep.;(PB2009-5):1-8.
- Kaiser Health News. Diabetes Cost U.S. \$218B in 2007, Report Finds. <http://www.kaiserhealthnews.org/DailyReports/2008/November/18/dr00055620.aspx>.
- Julie Chang, Office of Health Reform, Department of Health and Human Services Meena Seshamani, MD, PhD, Director of Policy Analysis, Office of Health Reform, Department of Health and Human Services <http://www.healthreform.gov/reports/diabetes/index.html>.
- Helaine Selin, Hugh Shapiro, *Medicine Across Cultures: History and Practice of Medicine in Non-Western Cultures*, Springer 2003, p.35.
- Allam AH, Thompson RC, Wann LS, Miyamoto MI, Thomas GS. Computed Tomographic Assessment of Atherosclerosis in Ancient Egyptian Mummies *JAMA* 2009, 302(19):2091-4.
- Knowler WC, Bennett PH, Hamman RF, Miller M: Diabetes incidence and prevalence in Pima Indians: a 19-fold greater incidence than in Rochester, Minnesota. *Am J Epidemiol* 108:497-505, 1978.
- Εθνική Στατιστική Υπηρεσία, http://www.statistics.gr/portal/page/portal/ESYE/PAGE-themes?p_param=A1602&r_param=SPO18&y_param=2008_00&mytabs=0.
- International Obesity Task Force (International Association for the Study of Obesity) <http://www.iotf.org/database/index.asp>.
- Panagiotakos DB, Pitsavos C, Chrysohoou C, Skoumas J, Tousoulis D, Toutouza M, Toutouzas P, Stefanadis C. Impact of lifestyle habits on the prevalence of the metabolic syndrome among Greek adults from the ATTICA study. *Am Heart J*. 2004 Jan.;147(1):106-12.
- Melidonis AM, Tournis SM, Kompoti MK, Lentzas IL, Roussou VR, Iraklianiou SL, Michail IM, Mariolis AM. Increased prevalence of diabetes mellitus in a rural Greek population. *Rural Remote Health*. 2006 Jan.-Mar.;6(1):534.
- International Diabetes Federation IDF diabetes Atlas Epidemiology and Morbidity <http://www.diabetesatlas.org/content/diabetes-mortality>.
- American Diabetes Association Hyperglycemic crises in diabetes *Diabetes Care* 2004; 27: S94-S102.
- American Diabetes Association Hypoglycemic crises in diabetes *Diabetes Care* 2006; 29:2739-48.
- Delcourt C, Massin P, Rosilio M. Epidemiology of diabetic retinopathy: expected vs reported prevalence of cases in the French population. *Diabetes Metab*. 2009 Dec.;35(6):431-8.
- United States Renal Data System. Annual Data Report 2009 http://www.usrds.org/2009/slides/indiv/INDEX_CKD.HTML.
- Margolis DJ, Allen-Taylor L, Hoffstad O, Berlin JA. Diabetic neuropathic foot ulcers: the association of wound size, wound duration, and wound grade on healing. *Diabetes Care*. 2002 Oct.;25(10):1835-9.
- Juutilainen A, Lehto S, Rönnemaa T, Pyörälä K, Laakso M. Type 2 diabetes as a "coronary heart disease equivalent": an 18-year prospective population-based study in Finnish subjects. *Diabetes Care*. 2005 Dec.;28(12):2901-7.
- UKPDS 35, Association of glycaemia with macrovascular and microvascular complications of type 2 diabetes (UKPDS 35): prospective observational study *BMJ* 2000; 321:405-1.
- The Finish Diabetes Prevention Study. Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity. *Diabetes Care* 2003; 26:3230-36.
- Diabetes Prevention Program Research Group Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *NJEM* 2002; 346(6):393-403.
- Saydah SH, Fradkin J, Cowie CC. Poor control of risk factors for vascular disease among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA*. 2004 Jan. 21;291(3):335-42.

Απόφαση σταθμός του Υπουργείου Υγείας για τους διαβητικούς



Εγκρίθηκε η δημιουργία νέων διαβητολογικών ιατρείων στα νοσοκομεία της χώρας

Η δημιουργία εξωτερικών διαβητολογικών ιατρείων σε νοσοκομεία είναι πλέον γεγονός. Σύμφωνα με απόφαση που πήρε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, εγκρίνεται η δημιουργία εξωτερικών διαβητολογικών ιατρείων στα εξής νοσοκομεία: Γ.Ν. Μετςισίων «Αμαλία Φλέμινγκ» Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Θεαγένειο», Γ.Ν. Ελευσίνας «Θριάσιο», Γ.Ν. Αθηνών «Παρμακάριστος», Π.Γ.Ν. Ηρακλείου, Π.Γ.Ν. Λάρισας. Σκοπός των διαβητο-

λογικών ιατρείων θα είναι η εκσυγχρονισμένη περιθαλψη, η οποία θα πρέπει να είναι βασισμένη στα διεθνή πρότυπα. Επίσης θα πρέπει να γίνεται έγκαιρη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη και να παρέχεται ειδική εκπαίδευση και φροντίδα στους διαβητικούς ασθενείς. Θα γίνεται καταγραφή των διαβητικών, μετά από τη σύμφωνη γνώμη τους, σε ένα εθνικό μητρώο διαβητικών. Ενώ σημαντική θα είναι και η συνεργασία που θα υπάρχει μεταξύ των ιατρείων αυτών,

των επιστημονικών εταιρειών των ενώσεων, καθώς επίσης και των ασθενών, με σκοπό την προώθηση της έρευνας στον τομέα του σακχαρώδη διαβήτη.

Πρέπει να σημειωθεί ότι, η απόφαση αυτή του Υπουργείου Υγείας, πάρθηκε με γνώμονα ότι δεν προκαλείται επιπλέον δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού και βοηθάει στην αντιμετώπιση της καλπάζουσας εξέλιξης του σακχαρώδη διαβήτη στη χώρα μας. ■



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ &
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΟΝΟΥΠΕΙΔΕΣ
ΤΜΗΜΑ Α'
Παρισσοπούλου 8, Μόδιον
Τηλ 2105223604

Αθήνα, 18/6/2009
Αρ.πρ.Υ.Π.Διασ. 64/2009

ΘΕΜΑ: Έκδοση και λειτουργία Εξειδικευμένων Διαβητολογικών Ιατρείων σε Νοσοκομεία

ΑΠΟΦΑΣΗ
Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ

Έχοντας υπόψη:

1. Τη διαταγή του αρθ 2 παρ 2 του Ν 1471/1984 (112/Α)
2. Το άρθρο 90 του «Κώδικα Νομοθεσίας για την Κυβέρνηση και Κυβερνητικά όργανα» που κυρώθηκε με το άρθρο πρώτο του Π.Δ/τος 63/2000 (Φ.Ε.Κ 98/Α/2005)
3. Το Π.Δ. 95/00, (Φ.Ε.Κ. 75/Α/00) «Οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το Π.Δ. και Πρόνοιας» όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με το Π.Δ. 299/ (Φ.Ε.Κ. 240/Α/00)
4. Τις διατάξεις της υπ' αριθμ. Α397/343/22.9.90 Υ.Α «Προσταθιακή συστάση και τρόπος λειτουργίας Εξειδικευμένων Διαβητολογικών Ιατρείων και Διαβητολογικών Μονάδων των Νοσοκομείων» (376/Φ), όπως τροποποιήθηκε και συμπληρώθηκε με την υπ' αριθμ. Α394/226-2-92 Υ.Α (231/Φ) καθώς και με την Υ.Α/Διαδ.6366 (874/Β) 6/2007 (Φ.Ε.Κ. 240/Α/00)
5. Το αρθρ. 57/11.3/6/2005, 62/16-11-2006, 63/9-2-2007, 64/14-6-2007, 66/20-12-2007 και 70/20-7-08 πρακτικά της Γνωμοδότησης Επιτροπής για το Σακχαρώδη Διαβήτη
6. Το γεγονός ότι από τις διατάξεις της παρούσας απόφασης δεν προκαλείται πρόσθετη δαπάνη σε βάρος του κρατικού προϋπολογισμού και δεδομένης της κατώτατης ετήσιας της Πανδημίας Σακχαρώδη Διαβήτη στη χώρα μας

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

Α) Τη έκδοση και λειτουργία Εξειδικευμένων Διαβητολογικών Ιατρείων στα παρακάτω Νοσοκομεία:

1. Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΠΓ»
2. Α.Ν. ΘΕΣΣΟΝ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»
3. Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»
4. Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
5. Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
6. Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ



Β) Σκοπός των ανωτέρω Εξειδικευμένων Διαβητολογικών Ιατρείων θα είναι:

- Η συστηματική εξειδικευμένη και εξατομικευμένη περίθαλψη των διαβητικών ασθενών σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα
- Η πρόληψη και έγκαιρη διάγνωση του Σακχαρώδη Διαβήτη και των επιπλοκών του καθώς και η παροχή ειδικής εκπαίδευσης και κοινωνικής φροντίδας στους διαβητικούς ασθενείς
- Η διασφάλιση της μακροχρόνιας παρακολούθησης των ασθενών με την καταγραφή τους σε ένα εθνικό μητρώο διαβητικών μετά από τη σύμφωνη γνώμη τους
- Η εκπαίδευση των αναγών των διαβητικών ασθενών με στόχο τον προγραμματισμό των παροχών προς αυτούς από τους αρμόδιους φορείς
- Η συνεργασία τόσο με τις επιστημονικές εταιρείες που ασχολούνται με το αντικείμενο του Σ.Δ. όσο και με τις Εταιρείες των Διαβητικών ασθενών
- Η πρόληψη της τρέφουσας στην χώρα του Σακχαρώδη Διαβήτη

Γ) Τα ανωτέρω Εξειδικευμένα Διαβητολογικά Ιατρεία για την αποτελεσματική τους λειτουργία θα στελεχωθούν στο άμεσο από τους αρμόδιους φορείς, όπως ορίζεται στο άρθρο 3 της υπ' αριθμ. Α397/343/90 Υπουργικής Απόφασης, καθώς και ο υλοποιητικός του ετήσιου προγράμματος περιλαμβάνεται αναφερόμενα στην παράγραφο 3 του άρθρου 3 της εν λόγω Υπουργικής Απόφασης.

Η Απόφαση αυτή να δημοσιευθεί στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως

Ο ΥΠΟΥΡΓΟΣ
ΔΙΑΒΡΑΒΟΠΟΙΟΥΣΑΙ

Καταρτίσθηκε:

1. Διευτ. Γ.Υ.Π.Ε της χώρας με την παράκληση να δημοσιευθεί το παρόν στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως της
2. Γ.Ν. ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ «ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΠΓ»
3. Α.Ν. ΘΕΣΣΟΝ «ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ»
4. Γ.Ν. ΕΛΕΥΣΙΝΑΣ «ΘΡΙΑΣΙΟ»
5. Γ.Ν. ΑΘΗΝΩΝ «Η ΠΑΜΜΑΚΑΡΙΣΤΟΣ»
6. Π.Γ.Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ
7. Π.Γ.Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

Εξειδικευμένοι Διαβητολόγοι:

1. Γ.ν. Υπουργείο
2. Γ.ν. Γεν. Γραμματεία Υγείας
3. Γ.ν. Γεν. Διεύθυνση Υγείας
4. Διευτ. Περιφερειακού Γραφείου Αρτίου (με την παράκληση να φροντιστεί για την δημοσίευση στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως)
5. Διευτ. Διεύθυνση Υγείας
6. Υ.Π.Διασ.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΕΥΣΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΜΟΝΟΥΠΕΙΔΕΣ
ΤΜΗΜΑ Α'
Παρισσοπούλου 8, Μόδιον
Τηλ 2105223604



ΚΟΠΗ ΠΙΤΑΣ ΤΗΣ ΕΜΕΔΙΠ

31 Ιανουαρίου 2010, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Με μεγάλη επισημότητα πραγματοποιήθηκε την Κυριακή 31 Ιανουαρίου 2010 η κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΙΠ). Η τελετή, στην οποία παρέστησαν και τέλεσαν τον καθιερωμένο αγιασμό ο Σεβασμιότατος Μητροπολίτης Καβάσων Άνω Αιγύπτου κ.κ. Φιλήμων ως εκπρόσωπος του Πατριάρχη Αλεξανδρείας, ο Πανοσιολογιότατος κ. Γεώργιος ως εκπρόσωπος του Αρχιεπισκόπου Αθηνών & Πάσης Ελλάδος, και ο Αιδεσιμότατος πατήρ Χρήστος Λογαράς, πραγματοποιή

ήθηκε με την ευκαιρία συμπλήρωσης πέντε ετών της Εταιρείας. Απευθύνοντας χαιρετισμό στους προσκεκλημένους, ο πρόεδρος της ΕΜΕΔΙΠ, δρ Χρ. Μανές, αναφέρθηκε στις δραστηριότητες της Εταιρείας, καθώς και στο πρόβλημα του διαβητικού ποδιού, μιας από τις κύριες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη. Όπως τόνισε ο κ. Μανές κάθε χρόνο ένα εκατομμύριο συνάνθρωποί μας διεθνώς χάνουν το πόδι τους εξαιτίας του σακχαρώδη διαβήτη. Στη συνέχεια ο κ. Μανές ευχήθηκε μια υγιή και δημιουργική χρονιά για όλους και τόνισε ότι τη νέα χρονιά

η ΕΜΕΔΙΠ θα εντείνει ακόμα περισσότερο τις προσπάθειές της για την οργάνωση ειδικών ομάδων επιστημόνων και επαγγελματιών υγείας με στόχο την αντιμετώπιση των παθήσεων του διαβητικού ποδιού. Τέλος, την εκδήλωση χαιρέτισε ο ομότιμος καθηγητής Αγγειοχειρουργικής κ. Παναγιώτης Μπάλλας, η πρόεδρος του Συνδέσμου Φίλων Αρχιεπισκοπής Αθηνών κα Νίκη Παπανικολάου - Πεπέ, ενώ ευχετήρια μηνύματα απέστειλαν ο πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Διαβήτη (Ε.ΚΕ.ΔΙ) καθηγητής κ. Σ. Α. Ράπτης και ο καθηγητής κ. Ν. Λ. Κατσιλάμπος. ■

ΕΤΗΣΙΟΣ ΧΟΡΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΣΕΡΡΩΝ

20 Δεκεμβρίου 2009, Σέρρες



Ο πρόεδρος του συλλόγου Διαβητικών Ν. Σερρών κ. Τρύφωνας Ρουμελιώτης και η διοικήτρια του νοσοκομείου Σερρών κ. Ευαγγελία Κουρτέση - Ξουρή. Απονομή πλακέτας από το σύλλογο



Ο πρόεδρος του συλλόγου Διαβητικών Ν. Σερρών κ. Τρύφωνας Ρουμελιώτης. Ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης Συκιώτης και η διοικήτρια του νοσοκομείου Σερρών κ. Ευαγγελία Κουρτέση - Ξουρή



Θερμές ευχαριστίες απέδωσε στην πρόεδρο του ιατρικού συλλόγου Σερρών κ. Π. Καλήτα, για την παρουσία της στην εκδήλωση.

Επίσης ο πρόεδρος ανένευσε στην διοικήτρια του Γ.Ν. Σερρών κα Ε. Κουρτέλη-Ξουρή, τιμητική πλακέτα αποδίδοντας στο ελάχιστο τη μεγάλη και συνεχή στήριξη της στο έργο του συλλόγου.

Την στήριξη τους εξήραν με τηλεγράφημα τους, βουλευτές του νομού μεταξύ των οποίων οι κ.κ. Σ. Κουτμερίδης του ΠΑΣΟΚ, Θ. Λεονταρίδης και Α. Καρυπίδης της ΝΔ.

Τέλος, ο πρόεδρος ευχαρίστησε τους σπόνσορες της βραδιάς καθώς και τα καταστήματα της πόλης, αλλά και του νομού που προσέφεραν πλούσια δώρα στη λαχειοφόρο αγορά του συλλόγου. Η εκδήλωση έκλεισε με πολύ χορό και τραγούδι που κράτησε μέχρι το πρωί. ■

Μαζί με φίλους και συναδέλφους πραγματοποιήθηκε στις 20 Δεκεμβρίου, ο ετήσιος χορός του Συλλόγου Διαβητικών Ν. Σερρών (μέλος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Διαβήτη - ΕΛΟΔΙ) στο κέντρο «Ποταμάκι» στον Αϊ Γιάννη Σερρών.

Στην ομιλία του ο πρόεδρος του συλλόγου κ. Τρύφωνας Ρουμελιώτης, αφού ευχαρίστησε τους παρευρισκόμενους, ευχήθηκε ο νέος χρόνος να φέρει υγεία, αγάπη και καλύτερες τιμές σακχάρου σε όλους τους διαβητικούς.

Ανάμεσα στους φίλους και τους συναδέλφους παρευρέθηκαν και διάφοροι συ-

νάδελφοι-πρόεδροι και εκπρόσωποι από άλλους συλλόγους όπως: ο κ. Δημήτρης Συκιώτης, μετά της συζύγου του Γιάννας, μέλος του Δ.Σ του συλλόγου ΠΕΑΝΔ της Αθήνας και πρόεδρος του συλλόγου της ΕΛΟΔΙ, ο πρόεδρος του συλλόγου νέων - εφήβων Διαβητικών Θεσσαλονίκης, κ. Α. Ράπτης μετά της συζύγου του Βάσως και της κόρης τους Ειρήνης, ο πρόεδρος του συλλόγου Ημαθίας, κ. Κ. Ιωαννίδης και ο πρόεδρος του συλλόγου Φλώρινας, κ. Έ. Μπακράτης μετά της συζύγου του Μαρίας.

Ο κ. Ρουμελιώτης, ευχαρίστησε για την στήριξη της τη σύζυγο του Σούλα.

ΕΤΗΣΙΑ ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΝΕΛΕΥΣΗ ΤΗΣ ΕΛ.Ο.ΔΙ

17 Ιανουαρίου 2010, Ξενοδοχείο ΑΘΗΝΑΙΣ, Αθήνα



Από αριστερά: Δημήτρης Συκιώτης, Δημήτρης Χιώτης, Αφροδίτη Σουλιώτη, Χάρη Πηλαστήρα, Νίκος Κεφαλάς



Από αριστερά: Γιάννης Κεφαλογιάννης, Δημήτρης Χιώτης, Γεώργιος Κουκούλης, Φωφώ Οικονομοπούλου



Κοπή πίτας. Από αριστερά: Φωφώ Οικονομοπούλου, Χάρη Πηλαστήρα, Δημήτρης Συκιώτης, Δημήτρης Χιώτης, Αφροδίτη Σουλιώτη

Στις 17 Ιανουαρίου 2010, στο ξενοδοχείο ΑΘΗΝΑΙΣ στην Αθήνα, πραγματοποιήθηκε η ετήσια Γενική Συνέλευση των μελών της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ). Βασικός σκοπός της συνέλευσης ήταν η διεξαγωγή αρχαιρεσιών για την ανάδειξη νέου ΔΣ, καθότι έληγε η τριετής θητεία του υπάρχοντος ΔΣ.

Με την ευκαιρία αυτή πραγματοποιήθηκε και η κοπή της πίτας, για τη νέα χρονιά.

Στο ΑΘΗΝΑΙΣ φιλοξενήθηκαν όλοι οι αντιπρόσωποι των συλλόγων που ανήκουν στην Ομοσπονδία μας.

Ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δημήτρης

Χιώτης, αφού καλωσόρισε όλους τους εκπροσώπους των συλλόγων για την παρουσία τους, παρά τις δυσκολίες προσέλευσής τους, λόγω αποκλεισμού των εθνικών οδών από τις κινητοποιήσεις των αγροτών, πρόβη στη συνέχεια στον απολογισμό των δραστηριοτήτων του ΔΣ.

Ενημέρωσε τους συμμετέχοντες για τις δραστηριότητες της Ομοσπονδίας, τόσο στο επίπεδο των εκπαιδευτικών – ενημερωτικών σεμιναρίων και των επαφών με τους αρμόδιους φορείς των ασφαλιστικών ταμείων, του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του υπουργείου Παιδείας και δια βίου Μάθησης.

Το νέο ΔΣ της ΕΛ.Ο.ΔΙ που προέκυψε από τις εκλογές για τα έτη 2010 – 2013 είναι:

Πρόεδρος:	Δημήτρης Συκιώτης
Αντιπρόεδροι:	Αριστείδης Ράπτης Τρύφωνας Ρουμελιώτης
Γραμματέας:	Αφροδίτη Σουλιώτη
Ταμίας:	Ευγενία Κατσούδα
Μέλη:	Χριστίνα Κανακά Νικόλαος Κεφαλάς Αθανάσιος Πελεκίδης Εμμανουήλ Κονταμνάς

Ακολούθησε ο οικονομικός απολογισμός και έγινε συζήτηση υπό την προεδρεία του καθηγητή κ. Γεωργίου Κουκούλη που ομόφωνα επιλέχθηκε πρόεδρος της Γενικής Συνέλευσης.

Ακολούθησε η διαδικασία εκλογής για την ανάδειξη νέου ΔΣ της ΕΛΟΔΙ.

Από την κοπή της πίτας, ο ταμίας της χρονιάς που έτυχε το νόμισμα, ήταν ο πρόεδρος του συλλόγου Σερρών κ. Τρύφωνας Ρουμελιώτης.

Μετά το πέρας των αρχαιρεσιών ακολούθησε γεύμα στο εστιατόριο του ΑΘΗΝΑΙΣ. Η όλη εκδήλωση έγινε με την ευγενική χορηγία της εταιρείας «ΓΙΩΤΗΣ».

Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στα παιδιά

Ο ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1-ΣΔΤ1) είναι το πιο συχνό ενδοκρινολογικό νόσημα της παιδικής ηλικίας. Η εκδήλωση του σακχαρώδη διαβήτη στην παιδική ηλικία επηρεάζει σημαντικά τη μετέπειτα ζωή του παιδιού και της οικογένειάς του, αφού η θεραπευτική αντιμετώπιση απαιτεί σε καθημερινή βάση ενέσεις ινσουλίνης, μετρήσεις της γλυκόζης αίματος και διαιτητικούς περιορισμούς, ενώ σημαντικός είναι και ο κίνδυνος εκδήλωσης χρόνιων επιπλοκών



δρ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ ΚΑΚΛΕΑΣ,
ειδικευόμενος Παιδιατρικής διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών

Στον ΣΔΤ1 ο οργανισμός δημιουργεί αντισώματα έναντι του παγκρέατος και πιο συγκεκριμένα κατά των β-κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία είναι υπεύθυνα για την παραγωγή της ινσουλίνης. Ωστόσο η παραγωγή αντισωμάτων δεν περιορίζεται μόνο κατά του παγκρέατος, αλλά επεκτείνεται και έναντι άλλων οργάνων, όπως ο θυρεοειδής αδένας, τα επινεφρίδια και το έντερο.

