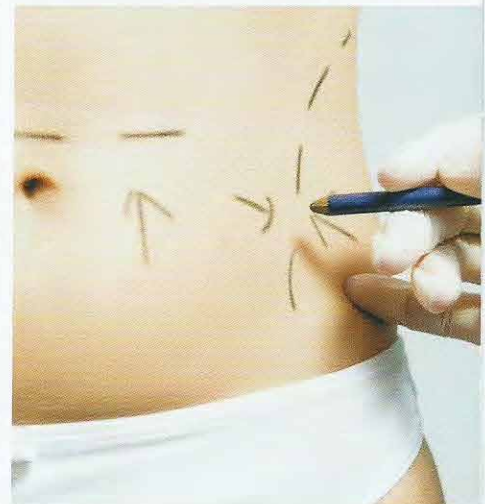
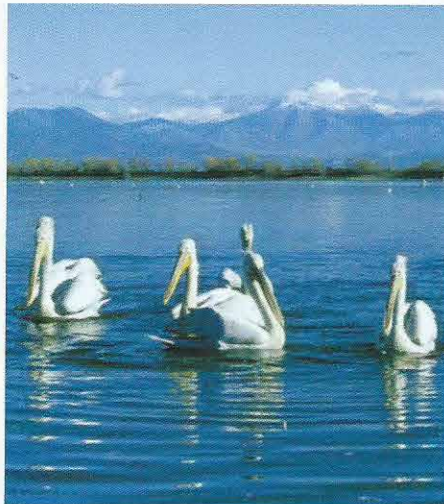
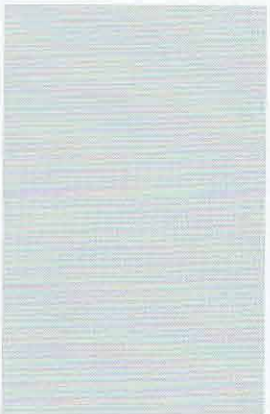
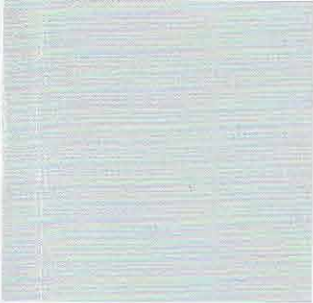


ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Δημήτρης Βλαχάκος, παθολόγος-νεφρολόγος, αν. καθ. ΕΚΠΑ, υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν»: «Η ρύθμιση του σακχάρου «σανίδα» σωτηρίας για τα νεφρά»
- Η σημασία της λειτουργίας του ήπατος στη ρύθμιση της γλυκόζης
- Σακχαρώδης διαβήτης και αισθητικές επεμβάσεις
- Σέρρες, η ομορφιά είναι στη φύση τους

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕΤΟ



ΜΑΡΤΙΟΣ-ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2010 - ΤΕΥΧΟΣ 14



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 Περγιαλιώτου

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

Συντακτική & Δημοσιογραφική Επιμέλεια-Παραγωγή:

Medivox
ΜΕΤΑΦΡΑΣΤΙΚΑ ΣΥΜΜΟΡΦΩΣΜΕΝΑ

Διεύθυνση Έκδοσης

Τζένη Περγιαλιώτου
jp@medivox.gr

Art Director

Χρήστος Γεωργίου
cgeorgiou@medivox.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης

Αναστασία Καρούση
anastasia@medivox.gr

Σύνταξη

Μαρία Γαρατζιώτη
Μαρία Χατζηδόκη

Διόρθωση Κειμένων

Δημήτρης Χατζησαύρου

Υποδοχή Διαφήμισης

Μαρία Μαρινάκη
info@medivox.gr

Συντονισμός Ύλης

Μαρία Χατζηδόκη
mhatzidakis@medivox.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στα 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, ΠΓΝ «Αττικόν»

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

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

Βασίλειος Καραμάνος, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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

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

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών, Ανόβρο, 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 Μούσηλεχ, ενδοκρινολόγος, επιστημονικός συνεργάτης Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. «ΑΧΕΠΑ»

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

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

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

Κωνσταντίνος Ποιλυχνράκος, καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παιδών Μοντρεάλ

Σωτήριος Ράπτης, καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδους Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και 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 Τεντολούρης, 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



ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ το αλάτι στη διατροφή επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση αρτηριακής υπέρτασης

4 ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Δημήτρης Βλαχάκος

«Ένα ποσοστό της τάξεως του 7-8% του γενικού πληθυσμού της χώρας έχει μέτρια ή σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, αλλά τις περισσότερες των περιπτώσεων δεν το γνωρίζει»



14 ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

16 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Το έργο της Πανεπιστημιακής Ένωσης για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ)

Διηλασιάζεται ο αριθμός των ταινιών από τον ΟΑΕΕ για τους διαβητικούς τύπου Ι

18 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

Η Χρυσή Καρύδη, πρώην βουλευτής επικρατείας της Ν.Δ. και εκδότρια του εκδοτικού οίκου ΙΚΑΡΟΣ, παραδίδει μαθήματα ζωής και ελπίδας

22 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Διατροφή και αρτηριακή υπέρταση

30 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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

36 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

Η σημασία του ήπατος στη ρύθμιση της γλυκόζης αίματος

38 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Πρόληψη και αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου ΙΙ

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ Οι δαπάνες υγείας για τον διαβήτη αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι των συλλογικών δαπανών υγείας



ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ Η υπογλυκαιμία είναι μια αναπόφευκτη κατάσταση στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου Ι

42 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ & ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Οι οικονομικές παράμετροι στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

45 ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ
Το αλάτι και οι ιδιότητές του

46 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ
Η μετάβαση του εφήβου διαβητικού σε ιατρό ενηλίκων

48 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Γιώργος Στέφος: «Η μυστικοπάθεια των ατόμων που έχουν διαβήτη, θεωρώ ότι είναι ένα σοβαρό πρόβλημα»

50 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Υπογλυκαιμία και σακχαρώδης διαβήτη

54 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
Διαβήτης και αισθητικές επεμβάσεις. Απαραίτητος ο ενδεδειχμένος έλεγχος πριν από κάποια επέμβαση

56 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ
Σέρρες, η ομορφιά είναι στη φύση τους

58 ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ
Ανοίξτε φτερά για Μαυρίκιο

60 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

61 ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

62 ΧΡΗΣΤΙΚΑ
Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

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

ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ Ο νομός Σερρών εντυπωσιάζει τους επισκέπτες του με τις εναλλαγές στο φυσικό του τοπίο



Δημήτριος Π. Χιώτης
διευθυντής σύνταξης

Αγαπητοί αναγνώστες,

Θα ξεκινήσω το προοίμιο αυτού του τεύχους με μια είδηση που μας έχει χαροποιήσει όλους: το Δ.Σ. της ΕΛΟΔΙ, μετά από καταγγελίες μελών του σχετικά με την περικοπή ταινιών για τη μέτρηση του σακχάρου στο αίμα και κατόπιν ενεργειών του προς τη διοίκηση του ΟΑΕΕ και του υπεύθυνου αρχίατρου, κατόρθωσε να εξασφαλίσει στα άτομα με διαβήτη τύπου Ι, 200 ταινίες το μήνα αντί για 100 που αρχικά προβλεπόταν. Για περισσότερες πληροφορίες, μπορείτε να ανατρέξετε στην ενότητα «κοινωνική μέριμνα» του συγκεκριμένου τεύχους.

Κατά τα άλλα, ως είθισται μετά τις διακοπές του Πάσχα, όπου όλοι λίγο πολύ παρασυρθήκαμε σε διατροφικές ατασθαλίες, οφείλω να σας παροτρύνω να επανέλθετε στον υγιεινό τρόπο ζωής, με τη συστηματική άσκηση και την σωστή διατροφή. Τώρα που ανοίγει και ο καιρός, είναι ακόμη πιο εύκολο να σηκωθείτε από τον καναπέ, να κλείσετε -επιτέλους- την τηλεόραση και να βγείτε στο πάρκο, το βουνό, τη θάλασσα, ακόμη και στα σοκάκια της πόλης για έναν περίπατο που, όπως όλοι πολύ καλά γνωρίζετε, είναι ευεργετικός για τη διατήρηση του βάρους και την εύρυθμη λειτουργία του οργανισμού.

Σε αυτό το τεύχος, έχουμε τη χαρά να φιλοξενούμε τις συνεντεύξεις δύο πολύ αξιόλογων ανθρώπων: από τη μία ο κ. Δημήτρης Βλάχακος, παθολόγος-νεφρολόγος, αν. καθ. Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος νεφρολογικής μονάδας Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής Π.Γ.Ν. «Αττικόν», μας αναλύει την πρωτεύουσα σημασία της ρύθμισης του διαβήτη για την εύρυθμη λειτουργία των νεφρών. Από την άλλη η κα Χρυσή Καρύδη, πρώην βουλευτής επικρατείας της Ν.Δ. και εκδότρια του εκδοτικού οίκου «Ίκαρος», όντας η ίδια διαβητική, παραδίδει μαθήματα θάρρους και αποδεικνύει ότι ο δυναμισμός και η αποφασιστικότητα λειτουργούν ως κινητήρια δύναμη στην εξελικτική πορεία του ανθρώπου.

Τέλος, ξεφυλλίζοντας τις «πλούσιες» κοινωνικές και επιστημονικές δράσεις του τεύχους, αξίζει να σταθείτε στην τιμητική διάκριση του αξιόλογου φίλου και διακεκριμένου συναδέλφου Χρήστου Ζούπα, για την ανεκτίμητη προσφορά του στον αθλητισμό αλλά και το χώρο του διαβήτη. Επίσης, ξεχωριστή ήταν και η ετήσια εκδήλωση του συλλόγου της ΠΕΑΝΔ για τα παιδιά με διαβήτη και τις οικογένειές τους.

Ένα ταξιδάκι αναψυχής είναι πάντα ευπρόσδεκτο. Αυτή τη φορά σας προτείνουμε να επισκεφτείτε τις Σέρρες, η οποία συνδυάζει όμορφους περιπάτους στην φύση, αρχαιολογικούς τόπους αλλά και έναν από τους μεγαλύτερους υδροβιότοπους των Βαλκανίων.