Η παραγωγή αντισωμάτων έναντι του θυρεοειδή αδένος οδηγεί στην προοδευτική καταστροφή του. Σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρίσκονται τα κορίτσια, τα άτομα με μεγαλύτερη διάρκεια διαβήτη και τα άτομα στα οποία ο διαβήτης διαγνώθηκε μετά τα

12 χρόνια. Συνήθως η διάγνωση της θυρεοειδοπάθειας γίνεται με βάση τα συμπτώματα του παιδιού. Οι ασθενείς που εκδηλώνουν υποθυρεοειδισμό εμφανίζουν δυσκολία στην απόληξη βάρους (ποσοστό 40%), επανειλημμένα επεισόδια υπογλυκαιμίας (40%), ψηλαφητή βρογχοκήλη (10%) και κόπωση (10%), ενώ στο βιοχημικό έλεγχο ανευρίσκονται αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης. Αντίθετα οι υπερθυρεοειδικοί εκδηλώνουν πιο εμφανή συμπτώματα όπως απώλεια βάρους (75%), αίσθημα παλμών και εφίδρωση (100%), εξάψεις (100%) και ψυχωτικές αντιδράσεις (37,5%). Έχουν επίσης αυξημένες ανάγκες σε ινσουλίνη και μειωμένα επίπεδα χοληστερόλης ορού.

Η διάγνωση γίνεται με τον προσδιορισμό των επιπέδων των θυρεοειδικών ορμονών, καθώς και των συγκεκριμένων αντισωμάτων έναντι του θυρεοειδή αδένος. Όσον αφορά τη χρονική συχνότητα του ελέγχου για διαταραχές του θυρεοειδή αδένος, αυτός θα πρέπει να διενεργείται κάθε χρόνο, προκειμένου να διαπιστώνονται έγκαιρα οι διαταραχές της λειτουργίας του θυρεοειδή αδένος. Ο έλεγχος είναι αναγκαίος, ιδίως μετά την ηλικία των 12 ετών, γιατί σε αυτήν την ηλικία αυξάνεται ο κίνδυνος εκδήλωσης θυρεοειδικής νόσου στα παιδιά με ΣΔΤ1.

Αρκετά συχνή είναι η εκδήλωση κοιλιόκακκας (ΚΝ) σε άτομα που πάσχουν από ΣΔΤ1. Η ΚΝ εμφανίζεται σε συχνότητα από 3-8%, συχνότητα πολύ μεγαλύτερη απ' ό,τι στον γενικό πληθυσμό. Σε αυτήν τη νόσο παράγονται αντισώματα έναντι του εντέρου, με αποτέλεσμα την καταστροφή του τοιχώματός του και τη δυσκολία απορρόφησης των αναγκαίων θρεπτικών ουσιών. Στην παιδική ηλικία η τυπική μορφή εκδηλώνεται με επεισόδια διάρροιας, στεατόρροια, καθυστέρηση ανάπτυξης, μυϊκή αδυναμία, υποτονία, ωχρότητα, αναιμία και ραχιτίδα.

Υπάρχουν όμως και η υποκλινική και η σιωπηλή μορφή της νόσου, οι οποίες δεν παρουσιάζουν καθόλου ή παρουσιάζουν ήπια συμπτώματα ΚΝ όπως καθυστέρηση της σωματικής ανάπτυξης, σιδηροπενική αναιμία, υπερτρανσαμιναιμία, χρόνια δυσπεπτικά ενοχλήματα, ανορεξία, επιγαστραλγία, απώλεια βάρους.

Η επικρατούσα άποψη από τη βιβλιογραφία προτείνει τον έλεγχο των παιδιών που πάσχουν από ΣΔ1 για πιθανή ύπαρξη αντισωμάτων έναντι του τοιχώματος του εντέρου, και πιο συγκεκριμένα κατά της ιστικής τροναγλουταμινάσης κάθε χρόνο και εφόσον αυτά είναι θετικά ακολουθεί η επιβεβαίωση με προσδιορισμό των αντισωμάτων έναντι του ενδομυίου και κατόπιν βιοψία του εντέρου. Επειδή το 75% των περιπτώσεων ΚΝ συνήθως εμφανίζεται μέσα σε τέσσερα χρόνια από την έναρξη του διαβήτη, ενώ μετά τα 10 χρόνια διαβήτη σχεδόν εκμηδενίζεται η πιθανότητα εμφάνισης ΚΝ, προτείνεται ο ετήσιος έλεγχος των ασυμπτωματικών ατόμων για αντισώματα κατά της ΚΝ, για χρονικό διάστημα τουλάχιστον τεσσάρων ετών από τη διάγνωση του ΣΔΤ1.

νόσου. Ο κυριότερος δείκτης για την παρακολούθηση της νόσου είναι η μικρολευκωματινή ούρων. Συνήθως η εξέταση αυτή γίνεται κατά την εφηβεία και μετά από διάρκεια νόσου πάνω από πέντε έτη. Σε παιδιά όμως που έχουν εκδηλώσει διαβήτη από τη βρεφική ή νηπιακή ηλικία, ο έλεγχος των νεφρών κρίνεται αναγκαίος σε πιο πρώιμο στάδιο.

Νευρολογικές παθήσεις

Η διαβητική νευροπάθεια και αγγειοπάθεια, είναι δύο επιπλοκές του διαβήτη, τις οποίες συνήθως δεν τις συναντούμε στα παιδιά. Η βλάβη των περιφερικών νεύρων μπορεί να προκαλέσει πόνο των άκρων, παραισθησίες, απώλεια της αίσθησης της αφής και έλκη και γάγγραινα του ποδιού, ενώ

Τα παιδιά με διαβήτη εκδηλώνουν επίσης συμπτώματα και από τη ψυχιατρική σφαίρα, όπως κατάθλιψη ή άγχος, αλλά και επιθετικότητα ή υπερδραστηριότητα. Συνήθως εμφανίζονται κατά τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση της νόσου, αλλά το παιδί κατορθώνει να συμβιβαστεί με τη νέα πραγματικότητα και να τα ξεπεράσει

Το κυριότερο πρόβλημα των μικρών ασθενών με ΣΔΤ1 σήμερα ο κίνδυνος αγγειακών επιπλοκών στο μέλλον. Η διαβητική νεφροπάθεια, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η διαβητική νευροπάθεια και η αθηρωμάτωση είναι δυνατό να επηρεάσουν το προσδόκιμο επιβίωσης και να αποτελέσουν αίτια αυξημένης νοσηρότητας. Επιπλέον, οι ασθενείς με ΣΔΤ1 παρουσιάζουν σε μεγάλο ποσοστό σημαντικά ψυχολογικά προβλήματα λόγω της χρονιότητας της νόσου και των περιορισμών που επιβάλλει η θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Διαταραχές όρασης

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μια σημαντική επιπλοκή του ΣΔΤ1 και συνήθως το 5-10% των ασθενών με ΣΔΤ1 κινδυνεύουν να χάσουν την όρασή τους σε κάποιο στάδιο. Συνήθως είναι σπάνια η εμφάνισή της στα πρώτα 5-10 χρόνια του διαβήτη ή πριν από την εφηβεία. Σχεδόν όλοι οι πάσχοντες από διαβήτη θα εκδηλώσουν διαταραχές από τον αμφιβληστροειδή μετά από 20 χρόνια νόσου. Όλοι οι ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να εξετάζονται για πρώτη φορά οφθαλμολογικά εφόσον έχουν ηλικία πάνω από 10 χρόνια και διάρκεια διαβήτη τρία με πέντε χρόνια. Στη συνέχεια ο ετήσιος οφθαλμολογικός έλεγχος είναι αναγκαίος.

Ο διαβήτης προσβάλλει επίσης τα νεφρά, προκαλώντας διαταραχές της νεφρικής λειτουργίας και υπέρταση. Συνήθως οι βλάβες στα νεφρά είναι έκδηλες μετά από δέκα χρόνια της

η προσβολή του αυτόνομου νευρικού συστήματος μπορεί να προκαλέσει ορθοστατική υπόταση, ταχυκαρδίες, δυσκοιλιότητα ή διάρροια και διαταραχές της ούρησης. Η αγγειοπάθεια μπορεί να οδηγήσει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου και εγκεφαλικό, αλλά συνήθως σε ασθενείς με διάρκεια διαβήτη πάνω από 20 χρόνια και με πολύ πτωχό γλυκαιμικό έλεγχο.

Όσον αφορά τις σωματικές εκδηλώσεις του ΣΔΤ1, σημαντική είναι η επίπτωση της νόσου στην αύξηση του παιδιού. Συνήθως 5-10% των παιδιών με διαβήτη εμφανίζουν χαμηλότερο ύψος από το κανονικό. Συνήθως πιο πολύ κινδυνεύουν τα παιδιά με κακό γλυκαιμικό έλεγχο και έναρξη του διαβήτη σε πολύ μικρή ηλικία.

Εκτός από τις μακροχρόνιες επιπλοκές του ΣΔ1, ιδιαίτερα σημαντικές είναι και οι ψυχολογικές-κοινωνικές επιπτώσεις του. Συνήθως δεν είναι τόσο εμφανείς και σε αρκετές περιπτώσεις υποτιμώνται από τους γονείς και τα παιδιά, με αποτέλεσμα να καθίστανται σοβαρές και επιβλαβείς ακόμη και για την ίδια τη ζωή του παιδιού.

Οι πιο σημαντικές διαταραχές είναι οι διαταραχές της διατροφής. Τα παιδιά με ΣΔΤ1 συνήθως εμφανίζουν βουλιμία, τσιμπολογήματα τροφών και πιο σπάνια νευρογενή ανορεξία. Επιπρόσθετα εκδηλώνουν συμπεριφορές διατήρησης του βάρους τους, όπως χρήση υπακτικών, παράληψη λήψης ινσουλίνης και έντονη άσκηση. Οι διαταραχές αυτές είναι πιο συχνές στα κορίτσια εφηβικής ηλικίας, και κυρίως σε άτομα



που η μητέρα εμφανίζει παρόμοιες διαταραχές. Οι παραπάνω διαταραχές οδηγούν σε φτωχό γλυκαιμικό έλεγχο και κατά συνέπεια αυξημένη συχνότητα χρόνιων σωματικών επιπλοκών και επαναλαμβανόμενα επεισόδια διαβητικής κετοξέωσης.

Τα παιδιά με διαβήτη εκδηλώνουν επίσης συμπτώματα και από τη ψυχιατρική σφαίρα, όπως κατάθλιψη ή άγχος, αλλά και επιθετικότητα ή υπερδραστηριότητα. Συνήθως εμφανίζονται κατά τον πρώτο χρόνο μετά τη διάγνωση της νόσου, αλλά το παιδί κατορθώνει να συμβιβαστεί με τη νέα πραγματικότητα και να τα ξεπεράσει. Ωστόσο η φτωχή προσαρμογή του παιδιού στη νόσο αυξάνει τον κίνδυνο για χρόνια ψυχολογικά προβλήματα. Οι διαταραχές αυτές είναι πιο συχνές στα κορίτσια εφηβικής ηλικίας, και ιδίως σε παιδιά που δεν έχουν την κατάλληλη στήριξη από το οικογενειακό τους περιβάλλον.

Ο συνδυασμός του διαβήτη και της κατάθλιψης αυξάνει κατά δέκα φορές τον κίνδυνο εκδήλωσης αυτοκτονικού ιδεασμού. Ο πιο συχνός τρόπος αυτοκτονίας είναι η παράληψη ή η υπερβολική δόση ινσουλίνης. Οι αυτόχειρες συνήθως είναι κορίτσια με μακρά διάρκεια διαβήτη, που προέρχονται από χωρισμένες οικογένειες.

Ένα άλλο συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι ασθενείς με διαβήτη είναι η δυσκολία στο να ακολουθήσουν την απαιτούμενη θεραπεία και να επιτύχουν καλό γλυκαιμικό έλεγχο. Αυτό οφείλεται στις ορμονικές διαταραχές της εφηβείας, οι οποίες προκαλούν μια σχετική αντίσταση στη δράση της ινσουλίνης, αλλά και στην ατίθαση φύση των νέων, που δυσκολεύονται να ακολουθήσουν το αυστηρό και απαιτητικό θεραπευτικό πρωτόκολλο που επιβάλλει ο διαβήτης.

Η ανυπότακτη φύση των εφήβων τούς φέρνει συχνά σε αντιπαράθεση με τους γονείς τους. Η ασθένεια φορτώνει με άγχος και με πολλές ευθύνες τους γονείς, καθώς πρέπει να επωμισθούν το βάρος της θεραπείας. Ωστόσο ο βαθμός στον οποίο οι γονείς πρέπει να παρεμβαίνουν στη θεραπεία και τον τρόπο ζωής του παιδιού με ΣΔΤ1 είναι διαφορετικοί. Η έντονη παρέμβαση μπορεί να επιφέρει την αντίδραση του παιδιού, αλλά και η αδιαφορία τους μπορεί να οδηγήσει το παιδί σε συχνά επεισόδια κετοξέωσης ή κακού γλυκαιμικού ελέγχου. Επίσης, πολλές φορές το παιδί αισθάνεται ότι η ασθένεια του αποτελεί βάρος για την οικογένεια και κατηγορεί τον εαυτό του, οδηγούμενο πολύ συχνά στην αποξένωση και την αυτοκτονία.

Ένας άλλος παράγοντας για τη διαμάχη των εφήβων με διαβήτη και των γονιών τους είναι η έντονη επιρροή που ασκούν σε αυτούς οι συνομήλικοί τους. Η υποστήριξη των φίλων έχει βρεθεί ότι αυξάνει τις πιθανότητες επίτευξης καλού γλυκαιμικού ελέγχου και καλύτερης ποιότητας ζωής. Ιδιαίτερη σημασία έχει η επίδραση των συντρόφων των παιδιών με ΣΔΤ1. Παρόλο που τα παιδιά με διαβήτη κάνουν σχέσεις όπως όλα τα παιδιά, είναι πιο κλειστά στον εαυτό τους, δεν εμπιστεύονται εύκολα τους άλλους και εμφανίζουν αίσθημα μειονεκτικότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης.

Ψυχολογικά προβλήματα

Κλείνοντας, πρέπει να δώσουμε έμφαση, βάσει μελετών της διεθνούς βιβλιογραφίας, στη χρήση οινόπνευματος, στην ενδεχόμενη χρήση χημικών ουσιών και στο κάπνισμα. Οι μελέτες που έχουν γίνει είναι ανησυχητικές και έχουν δείξει ότι ένας στους τέσσερις διαβητικούς εφήβους καπνίζει, ένας στους δύο πίνει και το 10% έχει δοκιμάσει κάποια ναρκωτική ουσία. Οι κύριοι λόγοι για τη χρήση των ουσιών αυτών είναι τα ψυχολογικά προβλήματα που προκαλεί ο διαβήτης, η προσπάθεια τόνωσης της αυτοεκτίμησης και η προσπάθεια να ξεχάσουν τις δυσκολίες της ασθένειάς τους. Το οινόπνευμα σχετίζεται με υπογλυκαιμίες και κώμα, ενώ το κάπνισμα επιβαρύνει τα αγγεία και αυξάνει τον κίνδυνο για πρώιμη έναρξη των σωματικών επιπλοκών του διαβήτη.

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι μια πολύπλοκη νόσος με σημαντικές χρόνιες επιπλοκές, σωματικές και ψυχολογικο-κοινωνικές. Η σωστή θεραπεία και ο κατάλληλος γλυκαιμικός έλεγχος μπορούν να καθυστερήσουν την εκδήλωση των σωματικών επιπλοκών, όμως χωρίς τη σωστή στήριξη του οικογενειακού περιβάλλοντος και την έγκαιρη παρέμβαση των ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών, ποιότητα ζωής και ψυχική υγεία δεν μπορούν να επιτευχθούν. ■

Αποκτήστε σήμερα
εντελώς δωρεάν
την εκπαιδευτική κάρτα

**ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΩΝ**

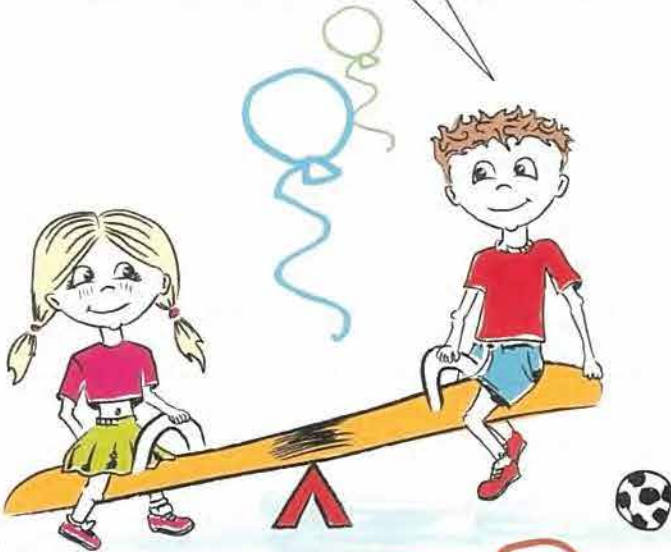
Κοντά μας νιώθετε ασφαλείς!

ΟΛΕΣ οι εργαστηριακές και
διαγνωστικές εξετάσεις στην
Ευρωκλινική Παιδών στοιχίζουν
πλέον 30% λιγότερο!

... απίθανα νέα μόνο για γονείς!

30%

StrAdMark



Από σήμερα και
για πάντα!

Μην ξεχνάτε ποτέ την
εκπαιδευτική σας κάρτα!



Τηλ. για πληροφορίες εκπαιδευτικού προγράμματος
Δευτ.-Παρ. 210-6416180 (09:00 - 17:00)

Η κάρτα παραδίδεται από τα Εξωτερικά Ιατρεία της Ευρωκλινικής Παιδών,
εφ' όσον πραγματοποιηθεί μια οποιαδήποτε εργαστηριακή ή διαγνωστική εξέταση.

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209, 104 46 Αθήνα
Τηλ.: 210 86 91 900, Fax: 210 86 91 950
E-mail: mkt@euroclinic.gr • www.euroclinic.gr



Η προσφορά ισχύει για όσους αποκτήσουν την κάρτα έως 31 Μαΐου 2010

Η επίδραση του σακχαρώδη διαβήτη στη σεξουαλική λειτουργία ανδρών και γυναικών

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος που αποτελεί ένα από τα μεγαλύτερα ιατρικά και κοινωνικά προβλήματα της σημερινής καταναλωτικής εποχής μας



Δρ ΑΝΔΡΕΑΣ ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ

παθολόγος - διαβητολόγος,
Διευθυντής παθολογίας στο Τζάνειο Νοσοκομείο

Απόσπασμα από το νέο βιβλίο του Ανδρέα Μελιδώνη
«Σακχαρώδης Διαβήτης 2010 - Σύγχρονες Προσεγγίσεις σε θέματα αιχμής»



Ο κυριότερος λόγος για τον οποίο ο διαβήτης αποτελεί τον κακό πρωταγωνιστή στην σημερινή ιατρική και κοινωνική πραγματικότητα είναι οι οδυνηρές συνέπειες που επιφέρει ο διαβήτης όταν δε ρυθμίζεται, όταν δεν ελέγχεται κατάλληλα. Οι οδυνηρές αυτές συνέπειες αποτελούν τις χρόνιες επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη.

Είναι πλέον γνωστό και τεκμηριωμένο ότι ο διαβήτης είναι το πρώτο αίτιο τύφλωσης των ενηλίκων, το πρώτο αίτιο μη τραυματικών ακρωτηριασμών των κάτω άκρων, το πρώτο αίτιο νεφρικής ανεπάρκειας που απαιτεί αιμοκάθαρση, το κυριότερο αίτιο εμφράγματος και εγκεφαλικού επεισοδίου.

Μια συχνή επίσης επιπλοκή του διαβήτη στους διαβητικούς άνδρες είναι η στυτική δυσλειτουργία, μια δυσλειτουργία που μπορεί να οδηγήσει σε σεξουαλική ανικανότητα.

Και ενώ το πρόβλημα αυτό, η σοβαρή αυτή επιπλοκή είναι συχνή και αφετηρία ποικίλων προβλημάτων και προβληματισμών εν τούτοις είναι η ολιγότερο συζητούμενη κατάσταση με τον θερά-

ποντα ιατρό. Αιδημοσύνη, φόβος, αμηχανία ή και άγνοια σχετική με τα σεξουαλικά προβλήματα μπορεί είναι οι αιτίες που οδηγούν στην «απόκρυψη» του προβλήματος. Πρόβλημα όμως που εφόσον δεν αντιμετωπίζεται, οδηγεί σε σοβαρές ψυχολογικές αρρυθμίες στον πάσχοντα και την σύντροφό του. Άγχος, ανασφάλεια, απώλεια της αυτοεκτίμησης, καταθλιπτική συμπτωματολογία, διάρρηξη των σχέσεων του ζεύγους.

Τα τελευταία όμως χρόνια τόσο οι πρόοδοι στην διαγνωστική έρευνα και την κατανόηση των υποκείμενων μηχανισμών της στύσης, όσο και οι νέες θεραπευτικές εξελίξεις και προσεγγίσεις έχουν οδηγήσει σε πιο θαρρετή, αισιόδοξη και επικοινωνιακή στάση ζωής το διαβητικό άτομο με το πρόβλημα στύσης.

Από την άλλη οι θεραπευτές με περισσότερες δυνατότητες για την αντιμετώπιση του προβλήματος, αλλά και με περισσότερη γνώση για το πρόβλημα, συμβάλλουν στη δημιουργία κλίματος επικοινωνίας και αντιμετώπισης σε συνεργασία με τον πάσχοντα διαβητικό.

Έτσι σήμερα ένα πλήγμα καταστάσεων και νέων δεδομένων έχουν αναγάγει το πρόβλημα της στυτικής δυσλειτουργίας των ατόμων με Σ.Δ. στην σωστή του διάσταση. Σαν πρόβλημα αντιμετώπισιμο, σημαντικό ιαίσιμο, αλλά κυρίως ολοκληρωτικά προληπτό.

Και σε αυτό το μείζον για τον διαβητικό πληθυσμό πρόβλημα, θα αναφερθούμε εκτενέστερα σε μορφή ερωτοσπαντήσεων.

Δυσλειτουργία της στύσης: Πόσο συχνή είναι;

Σαν δυσλειτουργία της στύσης, μπορούμε να ορίσουμε την αδυναμία επίτευξης ή και διατήρησης επαρκούς ποιότητας στύσης για ικανοποιητική σεξουαλική δραστηριότητα. Η δυσλειτουργία της στύσης δεν σημαίνει κατ' ανάγκη και σεξουαλική ανικανότητα. Είναι κατάσταση για την οποία μπορούν να υπάρξουν παρεμβάσεις με στόχο την αποτροπή της σεξουαλικής ανικανότητας και την αποκατάσταση της σεξουαλικής και ψυχολογικής ισορροπίας του ατόμου.