GEN/2/08.08

Ξεκινώντας με ενθουσιασμό την πορεία μας πριν από 340 χρόνια, αφοσιωθήκαμε με αίσθημα ευθύνης προς τους ασθενείς μας, στην έρευνα και ανάπτυξη καινοτόμων φαρμακευτικών και βιοτεχνολογικών προϊόντων. Στα χρόνια που πέρασαν, αναπτύξαμε ισχυρούς δεσμούς υγείας με τους συνανθρώπους μας, αλλάζοντας 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

[ΔΗΜΗΤΡΗΣ ΒΛΑΧΑΚΟΣ]

Η ρύθμιση του σακχάρου «σανίδα» σωτηρίας για τα νεφρά

«Ένα ποσοστό της τάξεως του 7-8% του γενικού πληθυσμού της χώρας έχει μέτρια ή σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, αλλά τις περισσότερες των περιπτώσεων δεν το γνωρίζει». Τη σοβαρότητα της κατάστασης επισήμανε ο Δημήτρης Βλαχάκος, παθολόγος-νεφρολόγος, αναπληρωτής καθηγητής ΕΚΠΑ, υπεύθυνος Νεφρολογικής Μονάδας Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής ΠΓΝ «Αττικόν»

ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Σοβαρά προβλήματα με τους νεφρούς αντιμετωπίζουν 10.000 άνθρωποι στην Ελλάδα αυτήν τη στιγμή. Όπως τονίζει ο κ. Βλαχάκος, οι κύριες αιτίες πρόκλησης νεφρικών νόσων είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση. Όμως, η αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου έχει αποδειχτεί ότι είναι η λύση για την προφύλαξη των νεφρών των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Τι ποσοστό νεφροπαθών υπάρχει αυτήν τη στιγμή στον ελληνικό χώρο;

Η νεφρική ανεπάρκεια ταξινομείται σε πέντε στάδια. Το στάδιο I είναι αυτό που υπάρχει κάποια βλάβη (λιθίαση, όγκος κ.λπ.), αλλά γενικά καλή νεφρική λειτουργία, το στάδιο II όταν υπάρχει ήπια νεφρική δυσλειτουργία, το στάδιο III όταν υπάρχει μέτρια νεφρική ανεπάρκεια, το στάδιο IV όταν υπάρχει σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια και το στάδιο V όταν οι ασθενείς έχουν απολέσει τη νεφρική λειτουργία και πρέπει να ενταχθούν στην αιμοκάθαρση, στην περιτοναϊκή κάθαρση ή να υποβληθούν σε νεφρική μεταμόσχευση. Οι ασθενείς τελικού σταδίου, που αναγνωρίζονται ως νεφροπαθείς από όλους, απαρτίζουν μόνο το 0,1% του πληθυσμού, δηλαδή για τη χώρα μας των 10

εκατομμυρίων οι αιμοκαθαρόμενοι και οι ενταγμένοι σε περιτοναϊκή κάθαρση είναι περίπου 10.000 ασθενείς. Κάτω όμως από αυτήν την... κορυφή του παγόβουνου υπάρχει ένα ποσοστό 7-8% του πληθυσμού που έχει μέτρια ή σοβαρή νεφρική ανεπάρκεια, αλλά δεν το γνωρίζει στις περισσότερες των περιπτώσεων.

Ποια είναι τα συνοδά νοσήματα που οδηγούν τον ασθενή σε νεφρική ανεπάρκεια;

Από τότε που ήμουν φοιτητής μέχρι τώρα, δηλαδή τα τελευταία 30 χρόνια, η επιδημιολογία της νεφρικής νόσου έχει αλλάξει. Παλιά στην Ελλάδα και σήμερα σε τριτοκοσμικές χώρες η πρώτη αιτία που οδηγεί τους ασθενείς με νεφροπάθεια στον τεχνητό νεφρό είναι τα ανοσοολογικά νοσήματα του νεφρού (σπειραματονεφρίτιδες) και τα κληρονομικά νοσήματα του νεφρού (πολυκυστική νόσος). Στις δικές μας δυτικού τύπου κοινωνίες, οι κύριες αιτίες νεφρικής νόσου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση. Οι καταστάσεις αυτές αντικατοπτρίζουν τον δυτικό τρόπο ζωής (πολυφαγία, έλλειψη άσκησης) που έχει προκαλέσει επιδημία παχυσαρκίας (πλέον του 25% του πληθυσμού έχει παχυσαρκία) και σακχαρώδους διαβήτη (τα ποσοστά των ασθενών με σακχαρώδη





« Η νεφροπάθεια προκαλεί υπέρταση και η υψηλή πίεση επιταχύνει την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Επομένως στους διαβητικούς και στους νεφροπαθείς οι στόχοι για την υπερτασική αγωγή δεν είναι τα συνηθισμένα όρια 140/90, αλλά κατώτερα όρια 130/80 χιλιοστά στήλης υδραργύρου »

διαβήτη ξεπερνούν το 6% του πληθυσμού και από αυτούς 30-40% θα καταλήξουν με διαβητική νεφροπάθεια).

Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την καρδιά ή έχουν διαβήτη πρέπει να ακολουθούν κάποια ιδιαίτερη θεραπεία ούτως ώστε να μην οδηγηθούν σε νεφρική ανεπάρκεια;

Όπως ξέρουμε η πρόληψη είναι καλύτερη της θεραπείας. Επομένως, τι πρέπει να κάνει ένας διαβητικός για να προλάβει τη νεφροπάθειά του; Το πρώτο είναι να κάνει σωστή ρύθμιση του σακχάρου του. Δυστυχώς τα αποτελέσματα αυτής

της πρακτικής δεν γίνονται γνωστά παρά μόνο εάν περάσουν πάνω από πέντε με έξι χρόνια. Άρα παλαιότερες μελέτες που σταματούσαν την παρακολούθηση των ασθενών στα πέντε χρόνια δεν ήταν σε θέση να πιστοποιήσουν τη μεγάλη σημασία της καλής ρύθμισης του σακχάρου. Όμως, τώρα ξέρουμε ότι όταν γίνεται αυστηρή ρύθμιση του σακχάρου, υπάρχει προφύλαξη από τις μικροαγγειοπαθολογικές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη, όπως είναι η νεφροπάθεια, η αμφιβληστροειδοπάθεια και η περιφερική νευροπάθεια.

Το δεύτερο είναι να κρατάμε την αρτηριακή πίεση σε όσο χαμηλότερα επίπεδα

μπορούμε. Πατί υπάρχει ένας φαύλος κύκλος μεταξύ της νεφροπάθειας και της υπέρτασης. Η νεφροπάθεια προκαλεί υπέρταση και η υψηλή πίεση επιταχύνει την εξέλιξη της νεφρικής ανεπάρκειας. Επομένως στους διαβητικούς και τους νεφροπαθείς οι στόχοι για την υπερτασική αγωγή δεν είναι τα συνηθισμένα όρια 140/90 χιλιοστά στήλης υδραργύρου, αλλά κατώτερα όρια 130/80 χιλιοστά στήλης υδραργύρου. Για να επιτευχθούν αυτοί οι δύσκολοι στόχοι, θα απαιτηθούν πολλές ομάδες φαρμάκων και θα πρέπει μία εξ αυτών να αναστέλλει τον άξονα ρενίνης-αγγειοτασίνης-αλδοστερόνης.

Τι θα συμβουλευάτε τους διαβητολόγους να προσέχουν ιδιαίτερα στις εξετάσεις των διαβητικών ασθενών τους;

Πέρα από την κρεατινίνη, τη νεφρική κάθαρση και τη γενική των ούρων, οι διαβητολόγοι έχουν σαν εργαλείο την ανίχνευση μικρών συγκεντρώσεων αλβουμίνης (λευκωματίνης) στα ούρα των ασθενών τους, που αποτελεί τον πρώιμο δείκτη διαβητικής βλάβης στους νεφρούς. Η ονομαζόμενη μικρολευκωματινουρία πρέπει να αναζητείται στα ούρα όλων των διαβητικών τύπου II (τύπος ενηλίκων) και στους διαβητικούς τύπου I (νεανικός διαβήτης) μετά την πρώτη πενταετία από τη διάγνωση. Εάν πιστοποιηθεί ύπαρξη μικρολευκωματινουρίας σε δύο τουλάχιστον περιπτώσεις, υπάρχει ήδη βλάβη του νεφρού από τον διαβήτη και απαι-





« Στις δικές μας δυτικού τύπου κοινωνίες, οι κύριες αιτίες νεφρικής νόσου είναι ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση. Οι καταστάσεις αυτές αντικατοπτρίζουν τον δυτικό τρόπο ζωής (πολυφαγία, έλλειψη άσκησης) που έχει προκαλέσει επιδημία παχυσαρκίας (πλέον του 25% του πληθυσμού έχει παχυσαρκία) και σακχαρώδους διαβήτη (τα ποσοστά των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη ξεπερνούν το 6% του πληθυσμού και από αυτούς 30-40% θα καταλήξουν με διαβητική νεφροπάθεια) »

τείται επιθετική θεραπεία με αναστολείς του συστήματος ρενίνης-αγγειοτασίνης. Αυτό επιτυγχάνει την ομαλοποίηση της έκκρισης λευκωματίνης στα ούρα των ασθενών σε ποσοστό 30%. Όταν διαπιστωθεί λευκωματουρία πάνω από 300 mg στα ούρα 24ώρου, υπάρχει διαβητική νεφροπάθεια και θα απαιτηθεί μια αρχική εκτίμηση από νεφρολόγο.

Τι θα πρέπει να κάνει έναν ασθενή να υποψιασθεί νεφρική νόσο ώστε να λάβει τα μέτρα του;

Δεν υπάρχουν ειδικά συμπτώματα και σημεία πρώιμης νεφροπάθειας. Ο κνη-

σμός (φαγούρα), η ναυτία και ο έμετος, η δυσκολία στον ύπνο και η αδυναμία, η απόγνωση ουρίας και η ωχρότητα είναι συμπτώματα προχωρημένης νεφρικής νόσου. Στο check-up των ασθενών πρέπει να συμπεριλαμβάνονται η μέτρηση ουρίας, κρεατινίνης, ηλεκτρολυτών, ουρικού οξέος και η γενική εξέταση των ούρων, που είναι εύκολες και φθηνές εξετάσεις, αλλά έχουν μεγάλη σημασία.

Η ποσότητα και η ποιότητα του νερού που καταναλώνουμε καθημερινά μπορεί να προκαλέσει νεφρικά προβλήματα. Κατά πόσο επηρεάζει την ήδη υπάρχουσα νεφρική νόσο;

Υπάρχει η αντίληψη στον κόσμο ότι τα εμφιαλωμένα νερά είναι καλύτερα για τους νεφρούς. Στις περισσότερες όμως περιοχές της χώρας μας το πόσιμο νερό είναι ελεγμένο και κατάλληλο προς πόση. Για την Αθήνα ειδικότερα, γνωρίζω πως το νερό της βρύσης είναι πολύ καλής ποιότητας και μπορούν οι ασθενείς να πίνουν άφοβα. Όσον αφορά την ποσότητα του νερού που πρέπει να καταναλώνεται, δεν υπάρχει μια συνταγή για όλους. Οι φυσιολογικοί νεφροί μπορεί να τα βγάλουν πέρα σε ένα μεγάλο εύρος κατανάλωσης νερού, που αρχίζει με 0,5 λίτρα και τελειώνει στα 12 λίτρα. Οι ασθενείς με τάση για νεφρολιθίαση πρέπει να

Νέα Εποχή – Χωρίς Ταινίες. Accu-Chek® Mobile

▶▶ Απλά μετρήσου. Τα υπόλοιπα άφησέ τα στο μετρητή σου!



Δυνατότητα μετρήσεων όποτε και όπου χρειάζονται. Κυριολεκτικά!

- 50 τεστ ενσωματωμένα σε μια κασέτα
- Χωρίς ανάγκη κωδικοποίησης
- Λήψη δείγματος αίματος με το πλέον ανώδυνο στυλό τρυπήματος τεχνολογίας Clixmotion™ (*Ref.)
- Ασφαλής / υγιεινή αποθήκευση & απόρριψη κασέτας μετρήσεων και αιχμών

Ο μετρητής προσφέρεται δωρεάν σε άτομα που ακολουθούν ινσουλινοθεραπεία

www.accu-chek.com

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.

Αθήνα: Α. Παναγούλη 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®

πίνουν τρία με τέσσερα λίτρα ημερησίως, ιδιαίτερα στους καλοκαιρινούς μήνες που υπάρχει μεγάλη απώλεια νερού λόγω ιδρώτα. Αντίθετα, ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια χρειάζεται να πίνουν περί τα δύο λίτρα νερού, ενώ ασθενείς με καρδιακή και νεφρική ανεπάρκεια μπορεί να χρειασθεί να μπουν σε στέρση νερού και να πίνουν λιγότερο από ένα λίτρο ημερησίως.

Η υπερβολική κατανάλωση φαρμάκων μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στους νεφρούς μας;

«Όταν διαπιστωθεί λευκωματουρία πάνω από 300 mg στα ούρα 24ώρου, υπάρχει διαβητική νεφροπάθεια και θα απαιτηθεί μια αρχική εκτίμηση από νεφρολόγο»

Η πολυφαρμακία ενοχοποιείται για βλάβες στα νεφρά. Ειδικά σε φάρμακα που μπορεί ο πολίτης να πάρει εύκολα χωρίς ιατρική συνταγή. Οι κατηγορίες αυτές είναι τα διάφορα αντιβιοτικά και τα διάφορα αναλγητικά που χρησιμοποιεί κατά κόρον ο πληθυσμός. Ειδικά τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη, που χρησιμοποιούν πολλοί και ιδιαίτερα ηλικιωμένοι ασθενείς για αρθραλγίες και οσφυαλγίες για πάρα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα μπορούν και οξέως, αλλήλα και χρονίως, να επηρεάσουν τη νεφρική λειτουργία και μερικές φορές να οδηγήσουν στη νόσο που λέγεται νεφροπάθεια εξ αναλγητικών.

Υπάρχουν νέα φάρμακα που μπορούν να βελτιώσουν την ποιότητα ζωής των ασθενών με διαβήτη και νεφρική ανεπάρκεια;

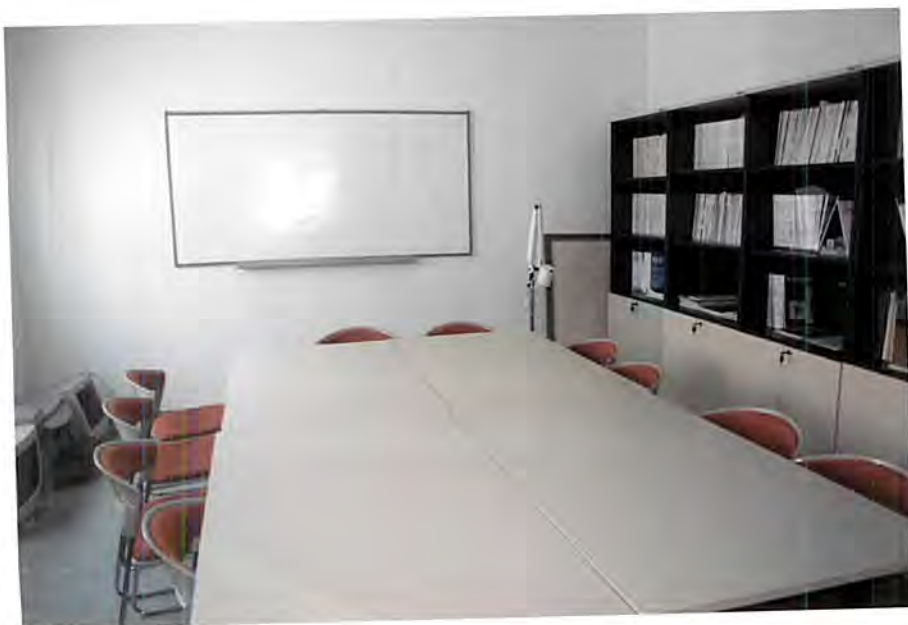
Η επανάσταση στην αντιμετώπιση των νεφροπαθών ασθενών ήλθε με την ανακάλυψη ερυθροποιητικών παραγόντων για την αντιμετώπιση της αναιμίας. Μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του '80, οι νεφροπαθείς ζούσαν με πάρα πολύ χαμηλούς αιματοκρίτες, χρειάζονταν πολλή αιμοδιύλιση και ανέπτυσαν αιμοσιδήρωση, είχαν δηλαδή σκούρο δέρμα και έπασχαν τα εσωτερικά τους όργανα. Πάθαιναν δε ηπατίτιδες και AIDS, όπως οι

υπόλοιποι πολυμεταγγιζόμενοι ασθενείς. Αυτή τη στιγμή οι ασθενείς είναι πολύ λιγότερο αναιμικοί, δεν μεταγγίζονται πλέον, έχουν καλύτερη ποιότητα ζωής και κυκλοφορούν μεταξύ μας σαν όλους τους υπόλοιπους ανθρώπους.

Εκτός από τους ερυθροποιητικούς παράγοντες, η άλλη μεγάλη αλλαγή που έγινε στη φαρμακευτική «φαρέτρα» για τους νεφροπαθείς είναι η ανακάλυψη και η χρησιμοποίηση φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων, τα οποία δεν περιέχουν αλουμίνιο και ασβέστιο. Τα πρώτα φωσφοροδεσμευτικά φάρμακα που χρησιμοποιήσαμε για τη δέσμευση του φωσφόρου στο έντερο και την αποφυγή απορρόφησής του στο αίμα, περιείχαν άλατα του αλουμινίου που προξενούσαν νευροτοξικότητα, τοξικότητα στα οστά, αναιμία κ.λπ. Ακολούθως, χρησιμοποιήθηκαν και χρησιμοποιούνται ακόμη άλατα του ασβεστίου. Αλλά επειδή μια από τις κυριότερες εκδηλώσεις της καρδιαγγειακής νόσου των νεφροπαθών είναι οι επασβετώσεις των αγγείων, θεωρήθηκε πως η δημιουργία φωσφοροδεσμευτικών φαρμάκων, που δεν θα περιέχουν ασβέστιο μπορεί να είναι καλύτερα. Πράγματι, τα νεότερα φωσφοροδεσμευτικά δεν περιέχουν ασβέστιο και είναι είτε ρητινές (σεβελαμέρη) είτε σπάνιες γαίες (λανθάνιο). Αν και οι επασβετώσεις είναι λιγότερες με τα καινούργια φωσφοροδεσμευτικά, δεν έχει αποδειχθεί -πέραν πάσης αμφιβολίας- πως μπορούν να επιμκύνουν το προσδόκιμο επιβίωσης των ασθενών.

Η φαρμακοβιομηχανία είναι σε μια συνεχή αναζήτηση για την ανακάλυψη νέων φαρμάκων. Ανακαλύφθηκαν νέες μορφές βιταμίνης D και τελευταία και μορφές φαρμάκων που μιμούνται το ασβέστιο (ασβεστομιμητές, as πούμε), που «κοροϊδεύουν» τους υποδοχείς ασβεστίου στους παραθυροειδείς αδένες και καταστέλλουν την παραγωγή της παραθορμόνης.

Κύριε Βλαχάκο, θα ήθελα να μας μιλήσετε για το έργο της Μονάδας Αιμοκαθάρσεων του «Αττικού» νοσοκομείου, στην οποία είστε διευθυντής. Πόσους ασθενείς εξυπηρετείτε καθημερινά; □





MENARINI
diagnostics



Χωρίς Βαθμονόμηση



Δείγμα ΜΟΝΟ 0,3µL



Αυτόματος Έλεγχος
του Όγκου Δείγματος



Αποτέλεσμα σε 4''



GlucoMen Lx

Η ΧΡΥΣΗ ΕΠΟΧΗ

ΣΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ



Η δική μας η μονάδα ξεκίνησε τη λειτουργία της το 2003, όταν ενταχθήκαμε στη Δεύτερη Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική με διευθυντή τότε τον καθηγητή Σ. Ράπτη. Η κλινική αυτή ήταν από τις πρώτες που μεταφέρθηκαν στο «Αττικό» νοσοκομείο στο Χαϊδάρι από τον «Ευαγγελισμό», που λειτουργούσε από τα χρόνια του αείμνηστου καθηγητή κ. Γαρδίκια. Διευθυντής μας τώρα είναι ο καθηγητής κ. Οικονομόπουλος. Δυστυχώς, λόγω ελλείψεως νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, ενώ θα μπορούσαμε να εξυπηρετούμε 120 χρονίως αιμοκαθα-

ρόμενους ασθενείς, έχουμε μόνο 35, συν όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς στο νοσοκομείο μας που χρειάζονται εκτάκτως οξεία αιμοκάθαρση. Η περιτοναϊκή μας μονάδα έχει 15-20 ασθενείς. Επίσης, λειτουργούμε δύο εξωτερικά νεφρολογικά ιατρεία και τρία ειδικά ιατρεία (υπέρτασης, διαβητικής νεφροπάθειας και σπειραματονεφρίτιδων). Διαθέτουμε κλινικό εργαστήριο, μηχανήμα υπερήχων και πειραματικό εργαστήριο.

Μιλήστε μας για την ομάδα των ιατρών που βοηθούν στο συνολικό έργο της μονάδας;

Πλήν εμένα, η ομάδα μας απαρτίζεται από πέντε συναδέλφους του ΕΣΥ, την Σοφία Καλογεροπούλου, τον Σπύρο Κατσούδα, τη Δήμητρα Μπαχαράκη, την Παρή Γούναρη και την Ελεάνα Σπανού. Επίσης, έχουμε τέσσερις ειδικευμένους ιατρούς στη νεφρολογία, τις Αθηνά Δράκου και Λιάνα Μπαλιτά και τους Βελισσάριο Γκίνη και Δημήτρη Μπάφα. Προϊσταμένη της Μονάδας Αιμοκάθαρσης είναι η Βάσω Μαρινοπούλου και προϊσταμένη της Περιτοναϊκής Κάθαρσης είναι η Μίνα Καραφέρη.

Εκτός από ιατρική βοήθεια που παρέχετε στους αιμοκαθαρόμενους ασθενείς, προσφέρετε επιπλέον και κοινωνικές δράσεις. Σε ποιες δράσεις έχετε προβεί;

Το ιατρικό προσωπικό και οι ασθενείς που φροντίζουμε εδώ έχουμε γίνει μια οικογένεια. Μια οικογένεια που μοιράζεται τις ανησυχίες, τα προβλήματα αλλά και τις χαρές της.

Στο πλαίσιο αυτό, η μονάδα μας διοργανώνει κάθε χρόνο συνεχώς από το 2005 και ύστερα, μονοήμερες εκδρομές μία Κυριακή τον χρόνο, στην οποία συμμετέχουν οι νεφροπαθείς μας με τους συγγενείς τους, οι νοσηλευτές και οι νοσηλεύτριές μας και οι ιατροί της μονάδας.