Παγκοσμίως υπολογίζεται, ότι περισσότεροι από 100 εκατομμύρια άνδρες παρουσιάζουν κάποιου βαθμού δυσλειτουργία της στύσης. Υπολογίζεται, ότι το 30% των κριτών αιτιών στυτικής δυσλειτουργίας στις ΗΠΑ οφείλεται στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η συχνότητα της δυσλειτουργίας της στύσης ανέρχεται στο 40% περίπου του διαβητικού πληθυσμού, κυμαινόμενη από 27,5% -75% σε διάφορες μελέτες, ανάλογα με τη μεθοδολογία που χρη-

σιμοποιήθηκε και τον πληθυσμό που μελετήθηκε. Τα ποσοστά αυτά αυξάνονται με την ηλικία. Έτσι, η επίπτωση της στυτικής δυσλειτουργίας αυξάνει από 15% στους διαβητικούς ηλικίας 30 -34 χρόνων, σε 55% στην ηλικία των 60 χρόνων. Σε μία μελέτη 9.868 διαβητικών ανδρών στην Ιταλία, οι 3534 (35.8%) ανέφεραν στυτική δυσλειτουργία. Στη μελέτη αυτή, ο επιπολασμός αύξανε με την ηλικία. Από 4,6% στους άνδρες ηλικίας 20 -29 χρόνων, στο 45,5% σε εκείνους με ηλικίας ≥ 60 χρόνων. Οι περισσότεροι ερευνητές θεωρούν, ότι η επίπτωση της στυτικής δυσλειτουργίας στο διαβητικό πληθυσμό σχετίζεται με την ηλικία του ασθενούς, τη διάρκεια του σακχαρώδη διαβήτη (μετά από 10 χρόνια από την διάγνωση του Σ.Δ., ποσοστό $>40\%$ παρουσιάζει πρόβλημα στύσης), τις χρόνιες επιπλοκές και την ποιότητα του μεταβολικού ελέγχου.

Οι κλινικές εκδηλώσεις της στυτικής δυσλειτουργίας εμφανίζονται νωρίτερα σε διαβητικούς απ' ό τι στο γενικό πληθυσμό, ενώ η πιθανότητα ανάπτυξης στυτικής δυσλειτουργίας είναι τριπλάσια σε διαβητικούς ηλικίας 40 -70 χρόνων απ' ό τι σε μη διαβητικούς.

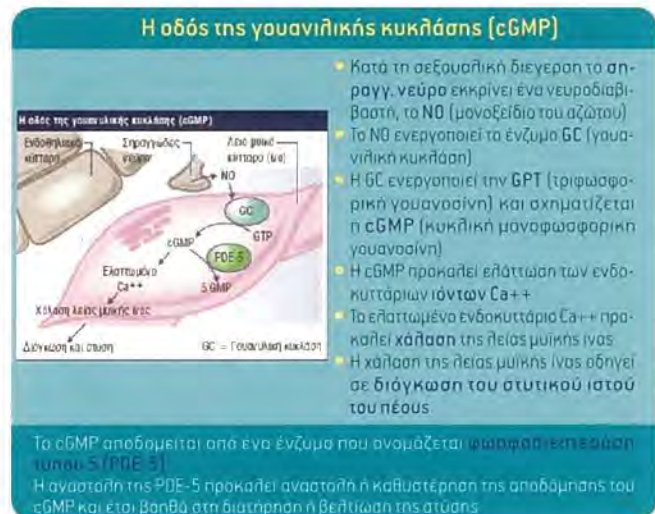
Πώς επιτυγχάνεται η φυσιολογική στυτική λειτουργία του πέους;

Το πέος αποτελείται από δύο πλαγιοραχιαία σώματα- τα σπραγγώδη και ένα τρίτο –το σπογγώδες –τοποθετημένο στο μέσο του. Τα σώματα αυτά τροφοδοτούνται με αίμα από τις σπραγγώδεις αρτηρίες που είναι παρακλάδια της πείκης αρτηρίας. Το αίμα οπάγεται από τις επιπολής και εν τω βάθει πεικές φλέβες αρτηρίας. Η επάρκεια της αιματικής ροής στο πέος διαδραματίζει ρόλο κλειδί στην διαδικασία της στύσης. Η χάλαση του μυϊκού ιστού των σπραγγωδών σωμάτων επιτρέπει την αυξημένη ροή αίματος στα σπραγγώδη σώματα την διόγκωσή τους και την δημιουργία στύσης. Τα διογκωμένα σώματα πιέζουν τις φλέβες, ελαττώνεται έτσι η φλεβική εκροή, και διατηρείται η στύση. (βλ. πίνακα 1)

Πίνακας 1



Σχήμα 1



Είναι φανερό ότι για την επιτέλεση της λειτουργίας της στύσης μεγίστη είναι η συμβολή του νευρικού συστήματος. Η διέγερση του παρασυμπαθητικού νευρικού συστήματος (μια διέγερση που επιτυγχάνεται με κεντρικά ψυχογενετικά ερεθίσματα, αλλά και με αισθητήρια ερεθίσματα από το πέος) οδηγεί σε αγγειοδιαστολή των αρτηριών των σπραγγωδών σωμάτων, άρα σε στύση, ενώ η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος σε αγγειοσύσπαση των αρτηριών των σωμάτων, άρα σε υποχώρηση της στύσης.

Σημαντικό ρόλο στην μέσω του παρασυμπαθητικού δημιουργούμενη αγγειοδιαστολή των σπραγγωδών αρτηριών διαδραματίζει ο παραγόμενος από το ενδοθήλιο των σπραγγωδών σωμάτων αγγειοδιασταλτικός παράγοντας του μονοξειδίου του αζώτου (NO), ενώ ανασταλτικό ρόλο στην δημιουργία στύσης διαδραματίζει το ένζυμο της φωσφοδιεστεράσης (PDE) και συγκεκριμένα το πέμπτο (PDE-5) ισοένζυμο αυτής (σημαντικό ένζυμο γιατί στην εξουδετέρωση της δράσης του αποσκοπούν οι φαρμακευτικές, υποβοηθητικές της στύσης παρεμβάσεις). (βλ. σχήμα 1)

Πού οφείλεται η στυτική δυσλειτουργία στον ΣΔ;

Η βασική αιτία της στυτικής δυσλειτουργίας είναι η ανατροπή της ισορροπίας μεταξύ συστολής και χάλασης του λείου μυϊκού ιστού των σπραγγωδών αρτηριών μεταξύ δηλ. αγγειοδιαστολής και αγγειοσύσπασης.

Στον σακχαρώδη διαβήτη παρατηρείται συχνά (έως και στο 40% των διαβητικών ατόμων) νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος (Α.Ν.Σ.). Πρόκειται για κατάσταση με συγκεκριμένη σημειολογία που η συχνότητά της αυξάνεται με την διάρκεια του διαβήτη και σε διαβητικούς ασθενείς με περιφερική νευροπάθεια, αμφιβληστροειδοπάθεια, ιστορικό εμφράγματος είναι πλέον συχνή. Η νευροπάθεια του Α.Ν.Σ. οδηγεί σε ανισορροπία μεταξύ παρασυμπαθητικού και συμπαθητικού νευρικού συστήματος, δυσλειτουργία κύρια του παρασυμπαθητικού, μειωμένη αγγειοδιαστολή των σπραγγωδών αρτηριών, μειωμένη στύση. □

Στον σακχαρώδη διαβήτη παρατηρείται επίσης συχνά αγγειοπάθεια, και συγκεκριμένα μακροαγγ/θεια (αθηρωμάτωση των μέσων και μεγάλου εύρους αρτηριών) και μικροαγγειοπάθεια. Οι αθηρωματικές αλλοιώσεις των αγγείων του πέλους έχουν σαν συνέπεια τον περιορισμό της αρτηριακής παροχής στα σπραγγώδη σώματα και εμφάνιση στυτικής δυσλειτουργίας. Βεβαίως για να συμβεί στυτική δυσλειτουργία από αγγειοπάθεια πρέπει να υπάρχουν βαρύτητες, εκτεταμένες διάχυτες αθηρωματικές αλλοιώσεις, κατάσταση όχι συχνή στον Σ.Δ.

Ο Σ.Δ. επίσης οδηγεί σε δυσλειτουργία του ενδοθηλίου των αγγείων με αποτέλεσμα μειωμένη παραγωγή NO που είναι όπως αναφέρθηκε ισχυρή αγγειοδιασταλτική ουσία.

Η παρουσία στυτικής δυσλειτουργίας δυνατόν να αποτελέσει προγνωστικό δείκτη σιωπηλής ισχαιμίας του μυοκαρδίου στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Τέλος είναι αυξημένη η ψυχογενής δυσλειτουργία που οδηγεί σε στυτική δυσλειτουργία στα άτομα με Σ.Δ. Είναι γνωστό και τεκμηριωμένο ότι λόγω της χρόνιας νόσου και των συνεπειών της, οι διαβητικοί παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά κατάθλιψης και αγχωδών διαταραχών, καταστάσεις που μπορούν πρωτογενώς να προκαλέσουν στυτική δυσλειτουργία.

Πώς γίνεται ο έλεγχος, η διερεύνηση της στυτικής δυσλειτουργίας στον διαβητικό ασθενή;

Το άτομο με Σ.Δ. θα πρέπει πρώτα να συνεργασθεί με τον προσωπικό του γιατρό, τον διαβητολόγο του. Να συζητήσει για τους διαφόρους παράγοντες που ευνοούν την εκδήλωση της στυτικής δυσλειτουργίας (φάρμακα, καπνός, αλκοόλη, ψυχολογικοί παράγοντες κλπ.). Να βοηθήσει στην λήψη σεξουαλικού ιστορικού από τον γιατρό (πρόσφατη στυτική δυσλειτουργία, διαλείπουσα ή από παλιά, χαρακτήρες δυσλειτουργίας, αν υπάρχουν νυκτερινές στύσεις ή όχι, αν σχετίζεται ή όχι με εξάρσεις απορυθμίσεων του διαβήτη κλπ.). Να υποβληθεί σε εργαστηριακή διερεύνηση που περιλαμβάνει:

- ✓ την εκτίμηση της μεταβολικής ρύθμισης (σάκχαρο, HBA1C)
- ✓ την εκτίμηση της νεφρικής λειτουργίας

Πίνακας 2

Αναστολείς PDE-5 Φαρμακοκινητικές παράμετροι			
Παράμετροι	βαρδεναφίλη	σιλδεναφίλη	ταδαλαφίλη
T _{MAX} (3 ώρες) (Μέση τιμή)	1	1	2
T _{1/2} (ώρες)	4-5	11-5	17.5
Δεσμευση με πρωτεΐνες στο πλάσμα %	95	96	94
Μεταβολίτες (αναταξι στο ήπαρ από το κυκλογράμιο (CYP) 3A4)	CYP3A4	CYP3A4	CYP3A4
Αιχμηρήση κόπωσης/αύρα %	91-95/2-6	80/13	61/36

1. Klotz, et al. Pharmacotherapy 2002; 22:418
 2. Sildenafil product monograph
 3. Porst. UIR 2002; 14 [Suppl 1]: S57 -S64

- ✓ τον έλεγχο ύπαρξης μακροαγγειοπάθειας (ΗΚΓμα, φουσήματα καρωτίδων, κνημοβραχιόνιος δείκτης)
- ✓ την διερεύνηση για νευροπάθεια του Α.Ν.Σ.

Η διερεύνηση αυτή γίνεται με τις διάφορες ειδικές δοκιμασίες (απώλεια διακύμανσης καρδιακού ρυθμού κατά την διάρκεια βαθιών εισπνοών, μέτρηση διαφοράς καρδιακής συχνότητας από ύπτια σε ορθία θέση, μέτρηση αρτηριακής πίεσης σε ορθία θέση, δοκιμασία Valsalva κλπ).

- ✓ Τον ειδικό εκσεσημασμένο αιμοδυναμικό έλεγχο (εάν απαιτείται) που περιλαμβάνει:
 - την μέτρηση του βραχιονοπέικου δείκτη πίεσης
 - το Doppler υπερηχογράφημα των σπραγγωδών αρτηριών
 - την δυναμική σπραγγομετρία, σπραγγογραφία.

Είναι αποτελεσματική η φαρμακευτική αντιμετώπιση της στυτικής δυσλειτουργίας του Σ.Δ. και ποια είναι αυτή;

Από 5ετίας έχει προσελκύσει ιδιαίτερα το ενδιαφέρον του ιατρικού κόσμου, αλλά και της κοινής γνώμης η κυκλοφορία φαρμακευτικών ουσιών που υποβοηθούν ουσιαστικά την στυτική δυσλειτουργία. Οι ουσίες αυτές είναι βασικά εκλεκτικοί αναστολείς του 5ου ισοενζύμου της φωσφοδιεστεράσης (PDE5) με αποτέλεσμα αποκατάσταση της αγγειοδιαστολής των σπραγγωδών αρτηριών και άρα της στύσης, με την προϋπόθεση βέβαια της σεξουαλικής διέγερσης (χωρίς διέγερση δεν υπάρχει δράση των φαρμάκων αυτών).

Οι δυο από αυτές τις ουσίες, η σιλδεναφίλη (Viagra) και η βαρδεναφίλη (Levitra) έχουν ταχεία δράση, ενώ η τρίτη φαρμ. ουσία, η ταδαλαφίλη (Cialis) έχει 24ωρη διάρκεια δράσης (βλ. πίνακα 2)

Στοιχεία από κλινικές μελέτες δείχνουν ιδιαίτερα ικανοποιητική την δράση των φαρμάκων αυτών στα άτομα με ΣΔ, καθώς σε ποσοστά μέχρι και 70% επιτεύχθηκε επιτυχής σεξουαλική επαφή μετά λήψη των ουσιών αυτών. (βλ. σχήμα 2) Οι ανεπιθύμητες ενέργειες δεν είναι σημαντικές: κεφαλαλγία (10 – 16%), αίσθημα έξαψης (flashing) (4 – 10%), δυσπεψία (4 – 5%), παροδικές διαταραχές όρασης (1 – 3%), ρινική συμφόρηση (3 – 5%).

Βεβαίως ανέκαθεν υπήρχε ένας ιδιαίτερος προβληματισμός για τις ενδεχόμενες παρενέργειες από το καρδιαγγειακό των φαρμάκων αυτών. Παρόλο δε που τα στοιχεία από τις μελέτες δεν δείχνουν αυξημένη επίπτωση εμφραγμάτων στην ομάδα αυτών που ελάμβαναν τις φαρμακευτικές αυτές ουσίες συγκριτικά με την ομάδα του εικονικού φαρμάκου, εντούτοις χρήσιμο είναι τα άτομα με Σ.Δ. πριν λάβουν τα φάρμακα αυτά να υποβληθούν σε ένα αδρό καρδιολογικό έλεγχο (test κόπωσης, triplex καρδιάς) για το ενδεχόμενο σιωπηλής ισχαιμίας και όχι μόνο.

Απόλυτη πάντως αντένδειξη αναστολέων PDE-5 αποτελεί η συγχρόνηση με νιτρώδη, ενώ σχετική αντένδειξη των αναστολέων παρατηρείται όταν υπάρχει αντένδειξη σεξουαλικής δραστηριότητας (ασταθής στηθάγχη, καρδιακή ανεπάρκεια III και IV βαθμού κατά NYHA, στους πρώτους 2 μήνες μετά έμφραγμα μυοκαρδίου, στην βαριά ηπιατική και νεφρική ανεπάρκεια).

Παρουσιάζεται σεξουαλική δυσλειτουργία στις διαβητικές γυναίκες;

Με την ενδεχόμενη δυσλειτουργία στις γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη πολύ λιγότερο έχει ασχοληθεί η έρευνα με αποτέλεσμα και τα υπάρχοντα δεδομένα να μην είναι ιδιαίτερα αποφασιστικά. Σε αυτό συμβάλλει και το γεγονός ότι δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός και “στανταρισμένος” προσδιορισμός της γυναικείας σεξουαλικής δυσλειτουργίας, υπάρχει σχετική απουσία καλά επικυρωμένων μεθόδων μέτρησης και αξιολόγησης της δυσλειτουργίας αυτής, ενώ υπάρχουν και κοινωνικά “ταμπού” αναφορικά με τη γυναικεία σεξουαλικότητα.

Πάντως, από μερικές κλινικές έρευνες τεκμαίρεται ότι υπάρχει σχετικά υψηλός επιπολασμός σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις γυναίκες με Σ.Δ. (π.χ. 27% σε γυναίκες με Σ.Δ.Ι και μέση ηλικία 38 έτη).

Η σεξουαλική δυσλειτουργία στις γυναίκες με Σ.Δ. εκφράζεται με διάφορα συμπτώματα όπως: Απώλεια του σεξουαλικού ενδιαφέροντος και επιθυμίας, δυσκολία διέγερσης, δυσκολίες κοιλιακής ύγρανσης, πόνος κατά την συνουσία (δυσπαρευνία), και απώλεια της ικανότητας οργασμού.

Σε πρόσφατη μελέτη που βαθμονομήθηκε η σεξουαλική δυσλειτουργία σε διαβητικές γυναίκες και συγκρίθηκε με εξομοιωμένες σε ηλικία μη διαβητικές, φάνηκε ότι οι διαβητικές παρουσίαζαν σημαντικά χειρότερη σεξουαλική λειτουργία, σε όλες τις επιμέρους πτυχές της δυσλειτουργίας αυτής. Στην γενόμενη δε, πολυπαραγοντική ανάλυση δείχθηκε ότι η ηλικία και η διάρκεια του διαβήτη ήταν οι ανεξάρτητα σχετιζόμενοι παράγοντες με την δυσλειτουργία αυτή.

Σε άλλη, πολύ καλά οργανωμένη μελέτη (καίτοι cross sectional μελέτη), που είναι ίσως η πλέον σημαντική στο θέμα αυτό από την ομάδα της DCCT – EDIC study: διαπιστώθηκε επιπολασμός σεξουαλικής δυσλειτουργίας 35% στο δείγμα που ελέγχθηκε. Ο πληθυσμός της EDIC που εντάχθηκε στην μελέτη ήταν 652 γυναίκες με Σ.Δ. τύπου Ι (αφού αποκλείστηκαν οι μη ενεργείς σεξουαλικά) και η μέση ηλικία ήταν 43 έτη. Για την εκτίμηση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας χρησιμοποιήθηκε η πλέον αποδεκτή μέθοδος μέτρησης, η FSFI: Female Sexual Function Index. Διαπιστώθηκε ότι μεταξύ των γυναικών με σεξουαλική δυσλειτουργία 57% παρουσίαζαν απώλεια libido, 51% προβλήματα οργασμού, 47% δυσκολίες κοιλιακής ύγρανσης σε δυσπαρευνία.

Στην μονοπαραγοντική ανάλυση ελέγχθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ σεξουαλικής δυσλειτουργίας και ηλικίας, συζυγικού status (οι παντρεμένες παρουσίαζαν θετική συσχέτιση), status εμμηνοπαύσης (οι μετεμμηνοπαυσιακές παρουσίαζαν θετική συσχέτιση) μικροσγγειοπάθειας και κατάθλιψης.

Στην πολυπαραγοντική ανάλυση, ανεξάρτητοι παράγοντες κινδύνου παρέμειναν η κατάθλιψη και το συζυγικό status.

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η σεξουαλική λειτουργία στις διαβητικές γυναίκες επηρεάζεται πολύ περισσότερο από ψυχολογικούς παράγοντες και επιδράσεις (π.χ. κατάθλιψη) παρά από την μεταβολικής ρύθμιση ή τις χρόνιες επιπλοκές της νόσου. Το μοντέλο συσχέτισης καρδιαγγειακών επιπλοκών και αυτόνομης νευροπά-

θειας με την σεξουαλική δυσλειτουργία στους διαβητικούς άνδρες δεν φαίνεται να έχει ιδιαίτερη ισχύ στις γυναίκες. Οι ψυχολογικοί παράγοντες και ιδιαίτερα η κατάθλιψη ενοχοποιούνται κυρίως για την συμπτωματολογία της σεξουαλικής δυσλειτουργίας στις διαβητικές γυναίκες. Αυτό έδειξαν και οι άλλες μικρές μελέτες που διερεύνησαν το θέμα αυτό.

Το ενδιαφέρον βέβαια ερώτημα είναι εάν η αντιμετώπιση, η βελτίωση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας συμβάλλει σε αντίστοιχη βελτίωση της σεξουαλικής δυσλειτουργίας. Απάντηση στο ερώτημα αυτό προς το παρόν δεν υπάρχει, γιατί λείπουν αντίστοιχες μελέτες που θα το διερευνούν. Πάντως, τα δεδομένα μας δείχνουν ότι η σεξουαλική δυσλειτουργία στις διαβητικές γυναίκες είναι πλέον ένα υπαρκτό και σημαντικό πρόβλημα με το οποίο πρέπει η ιατρική κοινότητα να ασχοληθεί. Ένα πρόβλημα που απαιτεί μάλλον ψυχολογική προσέγγιση και διαπροσωπική σχέση παρά φαρμακοθεραπεία και ατέλειωτη σειρά εξετάσεων.

Συμπέρασμα

Στο φως των νέων δεδομένων η στυτική δυσλειτουργία στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι πλέον μια κατάσταση που προκαλεί απόγνωση, απελπισία και απόσυρση στο άτομο που ενδεχόμενα θα παρουσιασθεί. Είναι κατάσταση που είναι δυνατόν να προληφθεί, να ελεγχθεί κατάλληλα και το κυριότερο να αντιμετωπισθεί αποφασιστικά.

Παρόμοια και η υπαρκτή πλέον σεξουαλική δυσλειτουργία στην γυναίκα με διαβήτη είναι προσεγγίσιμη και αντιμετωπίσιμη.

Αποφασιστικός παράγοντας της ορθής αντιμετώπισης των διαταραχών αυτών είναι η διαπροσωπική και υποστηρικτική σχέση θεραπευτή και θεραπευομένου και βεβαίως η αποτελεσματική γλυκαιμική ρύθμιση. ■

Σύμφωνα με τα νέα δεδομένα, η στυτική δυσλειτουργία στο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι πλέον μια κατάσταση που προκαλεί απόγνωση, απελπισία και απόσυρση στο άτομο που ενδεχόμενα θα παρουσιασθεί. Είναι κατάσταση που είναι δυνατόν να προληφθεί, να ελεγχθεί κατάλληλα και το κυριότερο να αντιμετωπισθεί αποφασιστικά

Σακχαρώδης διαβήτης και οστεοπόρωση

Η οστεοπόρωση χαρακτηρίζεται από μείωση της οστικής μάζας ενός ατόμου συγκριτικά με φυσιολογικά άτομα ίδιου φύλου και ηλικίας, η οποία συνδυάζεται με διαταραχές στην αρχιτεκτονική των οστικών δοκίδων



ΔΗΜΗΤΡΗΣ Ι. ΧΑΤΖΗΔΑΚΗΣ,

αναπληρωτής καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας, υπεύθυνος Ενδοκρινολογικής Μονάδας Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Συνέπεια των παραπάνω είναι η επιρρέπεια του ατόμου σε παθολογικό κάταγμα που αποτελεί το καθοριστικό στοιχείο της οστεοπόρωσης. Παθολογικό ή αυτόματο είναι το κάταγμα που προκαλείται από ασήμαντη ή ακόμη και χωρίς κάκωση. Η οστεοπόρωση αφορά όχι μόνο τις γυναίκες (αν και συνηθέστερη σε αυτές) αλλά και τους άνδρες. Ως πρόδρομο στάδιο πριν από την οστεοπόρωση υπάρχει η οστεοπενία. Και για τις δύο έχουν τεθεί όρια αναφοράς από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας με βάση τις τιμές της οστικής πυκνότητας του ατόμου και με τα οποία αυτό χαρακτηρίζεται ως οστεοπενικό ή οστεοπορωτικό.