Φροντίζουμε τα μέρη που θα επισκεφτούμε να έχουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Έτσι, έχουμε επισκεφθεί κατά σειρά τα Καλάβρυτα και το Σπήλαιο των Λιμνών, το Ναύηλιο και τις Μυκήνες, την Αράχοβα και τους Δελφούς, την ορεινή Αρκαδία (Δημητσάνα, Στεμνίτσα), τη Ναύπακτο και το Γαλαξίδι.

Άλλη εκδήλωση που όλοι περιμένουν με χαρά είναι η κοπή της ετήσιας πίτας της μονάδας με προσκαλεσμένους τους νεφροπαθείς, τους συγγενείς τους και το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου, που συμμετέχει στην περίθαλψη των ασθενών μας.

Τέλος, δεν πρέπει να παραλείψω να ευχαριστήσω τους ασθενείς εκείνους και τους νοσηλευτές που με δικά τους έξοδα και κόπο δημιούργησαν και περιποιούνται το κηπάριο στην είσοδο της μονάδας. ■

Αναζητάτε μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης
στη διαχείριση του διαβήτη;

NEA



ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΡΧΙΖΟΥΝ ΕΔΩ...

Ο έλεγχος της γλυκόζης είναι πολύ σημαντικός και βοηθά τα άτομα με διαβήτη να καταφέρουν να επιτύχουν τους γλυκαιμικούς τους στόχους.

Οι **NEES** ταινίες μέτρησης **FreeStyle Lite** με το μοναδικό σχεδιασμό **ZipWik** καθιστούν την τοποθέτηση και απορρόφηση του αίματος ευκολότερη και ταχύτερη. Με τις νέες ταινίες μέτρησης **FreeStyle Lite**, που χρησιμοποιούνται με τους μετρητές **FreeStyle Lite** και **FreeStyle Freedom Lite** τα άτομα με διαβήτη έχουν μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης.

Γραμμή Υποστήριξης Πελατών

800 11 ABBOTT
800 11 222688

Αθήνα: 210 9985220
Θεσ/νίκη: 2310 472947

(χωρίς χρέωση από σταθερό)

**FreeStyle
Lite**

Ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος

www.abbott.gr/diabetescare

ΚΑΝΟΥΜΕ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ

 **Abbott**
Diabetes Care

ΟΙ ΔΙΑΚΥΜΑΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΘΝΗΤΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΜΟΝΑΔΕΣ ΕΝΤΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



Πολλήπληθ στοιχεία υποδεικνύουν ότι η διακύμανση των τιμών της γλυκόζης διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην πρόβλεψη της θνητότητας που αφορά τις μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ). Μια αναδρομική μελέτη ασχολήθηκε με 5.728 ασθενείς που είχαν νοσηλευτεί σε ΜΕΘ μεταξύ των ετών 2004 και 2007. Ο λόγος πιθανοτήτων για θάνατο στη Μονάδα ήταν τόσο μεγαλύτερος όσο μεγαλύτερες ήταν και οι διακυμάνσεις στις τιμές της γλυκόζης.

Το συμπέρασμα της συγκεκριμένης μελέτης υπογραμμίζει ότι οι υψηλές διακυμάνσεις που σχετίζονται με τις μετρήσεις της γλυκόζης του αίματος σχετίζονται στενά με τον θάνατο στη μονάδα εντατικής θεραπείας και γενικά εντός του νοσοκομείου. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και με τις υψηλές τιμές γλυκόζης κατά μέσο όρο.

Επομένως, σε ασθενείς στους οποίους τηρείται αυστηρός γλυκαιμικός έλεγχος, οι χαμηλές διακυμάνσεις στις τιμές της γλυκόζης φαίνεται να δρουν προστατευτικά ακόμα και όταν οι αντίστοιχες κατά μέσο όρο τιμές παραμένουν αυξημένες.

Πηγή - περισσότερες πληροφορίες:
Crit Care Med. 2010;38(3):838-842

ΝΕΟ ΕΜΒΟΛΙΟ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΜΗΝΙΓΓΙΤΙΔΟΚΟΚΚΟΥ

Ο FDA ενέκρινε την κυκλοφορία του εμβολίου Menveo κατά της μηνιγγίτιδας, για χρήση σε εφήβους (11 ετών και άνω) και ενήλικες με κίνδυνο έκθεσης στους υπότυπους A, C, W135 και Y του *Neisseria meningitidis*.

Η μηνιγγιτιδοκοκκική νόσος είναι σημαντικό αίτιο βακτηριακής μηνιγγίτιδας και σπληνίας, που οδηγεί σε υψηλά ποσοστά αναπηρίας και θνησιμότητας παγκοσμίως.

Η έγκριση βασίστηκε στα αποτελέσματα της τρίτης φάσης κλινικής μελέτης που εξέτασε το νέο εμβόλιο σε σχέση με τα άλλα αντίστοιχα εγκεκριμένα εμβόλια.

Η μελέτη χώρισε τους συμμετέχοντες σε δύο ομάδες: τους εφήβους 11 έως 18 και τους ενήλικες 19 έως 55 ετών. Για κάθε ομάδα μετρήθηκε το ποσοστό των ατόμων που ανέπτυξαν ανοσολογική απάντηση για καθένα από τους τέσσερις ορότυπους. Μετρήθηκε επίσης το ποσοστό των ατόμων που ανέπτυξαν τίτλο βακτηριοκτόνων αντισωμάτων στον ορό μεγαλύτερο ή ίσο του 1:8. Διαπιστώθηκε ότι τα άτομα στα οποία χορηγήθηκε το νέο εμβόλιο παρουσίασαν ικανό τίτλο αντισωμάτων έναντι και των τεσσάρων ορότυπων.

Πηγή: Novartis, Image ID: 8645662



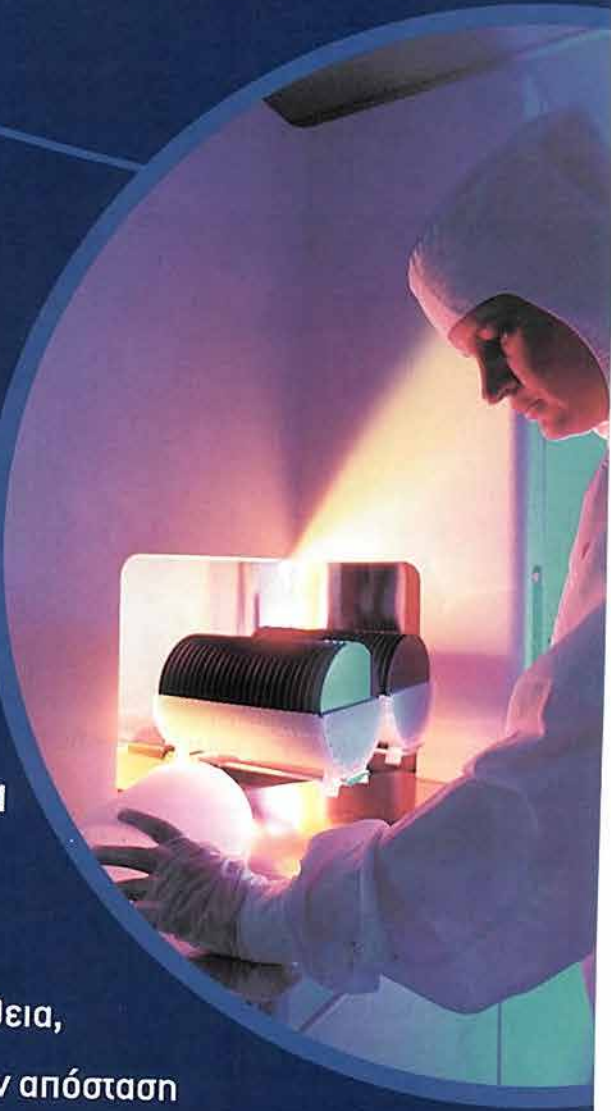
Η ΛΙΡΑΓΛΟΥΤΙΔΗ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2



Οδηγία με την οποία συστήνεται τη χρήση του φαρμάκου λιραγλουτιδίη, σε ενέσιμη μορφή, σε συνδυασμό με τις άλλες υπάρχουσες θεραπείες, για τη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, σε ασθενείς που δεν ανταποκρίνονται στις χρησιμοποιούμενες θεραπείες, εξέδωσε το NICE. Συγκεκριμένα, διαβητικοί ασθενείς που λαμβάνουν μετφορμίνη και μια σουλφονουρία ή μετφορμίνη και θειαζολιδινεδιόνη και εξαρηθουθόνη και έχουν υψηλές τιμές σακχάρου μπορούν να προσθέτουν τη λιραγλουτιδίη στη θεραπεία τους.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι το φάρμακο έχει έγκριση για ασθενείς με BMI 35kg/m² και άνω. Ωστόσο και ασθενείς με BMI 35kg/m² μπορεί να επωφεληθούν του φαρμάκου εάν θεωρηθεί ότι αυτό μπορεί να τους βοηθήσει στην απώλεια βάρους. Η σύσταση αφορά αυστηρά τη χρήση της λιραγλουτιδίης σε δόση 1,2 mg ημερησίως

σε συνδυασμό με άλλα δύο αντιδιαβητικά φάρμακα, ενώ δεν συστήνεται ούτε ως μονοθεραπεία ούτε ως θεραπεία σε διπλό σχήμα, σε συνδυασμό με άλλο ένα φάρμακο. **Πηγή: National Institute for Health and Clinical Excellence**



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

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



MENARINI HELLAS

Μέριμνα για την υγεία

Πανεπειρωτική Ένωση για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ)



Ο διαβήτης απαιτεί έναν δύσκολο και καθημερινό αγώνα, όμως τα πάντα μπορούν να κερδηθούν όταν αντλούμε δύναμη ο καθένας από τον εαυτό του αλλά και ο ένας από τον άλλο



Δράσεις και εκδηλώσεις από το Σύλλογο ΠΕΝΔΙ

Εκ μέρους του διοικητικού συμβουλίου, η πρόεδρος **Εισοδία Κοντογιάννη-Κοκκινόπουλου**

Σε αυτή τη βάση ιδρύθηκε στα Ιωάννινα το 1994 ο σύλλογος ΠΕΝΔΙ, από γονείς παιδιών με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη, ενήλικες πάσχοντες από διαβήτη και γιατρούς. Οι βασικοί στόχοι του συλλόγου ήταν και παραμένουν η σωστή διαχείριση του διαβήτη και η παροχή ενημέρωσης όσον αφορά τις τελευταίες εξελίξεις της έρευνας για την θεραπεία του διαβήτη και της βελτίωσης της καθημερινότητάς των ατόμων με διαβήτη.

Στην κατεύθυνση αυτή, ήδη από το 1998 ο σύλλογός μας εκδίδει τριμηνιαίο περιοδικό, το οποίο αποστέλλεται δωρεάν και προσωπικά σε κάθε μέλος μας σε όλη την Ελλάδα, την Κύπρο και άλλες χώρες του κόσμου όπως ο Καναδάς.

Στα πλαίσια της δράσης του συλλόγου διοργανώνουμε ενημερωτικές ημερίδες με την υποστήριξη της Ενδοκρινολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ιωαννίνων και την πολύτιμη βοήθεια του διευθυντή της Ενδοκρινολογικής κλινικής, καθηγητή κ. Αγαθοκλή Τσατσούλη, ο οποίος υπήρξε από τα ιδρυτικά μέλη του συλλόγου μας και συνεχίζει να μας συμπαρίσταται, από την ίδρυση του μέχρι και σήμερα.

Επίσης, διοργανώνουμε συχνά σεμινάρια και συναντήσεις των μελών στα γραφεία του συλλόγου που βρίσκονται στη οδό Μπουμπουλίνας 4 στα Ιωάννινα. Στα γραφεία μας, καθημερινά πλην Σαββάτου και Κυριακής, υπάρχει γραμματειακή υποστήριξη και είναι στη διάθεση των μελών μας για να βοηθήσει σε κάθε δυσκολία που πιθανώς αντιμετωπίζουν σχετικά με τις παροχές των ασφαλιστικών ταμείων κ.α. και να παρέχει ενημέρωση χρησιμοποιώντας στοιχεία που βρίσκονται στο μεγάλο αρχείο του συλλόγου.

Προκειμένου να γνωστοποιηθεί η ύπαρξη και δράση του Συλλόγου δημιουργήσαμε ιστοσελίδα για την ταχύτερη ενημέρωση των μελών μας και των συνανθρώπων μας που πάσχουν από διαβήτη καθώς επίσης εδώ και χρόνια χρησιμοποιούμε την τεχνολογία και την ηλεκτρονική επικοινωνία για να δίνουμε γρήγορα λύσεις στα προβλήματα των μελών μας.

Τώρα πια ύστερα από 16 χρόνια ο σύλλογος μας έχει συνεργαστεί με αντίστοιχους συλλόγους από όλη την Ελλάδα και είναι μέλος της Πανελληνίας Ομοσπονδίας για τον σακχαρώδη διαβήτη. Το σημερινό διοικητικό συμβούλιο της ΠΕΝΔΙ απαρτίζεται από τους ακόλουθους: πρόεδρος: Κοντογιάννη-Κοκκινόπουλου Εισοδία, ταμίας: Παπαδόπουλος Πολυχρόνης, γραμματέας: Ζήση Χρυσούλα, μέλη: Ζώτος Χαράλαμπος, Αναστασίου Αγγελική, Ζιώγος Ιωάννης & Βασιλείου Μαρία. Εκπρόσωπός μας στην Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) είναι ο κ. Κοντομνός Μιχάλης. ■

Διπλασιάζεται ο αριθμός των ταινιών από τον ΟΑΕΕ για τους διαβητικούς τύπου I

Μεγάλη επιτυχία της ΕΛΟΔΙ για τα άτομα με διαβήτη

Το διοικητικό συμβούλιο της ΕΛΟΔΙ, μετά τις καταγγελίες μελών του σχετικά με την περικοπή ταινιών για τη μέτρηση σακχάρου στο αίμα, και κατόπιν ενεργειών του προς την διοίκηση του ΟΑΕΕ και του υπευθύνου αρχιάτρου, βρίσκεται στην ευχάριστη θέση να πληροφορήσει όλα τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, ότι δικαιούνται 200 ταινίες τον μήνα, αντί 100 που αρχικά προβλεπόταν.

Ήδη υπάρχει δελτίο τύπου από τον ΟΑΕΕ που έχει αναρτηθεί και στην ιστοσελίδα του www.OAEE.gr και αναφέρονται τα εξής:

«Σχετικά με τον καθορισμό ορίων χρήσης ταινιών μέτρησης σακχάρου στο αίμα και τις βελτιώσεις σκαριφισμού από ασθενείς πάσχοντες από διαβήτη, ο Οργανισμός ανακοινώνει τα εξής:

- Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, τα οποία κατά τεκμήριο αντιμετωπίζονται με θεραπευτικά σχήματα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης ημερησίως, καθώς και ασφαλισμένων που κάνουν χρήση αντλίας έγχυσης ινσουλίνης ημερησίως, το όριο χρήσης ταινιών μέτρησης σακχάρου και σκαριφιστήρων, καθορίζεται σε 200 ανά μήνα, αντί 100.
- Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζεται με ινσουλίνη, το όριο ταινιών μέτρησης και σκαριφιστήρων, καθορίζεται σε 50 ανά μήνα, αντί 25.
- Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, που αντιμετωπίζεται με αντιδιαβητικά δισκία, το όριο καθορίζεται σε 30 ανά μήνα, αντί 25.



- Για τις ασθενείς με διαβήτη κύησης, το όριο παραμένει στις 100 ταινίες και σκαριφιστήρες ανά μήνα.

Σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου κατά την κρίση του ελεγκτή ιατρού, με βάση τα προσκομιζόμενα ιατρικά στοιχεία, δικαιολογούνται περισσότερες ποσότητες υλικών, πέραν αυτών που αναγράφονται,

η έγκριση αυτών θα γίνεται και από τον προϊστάμενο του Τμήματος Υγειονομικού της Περιφερειακής Διεύθυνσης.

Οφείλουμε από την στήλη αυτή να ευχαριστήσουμε την διοίκηση του ΟΑΕΕ και ιδιαίτερα τον προϊστάμενο – αρχίατρο για την ευαισθησία που επέδειξαν και ενήργησαν γρήγορα και αποτελεσματικά. ■



Η Χρυσή Καρύδη, πρώην βουλευτής επικρατείας της Ν.Δ. και εκδότρια του εκδοτικού οίκου ΙΚΑΡΟΣ, παραδίδει μαθήματα ζωής και ελπίδας

«Το πείσμα που έχω το θεωρώ δύναμη και το οφείλω στο διαβήτη»

Η κυρία Χρυσή Καρύδη είναι ίσως από τις πιο θαρραλέες και υπερήφανες γυναίκες που έχω συναντήσει στην πολυετή καριέρα μου. Είναι θαρραλέα, γιατί δεν άφησε ποτέ τον διαβήτη να την αλλοιώσει, να τη φθείρει και να τη μετατρέψει σε ένα αδύναμο πλάσμα. Μα πάνω απ' όλα είναι υπερήφανη, διότι δεν έδωσε ποτέ το δικαίωμα να την πουν «κακομοίρα». Δεν το έβαλε κάτω, δημιούργησε μια λαμπρή καριέρα και μια θαυμάσια οικογένεια

ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



κάτι τέτοιο, παρόλο που είχα γίνει 45 κιλά. Συμπτωματικά έκανα μια ανάλυση αίματος και ανακαλύφθηκε ότι έχω διαβήτη. Όπως καταλαβαίνετε, δημιουργήθηκε πανικός. Ήταν πριν από πάρα πολλά χρόνια, δεν είχε η οικογένειά μου εμπειρία επί του θέματος.

Πώς αντιμετωπίσαν οι δικοί σας άνθρωποι το γεγονός αυτό;

Η μητέρα μου κατέρρευσε. Στενοχωρήθηκε πάρα πολύ. Ο πατέρας μου ο οποίος με αγαπούσε υπερβολικά και ήμουν η πριγκίπισσά του, δεν μπορούσε να πιστέψει ότι είχα διαβήτη και μου έλεγε πως «έχουν κάνει λάθος».

Από εκεί και πέρα η δική σας ψυχολογία πώς ήταν;

Θυμάμαι τον ιατρό να μου απαγορεύει να φάω γλυκά, αλλά εγώ έτσι και αλλιώς δεν είμαι γενικά πολύ φαγού. Ήμουν 19 ετών, δεν ήμουν μωρό. Ήξερα ότι δεν έχουν κάνει λάθος. Και τότε αποφάσισα ότι δεν θα άφηνα ποτέ να πουν για μένα «κοίτα την κακομοίρα». Αυτό αποκλείεται να το επιτρέψω!

Τη δύναμη αυτή από που την αντλούσε ένα 19χρονο κορίτσι;

Οι γονείς μου με είχαν μεγαλώσει με πάρα πολύ αγάπη. Είχα πάρα πολύ μεγάλη εμπιστοσύνη στον εαυτό μου. Πάντα πίστευα πως εξαιτίας του διαβήτη έχω γίνει καλύτερος άνθρωπος. Ο διαβήτης με πέρασε σε μια άλλη πραγματικότητα, σε άλλους κα-

νόνες. Αυτό είναι το πιο τραυματικό, το πιο δύσκολο να αποδεχθείς. Δεν μπορούσα και δεν μπορώ ακόμα να πάω κάπου εκδρομή και να πω «δεν πειράζει πότε θα γυρίσω». Θα πρέπει να έχω τα φάρμακα μου μαζί, τα οποία θα πρέπει να προφυλάσσω από την πολύ ζέστη. Δεν μπόρεσα ποτέ να κοιμηθώ βράδυ εκτός σπιτιού χωρίς να το έχω προβλέψει. Αυτά όταν είσαι 19 ετών είναι μια πραγματικότητα, που δύσκολα αποδέχεσαι. Είναι όμως και μια πρόκληση, ένα στοιχείο ότι η αναποδιά δεν θα σε βάλει κάτω.

Πέρα από εσάς που είστε μέσα στο πρόβλημα, υπάρχει πολύς κόσμος εκεί έξω που είτε δεν έχει καθόλου εικόνα για το τι είναι διαβήτης και τι ανάγκες έχουν οι άνθρωποι που τον έχουν είτε δεν ξέρει καθόλου πώς να αντιμετωπίσει αυτά τα περιστατικά. Ποια είναι η δική σας εμπειρία;

Καταρχήν, θα πρέπει να ήες το πρόβλημά σου. Δυστυχώς, οι περισσότεροι διαβητικοί το κρύβουν. Θυμάμαι πέρυσι μια πολύ θλιβερή ιστορία με ένα παιδάκι, που έχασε την τάξη του από απουσίες. Έγινε ολόκληρο θέμα. Όταν πήγε η μαμά και είπε «μα το παιδί μου έχει διαβήτη», τότε αποκαλύφθηκε ότι δεν είχε πει τίποτα στους δασκάλους του παιδιού. Ε, λοιπόν, δεν φταίει το σχολείο. Εγώ ακόμα και στη Βουλή, στους φίλους, στους συναδέλφους μου, που ήμουν την περισσότερη ώρα μαζί τους είχα πει: «Αμα δείτε ότι ήλω κάποια ανουσία μπορεί να έχω υπογλυκαιμία, το νου σας». Πρέπει να φροντίζουμε να υποψιάζουμε τον άλλο.

Κυρία Καρύδη είναι ιδιαίτερη τιμή και χαρά για εμάς να σας έχουμε κοντά μας. Γνωρίζουμε ότι έχετε βρεθεί και εσείς αντιμετώπιση με τον διαβήτη από τα 19 έτη. Θα θέλαμε να μας μιλήσετε για αυτήν σας την εμπειρία. Πώς ξεκίνησαν όλα και ποια ήταν η πρώτη σας αντιμετώπιση;

Αρρώστησα όταν ήμουν 19 ετών, χωρίς να υπάρχει καμία κληρονομικότητα στην οικογένειά μου. Για αυτό και δεν πέρασε σε κανενός το μυαλό ότι μπορεί να συμβαίνει

Επίσης, θέλω να σημειώσω ότι υπάρχουν και πολύ ιατροί που δεν ξέρουν πολλά για τον διαβήτη. Δεν μιλάω για παθολόγους, μιλάω για ΩΡΛ, για οφθαλμιάτρους, για δερματολόγους, καθώς κι άλλες ειδικότητες. Εγώ όταν αισθανθώ ότι ο ιατρός δεν γνωρίζει για τον διαβήτη, έχω ένα αίσθημα φοβερής ανασφάλειας.