Η οστεοπόρωση αποτελεί ιατρικό πρόβλημα με τεράστια κοινωνικοοικονομική σημασία. Η τελευταία προκύπτει από τις δαπάνες νοσηλείας των ατόμων με παθολογικά κατάγματα ιδιαίτερα του ισχίου. Τη σημερινή εποχή με την αύξηση του προσδόκιμου της επιβίωσης η γυναίκα διάζει το ένα τρίτο περίπου της ζωής της μετά την εμμηνόπαυση, η οποία όπως είναι γνωστό προάγει την οστική απώλεια. Από τη άλλη μεριά ο αριθμός των καταγμάτων επίσης αυξάνει θεαματικά. Για παράδειγμα το 1990 τα κατάγματα ισχίου ήταν 1.660.000 τον χρόνο, ενώ το 2050 υπολογίζεται ότι θα ανέρχονται σε 6.260.000 (σχεδόν τετραπλάσια).

Παρά τις αρκετές εργασίες που έχουν γίνει στο θέμα της σχέσης διαβήτη και οστεοπόρωσης δεν είναι ακριβώς βέβαιο αν αυτή είναι αιτιολογική ή απλά πρόκειται για συνύπαρξη των δύο νοσημάτων. Ήδη από το 1927 υπήρξε ένδειξη στη βιβλιογραφία ότι διαβητικά άτομα μπορεί να εμφανίσουν καθυστέρηση στη σκελετική τους ανάπτυξη. Όπως είναι γνωστό το 99% της ποσότητας του ασβεστίου βρίσκεται αποθηκευμένο στα οστά, ενώ μέρος αυτού βρίσκεται σε συνεχή διακίνηση προς και από την κυκλοφορία, το έντερο και τους νεφρούς.

Η καθιέρωση νέων μεθόδων προσδιορισμού της οστικής μάζας όπως η απορροφησιμετρία των φωτονίων έδωσε τη δυνατότητα έγκαιρης διαπίστωσης τυχόν οστεοπενίας που όπως προαναφέρθηκε αποτελεί κατάσταση πριν από την οστεοπόρωση. Αυτό έχει μεγάλη σημασία δεδομένου ότι ήδη και σε αυτό το στάδιο η



εφαρμογή προληπτικής αγωγής για την αποφυγή μετάπτωσης σε οστεοπόρωση. Η παρέμβαση είναι περισσότερο από απαραίτητη ιδιαίτερα αν το άτομο έχει στο ιστορικό του ένα ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση. Τέτοιοι παράγοντες αναφέρονται στον πίνακα 1. Η ανεπαρκής πρόσληψη ασβεστίου και η μειωμένη σωματική άσκηση έχουν καθοριστικό ρόλο όταν αφορούν την παιδική και την εφηβική ηλικία χωρίς να υπολείπονται σε σημασία και στην ενήλικη ζωή. Επιπλέον το κάπνισμα, η κατάχρηση οινόπνευματων και η χρήση ορισμένων φαρμάκων όπως και

Πίνακας 1

Παράγοντες κινδύνου για οστεοπορωτικό κάταγμα
Λεπτή σωματική κατασκευή
Ιστορικό κατάγματος
Κληρονομικό ιστορικό οστεοπόρωσης
Πρώρη εμμηνόπαυση
Υπογοναδισμός
Κάπνισμα
Κατάχρηση οινόπνευματων
Χαμηλή πρόσληψη ασβεστίου
Μειωμένη σωματική άσκηση
Παρατεταμένη ακινησία
Φάρμακα

διάφορα νοσήματα συμβάλλουν στην πρόκληση οστεοπενίας.

Μέχρι τώρα γνωρίζουμε ότι η οστεοπενία μπορεί να απαντά και στους δύο τύπους του διαβήτη. Όμως, ενώ τα δεδομένα για τον τύπο 1 είναι περισσότερο σαφή αφού οι περισσότερες μελέτες συνηγορούν για μείωση της οστικής μάζας, στον τύπο 2 εξακολουθούν να υφίστανται ετερογενή αποτελέσματα με την έννοια αυξημένων, μειωμένων ή και παρόμοιων τιμών οστικής μάζας σε σύγκριση με φυσιολογικά άτομα όμοιων ανθρωπομετρικών χαρακτηριστικών. Εκτός από την οστική μάζα όπως προαναφέρθηκε, στο θέμα οστεοπόρωση υπάρχει ο παράγοντας κατάγμα που είναι η τελική έκβαση της μείωσης της οστικής μάζας σε συνδυασμό με τη διαταραχή της αρχιτεκτονικής του οστού. Και σε αυτό το σημείο πάλι τα στοιχεία της βιβλιογραφίας διίστανται. Παλαιότερα αναφερόταν ακόμη και ελαττωμένος αριθμός καταγμάτων σε άτομα με διαβήτη τύπου 2. Πρόσφατες όμως μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος οστεοπορωτικού κατάγματος είναι αυξημένος στο διαβητικό άτομο. Πάντως τα κατάγματα του περιφερικού σκελετού (στα κάτω άκρα) είναι περισσότερα σε διαβητικά άτομα στα οποία υπάρχει νευροπάθεια. Θα πρέπει να τονιστεί ότι στην περίπτωση του σακχαρώδη διαβήτη, εκτός από τη μείωση της οστικής μάζας στην πρόκληση κατάγματος, συμβάλλουν επιπλοκές που ήδη μπορεί να προϋπάρχουν λόγω της ίδιας της νόσου: για παράδειγμα αμφιβληστροειδοπάθεια (με συνέπεια διαταραχές όρασης), όπως και συμβάματα από το καρδιαγγειακό σύστημα που έχουν ως συνέπεια διαταραχές της εγκεφαλικής αιμάτωσης και επιρρέπεια ιδίως των ηλικιωμένων σε πτώσεις.

Εξαρτάται η οστεοπενία από τους υδατάνθρακες;

Το ερώτημα που δικαιολογημένα προκύπτει, είναι αν η ύπαρξη οστεοπενίας, καθώς και ο βαθμός της, εξαρτώνται από την ποιότητα ρύθμισης του μεταβολισμού των υδατανθράκων. Και σε αυτό το σημείο αναφέρονται αντικρουόμενα δεδομένα, αν και αρκετές μελέτες συνηγορούν για απουσία σχέσης μεταξύ ρύθμισης του σακχάρου (όπως διαπιστώνεται με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης) και συμπεριφοράς της οστικής μάζας. Όμως αυτό δεν σημαίνει ότι ο στόχος πρέπει να μη είναι άλλος από εκείνον της καλύτερης δυνατής ρύθμισης του σακχάρου όπως ισχύει και στην περίπτωση πρόληψης των άλλων κλασικών επιπλοκών του διαβήτη. Ως προς τη σχέση διάρκειας του διαβήτη και μεταβολών του οστικού ισοζυγίου, στον τύπο 1 η παρουσία της νόσου για πάνω από πέντε χρόνια μπορεί να συνδέεται με εντονότερη μείωση της οστικής μάζας.

Η οστική μάζα (η οποία αναφέρεται και ως οστική πυκνότητα) μπορεί να προσδιοριστεί στις κλασικές ανατομικές θέσεις που συμβαίνουν τα οστεοπορωτικά κατάγματα όπως είναι το αντιβράχιο, οι σπόνδυλοι και το άνω άκρο του μηριαίου. Η μέτρηση γίνεται στις παραπάνω περιοχές με την τεχνική της απορροφησιμότητας των φωτονίων. Η εξέταση διαρκεί περίπου 10 λεπτά και το ποσό της ακτινοβολίας είναι κατά πολύ λιγότερο από εκείνο της απλής ακτινογραφίας. Οι τιμές της πυκνότητας πρέπει να αξιολογούνται πάντα σε σχέση με τις αντίστοιχες τιμές αναφοράς από τον πληθυσμό που ανήκει το άτομο, δεδομένου ότι και μεταξύ

Πίνακας 2

Απαιτούμενες ποσότητες ασβεστίου (mg/ημ)	
Παιδιά 1-5 ετών	800
Έφηβοι	1200-1500
Άνδρες 25-65	1000
Άνδρες >65	1500
Γυναίκες 25-50	1000
Γυναίκες >50	1200
Γυναίκες >65	1500
Κύηση- Γαλουχία	1200

των διαφόρων πληθυσμών υπάρχουν διαφορές. Αυτές αφορούν διατροφικές συνήθειες όπως η πρόσληψη ασβεστίου (λήψη γαλακτοκομικών), τη φυσική άσκηση, την ηλιοφάνεια (βιταμίνη D), καθώς και την περιεκτικότητα του νερού σε φθόριο.

Αγωγή οστεοπενίας

Τι αγωγή πρέπει να ακολουθηθεί αν ένα άτομο βρεθεί να έχει οστεοπενία ή οστεοπόρωση με βάση τις μετρήσεις της οστικής μάζας; Θα πρέπει στο σημείο αυτό να τονιστεί ότι η απόφαση για την αγωγή τόσο στην πρώτη όσο και στη δεύτερη περίπτωση δεν στηρίζεται μόνο στα αποτελέσματα των μετρήσεων της οστικής μάζας (πυκνότητας) αλλά στη συνεκτίμηση κι άλλων στοιχείων όπως οι παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση (που αναφέρονται στον πίνακα) και οι βιοχημικοί δείκτες του οστικού μεταβολισμού. Οι τελευταίοι είναι ουσίες που προσδιορίζονται είτε στο αίμα είτε στα ούρα και παρέχουν πληροφορίες για τον ρυθμό με τον οποίο το οστό σχηματίζεται ή αποδομείται. Ιδιαίτερα στα διαβητικά άτομα, όπως προαναφέρθηκε, συχνά υπάρχουν επιπρόσθετοι λόγοι για τους οποίους η πρόκληση αυτόματου κατάγματος είναι πιθανότερη, όπως για παράδειγμα από τις επιπλοκές του διαβήτη η αγγειοπάθεια ή διαταραχές της όρασης που καθιστούν τις πτώσεις ευκολότερες.

Από πλευράς διατροφικής και φαρμακευτικής αγωγής στο στάδιο της οστεοπενίας ή της οστεοπόρωσης ισχύουν βασικά οι ίδιες αρχές όπως στα μη διαβητικά άτομα. Βέβαια προκύπτουν ιδιαιτερότητες που έχουν σχέση με τον διαβήτη και οι οποίες πρέπει να τύχουν προσοχής, όπως η λήψη γαλακτοκομικών με χαμηλή περιεκτικότητα σε λιπαρά, η επαρκής αλληλά ταυτόχρονα με μέτρο χορήγηση ασβεστίου αν υφίσταται αγγειοπάθεια κ.ά. Ο πίνακας 2 παρέχει ενδεικτικά τις ποσότητες στοιχειακού ασβεστίου που απαιτούνται για διατήρηση του οστικού ισοζυγίου αναλόγως προς την ηλικία.

Συμπερασματικά τα μέχρι στιγμής βιβλιογραφικά δεδομένα δείχνουν συμμετοχή του σακχαρώδη διαβήτη στην πρόκληση κυρίως οστεοπενίας, αλλά και οστεοπόρωσης. Από τους δύο τύπους του διαβήτη, ο τύπος 1 φαίνεται να ενέχεται περισσότερο. Η κλινική σημασία της οστεοπενίας στον διαβήτη γίνεται μεγαλύτερη όταν στο συγκεκριμένο άτομο συνυπάρχουν και άλλοι παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση. Αναφορικά με τη συχνότητα των καταγμάτων, αυτή εμφανίζεται αυξημένη στα διαβητικά άτομα και επηρεάζεται από την ύπαρξη διαβητικών επιπλοκών όπως η αμφιβληστροειδοπάθεια και η νευροπάθεια. ■

«Το να μάχεσαι κατά του διαβήτη, το βρήκα πολύ γοητευτικό»

Αγωνίστρια, μαχήτρια, με πάθος για τη ζωή, αντιμετωπίζει με σθένος τον διαβήτη και αφιερώνει την επαγγελματική και προσωπική της πορεία στο να βοηθήσει τα άτομα αυτά. Σπούδασε νοσοκόμα και τάχθηκε στο πλευρό των μικρών παιδιών που έχουν διαβήτη. Η ενημέρωση και εκπαίδευση των παιδιών και των γονέων τους, θεωρεί ότι είναι ένα από τα σημαντικότερα βήματα που πρέπει να γίνονται. Η Νατάσα Χρυσανθακοπούλου, νοσηλεύτρια στα παιδιατρικά τακτικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και του Παιδοδιαβητολογικού Ιατρείου, παραδίδει μαθήματα θάρρους για τη ζωή που ζουν τα άτομα με διαβήτη



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΙΑ ΟΛΟΝΣ

Ο διαβήτης εμφανίστηκε στη ζωή μου όταν ήμουν 10 ετών. Λίγο το ένστικτο της μάνας, λίγο οι ιατρικές της γνώσεις, ένα βράδυ ήλθε σε έναν φίλο μας παιδίατρο: «Η Νατάσα έχει διαβήτη!». Στην αρχή ο γιατρός προσπάθησε να την πρημήσει, αλλά το τεστ ούρων που έκανα στο σπίτι έδειξε τη γλυκόζη και την οξόνη πολύ ανεβασμένη. Δυστυχώς, η μητέρα μου είχε δίκιο.

Όπως ήταν λογικό, το πρώτο διάστημα μετά τη διάγνωση είχαμε πανικοβληθεί όλοι, αλλά στη συνέχεια το αντιμετωπίσαμε με ψυχραιμία. Ήταν πολύ σημαντικό για μένα να βλέπω τη μητέρα μου να θέλει να με κάνει να αισθανθώ ότι δεν είμαι άρρωστη!

Στην αρχή τον διαβήτη τον αντιμετωπίζα σαν ένα παιχνίδι. Ζύγιζα καθημερινά το φαγητό μου, έβαζα στοιχήματα για τις τιμές της γλυκόζης μου και κατά κάποιον τρόπο «έπαιζα» τον γιατρό και τον ασθενή με τους γύρω μου. Από ότι μου έλεγαν οι συγγενείς μου ήμουν ένα γενναίο παιδί και δεν παραπονιόμουν για τις ενέσεις και τις μετρήσεις που έπρεπε να κάνω καθημερινά.

Με τη σωστή υπόδειξη του γιατρού μου, ενημερώθηκαν όλοι για τον τρόπο που θα πρέπει να με αντιμετωπίζουν. Αρκετές φορές έβλεπα τον οίκτο στα μάτια τους, όμως το είχα συνηθίσει και πριν τη διάγνωση του διαβήτη, εξαιτίας του θανάτου του πα-

Ποτέ δεν στάθηκε ο διαβήτης εμπόδιο στη ζωή μου. Ίσως να με έκανε και καλύτερο άνθρωπο, σίγουρα όμως με έκανε πιο δυνατή

τέρα μου. Η μητέρα μου, μου έλεγε πάντα ότι: «Το βλέμμα ενός ανθρώπου είναι η εικόνα της αλήθειας του». Για τον λόγο αυτό, τους κοίταζα και εγώ με τέτοιο τρόπο ούτως ώστε να καταλάβουν ότι δεν είμαι ένα «κακόμοιρο» και άρρωστο παιδί, αλλά ένα παιδί δυνατό και μαχητικό. Όχι ότι δεν επιθυμούσα και εγώ κάποιες φορές να νιώσω βοημένη και «χαλαρή», αλλά το να είσαι... μαχητής το βρήκα τελικά πολύ γοητευτικό.

Δεν ξέρω αν ήμουν απλά τυχερή ή το κατάφερα εγώ, αλλά ποτέ δεν είχα πρόβλημα με τους γύρω μου. Ήξεραν σχεδόν όλοι για τον διαβήτη μου, αλλά ήμουν τόσο δραστήριο παιδί που τους έκανα να ασχολούνται με άλλα πράγματα.

Στην εφηβεία μου όμως, δυσκολεύτηκα αρκετά. Έκανα την επανάστασή μου και στο θέμα του διαβήτη. Ένιωθα ότι τον βαρέθηκα, με κούρασε. Εκείνη την περίοδο της ζωής σου, ίσως κατάλαβα ότι ο διαβήτης δεν ήταν τελικά παιχνίδι, αλλά κάτι πιο σοβαρό. Έκανα ατασθαλίες, τον παραμέλησα λίγο, είχα όμως στο πλάι μου μια καταπληκτική μητέρα (τη δικιά μου «ηρωίδα»), μια υπέροχη αδερφή, σπουδαίους φίλους και μία

Πάτρα και πήγα στην Αθήνα για να σπουδάσω και στη συνέχεια διορίστηκα στο Ηράκλειο της Κρήτης, όπου και βρίσκομαι τα τελευταία δύο χρόνια. Μένω μόνη μου και δεν ένιωσα ότι ο διαβήτης ήταν εμπόδιο σε τίποτα από αυτά. Ζω τη ζωή μου σαν όλους τους άλλους και μάλιστα πολύ έντονα. Ταξιδεύω, βγαίνω με τις παρέες μου, τρώω, πίνω, διασκεδάω, κάνω ότι κάνουν όλοι. Όχι ότι δεν υπάρχουν δυσκολίες, ούτε ότι δεν έχω κλάψει για το πρόβλημά μου και δεν έχω αναρωτηθεί το «γιατί», αλλά γέλασα ξανά και είπα ότι όλα μπορούμε να τα καταφέρουμε. Δεν ήλω ότι ο διαβήτης ρυθμίζεται εύκολα, αλλά με καλή εκπαίδευση, προσπάθεια και υπομονή μπορούμε να καταφέρουμε πολλά.

Ωστόσο, προβλήματα δεν έχω αντιμετωπίσει ιδιαίτερα στις επαγγελματικές μου σχέσεις. Είμαι νοσηλεύτρια στα παιδιατρικά τακτικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου και φυσικά και του Παιδοδιαβητολογικού Ιατρείου. Έχουν υπάρξει στιγμές που, λόγω κάποιας υπογλυκαιμίας ή κάποιας υπεργλυκαιμίας, πρέπει να σταματήσω τη δουλειά και να το

Για να μπορέσεις να φτάσεις στην αποδοχή, πρέπει να περάσεις από τον πόνο. Όλους μας, μας τρομάζει, αλλά υπάρχουν μηχανισμοί για να τον αποφύγουμε. Αν δεν τον βιώσουμε, ώστε να τον διαχειριστούμε, θα τον κουβαλάμε πάντα και τελικά δεν θα ζήσουμε καλά και αληθινά. Αυτό πρέπει να σκεπτόμαστε όλοι. Όλα τα στάδια πρέπει να τα περάσουμε για να προχωρήσουμε. Και αυτό του πόνου και αυτό της μη αποδοχής

καταπληκτική γιατρό. Όλοι αυτοί οι άνθρωποι, οι δικοί μου άνθρωποι, με βοήθησαν να συμφιλιωθώ ξανά με τον διαβήτη.

Αργότερα, στις σπουδές και τις σημαντικές αποφάσεις μου, δεν με επηρέασε ο διαβήτης, όχι τουλάχιστον αρνητικά. Όμως, ο διαβήτης ήταν σίγουρα ο λόγος που με έκανε να ακολουθήσω το επάγγελμα της νοσηλεύτριας. Από μικρή ήθελα να γίνω νοσηλεύτρια για να βοηθήσω τα παιδιά που αντιμετώπιζαν το ίδιο πρόβλημα. Δεν ήθελα να γίνω γιατρός για να μπορέσω να βρω τη θεραπεία... Ήθελα να είμαι αυτή που θα εκπαίδευε τα παιδιά που είχαν διαβήτη, που θα τους μιλούσε για αυτόν και θα τα βοηθούσε να τον αντιμετωπίσουν.

Αυτή είναι η άποψή μου μέχρι και σήμερα. Αυτό πιστεύω ότι λείπει από τα νοσοκομεία και τα διαβητολογικά κέντρα, «η εκπαίδευση των παιδιών και των οικογενειών τους που είναι πολύ σημαντική». Δεν γίνεται να αντιμετωπίσεις κάτι αν δεν το γνωρίζεις πολύ καλά.

Εάν κάποιος με ρωτούσε κατά πόσο στάθηκε εμπόδιο στη ζωή μου ο διαβήτης, θα του απαντούσα όχι. Έφυγα από την

αντιμετώπισω, αλλά αυτό θα με απασχολήσει για 5-10 λεπτά. Ευτυχώς όταν ρυθμίζεις τον διαβήτη σου καλά, αυτές οι στιγμές είναι λίγες. Φορώντας και αντίλη ισοουλίνης τα τελευταία τέσσερα χρόνια έχω καταφέρει έναν πολύ καλό γλυκαιμικό έλεγχο. Στη δουλειά μου με αντιμετωπίζουν με ιδιαίτερη μεταχείριση, αφού δεν μου δίνουν να κάνω βραδινές βάρδιες. Η ιδιαίτερη αυτή μεταχείριση θεωρώ ότι με βοηθάει στη ρύθμιση του διαβήτη και δεν θεωρώ σε καμία περίπτωση ότι εκμεταλλεύομαι την υπηρεσία μου, λόγω του προβλήματός μου. Υπάρχουν θέσεις μέσα στο νοσοκομείο που απαιτούν μόνο πρωινές και απογευματινές βάρδιες και μια τέτοια θέση έχω και εγώ. Δεν σημαίνει ότι δεν δουλεύω σκληρά.

Είμαι άνθρωπος που δεν παραποιέμαι για τον φόρτο εργασίας και ποτέ δεν χρησιμοποιώ το πρόβλημά μου σαν δικαιολογία, ώστε να δουλέψω λιγότερο. Το αντίθετο μάλιστα, επειδή ο διαβήτης είναι και κάτι «προσωπικό» μου, αφιερώνω μέρος από τον προσωπικό μου χρόνο για τα παιδιά που πάσχουν από το ίδιο πρόβλημα. ☐



Μπορεί να ακουστεί «ειρωνικό», αλλά ο διαβήτης μου και η ενασχόλησή μου με αυτόν, μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω και να συνεργαστώ με σπουδαίους γιατρούς, μα πάνω από όλα σπουδαίους ανθρώπους!

Επίσης, ούτε στις προσωπικές μου σχέσεις είχα προβλήματα λόγω του διαβήτη. Όπως ξαναείπα, οι άλλοι βλέπουν αυτό που εσύ θέλεις να τους δείξεις! Εφόσον βλέπουν ότι είμαι ένας άνθρωπος με ζωντάνια και μπορώ να κάνω αυτά που κάνουν

και οι άλλοι, με αποδέχονται με τον διαβήτη μου. Μπορούν άλλωστε να κάνουν διαφορετικά; Σίγουρα αγχώνονται για το μέλλον και για τυχόν επιπλοκές, αλλά αυτό είναι κάτι που ποτέ δεν πρόκειται να φύγει από το μυαλό τους. Όπως άλλωστε δεν φεύγει και από το δικό μου. Πάντα υπάρχει ο φόβος για τυχόν επιπλοκές. Μπορεί να είμαι αισιόδοξος άνθρωπος, αλλά δεν παύω να τρομάζω με αυτό το ενδεχόμενο. Για αυτό και προσπαθώ να ρυθμίζω καλά τον διαβήτη μου, ώστε να απομακρύνω όσο μπορώ τις πιθανότητες.

Η συμβολή των συλλόγων

Όσον αφορά τους συλλόγους ατόμων με διαβήτη, έχω να πω μόνο θετικά λόγια. Είμαι χρόνια μέλος της ΠΕΑΝΔ και τα τελευταία δύο χρόνια είμαι γραμματέας του Παγκρήτιου Συλλόγου για τον νεανικό διαβήτη. Η προσφορά του συλλόγου σε παιδιά με διαβήτη είναι μεγάλη, αν και θα μπορούσε να γίνει ακόμα μεγαλύτερη. Είναι σημαντικό να υπάρχουν άνθρωποι που μπορείς να μιλήσεις και να σε βοηθήσουν σε κάποιο πρόβλημά σου. Οι συναντήσεις ατόμων με διαβήτη βοηθούν να καταλάβουμε ότι δεν είμαστε μόνοι μας και ότι «περνάμε», ό,τι σκεφτόμαστε και ό,τι αισθανόμαστε το αισθάνονται και το σκέφτονται και άλλοι. Είχα την τύχη να συμμετέχω 12 ολόκληρα χρόνια στις παιδικές κατασκνήσεις που διοργανώνει η ΠΕΑΝΔ και αισθάνομαι μεγάλη τύχη και συγκίνηση για αυτό. Έκανα πολλούς φίλους και είδα πολλά παιδιά να βοηθιούνται μέσω των κατασκνήσεων. Στην κατασκήνωση κατάφερα να αγαπήσω και να αγαπηθώ πολύ... και πάνω από όλα να συμφιλιωθώ περισσότερο με τον διαβήτη μου.

Και στον σύλλογο εδώ στην Κρήτη, αυτό προσπαθούμε να κάνουμε. Να βοηθήσουμε τα παιδιά και τις οικογένειές τους σε όποιο πρόβλημα και αν αντιμετωπίζουν.

Μπορεί να ακουστεί «ειρωνικό», αλλά ο διαβήτης μου και η ενασχόλησή μου με αυτόν, μου έδωσε την ευκαιρία να γνωρίσω και να συνεργαστώ με σπουδαίους γιατρούς, μα πάνω από όλα σπουδαίους ανθρώπους!

Για να μπορέσεις να φτάσεις στην αποδοχή, πρέπει να περάσεις από τον πόνο. Όλους μας, μας τρομάζει, αλλά υπάρχουν μηχανισμοί για να τον αποφύγουμε. Αν δεν τον βιώσουμε, ώστε να τον διαχειριστούμε, θα τον κουβαλάμε πάντα και τελικά δεν θα ζήσουμε καλά και αληθινά. Αυτό πρέπει να σκεπτόμαστε όλοι. Όλα τα στάδια πρέπει να τα περάσουμε για να προχωρήσουμε. Και αυτό του πόνου και αυτό της μη αποδοχής.

Αυτό που βλέπω πολύ συχνά να συμβαίνει στο ιατρείο είναι η μεγάλη ανησυχία των γονιών, που πολλές φορές μετατρέπεται σε καταπίεση προς τα παιδιά τους. Έχουν δίκιο οι γονείς να ανησυχούν, αλλά έχουν δίκιο και τα παιδιά που προσπαθούν να ζήσουν φυσιολογικά, χωρίς να θέλουν να τους θυμίζουν αυτό που έτσι και αλλιώς δεν μπορούν να ξεχάσουν...

Ποτέ δεν στάθηκε ο διαβήτης εμπόδιο στη ζωή μου. Ίσως να με έκανε και καλύτερο άνθρωπο, σίγουρα όμως με έκανε πιο δυνατή. ■

Η διατροφή στο παιδί και τον έφηβο με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Η σωστή διατροφή αποτελεί αδιαμφισβήτητο κομμάτι της θεραπείας σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη. Στο πλαίσιο της θεραπείας αυτής μέσω της διατροφής στοχεύουμε πρωταρχικά στη βελτίωση των τιμών γλυκοζηλιωμένης και των επιπέδων σακχάρου



ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΗ,

παιδοδιαιτολόγος στο Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»



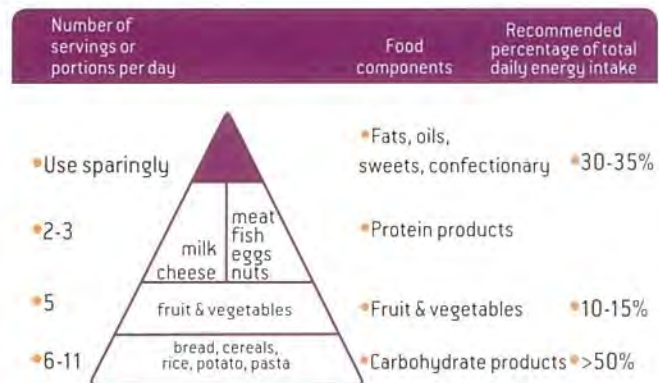
Παράλληλα, όμως, οι διαιτολόγοι οφείλουμε να μην παραβλέψουμε την κάλυψη των διατροφολογικών αναγκών του ασθενούς ανάλογα με την ηλικία, την προώθηση συνηθειών υγιεινής διατροφής και τον Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ), όπως επίσης την καταπολέμηση των συμπτωμάτων υπέρ- και υπογλυκαιμίας και την αντιμετώπιση άλλων ασθενειών που συνδέονται με τον σακχαρώδη διαβήτη, όπως κοιλιόκακη και κυστική νόσος. Σημαντικό στόχο ακόμη πρέπει να αποτελεί και ο σεβασμός στις οικογενειακές συνήθειες και στον τρόπο ζωής.

Οι βασικές διατροφικές ανάγκες ενός παιδιού ή εφήβου που πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη δεν διαφέρουν σε τίποτα από αυτές των συνομήλικών τους. Ξέρουμε ότι τα παιδιά κάτω των πέντε ετών χρειάζονται να λαμβάνουν περισσότερη ενέργεια από την τροφή τους σε θερμίδες, ενώ αυτό μεγαλώνοντας αλληλάζει και μετά τη ηλικία των πέντε οι ανάγκες και διατροφικές αρχές είναι παρόμοιες με αυτές των ενηλίκων. Ιδιαίτερα κρίσιμη είναι η περίοδος της εφηβείας όπου και οι θερμιδικές ανάγκες,

μαζί με αυτές σε ινσουλίνη, αυξάνουν σε μεγάλο βαθμό.

Υπάρχουν πάρα πολλά διαφορετικά μοντέλα και τρόποι που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν την εικόνα μιας σωστής διατροφής. Η γνωστή Πυραμίδα της Διατροφής ή πιο πρόσφατα το μοντέλο του Σωστού Πιάτου είναι μερικά από αυτά. Στην πράξη όμως και όταν πρόκειται για τη διατροφή ως μέρος της θεραπείας του σακχαρώδη διαβήτη δεν αρκεί μόνο μια «εικόνα» ενός ισορροπημένου γεύματος. Ο ίδιος ο ασθενής και συχνά ολόκληρη η οικογένεια πρέπει να γνωρίζουν ποιά ομάδα τροφών έχει άμεση επίδραση στα επίπεδα σακχάρου, πώς επιδρούν οι απλοί ή σύνθετοι υδατάνθρακες, ποιές μπορεί να είναι οι κρυφές πηγές υδατανθράκων, ποιός ο ρόλος του γλυκαιμικού δείκτη και ποιά η σχέση της διατροφής με την άσκηση ή το παιχνίδι. Ίσως η βάση όλων είναι η γνώση πως το συστατικό εκείνο των τροφίμων που έχει τη μεγαλύτερη και πιο άμεση δράση στα επίπεδα σακχάρου, άρα και τη χρήση της ινσουλίνης, είναι οι υδατάνθρακες. Οι υδατάνθρακες χωρίζονται σε δύο κατηγορίες: σύνθετοι και απλοί. Οι σύνθετοι υδατάνθρακες (ψωμί, πατάτες, ρύζι, δημητριακά) είναι αυτοί που διασπώνται και «απορροφούνται» αργά και όταν αποτελούν μέρος ενός γεύματος έχουν ως αποτέλεσμα την ομαλή αύξηση στα επίπεδα σακχάρου. Αντιθέτως, οι απλοί υδατάνθρακες (ζάχαρη, μέλι, γλυκά, σιρόπι) απορροφούνται πολύ γρήγορα και έχουν ως αποτέλεσμα την απότομη άνοδο αλλά και πτώση στα επίπεδα σακχάρου. □

Διατροφική πυραμίδα



source: www.childrenwithdiabetes.com - WHD recommendations



Το μεγαλύτερο κενό ή αλλήως α «αδύναμος κρίκος» στη σχέση διατροφή - θεραπεία σακχαρώδη διαβήτη είναι ότι στις περισσότερες περιπτώσεις ασθενών όταν αλλιάζει το σχήμα ινσουλινοθεραπείας, σπάνια ακολουθείται από την ανάλογη αλλιάγη στη δαιτολογική θεραπεία. Συχνά οι οικογένειες προσπαθούν να πετύχουν το καλύτερο δυνατό γλυκαιμικό αποτέλεσμα έχοντας στα χέρια τους, τους πιο σύγχρονους τύπους ινσουλίνης, αλλιά χωρίς καμία καθοδήγηση στο κομμάτι της διατροφής.

Ακολουθώντας θα εξετάσουμε τρία αντιπροσωπευτικά παραδείγματα ινσουλινοθεραπείας και πληροφορίες για το πως ο δαιτολογικός χειρισμός προσαρμόζεται ανάλογα.

1. NPH Ινσουλίνη (Humulin N)

Συνήθως δίνεται σε δύο δόσεις μέσα στο 24ώρο και απαιτεί ένα πιο σταθερό πρόγραμμα διατροφής. Ο κύριος λόγος για αυτό είναι επειδή γίνεται χρήση σταθερής δόσης ινσουλίνης. Ένα σωστό δαιτολογικό πρόγραμμα για τη συγκεκριμένη θεραπεία πρέπει να περιλαμβάνει τρία κυρίως γεύματα και δύο με τρία μικρογεύματα (ενδιάμεσα στα κυρίως και πριν τον ύπνο). Προσοχή, πρέπει να δίνεται σε ισορροπημένες δαιτροφικές επιλογές ανάλογα με την ηλικία του παιδιού και να τονίζεται ότι τα απαραίτητα μικρογεύματα δεν πρέπει να αποτελούν ευκαιρίες για να υπερβαίνουμε τους κανόνες της υγιεινής διατροφής.

2. Lantus - Actrapid

Εδώ έχουμε τον συνδυασμό μιας ινσουλίνης με διάρκεια 22-24 ωρών (Lantus) και μιας πιο άμεσης δράσης (Actrapid) μεταξύ 2,5-5 ώρες. Η ινσουλίνη άμεσης δράσης είναι αυτή που χρησιμοποιείται για να καλύψει τις ανάγκες του οργανισμού την ώρα των γευμάτων. Σίγουρα και στην περίπτωση αυτή είναι απαραίτητα τρία κυρίως γεύματα και τρία μικρογεύματα για να αποφύγουμε υπογλυκαιμίες μεταγευματικά. Το συγκεκριμένο σχήμα προσφέ-

ρει περισσότερη ελευθερία με τις επιλογές γευμάτων και κυρίως με τις ποσότητες. Με ασθενείς που χρησιμοποιούν παρόμοια σχήματα ινσουλινοθεραπείας αρχίζουμε και προσαρμόζουμε τις δόσεις της ινσουλίνης Actrapid στη διατροφή τους και όχι το αντίθετο, που συχνά είναι λανθασμένη τακτική. Ο παραγόντας εκείνος που επηρεάζει τις δόσεις της Actrapid είναι η ποσότητα υδατανθράκων που καταναλώθηκε σε κάθε γεύμα.

3. Lantus - Novorapid

Αυτή τη φορά η Lantus συνδυάζεται με μια ινσουλίνη ταχείας δράσης, με μέγιστη διάρκεια τριών ωρών. Το σχήμα αυτό προσφέρει τη μέγιστη ελευθερία και ευελιξία για τις επιλογές των γευμάτων και είναι πιο κοντά στο τι συμβαίνει στον οργανισμό ενός παιδιού ή εφήβου χωρίς σακχαρώδη διαβήτη. Δεν υπάρχει ανάγκη για μικρογεύματα κατά τη διάρκεια της ημέρας ή πριν τον ύπνο. Η δόση προσαρμόζεται πρωταρχικά ανάλογα με την περιεκτικότητα του γεύματος σε υδατάνθρακες. Ιδανικά μικρογεύματα που περιέχουν πάνω από 10-15 γραμμάρια υδατάνθρακα χρειάζονται επιπλέον δόση Novorapid.

Βασικά και κοινά σημεία της σωστής δαιτολογικής θεραπείας για όλα τα παραπάνω σχήματα ινσουλινοθεραπείας είναι ότι:

- ✓ Αν το παιδί ή ο έφηβος καταναλώνει γεύμα με υδατάνθρακες σίγουρα χρειάζεται δόση Actrapid ή Novorapid.
- ✓ Το παιδί ή ο έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να ακολουθεί μια ισορροπημένη διατροφή όπως και η υπόλοιπη οικογένεια.
- ✓ Δεν υπάρχει ανάγκη για ειδική «δίαιτα για διαβητικούς».
- ✓ Για τον καλύτερο έλεγχο του διαβήτη βοηθάει να ξερούμε περίπου την ποσότητα υδατανθράκων που καταναλώνονται σε κάθε γεύμα, σε γραμμάρια.
- ✓ Δεν υπάρχει όριο στο πόσα γραμμάρια επιτρέπονται την ημέρα.

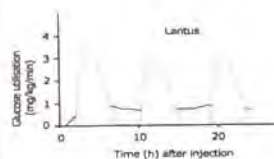
Είναι, λοιπόν, σημαντικό οι αλλιάγες στο σχήμα ινσουλίνης να ακολουθούνται από μια συνάντηση και περαιτέρω εκπαίδευση με τον/τη δαιτολόγο μέλος της ιατρικής ομάδας. Έτσι μόνο οι ασθενείς θα είναι σε θέση να πετύχουν τον καλύτερο δυνατό γλυκαιμικό έλεγχο. ■

NPH Ινσουλίνη (Humulin N)

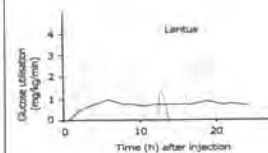


- Συνήθως 2 δόσεις την μέρα
- Απαιτεί πιο σταθερό πρόγραμμα διατροφής
- Χρήση σταθερής δόσης ινσουλίνης
- 3 κυρίως γεύματα και 2-3 μικρογεύματα
- Προσοχή για ισορροπημένα γεύματα ανάλογα με την ηλικία

Lantus - Actrapid



Lantus-Novorapid



Η απάντηση στην επικοινωνία της υγείας



MediVox

Healthcare Communications

Παιδική παχυσαρκία: Η αντιμετώπιση είναι δύσκολη, αλλά αξίζει τον κόπο

Δεν μπορούμε να αντιμετωπίσουμε την παιδική παχυσαρκία χωρίς να λάβουμε υπ' όψιν τις ψυχολογικές επιπτώσεις και τα προβλήματα που τη συνοδεύουν. Πρώτα από όλα, η παχυσαρκία του παιδιού βιώνεται συχνά σαν μια τραυματική εμπειρία από τους γονείς. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι γονείς έχουν και οι ίδιοι γνωρίσει αυτό το δράμα και το ξαναζουν με τα παιδιά τους. Σε άλλες περιπτώσεις, οικογενειακά προβλήματα οδήγησαν στην παχυσαρκία. Ο ρόλος του γιατρού έγκειται στο να διαχωρίσει τα λάθη στη διατροφή και τη σωματική δραστηριότητα από τα οικογενειακά προβλήματα που έχουν παίξει έναν τόσο αρνητικό ρόλο



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΝΟΤΟΠΟΥΛΟΣ,

παθολόγος - διατροφολόγος, διευθυντής Τμήματος Παχυσαρκίας - Διατροφής - Μεταβολισμού, Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ

Πολύ συχνά, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συγγενείς, και ιδιαίτερα ο παππούς και η γιαγιά, λένε στους γονείς ότι το πρόβλημα του σωματικού βάρους θα τακτοποιηθεί στην εφηβεία. Όμως, από όσο γνωρίζουμε σήμερα, κανένα στοιχείο δεν επιτρέπει να είμαστε τόσο κατηγορηματικοί, το αντίθετο μάλιστα.

Είναι αλήθεια πως ορισμένα παιδιά θα ψηλώσουν πολύ χωρίς να παχύνουν και έτσι θα αδυνατίσουν. Αλλά, τα περισσότερα παχύσαρκα παιδιά συνεχίζουν να παίρνουν βάρος στην εφηβεία. Όμως, το να περιμένουμε αυτήν τη στιγμή για να αλλάξουμε διατροφικές συνήθειες είναι μια καθυστερημένη απόφαση.

Περιττά κιλά παντού: και στο σώμα και στην ψυχή...

Στις παιδικές μας αναμνήσεις, ο «χοντρέλλας-βαρέλλας» της τάξης είναι αυτός που κάνει τους συμμαθητές του να γελάνε. Για να εξασφαλίσει... μια θέση στον ήλιο, το παχύσαρκο παιδί αισθάνεται υποχρεωμένο να είναι αιώνια σε καλή διάθεση. Το βλέμμα της κοινωνίας βαραίνει ιδιαίτερα πάνω του.

Η πολιτισμική επικράτηση του λεπτού σώματος είναι καθημερινά εμφανής. Το ευτραφές σώμα δεν είναι ένδειξη πλούτου ή διάκρισης. Αντιθέτως, το βλέμμα της κοινωνίας κατηγορεί την παχυσαρκία ως μια ασυχώρητη αδυναμία χαρακτήρα. Μια αρνητική κριτική για την εμφάνιση γίνεται μια σοβαρή αναπηρία για την εφηβεία, για το ξεκίνημα της ερωτικής ζωής, για την επιλογή μιας καριέρας και για την είσοδο στην ενεργό ζωή.

Το παιδί δεν ξεφεύγει από τη... δικτατορία της κοινωνικής αισθητικής. Το παχύσαρκο παιδί έρχεται αντιμέτωπο με όλη τη βιαιότητα στη διάρκεια των διαλειμμάτων στο σχολείο όπου όλα πλέγονται έξω από τα δόντια: μαθαίνει τότε γρήγορα να παράγει άλλες συμπεριφορές που να του επιτρέπουν να εν-

ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ ΕΠΙΔΟΡΠΙΩΝ

Sweet & Balance



χωρίς ζάχαρη

λίγες θερμίδες

χαμηλά λιπαρά

χαμηλός γλυκαιμικός δείκτης



ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

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

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

SOLID

Συμβάλλει
στον καλύτερο
γλυκαιμικό
έλεγχο

Για περισσότερες πληροφορίες: www.sweetandbalance.gr

σωματώνεται στην ομάδα. Γέλια και χαχανίσματα, φαιδρότητα και χαλαρή διάθεση χρησιμεύουν από πολύ νωρίς ως μάσκα στο δυστυχισμένο παιδί που δεν έχει άλλο τρόπο διαφυγής από τον ίδιο του τον εαυτό. Αλλά αυτό το γέλιο τον απομονώνει, διοντάς του την αίσθηση ότι είναι οριστικά διαφορετικό από τους άλλους. Η προσπάθεια για ευγένεια, καλοσύνη, εν ολίγοις η συμπεριφορά του χαριτωμένου χοντρούλη, που το παχύσαρκο παιδί επιβάλλει στον εαυτό του προκειμένου να απαλύνει την αφύσικη του εικόνα κοστίζει ψυχολογικά.

Ο γιατρός έχει έναν κύριο ρόλο να παίξει όσον αφορά την αναζήτηση και την αποδοχή μιας νέας εικόνας του ατόμου όπως αυτή θα προκύψει από την απώλεια βάρους. Το παχουλό παιδί, όσο χάνει βάρος, θα βρίσκεται ακάθλυτο χωρίς την απομονωτική κάλυψη του παχύσαρκου σώματος και αντιμέτωπο με έναν κόσμο του οποίου τη σκληρότητα γνωρίζει πολύ καλά.

Οι ψυχολογικές επιπλοκές του παχύσαρκου παιδιού συνδέονται με:

- ✓ Την κοινωνική απόρριψη
- ✓ Την κακή εικόνα του σώματός του
- ✓ Την απορρυθμισμένη διατροφική του συμπεριφορά
- ✓ Τις ακρότητες της στέρησης ή της υπερφαγίας

Ο θεραπευτής πρέπει να επιμένει για να προσδιορίσει την κρυμμένη οδύνη κάτω από τη μάσκα του παιδιού, που επιμένει να δείχνει ότι είναι ευτυχισμένο και ότι δεν υπάρχει πρόβλημα.

Η απώλεια βάρους θα είναι πρώτα από όλα μια επιπλέον αλλαγή της εικόνας του παιδιού, μια επιπλέον αναστάτωση. Θα χρειαστεί να το καταλάβει και να το αποδεχτεί. Η επιθυμία του να χάσει βάρος πρέπει να είναι μια απόφαση προσωπική, η πρώτη πράξη μιας νέας ζωής.

Το βάρος των κιλών: το σώμα υποφέρει

Ένα καθημερινό πρόβλημα για το παχύσαρκο παιδί είναι το να μετακινείται με ένα σώμα υπερβολικά βαρύ.

- **Αναπνοή:** βραχνάσμα, εύκολη κόπωση, αίσθηση πίεσης και δυσφορίας που καταστρέφουν την άνεση στην καθημερινή ζωή.
- **Αρτηριακή πίεση:** το 10-20% των παχύσαρκων παιδιών υποφέρουν από υπέρταση που εξαφανίζεται με την απώλεια βάρους.
- **Σκελετός:** το περίσσιο βάρος είναι μια σκληρή πραγματικότητα για τον σκελετό του παχύσαρκου παιδιού που πρέπει να αντέξει στο βάρος του. Μπορεί να προκαλέσει ακόμα και αλλοιώσεις των κάτω άκρων. Ορισμένα παιδιά, ιδιαίτερα τα αγόρια, υποφέρουν από νέκρωση της κεφαλής του μηριαίου οστού.
- **Μεταβολισμός και ορμόνες:** οι λιπτοί αυτοί μηχανισμοί αναστατώνονται από την παιδική παχυσαρκία. Υπάρχουν συνέπειες στην έκκριση της αυξητικής ορμόνης. Η έκκριση ινσουλίνης είναι αυξημένη, όμως με μια ελάττωση της αποτελεσματικότητας της ινσουλίνης στο επίπεδο των κυττάρων (η λεγόμενη αντίσταση στην ινσουλίνη).