Ωστόσο, στις μέρες μας συναντάμε πιο εξειδικευμένους ιατρούς που συνδυάζουν τις γνώσεις της ειδικότητας και τις γνώσεις γύρω από τον διαβήτη. Πόσο σημαντική είναι η σχέση μεταξύ του ιατρού και του ασθενή;

Η σχέση με τον ιατρό είναι η πιο σημαντική παράμετρος για τη ρύθμιση του διαβήτη. Δεδομένου ότι ο διαβήτης δεν θεραπεύεται, η σχέση που έχεις με τον ιατρό σου είναι σχέση ζωής. Μια σχέση που βασίζεται στην αμοιβαία εμπιστοσύνη και στον αμοιβαίο σεβασμό. Ο διαβητολόγος δεν είναι σαν τον χειρουργό που σου βγάζει τη σκληροκοειδίτιδα και δεν πρόκειται να τον ξαναδείς. Η γιατρός μου γνωρίζει τον χαρακτήρα μου, τις αδυναμίες και τις δυνατότητές μου. Είναι εκεί για να με βοηθήσει, για να υποστηρίξει τις προσπάθειές μου, όχι για να κρίνει τα όποια λάθη μου. Η γιατρός μου είναι ιατρός του ΕΣΥ. Παρακολουθεί πολλούς ανθρώπους που δεν έχουν χρήματα για να πληρώσουν επίσκεψη στο ιατρείο. Το τηλέφωνό της το έχουν όλοι. Αυτό δεν σημαίνει ότι μπορείς να την ταλαιπωρείς ανά πάσα στιγμή. Της έχω μεγάλη εμπιστοσύνη και ξέρω πως ότι μου πει, αυτό είναι. Αυτή η σχέση δοκιμάστηκε, είναι 30 χρόνια ιατρός μου.

Έχετε δοκιμάσει κι άλλους ιατρούς;

Ναι και ήταν πολύ τραυματική εμπειρία. Γιατί είναι πολύ σημαντικό να βρεις ένα καλό διαβητολόγο, όμως δεν είναι το κυριότερο. Πρέπει να σου πηγαίνει σαν άνθρωπος. Εγώ με μεγάλη μου χαρά αναγνωρίζω ότι στη γιατρός μου οφείλω τα πάντα. Είναι ο κατάλληλος άνθρωπος για εμένα και χαίρομαι που ταίριαξαν οι ιδιοσυγκρασίες μας.

Εάν μπορούσαμε να γυρίσουμε τον χρόνο πίσω, τότε που εσείς ήσασταν 19 ετών και υποθέσουμε ότι δεν είχατε εμφανίσει τον διαβήτη, πιστεύετε ότι θα κάνατε διαφορετικά κάποια πράγματα στη ζωή σας;

Ναι θα έκανα. Όχι λιγότερα ή περισσότερα, αλλά διαφορετικά. Ο διαβήτης σε μαθαίνει ότι στη ζωή δεν ερχονται όλα όπως τα θέλουμε. Μαθαίνεις να αποδεχόσαι την κακιά ώρα. Σε μαθαίνει ότι η ζωή έχει και καλά και κακά και πώς να κάνεις τα κακά όσο το δυνατόν λιγότερο οδυνηρά. Σε μαθαίνει πειθαρχία. Οι φίλοι μου, ο άνδρας μου και τα παιδιά μου, ήλνε συχνά για μένα: «Το ζήτημα είναι να μην το βάλη στο μυαλό της, άμα το βάλη θα το κάνει οπωσδήποτε». Για αυτό και έχω τη φήμη της τρομερά πεισματάρης. Το πείσμα που έχω το θεωρώ δύναμη και το οφείλω στον διαβήτη. Στη ζωή μου κατάφερα πάρα πολλά πράγματα χάρη σε αυτό το πείσμα. Το σπουδαιότερο από όλα είναι βέβαια τα παιδιά μου. Ηθελα πάρα πολύ να κάνω παιδιά. Κυρίως γιατί θεωρούσα ότι ο πατέρας τους θα ήταν πολύ καλός πατέρας. Ωστόσο, την εποχή εκείνη δεν ήταν εύκολο για μια διαβητική γυναίκα να αποκτήσει παιδιά. Όταν γέννησα την κόρη μου πριν από 33 χρόνια, δεν υπήρχε μηχανάκι μέτρησης σαχάρου, δεν υπήρχαν τα συλλή, να φανταστείτε ότι μόλις είχαν βγει οι σύριγγες της μιας χρήσης. Φυσικά ούτε λόγος για υπέρηχους. Την περίοδο της εγκυμοσύνης δεν έβαζα τίποτα στο στόμα μου εάν πρώτα δεν το είχα ζυγίσει. Πήρα μόλις 8,5 κιλά. Και το παιδί μου γεννήθηκε χωρίς να έχει διαβήτη. Και μόλις γέννησα το πρώτο μου παιδί, είπα να κάνω και ένα δεύτερο. Και απέκτησα τον γιο μου.

Εάν δεν είχατε διαβήτη μπορεί να μην ήσασταν τόσο αποφασιστική και επίμονη;

Μπορεί να ήμουν πιο καιδεμένη, πιο ναζιάρα, πιο γκρινιάρη, τώρα είμαι μόνο ευγνώμων. Θεωρώ ότι ο διαβήτης επηρέασε εκτός από τον δικό μου χαρακτήρα και τον χαρακτήρα των παιδιών μου. Τα παιδιά μου είναι εξαιρετικά υπεύθυνα και δυνατά άνθρωποι. Και δεν το ήλω γιατί είμαι χαζομαμά. Δείχνουν μεγάλη ευαισθησία στις ανάγκες των άλλων. Μου συμπαραστέκο-

νται και με προσέχουν με τον πιο τρυφερό τρόπο. Δεν χρησιμοποίησα ποτέ τον διαβήτη σαν άλλοθι ή σαν δικαιολογία της οποίας ανεπάρκειας μου. Δεν γίνεται να χρησιμοποιείς τον διαβήτη για να δικαιολογείς τα πάντα. Εάν θέλουμε να το δούμε λιγάκι πιο ψυχαναλυτικά, θα έλεγα ότι μέσα μου έχω ενοχές, όλοι οι άνθρωποι με κάποια ιδιαιτερότητα κουβαλάνε ένα κομμάτι ενοχών.

Πού πιστεύετε ότι είστε ένοχη;

Είμαι ένοχη για τη στεναχώρια που προκλήθηκε στους γονείς μου, για την αγωνία των παιδιών μου και του άντρα μου ότι μπορεί να πάθω κάτι.

Στερθήκατε πράγματα ως νεαρή κοπέλα;

Όχι δεν στερθήκα. Αν εξαιρέσει κανείς την υποχρεωτική πειθαρχία που έπρεπε να έχω και που στη συνέχεια σου γίνεται τρόπος ζωής, δεν πιστεύω ότι στερθήκα κάτι. Είχα μια γεμάτη ζωή από πολύ μικρή. Πριν καν τελειώσω τις σπουδές μου άρχισα να δουλεύω. Ήμουν ιδιαιτέρως του Δημήτρη Χορν, όταν ήταν γενικός διευθυντής στην ΕΡΤ, δουλέψα με τον ψυχίατρο Τάκη Σακελλάρου, όταν οργανωνε την ψυχιατρική βοήθεια στο σπίτι και κάναμε πολύ ενδιαφέροντα πράγματα. Αργότερα, όταν έχασα τον πατέρα μου, που ήταν ο ιδρυτής του εκδοτικού οίκου ΙΚΑΡΟΣ, ανέλαβα με την αδελφή μου την επιχείρηση. Ήμουν επί 20 χρόνια εκδότης. Ο Οδυσσεας Ελύτης ήταν αδελφός μου φίλος, ταξίδεψα παντού μαζί του. Θεωρώ ότι είμαι τυχερή που έχω γνωρίσει τόσο σημαντικούς ανθρώπους. Στη συνέχεια, το 2004 μου πρότεινε ο Καρμανλής να γίνει βουλευτής επικρατείας. Δεν μου πηγαίνει το κόμμα αυτό, αλλά πάλι πολύ τρυπική η πρόταση και πολύ υποσχόμενη η περίοδος εκείνη. Δυστυχώς όμως, πάλι η μεγαλύτερη απογοήτευση. Απογοητευτικά από το ελληνικό κοινοβούλιο. Δεν απογοητεύτηκε από το κόμμα, απογοητεύτηκε από την πολιτική. Ήταν ακριβώς ότι δεν ήμουν εγώ. ☺



« Ο διαβήτης επηρέασε εκτός από τον δικό μου χαρακτήρα και τον χαρακτήρα των παιδιών μου. Τα έκανε δυνατά »

Πώς πήρατε την απόφαση να ασχοληθείτε με αυτό; Τι σας έπεισε στον Κώστα Καραμανλή και αποφασίσατε να μετέχετε σε όλη αυτήν την προσπάθεια;

Εκτιμώ πάρα πολύ τον Κώστα Καραμανλή και σαν άνθρωπο και σαν πολιτικό. Και έχει πάρα πολύ μεγάλη σημασία ότι το λέω αυτό σήμερα, που βλέπω όλους αυτούς που κάποτε ήταν οι αυλοκόλακες, τώρα να του ασκούν κριτική. Ο Κώστα Καραμανλής είναι μια μεγάλη προσωπικότητα, ένας πάρα πολύ έντιμος και σωστός άνθρωπος. Και ακριβώς επειδή πίστεψα σε αυτόν αλλά και επειδή είναι μια εξαιρετικά τιμητική πρόταση αποδέχτηκα να τον ακολουθήσω. Η πολιτική όπως ασκείται στην Ελλάδα, δεν με εκπράζει καθόλου. Είναι υποκριτική, είναι φαύλη, δεν ισχύουν ούτε οράματα, ούτε φιλίες, ούτε αλληλεγγύη, ούτε τίποτα.

Στην πολιτική πρέπει να λάβεις υπόψη σου αυτό και εκείνο και τι θα πει ο άλλος και το περίφημο πολιτικό κόστος. Ένοιωθα ευνοησιμένη. Ήμουν στην επιτροπή μορφωτικών υποθέσεων και στην επιτροπή αντιμετώπισης των προβλημάτων των Ατόμων με Αναπηρία. Πρόεδρος αυτής της επιτροπής ήταν η Ελευθερία Μπεριτιδάκη, ένα πολύ αξιόλογο άτομο με πρόβλημα όρασης. Σκοπός της επιτροπής ήταν να κάνουμε ακρόαση φορέων προκειμένου να συμβάλλουμε στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Με μεγάλη μου απογοήτευση δηλώνω ότι δεν καταφέραμε τίποτα.