- **Εφηβεία:** με την εφηβεία, η ευθραυστη ισορροπία με την αποδοχή και τη διαχείριση της εικόνας του σώματος διαταράσσεται. Η υπερβολική εναπόθεση λίπους σε διάφορα σημεία συχνά έχει ως συνέπεια ακόμη και τα εξωτερικά γεννητικά όργανα να μη φαίνονται. Η εφηβεία του παχύσαρκου παιδιού είναι κανονική, αλλά αποτελεί συχνά μια πηγή ανησυχίας για το ίδιο και την οικογένειά του.
- **Αισθητική:** το παχύσαρκο παιδί έχει μια εικόνα για τον εαυτό του πολύ αλλοιωμένη. Τα περίσσια κιλά είναι ανομοιογενώς κατανομημένα, κυρίως στην κοιλιά και στα πόδια. Το δέρμα έχει σημάδια της πίεσης όπως αποτυπώνεται στο σώμα από την παχυσαρκία: οι ραγάδες και η όψη της φλούδας πορτοκαλιού είναι συχνές.

Κινδυνεύει μελλοντικά η υγεία του;

Το παιδί δεν φαντάζεται τον εαυτό του 30 ή 40 χρόνια αργότερα. Του είναι λιποπν άδιάφορο το επιχείρημα, το οποίο όμως έχει μεγάλη βαρύτητα για τον θεράποντα γιατρό του: η παιδική παχυσαρκία έχει μακροπρόθεσμα επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου. Η παχυσαρκία κατά την παιδική ηλικία επιφέρει παθολογικές συνέπειες, οι οποίες εκδηλώνονται μετά από 30 έως 40 χρόνια. Οι επιδημιολογικές μελέτες δείχνουν επίσης με σαφήνεια μια σημαντικά αυξημένη θνησιμότητα της παχυσαρκίας σε συνδυασμό με τις μεταβολικές επιπλοκές της (ασακχαρώδη διαβήτη, διαταραχές της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων) που δεν αφορούν τα μη παχύσαρκα άτομα παρόμοιας ηλικίας και φύλου.

Η μόνη λύση του γιατρού είναι να δώσει στο παιδί να καταλάβει ότι το μέλλον του και η καλή του υγεία κινδυνεύουν και εξαρτώνται από την επιτυχία της θεραπείας της παχυσαρκίας. Δυστυχώς, το επιχείρημα αυτό είναι αρκετά αόριστο για το παιδί. Αντίθετα, είναι απόλυτα χρήσιμο να ευαισθητοποιήσουμε τους γονείς για τις ανησυχίες που εμπνέει το πρόβλημα.

Το να αναθέσουμε στο παιδί την ευθύνη της σωστής εξέλιξης της θεραπείας του και το να κερδίσουμε την εμπιστοσύνη του σε αυτήν τη μακρόχρονη διαδικασία της διατροφικής του επανεκπαίδευσης είναι ο μόνος τρόπος για να επιτύχουμε τόσο άμεσα όσο και μακροπρόθεσμα.

Το παχύσαρκο παιδί έχει ανάγκη, περισσότερο από οποιονδήποτε άλλο, να είναι αυτόνομο και υπεύθυνο για τον εαυτό του. Είναι ο ρόλος του θεράποντα γιατρού να πείσει συγχρόνως και το ίδιο το παιδί και τους γονείς του. Από αυτό εξαρτάται η επιτυχία της θεραπείας και η σταθεροποίηση του βάρους του παιδιού, του εφήβου και του αυριανού ενήλικα. ■

Βίκος®

Ζαγοροχώρια



1 & μοναδικός

© Cobilin

Το φυσικό μεταλλικό νερό "Βίκος" εμφιαλώνεται κατευθείαν στην ομώνυμη πηγή, στα παρθένα και αυστηρά προστατευόμενα Ζαγοροχώρια. Φυσικό νερό με απόλυτα ισορροπημένη σύνθεση, ευχάριστη γεύση και χαμηλή περιεκτικότητα σε άλατα, είναι κατάλληλο για δίαιτα χαμηλή σε νάτριο.

Η άριστη ποιότητα του προϊόντος στην πηγή σε συνδυασμό με τις αυστηρά ελεγχόμενες συνθήκες εμφιάλωσης και τους συνεχείς ελέγχους στους οποίους υπόκειται το προϊόν σε όλες τις φάσεις της παραγωγής του, διασφαλίζουν την κυκλοφορία στην αγορά ενός εμφιαλωμένου νερού που σέβεται τον καταναλωτή, είναι κατάλληλο για την υγιεινή διατροφή του και συμβάλλει στη διατήρηση της ισορροπίας του οργανισμού.

Η ποιότητα του εμφιαλωμένου νερού από την παραγωγή μέχρι και την κατανάλωση είναι ο πρωταρχικός στόχος της ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗΣ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑΣ ΕΜΦΙΑΛΩΣΕΩΝ Α.Ε. Η εταιρεία έχει πιστοποιηθεί κατά ISO 9001 & HACCP για τη διασφάλιση ποιότητας και ISO 14001 για τη διαχείριση περιβάλλοντος.



ΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗ ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΕΜΦΙΑΛΩΣΕΩΝ Α.Ε.

Τηλ • 26510 61951 - 210 2445555 • Fax: 26510 61363 - 210 2443330 • e-mail: vikos@otenet.gr - www.water.gr



Με αγάπη για όλη την οικογένεια



Για 4 άτομα
Χρόνος προετοιμασίας 25 λεπτά
Χρόνος μαγειρέματος 35 λεπτά

Τριβελάκι με πιπεριές και ψιλοκομμένα φουντούκια

• 500 γραμμάρια **Τριβελάκι MISKO Ολικής Άλεσης** • 60 γραμμάρια σάλτσα τομάτας MISKO με πιπεριές και ελιές • 1 πορτοκαλί πιπεριά • 1 κίτρινη πιπεριά • 1 πράσινη πιπεριά • 30 γραμμάρια ψιλοκομμένα φουντούκια • Ελαιόλαδο • Αλάτι • Φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Βράζετε το τριβελάκι σε βραστό αλατισμένο νερό για 9-11 λεπτά και στη συνέχεια το σουρώνετε. Κόβετε τις πιπεριές σε μπαστούνια και στην ίδια κατσαρόλα που βράσατε το τριβελάκι προσθέτετε το ελαιόλαδο σε δυνατή φωτιά. Σοτάρετε τις πιπεριές χαμηλώνοντας την φωτιά μέχρι να μαλακώσουν και προσθέτετε τα ψιλοκομμένα φουντούκια και τη σάλτσα τομάτας MISKO. Προσθέτετε και το βρασμένο τριβελάκι και ανακατεύετε καλά προσθέτοντας αλάτι και πιπέρι και σερβίρετε.

Υλικά

Εκτέλεση

Σπαγγέτι με παρμεζάνα και καρύδια

Υλικά

• 500 γραμμάρια **Σπαγγέτι Νο 6 MISKO Ολικής Άλεσης** • 60 γραμμάρια παρμεζάνα σε φλινίδες • 100 γραμμάρια καρύδια κομμένα σε μικρά κομμάτια • 2 κουταλιές σούπας ελαιόλαδο • Αλάτι • Φρεσκοτριμμένο πιπέρι • Φρέσκια ριγάνη

Εκτέλεση

Σε ένα ξύλο κοπής, κόβετε τα καρύδια σε μικρά κομμάτια. Σε αλατισμένο νερό που βράζει, ρίχνετε τα ζυμαρικά και ανακατεύετε. Αφήνετε να βράσουν 10-12 λεπτά και στη συνέχεια, τα σουρώνετε καλά. Στην ίδια κατσαρόλα προσθέτετε το ελαιόλαδο και μόλις κάψει, προσθέτετε τα μακαρόνια και τα καρύδια και ανακατεύετε. Προσθέτετε αλάτι και φρεσκοτριμμένο πιπέρι και σερβίρετε σε πιάτα όπου προσθέτετε την παρμεζάνα και την φρέσκια ριγάνη.



Για 4 άτομα
Χρόνος προετοιμασίας 15 λεπτά
Χρόνος μαγειρέματος 35 λεπτά



Για 4 άτομα
Χρόνος προετοιμασίας 15 λεπτά
Χρόνος μαγειρέματος 35 λεπτά

Σπαγγετινή με ασπρομανιτάρια και φρέσκο θυμάρι

• 500 γραμμάρια **Σπαγγετινή Νο 10 MISKO Ολικής Άλεσης** • 300 γραμμάρια ασπρομανιτάρια • 1 μικρό ξερό κρεμμύδι ψιλοκομμένο • 4 κουταλιές σάλτσα τομάτας MISKO με πιπεριές και ελιές • 2 κουταλιές σούπας ελαιόλαδο • Αλάτι • Ελαιόλαδο • Φρεσκοτριμμένο πιπέρι • Φρέσκο θυμάρι

Σε ένα ξύλο κοπής, ψιλοκόβετε το ξερό κρεμμύδι. Πλύνετε καλά τα ασπρομανιτάρια τα αφήνετε να στραγγίσουν και τα κόβετε με ένα μικρό μαχαίρι σε λεπτές φέτες κρατώντας και το ποδαράκι τους. Σε αλατισμένο νερό που βράζει ρίχνετε τα ζυμαρικά και ανακατεύετε. Αφήνετε να βράσουν 6-8 λεπτά και στη συνέχεια τα σουρώνετε καλά. Στην ίδια κατσαρόλα, προσθέτετε το ελαιόλαδο και μόλις κάψει, σοτάρετε σε δυνατή φωτιά το κρεμμύδι και τα μανιτάρια, έτσι ώστε να εξατμιστεί η υγρασία τους και να πάρουν ένα άμορφο καφεχρυσασί χρώμα. Προσθέτετε αλάτι και φρεσκοτριμμένο πιπέρι, καθώς και τη σάλτσα τομάτας MISKO. Σερβίρετε σε ατομικά πιάτα προσθέτοντας φρέσκο θυμάρι και λίγο φρεσκοτριμμένο πιπέρι από πάνω.

Υλικά

Εκτέλεση

Κοφτό μακαρονάκι με καλαμπόκι και σπανάκι

Υλικά

• 500 γραμμάρια **Κοφτό Μισό MISKO Ολικής Άλεσης** • 350 γραμμάρια καλαμπόκι • 500 γραμμάρια φρέσκο σπανάκι • 4 κουταλιές ελαιόλαδο • Αλάτι • Φρεσκοτριμμένο πιπέρι

Εκτέλεση

Σε μία μεγάλη κατσαρόλα βράζετε το κοφτό μακαρονάκι για 9 λεπτά με αλατισμένο νερό. Όταν τα ζυμαρικά βράσουν τα στραγγίζετε σε ένα σουρωτήρι. Πλύνετε καλά το σπανάκι με άφθονο νερό και τα στραγγίζετε καλά. Σε ένα μεγάλο αντικαθλητικό τηγάνι προσθέτετε το ελαιόλαδο και μόλις ζεσταθεί καλά προσθέτετε το σκόρδο ψιλοκομμένο και το σπανάκι. Το σοτάρετε καλά, προσθέτοντας αλάτι και πιπέρι και μόλις μαγειρευτεί, προσθέτετε και το καλαμπόκι. Τοποθετείτε στην κατσαρόλα και το κοφτό μακαρονάκι και ανακατεύετε. Σερβίρετε προσθέτοντας προαιρετικά φρέσκο τριμμένο μανουρί.



Για 4 άτομα
Χρόνος προετοιμασίας 15 λεπτά
Χρόνος μαγειρέματος 35 λεπτά

Φυσικό μεταλλικό νερό **Βίκος**

Η φύση και εμείς προσέχουμε το νερό που πίνεις! Εσύ;



Δρ Γεωργία Βαρέλη,
διπλωματούχος χημικός μηχανικός, υπεύθυνη διασφάλισης ποιότητας

Η πρώτη φιάλη του φυσικού μεταλλικού νερού Βίκος εμφανίστηκε το 1992, πριν από 18 χρόνια, σε ένα εργοστάσιο υπερσύγχρονο, στις εγκαταστάσεις της τότε νεοϊδρυθείσας Ηπειρωτικής Βιομηχανίας Εμφιαλώσεων Α.Ε. Στα χρόνια που μεσολάβησαν από τότε μέχρι σήμερα, η ελληνική εταιρεία Ηπειρωτική Βιομηχανία Εμφιαλώσεων με αθόρυβα και σταθερά βήματα εξελίχθηκε και μεγάλωσε προσθέτοντας στη γκάμα των προϊόντων της νέες συσκευασίες του Βίκος, αλλά και νέα προϊόντα: φυσικά επιτραπέζια νερά, αλλά και αναψυκτικά. Αυτό που έμεινε σταθερό και αναλλοίωτο στο χρονικό αυτό διάστημα είναι η προσήλωση της εταιρείας στην ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών της, η οποία επιβραβεύθηκε από το κοινό και -σύμφωνα με τα στοιχεία της «Nielsen»- δίνει σταθερά από το 2006 έως και σήμερα την 1η θέση στο νερό Βίκος στην ελληνική αγορά, με μερίδιο αγοράς σε λίτρα 21,1%.

Τι είναι αυτό που κατέστησε το νερό Βίκος 1η επιλογή των καταναλωτών μέσα σε τόσο σύντομο χρονικό διάστημα; Δεν είναι η προσπάθεια της εταιρείας για την τυπική κάλυψη των απαιτήσεων της νομοθεσίας, η οποία κάθε μέρα γίνεται όλο και πιο αυστηρή, θέλοντας να διασφαλίσει την υγεία των καταναλωτών. Είναι η αίσθηση ευθύνης της εταιρείας απέναντι στο καταναλωτικό κοινό: Η πολιτική ποιότητας της και η δέσμευσή της ότι **στόχος της είναι η διασφάλιση της ποιότητας του νερού από την παραγωγή μέχρι και τον καταναλωτή, η κάλυψη των απαιτήσεων του καταναλωτή και οι σχέσεις σεβασμού και αξιοπιστίας με τους συνεργάτες.**

Τα βήματα που ακολούθησε ώστε να φθάσει τον στόχο της ήταν απλά και ουσιαστικά: Το πρώτο βήμα ήταν η προσεκτική επιλογή της περιοχής υδροληψίας. Το νερό της πηγής ΒΙΚΟΣ προέρχεται από την παρθένα, ξακουστή για το φυσικό της κάλλος και αυστηρά προστατευόμενη περιοχή των Ζαγοροχωρίων.

Το νερό της περιοχής ήταν ευχάριστο στη γεύση και ανέκαθεν γνωστό για τις χωνευτικές και διουρητικές του ιδιότητες. Η μακρά διαδρομή του μέσα από αδιαπέραστα ασβεστολιθικά πετρώματα το προστατεύει από ενδεχόμενο μικροβιακό φορτίο, ενώ ταυτόχρονα το εμπλουτίζει σε ιόντα ασβεστίου (Ca++) και όξινα ανθρακικά ιόντα (HCO₃-).

Το νερό Βίκος έχει αναγνωρισθεί ως φυσικό μεταλλικό νερό με χαμηλή περιεκτικότητα σε άλατα, αλλά η σχετικά υψηλή περιεκτικότητά του σε ασβέστιο (97 mg/l Ca++), συγκρινόμενη με τα περισσότερα νερά της Ελλάδας, είναι σημαντική για τη διατήρηση της καλής υγείας των δοντιών και των οστών, καθώς και για την καλή λειτουργία του μυϊκού και νευρικού συστήματος. Η υψηλή περιεκτικότητά του σε όξινα ανθρακικά ιόντα (288 mg/l HCO₃-) του προσδίδει διουρητικές ιδιότητες, συμβάλλοντας ταυτόχρονα στη διατήρηση της ισορροπίας των οξέων του στομάχου και βοηθώντας τη διαδικασία της πέψης. Λόγω της χαμηλής περιεκτικότητάς του σε ιόντα νατρίου (2,8 mg/l Na+) ενδείκνυται για άτομα που ακολουθούν δίαιτα χαμηλή σε νάτριο (υπερτασικά ή καρδιοπαθή άτομα).

Το δεύτερο βήμα είναι η επιλογή κάθε χρονική στιγμή του πλέον σύγχρονου εξοπλισμού εμφιάλωσης και των καλύτερων υλικών συσκευασίας, ενώ ο σωστός και λεπτομερής σχεδιασμός φιάλης, πώματος και ετικέτας συμβάλλει ουσιαστικά στη διασφάλιση της ποιότητας του τελικού προϊόντος.

Το τρίτο βήμα είναι η εγκατάσταση και εφαρμογή συστημάτων για τη διασφάλιση της ποιότητας. Το 1999 πιστοποιήθηκε κατά ISO 9001 και HACCP. Ήταν η πρώτη εταιρεία στον χώρο των εμφιαλωμένων νερών με πιστοποιητικό HACCP για τη διαχείριση της υγιεινής και της ασφάλειας των τροφίμων. Συνοπτικά αυτό σημαίνει αναγνώριση των κινδύνων και **προσδιορισμός των κρίσιμων σημείων ελέγχου στην παραγωγή.** Καθορισμός μέτρων ελέγχου και διορθωτικών ενεργειών σε περίπτωση παραγωγής μη συμμορφούμενου προϊόντος. Καθιέρωση προσαρμοσμένων προγραμμάτων, συστήματος ικνυλίσμότητας και διαδικασίας απόσυρσης. Αυστηρή τήρηση των κανόνων υγιεινής κατά την εμφιάλωση, συνεχής εκπαίδευση του προσωπικού, συνεχής επαγρύπνηση και εποικοδομητική επικοινωνία με τους καταναλωτές. Σήμερα είναι πιστοποιημένη επιπλέον κατά IFS ως προς τη διασφάλιση της ποιότητας, αλλά και κατά ISO 14001 ως προς την προστασία του περιβάλλοντος, έχοντας συνείδηση ότι η εγκατάσταση αποτελεί τμήμα ενός ευρύτερου φυσικού περιβάλλοντος, το οποίο όλοι μας έχουμε υποχρέωση να διαφυλάξουμε με όλες μας τις δυνάμεις.

Εποτέλεσμα αυτών των βημάτων δεν είναι μόνο η παραγωγή ενός ασφαλή προϊόντος, αλλά η παράδοση στον καταναλωτή ενός Φυσικού Μεταλλικού Νερού, το οποίο **χωρίς να έχει υποστεί καμία απολύτως επεξεργασία, έχει διατηρήσει την ιδιαίτερη φυσικοχημική σύσταση και τη μικροβιακή καθαρότητα της πηγής ΒΙΚΟΣ.**

Σε όποιο μέρος της Ελλάδας και να βρίσκεστε, εμείς φέρνουμε το νερό Βίκος κοντά σας.

Η διοίκηση και το προσωπικό της εταιρείας, όλοι μαζί, προσπαθούμε κάθε μέρα να γινόμαστε ακόμη καλύτεροι.

Πρόγραμμα γυμναστικής για το γραφείο και το σπίτι

Πολλές φορές στον χώρο εργασίας μας, καθισμένοι στην καρέκλα μπροστά στον υπολογιστή νιώθουμε το σώμα μας να χαλαρώνει. Μπορούμε όμως, να αφιερώσουμε 20-25 λεπτά από τον χρόνο μας για να κάνουμε ορισμένες ασκήσεις για τον κορμό μας ώστε να βρισκόμαστε πάντα σε καλή κατάσταση



ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ ΡΑΧΟΥΤΗΣ,

καθηγητής Φυσικής Αγωγής, υπεύθυνος προπονητικών προγραμμάτων

1η ΑΣΚΗΣΗ

Καθισμένοι στην καρέκλα τεντώνουμε τον κορμό μας (στην ίδια ευθεία πλάτη και μέση), καθώς και τα χέρια μας πάνω από το κεφάλι με δάκτυλα ενωμένα και τις παλάμες να βλέπουν προς τα ταβάνι. Ο κορμός και τα χέρια είναι στην ίδια ευθεία και αρχίζουμε τις ταλαντώσεις των χεριών προς τα πίσω νοιώθοντας την πλάτη μας να τεντώνει και να ανοίγει. Κάνουμε 20-25 ταλαντώσεις και μετά διάλειμμα για 15-20 δευτερόλεπτα και χαλαρώνουμε τα χέρια. Εκτελούμε τρία σετ των 20-25 επαναλήψεων.

2η ΑΣΚΗΣΗ

Φέρνουμε τα χέρια ενωμένα πίσω από το κεφάλι και στο κέντρο. Κοντράρουμε με τα χέρια το κεφάλι, το οποίο είναι όρθιο και τεντωμένο, ανοίγουμε τους αγκώνες προς τα πίσω πιέζοντας

όσο πάνε, ενώ ταυτόχρονα τεντώνουμε και το στήθος προς τα επάνω, νοιώθοντας την πλάτη μας να ανοίγει. Εκτελούμε ταλαντώσεις των χεριών προς τα πίσω με ήπια ένταση. Εκτελούμε τρία σετ των 20-30 επαναλήψεων.

3η ΑΣΚΗΣΗ

Συνεχίζουμε στην ίδια θέση από την προηγούμενη άσκηση, σφίγγουμε τους κοιλιακούς μας και εκτελούμε 20 στροφές του κορμού προς τα αριστερά και 20 προς τα δεξιά. Πάντα προσέχουμε στις στροφές να έχουμε σφικτούς τους κοιλιακούς μας για να μην τραυματίσουμε τη μέση μας. Εκτελούμε τρία σετ των 20 στροφών από κάθε πλευρά.

4η ΑΣΚΗΣΗ

Τώρα πάμε στο έδαφος και καθόμαστε στη θέση «παγκάκι». Στηριζόμαστε στα γόνατα (πόδια σε ορθή γωνία) και στις παλάμες (χέρια τεντωμένα), ο κορμός είναι τεντωμένος με το κεφάλι στην ευθεία του και παράλληλος προς το έδαφος. Σκλώνουμε την οσφυϊκή μοίρα προς τα επάνω κάνοντας καμπούρα και μαζεύουμε το κεφάλι προς το στήθος. Μένουμε για δύο με τρία δευτερόλεπτα και ύστερα κάνουμε πόρδωση και τέντωμα της πλάτης και του κεφαλιού προς τα επάνω. Εκτελούμε 10 με 15 επαναλήψεις σε αργό ρυθμό και κάνουμε τρία σετ.

5η ΑΣΚΗΣΗ

Από ηρινή κατάκλιση (ξαπλωμένοι μπρούμυτα με τα πόδια ενωμένα) ακουμπάμε τις παλάμες μας στο έδαφος και κοντά στους ώμους μας. Σπρώχνουμε για να ανασκώσουμε τον κορμό προς τα επάνω σε πολύ αργό ρυθμό. Τα ισχία και η ρεκάνη πρέπει να ακουμπούν πάντα στο έδαφος. Εκτελούμε τρία σετ από 10 πολύ αργές ανασκώσεις του κορμού.

6η ΑΣΚΗΣΗ

> Push-ups

Στηρίζουμε τον κορμό στα χέρια και τα γόνατά μας. Τα χέρια είναι τεντωμένα με τις παλάμες στο έδαφος και ο κορμός με τα ισχία και τους μηρούς στην ίδια ευθεία, ενώ το κεφάλι είναι τεντωμένο στην προέκταση του κορμού. Κάνουμε 10 κάμψεις των χεριών με τους αγκώνες να σταματούν σε ορθή γωνία. Εκτελούμε πέντε σετ των 10 επαναλήψεων.





7η ΑΣΚΗΣΗ

Όρθιοι παίρνουμε μια καρέκλα κανονική (όχι γραφείου) και φέρνουμε τον κορμό μας με πλάτη προς αυτήν. Πιάνουμε τα χέρια (παλάμες) από την άκρη και μπροστά στο πάτημα, φέρνουμε τα πόδια μπροστά μας για να στηριχτούμε και κάνουμε βύθιση της λεκάνης προς το έδαφος και συγχρόνως θιγίζουμε και τα γόνατα (σε περίπου ορθή γωνία) και τεντώνουμε κορμό και χέρια. Κάνουμε κάμψη χεριών βάζοντας δύναμη για να στηριχτούμε και μετά έκταση σπρώχνοντας δυνατά προς τα επάνω. Εκτελούμε τρία σετ των 15 επαναλήψεων με δύναμη και αργό ρυθμό.

8η ΑΣΚΗΣΗ

> Τελειώνουμε με διατάσεις του κορμού

Από όρθια θέση πιάνουμε τα χέρια και τα φέρνουμε τεταγμένα πάνω από το κεφάλι. Τοποθετείστε το δεξί πόδι σταυρωτά πάνω από το αριστερό και κάνουμε κάμψη του κορμού προς τα δεξιά και πιέζουμε τα ισχία αριστερά. Η λεκάνη είναι σταθερή. Κάνουμε 15-20 κάμψεις και μετά αηλάζουμε πλευρά, συγχρόνως και τα πόδια. Εκτελούμε τρία σετ από κάθε πλευρά. □



silver fox



silver cloud

just what the doctor ordered
αντιβακτηριακή προστασία | εργονομία | άνεση | κατά της κακοσμίας



Αποκλειστική διάθεση: Cosmos Trade G.P. - Tel. + 30 2310805850
www.crocs.eu - e-mail: info@cottonsource.gr



crocs[™]
medical[™]



Ανακαλύψτε το μυοτηριώδη Προυσό

Στο νοτιοδυτικό άκρο του νομού Ευρυτανίας, 35χλμ από το Καρπενήσι, 55χλμ από το Αγρίνιο και σε υψόμετρο 800μ. βρίσκεται ο Τόρνος. Δημοτικό διαμέρισμα του δήμου Προυσού, απέχει 6χλμ από την έδρα του δήμου. Το χωριό είναι “πνιγμένο” με τα έλατα, με τα λιθόκτιστα σπίτια του να ξεπροβάλλουν ανάμεσα σε αμπέλια, που φύονται σε χωράφια και λέγονται πεζούλες (αναβαθμίδες)

 ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Για την ετυμολογία της ονομασίας υπάρχει η άποψη ότι προέρχεται από το επίθετο *τορνευτός*, που σημαίνει ομορφοφτιαγμένος. Λεγόταν ότι οι κάτοικοι της περιοχής, εμφανίζονταν ντυμένοι με την πατροπαράδοτη φουστάνελλα, και όταν τους έβλεπαν έλεγαν “έρχονται τορνευτοί - τορνευτοί”. Σύμφωνα με άλλη άποψη, το όνομα προήλθε από το εργαλείο *τόρνος*, που πιθανόν υπήρχε και χρησιμοποιούσε κάποιος τεχνίτης στην περιοχή αυτή. Οι κάτοικοι φημίζονταν για την ειρηνική διευθέτηση των διαφορών τους, τις οποίες έλυναν οι γεροντότεροι του χωριού, γι’ αυτό και ποτέ τους δεν φτάσανε στα δικαστήρια.

Στον Τόρνο ο επισκέπτης έχει τη δυνατότητα να θαυμάσει τη φύση ακολουθώντας μονοπάτια - διαδρομές, κάποιες από τις οποίες ενδείκνυται και για απαιτητικούς πεζοπόρους. Όλες οι διαδρομές από το ξεκίνημα τους είναι σηματοδοτημένες.

Μονοπάτια

Διαδρομή Α: “Μονοπάτι των καταρρακτών”

Μήκος 1900μ. και χρόνος 1 ώρα περίπου, ξεκινάει από τον κεντρικό δρόμο Τόρνου - Καστανιάς και περνάει μέσα από το χωριό. Κατηφορίζοντας στη ρεματιά με τις πολλές πηγές, τους καταρράκτες και τα γεφύρια, φτάνουμε στη θέση “Γιαννιέικα”,

όπου υπάρχει μια μικρή σπηλιά, δημιούργημα του νερού με το πέρασμα των χρόνων. Το μονοπάτι οδηγεί τα βήματά μας στην εκκλησία του χωριού, την Αγία Τριάδα, το Πολιτιστικό κέντρο και το Λαογραφικό Μουσείο.

Η Αγία Τριάδα είναι μια τρίκλιτη βασιλική, με ωραίο ξυλόγλυπτο τέμπλο, χτισμένη το 1860 περίπου και βρίσκεται στο κέντρο του χωριού. Το πολιτιστικό κέντρο εγκαινιάστηκε το 2003 και λειτουργεί ως χώρος συνάντησης κατοίκων και επισκεπτών. Το Λαογραφικό μουσείο εγκαινιάστηκε το 2006 και στεγάζεται στο χώρο του πρώην δημοτικού σχολείου του χωριού. Οι κάτοικοι παραχώρησαν στο μουσείο, αντικείμενα που χρησιμοποιούσαν οι πρόγονοί τους όπως εργαλεία, οικοσκευές, αργαλεία, υφαντά, είδη ενδυμασίας, κλπ. Η συγκέντρωση και συντήρηση των εκθεμάτων, βοηθά στη διαφύλαξη μέρους της πολιτιστικής μας κληρονομιάς και ρίχνει τη γέφυρα στον επισκέπτη, να γνωρίσει το παρελθόν. Συνεχίζοντας τη διαδρομή κατηφορίζουμε και φτάνουμε στο ποτάμι, εκεί που απολήγουν τα νερά των πηγών. Περνώντας το γεφύρι και ακολουθώντας τον ανηφορικό φιδίσιο δρόμο, μέσα από τα πλατάνια και τα γεφυράκια, φτάνουμε στο νερόμυλο του χωριού, που έχει ανακατασκευαστεί πρόσφατα. Εκεί κοντά και το παλιό πέτρινο γεφύρι, κληρονομιά των παλιών μαστόρων του χωριού.

Διαδρομή Β: “Μονοπάτι του Βουνού”

Μήκος 6500μ. χρόνος 3-4 ώρες ξεκινάει και αυτό από τον κεντρικό δρόμο Τόρνου - Καστανιάς. Ανηφορίζοντας μέσα από πυ-

κνό ελατόδασος, φτάνουμε στην περιοχή της "Μεγάλης Βρύσης". Εικάζεται ότι η περιοχή αυτή ήταν παλιά κατοικημένη και αυτό το μαρτυρούν απομεινάρια λίθινων κατασκευών. Εδώ βρίσκεται το εκκλησάκι των Αγίων Αποστόλων, που χτίστηκε το 1754 και ανακαινίστηκε πρόσφατα. Σε απόσταση χιλίων μέτρων βόρεια βρίσκεται το ξωκκλήσι του Προφήτη Ηλία και σε απόσταση χιλίων πεντακοσίων μέτρων νότια (από την Μεγάλη Βρύση) βρίσκονται οι "Μαντουλάκες" περιοχή με πολλά υπεραιωνόβια έλητα ένα εκ των οποίων είναι 300 ετών περίπου, η "Μεγάλη Βρύση" σε υψόμετρο 1200μ. δικαιολογεί το όνομά της με τα άφθονα νερά και είναι χώρος αναψυχής. Συνεχίζοντας περνάμε το λιβάδι "Κορομηλιά" και φτάνουμε στον αυχένα, όπου υπάρχει το μονοπάτι για το χωριό Καστανιά. Εμείς ανηφορίζουμε νοτιοανατολικά στην κορυφογραμμή, φτάνουμε στην κορυφή "Τριανταφυλλιά" (1817μ.), κατηφορίζουμε στην Χαλικόβρυση και επιστρέφουμε στον αυχένα.

Διαδρομή Γ: "Το μονοπάτι του Πανταβρέχι"

Το μονοπάτι για το μικρό Πανταβρέχι ξεκινά και αυτό από την πλατεία του χωριού. Μήκος 2000μ. χρόνος 35 λεπτά περίπου. Κατηφορίζοντας φτάνουμε στον συνοικισμό Διάσελο. Ακολουθώντας την σήμανση στην θέση "Εικόνασμα" στρίβουμε δεξιά και οδηγούμαστε στην αρχή του φαραγγιού. Φτάνοντας στο τέρμα του σκιερού από τη πλούσια βλάστηση μονοπατιού, ακούμε τον ψίθυρο του ποταμού και το κήλεσμα στη ματιά να χαρεί το παιχνίδισμα της φύσης με το υγρό στοιχείο.

Πηγές νερού καταλήγουν να πέφτουν από τα ψηλά κατακόρυφα βράχια με τη μορφή συνεχόμενης βροχής. Όλες τις εποχές το θέαμα είναι μοναδικό.

Ένα άλλο αξιοθέατο σε μικρή απόσταση είναι το φαράγγι κάτω από το "Ψηλό Γεφύρι". Από τη θέση "Εικόνασμα" ακολουθούμε τον χωματόδρομο, περνάμε το γεφύρι και από την βόρεια πλευρά κατεβαίνουμε στο ποτάμι. Ακολουθώντας αντίθετα την ροή του ποταμού περνάμε μέσα από ένα στενό άνοιγμα σκεπασμένο από ένα βράχο που έπεσε από ψηλά. Μοιάζει σαν πύλη και τα πετρώματα γύρω έχουν πολλά χρώματα και ανάγλυφο από σταλαγματικό υλικό.



Διαδρομή Ζ: "Οι καταρράκτες Χαλικόρεμα"

Είναι το μονοπάτι που συνδέει παλιά τα χωριά Τόρνος και Καστανιά. Ξεκινά από τον κεντρικό δρόμο στον συνοικισμό Σπαρτιάς, περνάει από το πέτρινο τοξωτό γεφύρι και ανηφορίζοντας βορειοανατολικά φτάνει στην Καστανιά. Μήκος 2000μ. χρόνος 50 λεπτά περίπου. Μια άλλη ωραία τοποθεσία είναι οι καταρράκτες στο Χαλικόρεμα 50μ. από τον κεντρικό δρόμο Τόρνου - Καστανιάς (βλέπε την σήμανση). Το φυσικό κάλλος της περιοχής του Τόρνου, χαρακτηριστικό της Ευρυτανικής γης, είναι ο συνδυασμός στοιχείων κλωρίδας και πανίδας. Έλητα, κέδρα, πουρνάρια, πλατάνια, άγριες ορχιδέες, βότανα καθώς ζαρκαδία, αλεπούδες, λαγοί και πολλοί άλλοι φυτικοί και ζωικοί οργανισμοί, καθιστούν το περιβάλλον ένα ζωντανό μουσείο της φύσης.

Αξιοθέατα της περιοχής:

Ιερή Μονή Προυσού

Η μονή Προυσού, οφείλει το όνομα της στη θαυματουργή Εικόνα της "Κυράς της Ρούμελης", της Παναγίας Προυσιώτισσας, ή "Μπουρσιώτισσας όπως την αποκαλούν οι ντόπιοι, που η παράδοση τη συνδέει με την Εικονομαχία Θεοφίλου (829-842). Για να γλυτώσει η εικόνα, έφυγε από την Προύσα (Βιθυνίας) και με θαυματουργό τρόπο βρέθηκε στη τότε απόρθητη σπηλιά, σημερινό καθολικό της μονής.

Οι ανεπίγραφες τοιχογραφίες στο παρεκκλήσι της, χρονολογούνται από τον 12ο ή 13ο αιώνα. Το καθολικό της μονής χρονολογείται στα 1754, οι δε τοιχογραφίες της στα 1785, έργα των ζωγράφων Γ. Γεωργίου και Γ. Αναγνώστου.

Βορειοανατολικά και νοτιοδυτικά της μονής, ορθώνονται οι δύο "Πύργοι του Καραϊσκάκη". Κτίστηκαν τον 17ο αιώνα για την προστασία της μονής από τους Τούρκους. Συνδέθηκαν με το όνομα του Γιώργη Καραϊσκάκη. ■



Βενετία η βασίλισσα της Αδριατικής



Η πόλη του εμπορίου, η πόλη του πολιτισμού, η πόλη του έρωτα, η πόλη του καρναβαλιού, η βασίλισσα της Αδριατικής, μαγεύει κάθε επισκέπτη και δημιουργεί φανατικούς θαυμαστές. Η Βενετία, διαθέτει 150 περίπου κανάλια, 400 γέφυρες και έχει χτιστεί επάνω σε 117 νησίδες. Τα περισσότερα κτήρια είναι χτισμένα το 16ο και 19ο αιώνα. Είναι πράγματι εντυπωσιακό να βλέπει κανείς μια πόλη να είναι χτισμένη μέσα στο νερό. Η μοναδική αρχιτεκτονική που διαθέτει ταξιδεύει τους επισκέπτες αιώνες πίσω. Εκεί που δόγηδες, κόμητες και βασιλείς έγραφαν τη δική τους ιστορία



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Η ιστορία της πόλης

Η ιστορία της Βενετίας ξεκίνησε από το 421, όταν λόγω των συγκρούσεων και της έλλειψης ασφάλειας, που υπήρχε μεταξύ των χωρών, εκατοντάδες κάτοικοι από την ευρύτερη περιοχή της βόρειας Ιταλίας, κατέφυγαν στην περιοχή αυτή, που εξασφάλιζε μεγαλύτερη ασφάλεια εξαιτίας της λιμνοθάλασσας και των αβαθών νερών της. Επιπλέον, η θάλασσα ήταν πάντα πόντος έλξης εμπορίου και ανάπτυξης.

Με την κατάρρευση της Βυζαντινής κυριαρχίας στην Ιταλία, δόθηκε η ευκαιρία στην Βενετία να αποκτήσει την ανεξαρτησία της. Η δημιουργία ναυτικού για την αντιμετώπιση της πειρατείας και την προστασία του εμπορίου, έδωσε τεράστια δύναμη και εξουσία στην Βενετία. Ο σημαντικός πλούτος που απέκτησε η πόλη, της εξασφάλιζε οικονομική και πολιτιστική άνθιση.

Τι πρέπει να επισκεφτείτε

Η Βενετία είναι συνδεδεμένη με εκατοντάδες κανάλια, γέφυρες και διαθέτει αξιοθαύμαστα αρχιτεκτονικά δημιουργήματα. Κάθε σόκακι της είναι μια περιπέτεια! Κάθε επισκέπτης μπορεί να απο-



δράσει από το χρόνο και να περπατήσει ανάμεσα σε δόγηδες και ιππότες, ανάμεσα σε δούκισσες και κόμισσες. Δεν υπάρχει σημείο στην Βενετία που να μην προκαλέσει στον επισκέπτη το αίσθημα του ενθουσιασμού. Ωστόσο, εάν δεν είστε λάτρεις του περπατήματος τότε μην αποφασίσετε να πάτε. Ο μοναδικός τρόπος για να δει κάποιος την πόλη είναι να την διασχίσει με τα πόδια. Η βασική μετακίνηση στα διάφορα αξιοθέατα της πόλης γίνεται εν πλω. Για να μπορέσετε όμως να δείτε εκ των έσω τις ομορφιές αυτού του τόπου πρέπει να περπατήσετε. Και πρέπει να περπατήσετε πολύ!

Η πλατεία του Αγίου Μάρκου

Η γνωστή πλατεία του Αγίου Μάρκου είναι το σημείο κατατεθέν της πόλης. Σε αυτήν την υπέροχη πλατεία όπου τα δεκάδες καφέ και εστιατόρια την «αγκαλιάζουν», βρίσκεται και η ομώνυμη εκκλησία που χτίστηκε το 1100 μ.χ. και στεγάζει τα λείψανα του Αγίου Μάρκου. Η αρχιτεκτονική της συνδυάζει



στοιχεία ρυθμού βασιλικού, βυζαντινού και γοθτικού. Στο προστώο του ναού βρίσκονται τα τέσσερα χαλκόχρυσα άλογα που βρίσκονταν στην Κωνσταντινούπολη και μεταφέρθηκαν μετά την άλωση της πόλης από τους Φράγκους το 1204 μ.χ. στην είσοδο του ναού του Αγίου Μάρκου.

Το παλάτι των δόγηδων – Γέφυρα των Στεναγμών

Δίπλα στο ναό βρίσκεται το παλάτι των δόγηδων. Το παλάτι διαθέτει μεγάλη συλλογή από πίνακες και τοιχογραφίες βενετσιάνικης τεχνοτροπίας. Την προσοχή σας όμως θα τραβήξει «ο Παράδεισος του Τιντορέτο» ο μεγαλύτερος πίνακας του κόσμου σε καμβά.

Το παλάτι ωστόσο συνδέεται με την γνωστή «γέφυρα των στεναγμών», που βρίσκεται στην πίσω μεριά και οδηγεί στη φυλακή που χτίστηκε το 1600 μ.χ. Λέγεται ότι το όνομα της δόθηκε από τον λόρδο Μπάυρον, ο οποίος το εμπνεύστηκε από τους στεναγμούς που έβγαζαν οι κρατούμενοι που οδηγούνταν στις φυλακές και δεν πρόκειται ποτέ να ξαναδούν την όμορφη Βενετία.

Η Γέφυρα του Ριάλτο

Μία από τις γνωστότερες γέφυρες της Βενετίας είναι και αυτή του Ριάλτο. Πρόκειται για την παλαιότερη και μεγαλύτερη γέφυρα από τις τρεις που ενώνουν τις όχθες του μεγάλου καναλιού. Η θέα από αυτή τη γέφυρα είναι εντυπωσιακή.

Το καρναβάλι

Το καρναβάλι της Βενετίας είναι το μεγαλύτερο γεγονός της Ευρώπης και ένα από τα γνωστότερα καρναβάλια του κόσμου. Οι βενετσιάνικες μάσκες είναι από τις πιο όμορφες και πιο εντυπωσιακές που υπάρχουν. Όλοι οι δρόμοι και οι πλατείες της Βενετίας, κατακλύζονται από χιλιάδες κόσμο που έρχονται ειδικά για αυτό το γεγονός, αναζητώντας την διασκέδαση και το κέφι. Τα πανέμορφα κοστούμια, η μουσική, το θέατρο, τα ακροβατικά και τα χορευτικά δρώμενα, συνθέτουν ένα μοναδικό σκηνικό για όποιον θελήσει να το ζήσει. ■





Η ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑ ΣΤΗΝ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΔΡΟΜΗ ΤΗΣ (ΑΠΟ ΤΗ ΒΑΘΙΑ ΑΡΧΑΙΟΤΗΤΑ ΕΩΣ ΣΗΜΕΡΑ)

- **Συγγραφέας:** Βασίλης Λεουτσάκος
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2005
- **Ιατρικές εκδόσεις:** Γιάννης Β. Παρισιάνος • **Σελίδες:** 868 • **ISBN:** 960-88751-2-9

Η ιατρική επιστήμη είναι μια συνεχώς εξελισσόμενη επιστήμη και οι περισσότεροι κλάδοι της, αν όχι όλοι, με την εκπληκτική πρόοδο των τελευταίων 10ετιών στον τομέα της υψηλής τεχνολογίας, έχουν κάνει μεγάλα άλματα προς όφελος της ίδιας της επιστήμης, αλλά και της κοινωνίας που είναι και ο τελικός αποδέκτης των υπηρεσιών υγείας. Αδιαμφισβήτητη, η κλινική παρατήρηση, η εμπειρία, η ερευνητική δραστηριότητα (βασική και κλινική) ακόμη -γιατί όχι- και η έμπνευση, θα εξακολουθούν να παίζουν τον θετικό ρόλο τους στην ανάπτυξη της κριτικής σκέψης και την επίτευξη του επιθυμητού άριστου και σε αρκετές περιπτώσεις θεαματικού (μέχρι του χαρακτηρισμού «θαύματος») αποτελέσματος για την υγεία του κοινωνικού συνόλου.

Όλα τα παραπάνω, μπορεί ο αναγνώστης να τα παρακολουθήσει βήμα προς βήμα στην ιστορική διαδρομή της ενδοκρινολογίας, από τη βαθιά αρχαιότητα μέχρι σήμερα, διαβάζοντας το βιβλίο του επικουρου καθηγητή της χειρουργικής (γενικής και ιδιαίτερα των ενδοκρινών αδένων) Βασίλη Λεουτσάκου.

Σε αυτό το δοκιμιακό πόνημα, γραμμένο με την ελκυστική για τον αναγνώστη γλαφυρότητα που διακρίνει τον συγγραφέα, ο οποίος με τη δεινότητά του ως δεξιόχενος «πλάστικός χειρουργός», αναβιώνει όλα τα ιστορικά και εξελικτι-

κά στάδια της ενδοκρινολογίας ανιχνεύοντας την ιστορική αλήθεια, με πολύ υπομονή, επιμονή και μεθοδικότητα και καταγράφοντας όλα τα μέχρι σήμερα στοιχεία για τις ορμόνες, τις ενδοκρινικές παθήσεις, τα σύνδρομα και τις νοσηρές καταστάσεις που προκύπτουν από τις διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος (ενδοκρινολογία και εσωκρινολογία).

Το βιβλίο του Βασίλη Λεουτσάκου περιλαμβάνει στο Γενικό Μέρος, ιδιαίτερο κεφάλαιο για τις ορμόνες και στο Ειδικό Μέρος, 15 κεφάλαια στα οποία αναφέρονται με πολλές λεπτομέρειες όλοι οι ενδοκρινείς αδένες, με πολυάριθμες βιβλιογραφικές τεκμηριώσεις, καθώς επίσης και οι νοσηρές καταστάσεις που αφορούν στην Εσωκρινολογία.

Ο συγγραφέας έφερε σε πέρας ένα φιλόδοξο και δύσκολο ιστορικό, δοκιμιακό πόνημα, με το οποίο εμπλουτίζει θεματολογικά την ελληνική βιβλιογραφία και προσφέρει σημαντική βοήθεια στους ιστορικούς της ιατρικής επιστήμης και στους γιατρούς όλων των ειδικοτήτων, ακόμη και στους φοιτητές μας.