Γιατί πιστεύετε ότι δεν καταφέρατε τίποτα στην επιτροπή αυτή;

Γιατί ακόμη και οι φορείς άνηκαν κάπου κομματικά και ληπάμαι που το λέω αυτό. Ερχόντουσαν, ληοιπόν, οι νεοδημοκράτες και λέγανε αυτό, ερχόντουσαν μετά οι πασοκτζήδες και έλεγαν το άλλο. Ούτε στα καρτσάκια δεν συμφωνούσαν. Και

ερχόταν πάντα και η κυρία από το ΚΚΕ και εύρισκε ότι και να έλεγα κεφαλαιοκρατικό. Έλιεος! Έπρεπε να γίνω μέρος αυτού του συστήματος, όμως εγώ είχα την ιστορία μου, την αξιοπρέπειά μου και με απασχολούσε πολύ περισσότερο να υπερασπιστώ αυτά. Δεν μπήκα στη Βουλή για να κάνω καριέρα πολιτικού. Χάρis σε αυτό αρνήθηκα να κάνω πράγματα για τα οποία σήμερα μπορεί και να ντρεπόμουν.

Για τον λόγο αυτό παραιτηθήκατε;

Ναι για αυτό σταμάτησα. Ήταν όμως μια μεγάλη εμπειρία. Τώρα έχω τη σύνταξή μου και ασχολούμαι με τα εγγόνια μου, πηγαίνω στον ΙΚΑΡΟΣ, συμβουλευτικά, όποτε χρειαστεί -ο ΙΚΑΡΟΣ είναι σπίτι μου, δεν φεύγει από εκεί. Μεγαλώνοντας συνειδητοποιώ ότι πολλά πράγματα στη ζωή δεν είναι αυτονόητα. Όπως έμαθα από πολύ μικρή ότι το να είσαι καλά δεν είναι αυτονόητο, αλλά πρέπει να αγωνιστείς για αυτό, έτσι δεν είναι αυτονόητο να έχεις μια καλή σχέση με τη μάνα σου, την αδελφή σου, με τα παιδιά σου, με τον άνδρα σου. Πρέπει να δίνεις, για να μπορείς να πάρεις. Πρέπει να σέβασαι και να προστατεύεις τη σχέση. Τώρα μπορώ να κάτσω τρία απογεύματα με τη μάνα μου και να μιλάμε. Της κάνει χαρά και εμένα το ίδιο. Το να κρατάω τις εγγονές μου ή να τις πάω βόλτα, το να μαγειρέψω τέσσερα διαφορετικά φαγητά για να φάμε το βράδυ με τον άνδρα μου, είναι ωραία πράγματα αυτά. Ακούγονται λίγο σαν τηλεοπτική εκπομπή, αλλά δεν είναι. Είναι κέρδος ζωής. Είναι ποιότητα ζωής. Ότι ήταν να αποδείξω το απέδειξα. Τώρα χαιρόμαι απλά που φτιάχνω ένα τρομερό παστίτσιο!

Πέρασαν από τη ζωή σας άνθρωποι που σας απογοήτευσαν με τη στάση τους επειδή έμαθαν για το πρόβλημά σας;

Θα έλεγα ότι ίσα-ίσα με βοήθησαν άνθρωποι.

Είχατε πολλούς πραγματικούς φίλους στη ζωή σας;

Πραγματικούς φίλους δεν μπορείς να έχεις στη ζωή σου πάρα πολλούς. Έχω πολλούς γνωστούς. Και χαιρόμαι πάρα πολύ όταν τους βλέπω. Αλλά φίλους έχω ελάχιστους. Είναι πολύ σοβαρό πράγμα αυτό. Φίλος μου είναι ο άνδρας μου. Φίλη μου είναι η κόρη μου, η καλύτερη μου φίλη. Φίλη μου είναι η αδελφή μου. Έχω και δυο-τρεις άλλους. Έχω δύο φίλες στις οποίες βασίζομαι και εκείνες μπορούν να βασιστούν σε εμένα για οτιδήποτε.

Πώς κρίνετε τις κινήσεις της υπουργού κας Ξενογιαννακοπούλου προκειμένου να εξυγιάνει το εθνικό σύστημα υγείας;

Έκανε κινήσεις η κυρία Ξενογιαννακοπούλου; Ξέρετε μου είναι ιδιαίτερα συμπαθής η κα Ξενογιαννακοπούλου, την οποία γνώρισα όταν εκείνη ήταν ευρωβουλευτής και εγώ ήμουν βουλευτής και θεωρώ ότι είναι ένα πολύ ικανό άτομο, αλλά εγώ δεν έχω αντιληφθεί κινήσεις, ακόμα περιμένω.

Για παράδειγμα αυτήν τη στιγμή γίνονται προσπάθειες για να υπάρχει εξοικονόμηση χρημάτων από τις προμήθειες και τους διαγωνισμούς.

Αυτά είναι γενικά πράγματα. Να μου πει τι θα κάνει στις περιπτώσεις όπου το ΙΚΑ δεν εγκρίνει μια δεύτερη αντλία ινσουλίνης σε έναν φουκαρά που η πρώτη του χάλασε και δεν δουλεύει. Σε αυτό θέλω να δω τι θα κάνει, αυτό με ενδιαφέρει.

Πρώτα από όλα θέλω να δω τι θα κάνει με τα χρήματα που θα εξοικονομήσει, πού θα πάνε; Και δεύτερον τη λέξη εξοικονόμηση την ακούω με μια μικρή επιφύλαξη. ■

α λ ά τ ι **ΧΙΩΝ**

εντελώς φυσικό προϊόν



Το αλάτι **ΧΙΩΝ** προερχόμενο από τις αλυκές του Μεσολογίου και επεξεργασμένο με υπερσύγχρονη μέθοδο καθαρισμού, δεν αλλοιώνει τα φυσικά χαρακτηριστικά του θαλασσινού αλατιού.

Είναι το ίδιο το φυσικό προϊόν,
αφού εμπεριέχει όλα τα ιχνοστοιχεία της θάλασσας που είναι απαραίτητα για την καλή λειτουργία του οργανισμού.

ΒΙΟΜΗΧΑΝΙΑ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΑΛΑΤΟΣ

Λεύκα Πατρών, Τ.Κ. 263 33, τηλ.: 2610 520 492, 520 493, e-mail: info@chionsalt.gr

ΧΙΩΝ

www.chionsalt.gr

Διατροφή και αρτηριακή υπέρταση



Η αυξημένη αρτηριακή πίεση (ΑΠ) αποτελεί ισχυρό ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου που συνεπάγεται αυξημένη επίπτωση καρδιαγγειακής αθλή και νεφρικής νόσου. Πλήθος επιδημιολογικών, κλινικών και πειραματικών μελετών συσχετίζει την αρτηριακή υπέρταση με στεφανιαία νόσο, καρδιακή ανεπάρκεια, νεφρική ανεπάρκεια και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια (ισχαιμικά και αιμορραγικά). Εντυπωσιακή είναι η γνώση ότι τα άτομα ηλικίας άνω των 50 ετών εμφανίζουν μια πιθανότητα της τάξης του 90% να αναπτύξουν υπέρταση κάποια στιγμή της ζωής τους



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ,
καθηγητής Παθολογίας
Πανεπιστημίου Αθηνών
ΧΡΥΣΗ ΚΟΛΙΑΚΗ,
ιατρός-υποψήφια διδάκτωρ
Πανεπιστημίου Αθηνών
ΓΙΑΝΝΑ ΚΟΛΟΒΟΥ,
ιατρός παθολόγος

Η υπέρταση είναι μια αιτιοπαθογενετικά σύνθετη, πολυγονιδιακή και πολυπαραγοντική νοσολογική οντότητα που προκύπτει ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Στους κύριους περιβαλλοντικούς παράγοντες ανήκουν το αλάτι, ο εμπλουτισμός της διατροφής σε κάλιο, ασβέστιο και μαγνήσιο, το αλκοόλ, το σωματικό βάρος, η ευαισθησία στην ινσουλίνη, η φυσική

δραστηριότητα, το κάπνισμα και τέλος, ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

Τα υγιεινοδιατροφικά μέτρα που ελαττώνουν αποτελεσματικά (το καθένα σε διαφορετικό βαθμό) τα επίπεδα της αρτηριακής πίεσης είναι η διακοπή του καπνίσματος, η απώλεια σωματικού βάρους, η μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ, η άσκηση, ο διατροφικός περιορισμός της πρόσληψης αλάτος και τέλος, η υιοθέτηση «φιλικών» και προστατευτικών

για την καρδιά διατροφικών σχημάτων (heart-friendly dietary patterns) με τυπικό εκπρόσωπο την κλασική αντιυπερτασική διαίτα DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension). Από μελέτες που έγιναν σε επίπεδο πληθυσμών, έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και μια μικρή ελάττωση της ΑΠ κατά 3 μόλις mm Hg είναι σε θέση να μειώσει τη θνητότητα από εγκεφαλικά επεισόδια κατά 8% και την αντίστοιχη από στεφανιαία νόσο κατά 5%.

Αξίζει τέλος να επισημανθεί ότι οι υπερτασικοί ασθενείς ανταποκρίνονται περισσότερο στις διαιτητικές παρεμβάσεις ελάττωσης της αρτηριακής πίεσης σε σχέση με τα νορμοτασικά άτομα.

Αλάτι και αρτηριακή πίεση

Όταν κάποιος καταναλώνει αλάτι (NaCl), αυξάνονται τα επίπεδα του νατρίου στο πλάσμα. Το νάτριο όμως είναι γνωστό ότι συμπαρασύρει και νερό, με αποτέλεσμα να αυξάνεται τελικά ο ενδοαγγειακός όγκος αίματος. Η αύξηση αυτή συνεπάγεται αύξηση της καρδιακής παροχής και τελικά αύξηση της αρτηριακής πίεσης, καθώς η αρτηριακή πίεση προκύπτει ως το γινόμενο της καρδιακής παροχής επί τις περιφερικές αγγειακές αντιστάσεις. Οι νεφροί διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διατήρηση της ομοιόστασης αυτής, καθώς ρυθμίζουν με τη λειτουργία τους τις διεργασίες επαναρρόφησης και απέκκρισης του ύδατος και του νατρίου.

Είναι γεγονός ότι στις σύγχρονες δυτικές κοινωνίες καταναλώνονται μεγάλες ποσότητες άλατος. Διερευνώντας αναλυτικά τις επιμέρους συνιστώσες αυτής της κατανάλωσης, προκύπτει ότι: το 5% προστίθεται στη διάρκεια του μαγειρέματος, το 6% προστίθεται στο τραπέζι με την αλατιέρα, το 12% εμπεριέχεται στις τροφές ως ενδογενές θρεπτικό συστατικό και το 77% προέρχεται από την υψηλή περιεκτικότητα των επεξεργασμένων τροφίμων σε αλάτι. Η **Εικόνα 1** αποτυπώνει παραστατικά την παραπάνω ποσοστιαία της ημερήσιας κατανάλωσης άλατος στις σύγχρονες καταναλωτικές κοινωνίες.