Ο Βασίλης Λεουτσάκος με τη χαρισματική συγγραφική του δεινότητα κάνει τον αναγνώστη «συνταξιδιώτη» στα μονοπάτια της ιστορίας της ενδοκρινολογίας, σε ένα οδοιπορικό γνώσης και ανοίγει μονοπάτια για περαιτέρω έμπνευση, ανέλιξη και θεώρηση της ιατρικής επιστήμης, όσον αφορά τον ρόλο της στην αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας στον άνθρωπο και γενικά στην κοινωνική και ανθρωπιστική της διάσταση. Και όπως είπε, αποτίοντας φόρο τιμής στους προγενέστερούς του, ο γνωστός χειρουργός Harvey Cushing, ο οποίος θεωρείται από πολλούς ο πατέρας της σύγχρονης Νευροχειρουργικής: «What has been accomplished, does not die» (Ό,τι έχει επιτευχθεί, δεν πεθαίνει ποτέ).

Υπογράφει ο Φώτης Παυλάτος, καθηγητής

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ 2010: ΣΥΓΧΡΟΝΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΧΜΗΣ

- **Συγγραφέας:** Δρ. Ανδρέας Μεληδώνης • **Ημερομηνία έκδοσης:** 2010
- **Εκδοτικός οίκος:** Γιάννης Παρισιάνος • **Σελίδες:** 394 (σκληρό εξώφυλλο) • **ISBN:** 978-960-99126-1-7

Το βιβλίο προλογίζει, ο πρόεδρος του Εθν. Κέντρου για το διαβήτη καθηγητής, Σωτήριος Ράπτης. Ο κ. Ράπτης, εξήρε το σημαντικό αυτό βιβλίο, το οποίο θεωρεί ότι συνδυάζει την τέχνη με την επιστήμη της ιατρικής, ενώ άπτεται επικαιρών θεμάτων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, το μεταβολικό σύνδρομο και η αθηρωμάτωση, που ενδιαφέρουν πολλούς ιατρούς που αναζητούν μία ενημερωμένη ανασκόπηση θεωρητικών γνώσεων, προσφέροντας επιπλέον και έναν πρακτικό οδηγό για την αντιμετώπιση αυτών των καταστάσεων και των επιπλοκών τους στους ασθενείς τους.

Στο βιβλίο ο συγγραφέας συνθέτει και αναλύει σε επιμέρους κεφάλαια όλα τα νέα δεδομένα και όλες τις νέες γνώσεις που αφορούν το μεταβολικό σύνδρομο, το διαβήτη και τις επιπλοκές του. Επίσης, αναλύονται οι νέες φαρμακευτικές αγωγές του διαβήτη που βασίζονται στην αξιοποίηση της δράσης των ινκρετινικών ορμονών, τα νέα ινσουλινικά παράγωγα, αναλύονται τα βήματα που γίνονται ή απαιτούνται ακόμα ώστε να προσεγγίσουμε την δημιουργία του «βιοτεχνολογικού παγκρέατος, που θα είναι η αποφασιστική απάντηση στο πρόβλημα του διαβήτη τύπου Ι. Γίνεται επικέντρωση στο πρόβλημα του προ-

διαβήτη που είναι προάγγελος του διαβήτη, και η σημασία του προβάλλεται ιδιαίτερα τελευταία καθώς αποδεδειγμένα συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων. Αναλύονται τα νέα δεδομένα που αφορούν τις επιπλοκές του διαβήτη, με εστίαση σε νέες επιπλοκές όπως η σεξουαλική δυσλειτουργία που εμφανίζεται πλέον και στις γυναίκες με διαβήτη (και όχι μόνο στους άνδρες) και η διαβητική μυοκαρδιοπάθεια, η νόσος των μικρών αγγείων της καρδιάς που εμφανίζεται έως και στο 60% των διαβητικών και μπορεί να οδηγήσει σε καρδιακή ανεπάρκεια. Αναλύεται τέλος, το γενικότερο πρόβλημα του διαβήτη που είναι ένα τεράστιο ιατρικό, κοινωνικό και οικονομικό μέγεθος, καθώς είναι το κύριο αίτιο τύφλωσης, νεφρικής ανεπάρκειας, εμφράγματος και ακρωτηριασμό των κάτω άκρων. Μια νόσος που η αντιμετώπιση των επιπλοκών της εκτιμάται (μελέτη της Εθνικής Σχολής Δημόσιας Υγείας) ότι προσεγγίζει σε ετήσια βάση τα 2,3 δις, € (12% των δαπανών για την υγεία) και τα € 2.400 κατά άτομο με διαβήτη ετησίως.



Θέατρο Badminton

State Ice Ballet της Αγίας Πετρούπολης
«Ωραία Κοιμωμένη»



Όταν το κλασικό μπαλέτο συναντά το καλλιτεχνικό πατινάζ

Οι μοναδικοί χορευτές-παγοδρόμοι του State Ice Ballet της Αγίας Πετρούπολης ανεβαίνουν και φέτος στην παγωμένη σκηνή του Θεάτρου Badminton έπειτα από τις επιτυχημένες παραστάσεις της «Λίμνης των Κύκνων» το 2008, για να ζωντανέψουν το «μπαλέτο των μπαλετών», του Pyotr Ilyich Tchaikovsky. Ο πολυβραβευμένος ρώσος καλλιτέχνης –και για 23 χρόνια πρώτος χορευτής των μπαλετών Mariinsky– Konstantin Rassadin μεταφέρει με απαρύμηλη τέχνη την αυθεντική χορογραφία του Marius Petipa στον πάγο και τη



θέση των πουέντ παίρνουν τα παγοπέδιλα. Με 9.000 παραστάσεις διεθνώς στο ενεργητικό τους, τα πολυβραβευμένα μπαλέτα στον πάγο συνεχίζουν να προσφέρουν μια μοναδική εμπειρία για όλες τις ηλικίες.

«Η Ωραία Κοιμωμένη» ακολουθεί πιστά τη θεοσιόνη του 1890, με όλους τους χορευτές πάνω σε παγοπέδιλα να εκτελούν πιρουέτες και ζετέ, ακριβώς όπως θα έκαναν και με τα παπουτσάκια του μπαλέτου. Τα θεατρικά κοστούμια που φορούν, αρκετά πιο θαρρά από τις συντησιασμένες στολές των παγοδρόμων, δεν φαίνεται να τους εμποδίζουν στο παραμικρό, «Toronto Star»

«Αυτή η εκδοχή της «Ωραίας Κοιμωμένης» στον πάγο φαίνεται πως φέρνει το κοινό πιο εύκολα και πιο γρήγορα κοντά στον μύθο, από ότι στη γνωστή παράσταση του κλασικού μπαλέτου», «The Globe and Mail»

Θέατρο Badminton, Ολυμπιακά Ακίνητα, Γουδή, 157 73 Αθήνα, τηλ.: 211 1010020, Fax: 211 1010022, e-mail: info@badmintontheater.gr. Παραστάσεις από τις 3 Μαρτίου 2010

Θέατρο Παλλάς

«Χάρης Αλεξίου»



Η Χάρης Αλεξίου παροτείνει τις εμφανίσεις της στο Παλλάς μέχρι το τέλη Μαρτίου. Λόγω της αυξημένης ζήτησης των εισιτηρίων, το κοινό μπορεί να απολαύσει τη μεγάλη μουσική της διαδρομή μαζί με τους εξαιρετικούς μουσικούς της για 11 ακόμα παραστάσεις το Μάρτιο. Η επιλογή του ρεπερτορίου είναι της Λίνας Νικολακοπούλου,

η σκηνική επιμέλεια του Αγγελίου Μέντη και η μουσική επιμέλεια και οι ενορχηστρώσεις του Κώστα Παπαδούκα. Μουσική εμπειρία και αναδρομή στον ήχο και το χρόνο, οι εμφανίσεις της περιγράφουν μια σημαντική διαδρομή, που ξεκινά από τα αγαπημένα και ήδη γνωστά τραγούδια του ρεπερτορίου της, τα οποία έχουν συνοδέψει πολλές στιγμές μας, μέχρι τα νέα τραγούδια της πρόσφατης δισκογραφικής της δουλειάς «Η Αγάπη θα σε βρει Όπου και να 'σαι». Στην παράσταση παίζουν οι μουσικοί: Κ. Παπαδούκας (ενορχηστρώσεις, πιάνο, keyboards), Η. Βαβότακας (ακορντεόν, bandoneon), Θ. Γκιουλιετζί (βιολί), Χ. Γκοτσίνος (τύμπανο), Ν. Κατσίκης (μπουζούκι, κιθάρα, νυκτό), Ν. Παλιός (μπάσο ηλεκτρικό και ακουστικό), Γ. Χατζοπούλης (κιθάρες)

Θέατρο Παλλάς, Βουκουρεστίου 5, Αθήνα, τηλ.: 210 3213100
Παραστάσεις:
6, 7, 12, 13, 14, 19, 20, 21, 26, 27 & 28 Μαρτίου 2010 στις 9.00 π.μ.

Θέατρο Badminton

«Matthew Bourne's Swan Lake»



Από τις 14 Απριλίου 2010 η παράσταση-σταθμός επιστρέφει! Η μακροβιότερη παράσταση μπαλέτου στο West End του Λονδίνου και στο Broadway της Νέας Υόρκης, που εγκαινίασε το 2007 το οθλοκίαινοριο Θέατρο Badminton, επιστρέφει στην Αθήνα με τους περήφανους κύκνους του και την ανατρεπτική διάθεση του αγαπημένου μας πολυβραβευμένου δημιουργού Matthew Bourne. Ρομαντική αθλή και κυνική, χιουμαριστική και «κινηματογραφική» στην αισθητική της, η παράσταση έχει συγκεντρώσει μέχρι σήμερα περισσότερα από 30 διεθνή θεατρικά βραβεία, αποτελώντας ορόσημο του σύγχρονου χοροθεάτρου και στις δύο ηπείρους του Ατλαντικού.

Θέατρο Badminton, Ολυμπιακά Ακίνητα, Γουδή, 157 73, Αθήνα, τηλ.: 211 1010020, Fax: 211 1010022, e-mail: info@badmintontheater.gr

Εθνική Λυρική Σκηνή - Θέατρο Ακροπόλι

«Η Νυκτερίδα» (Ο χορός των παραμυθιών)



Οπερέτα διάλεξε φέτος η Λυρική Σκηνή για τους μικρούς της φίλους και συγκεκριμένα τη «Νυκτερίδα» του Γιόχαν Στράους (ιούδ), που έκανε πρεμιέρα στις 24 Δεκεμβρίου. Η Κάρμεν Ρουγγέρη έχει αναλάβει τη διασκευή, το κείμενο πρόζας και τη σκηνοθεσία της παράστασης. Σε ένα αρχοντικό στη Βιέννη ζούσε πολλὰ χρόνια πριν ένα ζευγάρι ευγενών, ο βαρόνος Αϊζενστάιν και η βαρόνη Ροζαλίτε. Στο ίδιο σπίτι ζούσε επίσης η Αντλέη, η καμαριέρα τους. Φίλος του ζευγαριού ήταν ο Μπλιντ, δικηγόρος στο επάγγελμα. Με παραμυθένιο τρόπο το κοινό μεταφέρεται στο παρελθόν και παρακολουθεί τη ζωή των πρώων σε νεαρή ηλικία, όταν ήταν ακόμα συμμαθητές στο σχολείο. Ακολουθεί η πρόταση γάμου του Αϊζενστάιν στη Ροζαλίτε και ύστερα ο γάμος του ζευγαριού. Θα περάσουν λίγα χρόνια... Ο Αϊζενστάιν θα προκαλέσει πολλὰ προβλήματα με το χαρακτήρα του, ώσπου σε ένα χορό μεταμφιεσμένων θα δοθεί η λύση, χαρίζοντας ένα ευτυχισμένο τέλος στην ιστορία.

Μουσική διευθυνση: Δ. Κατσιμάνης, Γ. Αραβίδης, διασκευή κείμενου πρόζας: Κάρμεν Ρουγγέρη, μουσική προσαρμογή για μικρά σύνολο: Κ. Κριτωτάκης, στίχοι τραγουδιών: Α. Κουλουμπής, σκηνικά - κοστούμια: Χ. Κουλουμπή, χορογραφία: Π. Γάλλιος, φωτισμοί: Χ. Θανάσουλα, διεύ-

θυνση χορωδίας: Κ. Δρακάκης. Συμμετέχει η Ορχήστρα και Χορωδία Παιδικής Σκηνής. Παίζουν οι ηθοποιοί: Χ. Κουλουμπή, Β.-Μ. Ζαχαροπούλου, Ε. Κώνστα, Ν. Χαζιράκη, Ε. Ζιώγα, Ε. Γιαννίρη, Β. Μπίζα, Θ. Ευαγγέλου, Α. Τσαρούχης, Ι. Καλύβας, Ν. Κατενίδης, Δ. Παπαγεωργίου, Α. Χανδρογιάννης, Κ. Τζανουκιστάκης

Θέατρο Ακροπόλι, Ινποκράτους 9-11, Αθήνα
Πληροφορίες στο τηλ.: 210 3643 700
Παραστάσεις: Από Τρίτη έως Παρασκευή και Κυριακή στις 11.00 π.μ.

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικών», Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρη, Τ: 210 5831000, 210 5832013 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5326454
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία», Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467473 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7795538
- > Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα», Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770431, 210 3381182 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7776321
- > Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς», Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο», Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 210 7775605 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7473787
- > Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιάλειο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.», Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελοκήποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού», Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7796461
- > Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό», Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839
- > Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7237578
- > Γ.Ν. Αθηνών «Ποσειδωνική», Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944
- > Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα», Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 210 2776612, fax: 210 2776230
- > Γ.Ν.Α. «Αλεξάνδρα», Μονάδα Σακχαρώδη Διαβήτη, Μεταβολισμού, Δυσλιπιδαιμιών & Αθηροσκλήρωσης, Θεραπευτικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Βασ. Σοφίας 80, ΤΚ 11528 Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, τηλ 210 3381392 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7770473, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8049422
- > Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων», Δημ. Μοντουβαθού 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426
- > Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννειο», Αφεντούλη & Τζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709
- > Γ.Ν.Ε. «Θριάσιο», Λεωφόρος Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μογούλα, Τ: 210 5534200, 210 5534774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- > Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, τηλ: 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- > Μαιευτικό Γυναικολογικό Κέντρο Αθηνών «Ελένα Ε. Βενιζέλου» η/θ Β. Βενιζέλου 2, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), (ενδοκρινολογικό), fax: 210 6411156
- > Π.Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Π.&Α. Κυριακού», Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7790990
- > Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο», Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- > 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσιών), τέρμα Ζοίμης, ΤΚ 15127, Μελίτσια, Τ: 210 8106200, 210 8037820 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- > 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Π. Καλλιθέου 3, ΤΚ 15500, Χαϊδαργός, 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», Σισμανόγλειου 1, Μορούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- > Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Εήπις», Δημοτσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445646
- > Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπείο», Βασ. Παυλίου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 210 8923000, 210 8923197 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8923326
- > Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός», Ι. Δραγούμη 5, ΤΚ 16121, Αθήνα, Τ: 210 7265000, 210 7265218 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7235546
- > Γ.Ν. Παιδών Αθηνών «Αγία Σοφία», Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649
- > Γ.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Δ. Μοντουβαθού 3, ΤΚ 18454, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076709
- > Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά», Μπότσαρη 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 210 4284444, fax: 210 4599774
- > Γ.Ν.Α. "Γιώργος Γεννηματάς", Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 210 7768646 (εξωτ. ιατρείο) (Τρίτη-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

- > Ν.Γ.Ν. Θηβών, Τσεβιά 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, εσωτερικό 25406 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. ΔΩΡΙΔΟΣ

- > Ν.Γ.Ν. Αμφισσας Οικισμός Δροσοχωρίου, ΤΚ 33100, Αμφισσα, Τ: 22650 28460, διαβητολογικό (εσωτ. 171), fax: 22650 22086

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

- > Κ.Υ. Καρύστου, Παθ. Κάταικα 56, ΤΚ 34001, Καρύστια, Ν. Ευβοίας, Τ: 22240 24001-2, 22240 29189 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22240 22207
- > Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας, ΤΚ 34100, Χαλκίδα, Ν. Ευβοίας, Τ: 22210 21901-10, 22210 35459 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22210 85131

Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- > **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»**, Ελένης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 969100, 2310 969427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 206015
- > **Ν.Α.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**, Εθνικής Αντιστάσεως 161, Φοινίκας, 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. Πλάστρη 22, ΤΚ 55132, Ν.Κρήνη, Τ: 2310 479600, Fax: 2310 438122
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892462 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 992784
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης**, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 819758
- > **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Α' Παθολογική Κλινική**, Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 693000, 2310 693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 693181
- > **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»**, ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

Ν. ΚΙΛΙΚΙΣ

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

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

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

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

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

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

- > **Γ.Ν.Ν. Βέροιας Ασωμάτων Βεροίας**, ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23310 51141 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23310 29920
- > **Ν.Γ.Ν. Νάουσας**, Νοσοκομείου 3, ΤΚ 59200, Νάουσα, Τ: 23320 22200, 23320 59241 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23320 23422

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

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

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

- > **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστώνειο»**, Ε. Βοστώνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700,

εσωτ. 5340 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 41500

Ν. ΣΑΜΟΥ

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

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

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

Ν. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

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

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

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

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

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

ΘΡΑΚΗ / Ν. ΕΒΡΟΥ

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

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

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

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

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

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

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

ΚΡΗΤΗ / Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

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

Ν. ΧΑΝΙΩΝ

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ / Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ

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

Ν. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

- > **Ν.Γ.Ν. Τρίπολης «Ευαγγελίστρια»**, Ερ. Σταυρού (τέρμα), ΤΚ 22100, Τρίπολη, Τ: 27103 71700, 27103 71809 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27103 38175

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

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

Μας ρωτάτε - Σας απαντάμε



- Το παιδί μου είναι πέντε ετών και διαγνώστηκε με διαβήτη πριν τρεις μήνες. Μου ζητάει συνέχεια σοκολάτες. Πώς να το αντιμετωπίσω;

Η ψυχολογία των χρόνιων νοσημάτων ισχυρίζεται ότι αυτό που αισθανόμαστε ότι μας στερούν, αυτό αναζητούμε, ανεξάρτητα από τη χρησιμότητά του! Οι στερητικές δίαιτες του διαβήτη είναι παρελθόν. Με κατάλληλη τροποποίηση της δόσης ινσουλίνης, σε συνεργασία με τον γιατρό της κόρης σας, ίσως είναι εφικτό να της δώσετε ένα κομμάτι σοκολάτα κάποια στιγμή. Όμως, θα είναι ευκαιρία να εισαγάγετε και την έννοια του μέτρου, καθώς δεν είναι δυνατόν να τρώει συνεχώς σοκολάτες. Περιέχουν σημαντική ποσότητα υδατανθράκων και λίπους και ο έλεγχος του σακχάρου αίματος θα είναι πιο δύσκολος. «Παν μέτρον ἄριστον», όπως έλεγαν και οι αρχαίοι πρόγονοί μας!

- Η κόρη μου είναι έξι χρόνων και έχει διαβήτη εδώ και δύο χρόνια. Ο έλεγχός της είναι μέτριος. Ο γιατρός της πρότεινε αντλία ινσουλίνης, αλλά εγώ φοβάμαι. Είναι κάτι ξένο πάνω της, είναι μικρή...

Η αντλία ινσουλίνης είναι ένας διαφορετικός τρόπος χορήγησης ινσουλίνης στους διαβητικούς. Έχει στόχο να προσομοιώσει τον φυσιολογικό τρόπο έκκρισης ινσουλίνης, όσο αυτό είναι εφικτό, παρακάμπτοντας όλα τα μειονεκτήματα των ενέσεων: τη διαδικασία των ενέσεων, την εξάλειψη του φαινομένου depot (παραμονή ινσουλίνης στον υποδόριο ιστό), ευελιξία στο ωράριο. Οι ανησυχίες που έχετε μπορεί να είναι μειονεκτήματα στη χρήση αντλιών. Όμως, δεν γνωρίζετε πως θα το δει η κόρη σας. Αυτό που για σας είναι αδιανόητο, για εκείνη μπορεί να είναι αυτονόητο! Ας τη δει και ας αποφασίσετε μετά!

- Ο γιος μου είναι 11 ετών και έχει διαβήτη εδώ και δυόμισι χρόνια. Πηγαίνει σε παιδικά πάρτι συνέχεια και δεν με θέλει εκεί. Γυρίζει πίσω με υψηλό σάκχαρο κάθε φορά. Τι να κάνω;

Τα πάρτι δεν απαγορεύονται στα παιδιά με διαβήτη! Το γεγονός ότι ο γιος σας γυρίζει από αυτά με υψηλό σάκχαρο σημαίνει ότι χρειάζεται τροποποίηση της ινσουλίνης που λαμβάνει για το φαγητό των πάρτι, ακόμη και για τούρτα. Επίσης, θα πρέπει σιγά σιγά να συνειδητοποιήσει την έννοια του μέτρου στο φαγητό, που αναφέραμε πιο πάνω. Σε συνεργασία με τον γιατρό του είναι ευκαιρία να ξεκινήσετε σιγά σιγά να του μαθαίνετε τη συσχέτιση ινσουλίνης και φαγητού, καθώς και την εκτέλεση των ενέσεων, αν δεν τις κάνει ήδη! Η χρήση των συλήδων ινσουλίνης είναι πάρα πολύ εύκολη. Αν δεν επιθυμεί να το κάνει, τότε θα είναι υποχρεωμένος να δεχτεί την παρουσία της μαμάς στο πάρτι!

- Το παιδί μου είναι έξι ετών και έχει διαβήτη εδώ και δύο χρόνια. Ξεκίνησε σχολείο πριν από λίγους μήνες. Πόσο το έχει επηρεάσει ψυχολογικά και πόσο εύκολα θα μπορέσει να προσαρμοστεί στις συνθήκες του σχολείου;

Το πόσο θα επηρεαστεί το παιδί σας, θα εξαρτηθεί από τη στάση της οικογένειάς σας απέναντι στο πρόβλημά του. Θα πρέπει να το αντιμετωπίσετε σαν κάθε παιδί που πάει σχολείο. Θα το κουβεντιάσετε με τον δάσκαλο και θα τους καθοδηγήσετε τι θα κάνουν στα διαλείμματα και σε πιθανές «επείγουσες καταστάσεις». Για την αποφυγή υπογλυκαιμιών ίσως χρειαστεί, σε συνεργασία με τον γιατρό σας, να τροποποιήσετε τη δόση ινσουλίνης ή των σνακ τις ημέρες του σχολείου. Ο δάσκαλος ίσως δείξει κάποιο διαταγμό αρχικά, αλλά με τη βοήθειά σας θα τον ξεπεράσει. Ο διαβήτης δεν πρέπει να επηρεάσει την απόδοσή του ή την ψυχολογία του στο σχολείο, αν και εσείς το αντιμετωπίζετε σαν κάτι φυσιολογικό. Να θυμάστε: δεν υπάρχει τίποτα που το παιδί σας δεν μπορεί να κάνει, ίσως με κάποια βοήθεια, στο σχολείο! ■



Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας
στο e-mail: jp@medivox.gr
ή στο fax 210-6470095