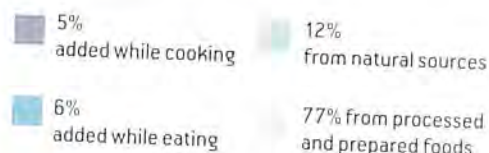
α) Μελέτες και συστάσεις

Μελέτη-σταθμός στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της κατανάλωσης άλατος και του επιπολασμού της αρτηριακής υπέρτασης υπήρξε η πολυκεντρική μελέτη **INTERSALT** που διενεργήθηκε τη δεκαετία του 1980. Η μελέτη αυτή συμπεριέλαβε 10.079 άτομα ηλικίας 20-59 ετών από 32 διαφορετικές χώρες και χρησιμοποίησε ως δείκτη πρόσληψης νατρίου την ποσότητα του αποβαλλόμενου νατρίου στα ούρα 24ώρου. Για κάθε μείωση του αποβαλλόμενου νατρίου

κατά 100 mmol/ημέρα, η Συστολική Αρτηριακή Πίεση (ΣΑΠ) μειωνόταν κατά 3-6 mm Hg τόσο στα υπερτασικά όσο και στα νορμοτασικά άτομα της μελέτης. Η μείωση αυτή συνοδευόταν από μια σημαντική ελάττωση του αριθμού των θανάτων από στεφανιαία νόσο και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια. Αξίζει επίσης να αναφερθούν οι μελέτες πρόληψης της αρτηριακής υπέρτασης **TOHP (Trials Of Hypertension Prevention)** φάσης I και II, που μελέτησαν τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις του διαιτητικού περιορισμού άλατος στην καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα.

Σύμφωνα με τις ως άνω μελέτες, η ομάδα που υποβλήθηκε σε διαιτητική παρέμβαση χαμηλού νατρίου εμφάνισε σημαντικά μικρότερη αθροιστική επίπτωση καρδιαγγειακής νόσου συγκριτικά με την ομάδα control. Σημαντική επίσης μελέτη στο αντικείμενο αλάτι και υπέρταση είναι η μελέτη **DASH-Sodium Trial**, στην οποία η μία ομάδα ακολούθησε την τυπική αμερικανική διαίτα (πλήν παχυντική, ανθυγιεινή και με πολύ αλάτι) και η άλλη ακολούθησε την αντιυπερτασική διαίτα **DASH**. Και οι δύο ομάδες της μελέτης τέθηκαν διαδοχικά σε τρία διαφορετικά επίπεδα κατανάλωσης άλατος (low, intermediate και high, 65 mmol, 107 mmol και 142 mmol/ημέρα αντίστοιχα). Σε κάθε επίπεδο κατανάλωσης αλατιού, η ομάδα που ακολούθησε τη διαίτα **DASH** είχε σημαντικά μικρότερη ΣΑΠ σε σχέση με την ομάδα της αμερικανικής διαίτας, με τη μεγαλύτερη διαφορά να παρατηρείται στο υψηλότερο επίπεδο κατανάλωσης αλατιού. Ακόμη, κατά τη μετάβαση από τις υψηλές στις χαμηλές περιεκτικότητες άλατος στην κάθε ομάδα, η ΣΑΠ μειωνόταν κατά τρόπο σταθερό και προοδευτικό, με τις μεγαλύτερες πτώσεις να σημειώνονται στην ομάδα της διαίτας control.

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μετα-ανάλυση πολλών τυχαίοποιημένων κλινικών μελετών, η ελάττωση του προσλαμβανόμενου Na κατά 80-100 mmol/ημέρα οδήγησε σε ελάττωση της ΑΠ κατά 4-6 mm Hg και πιο συγκεκριμένα, στα νορμοτασικά άτομα μείωσε τη συστολική και διαστολική ΑΠ κατά 2 και 1 mm, ενώ



Εικόνα 1

Από μελέτες που έγιναν σε επίπεδο πληθυσμών, έχει αποδειχθεί ότι ακόμη και μια μικρή ελάττωση της ΑΠ κατά 3 μόλις mm Hg είναι σε θέση να μειώσει τη θνητότητα από εγκεφαλικά επεισόδια κατά 8% και την αντίστοιχη από στεφανιαία νόσο κατά 5%

στα υπέρτασικά άτομα κατά 5 και 2,7 mm Hg αντίστοιχα (αναδείχθηκε δοσοεξαρτώμενη σχέση). Επισημαίνεται επίσης, ότι ο διαιτητικός περιορισμός άλατος μπορεί να επιτρέπει την ελάττωση της δόσης και του αριθμού των χορηγούμενων αντιυπερτασικών φαρμάκων. Οι γενικές συστάσεις προς τους υπέρτασικούς ασθενείς περιλαμβάνουν την αποφυγή προσθήκης άλατος στο φαγητό (no added salt diet), την αποφυγή υπεραλιτισμένων επεξεργασμένων τροφίμων και την κατανάλωση τροφίμων μαγειρεμένων από φυσικά συστατικά. Πρόσφατα, η συνιστώμενη (ιδανική) ημερήσια πρόσληψη Na μειώθηκε από τα 100 mmol/ημέρα (ή 2,4 g Na ή 6 g NaCl) στα 65 mmol/ημέρα (ή 1,5 g Na ή 3,8 g NaCl). Ο στόχος αυτός θεωρείται ωστόσο ανέφικτος στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ως εκ τούτου, μια λογική σύσταση για τον πληθυσμό εξακολουθεί να θεωρείται η ποσότητα των 100 mmol Na την ημέρα ή 6 g αλατιού (ένα κουταλάκι του γλυκού). Ποσότητα κάτω από 5 g NaCl την ημέρα θεωρείται ακόμη πιο επιθυμητή για την επίτευξη της μέγιστης δυνατής αντιυπερτασικής αποτελεσματικότητας.

β) Υπέρταση και ευαισθησία στο αλάτι

Δεν ανταποκρίνονται όλοι οι άνθρωποι το ίδιο στη μείωση της πρόσληψης

άλατος ως προς την πτώση της αρτηριακής τους πίεσης. Υπάρχουν συγκεκριμένες υποομάδες πληθυσμών που επωφελούνται περισσότερο από τον διαιτητικό περιορισμό του νατρίου. Οι ομάδες αυτές περιλαμβάνουν τα άτομα μαύρης φυλής, τους μεσήλικες και υπερήλικες και όσους πάσχουν από διαβήτη, παχυσαρκία, υπέρταση και χρόνια νεφρική νόσο (καταστάσεις χαμηλής ρενίνης). Το κοινό χαρακτηριστικό όλων των παραπάνω πληθυσμών είναι η χαμηλή δραστηριότητα ρενίνης πλάσματος (low plasma renin activity). Όταν ένα φυσιολογικό άτομο νεαρής ηλικίας περιορίσει σημαντικά την ποσότητα του προσλαμβανόμενου νατρίου, η αρτηριακή του πίεση θα ελαττωθεί σε πρώτη φάση, αλλά σε δεύτερο χρόνο ενεργοποιείται αντισταθμιστικά ο άξονας ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης σε μια προσπάθεια αποκατάστασης της αρτηριακής πίεσης στα προ της παρέμβασης επίπεδα. Η αντιρροπιστική αυτή τάση αύξησης της αρτηριακής πίεσης δεν επιτυγχάνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στα άτομα των παραπάνω κατηγοριών λόγω χαμηλής ενεργότητας του άξονα, με τελικό αποτέλεσμα η ελαττωθείσα -κατόπιν διαιτητικής παρεμβάσεως- αρτηριακή πίεση να διατηρείται χαμηλή (μειωμένη ικανότητα αντιρρόπησης, διατήρηση αντιυπερτασικού αποτελέσματος). Στην κατεύθυνση αυτή, κρίνονται ενδιαφε-

ροντα τα ευρήματα της μελέτης του He και συνεργατών, σύμφωνα με τα οποία οι υπέρτασικοί ασθενείς της μελέτης εμφάνισαν μεγαλύτερη πτώση της ΣΑΠ και ασθενέστερη αντιρροπιστική άνοδο της ρενίνης κατά τη μετάβασή τους από μια δίαιτα πλούσια σε αλάτι (πέντε ημέρες) σε μια δίαιτα πτωχή σε αλάτι (πέντε ημέρες) σε σχέση με τα νορμοτασικά άτομα της μελέτης.

Τα παραπάνω δεδομένα μας εισάγουν στην ενδιαφέρουσα έννοια της **αλατοευαίσθητης υπέρτασης** (salt-sensitive hypertension). Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ένας στους δύο υπέρτασικούς είναι ευαίσθητος στο αλάτι (αύξηση της πρόσληψης άλατος συνεπάγεται αύξηση της ΑΠ και μείωση της πρόσληψης άλατος συνεπάγεται μείωση της ΑΠ). Στην παθοφυσιολογία του φαινομένου της αλατοευαίσθητης υπέρτασης εμπλέκονται οι νεφροί, το Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, νευροορμονικοί παράγοντες, αγγειοσπαστικές και νατριοδιουρητικές ουσίες, καθώς επίσης γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων πρόκειται για μια επίκτητη παθοφυσιολογική διαταραχή. Σύμφωνα με την τρέχουσα θεωρία, η ευαισθησία στο αλάτι είναι ένας ιδιαίτερος φαινότυπος υπέρτασης που αντανακλά πρακτικά την ύπαρξη υποκλινικής νεφρικής νόσου. Πιστεύεται δηλαδή, ότι η πρωτογενής



Α Β Γ Δ Ε Σ Α Ε Α Ι
 Ε Α Ι Σ Ο Ε Σ Α Ε Α Ι
 Φ Τ Κ Π Τ Ρ Π Γ Φ Τ Κ
 Η ~~Α Λ Α Τ Ι~~ Ο Ρ Η Α Σ
 Ψ Π Δ Λ Ε Β Λ Π Ψ Π Δ
 Ι Ε Φ Ρ Γ Π Α Ε Ι Ε Α
 Κ Ρ Π Μ Τ Σ Μ Μ Κ Ρ Ι
 Ε Ι Ο Φ Ρ Υ Φ Ι Ε Ι Ο
 Ε Β Ρ Α Ο Φ Α Β Ε Β
 Σ Π Τ Δ Π Ι Κ Π Σ Π

Το 75% του αλατιού που τρώμε, κρύβεται καλά στα τρόφιμα.*
Το μπλε Becel pro-activ με κάλιο φροντίζει για το κρυμμένο αλάτι, φροντίζοντας έτσι την αρτηριακή σας πίεση.

Για το αλάτι που φαίνεται φροντίζετε εσείς. Αλάτι όμως, υπάρχει κρυμμένο και στα τρόφιμα, ακόμα και αν δεν το βλέπουμε. Τώρα, έχετε έναν καθημερινό σύμμαχο. Το Μπλε Becel pro-activ. Περιέχει κάλιο, που σύμφωνα με 30 κλινικές μελέτες και στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης διατροφής βοηθά στη φροντίδα της αρτηριακής πίεσης, απομακρύνοντας το περιττό αλάτι από το σώμα. Έτσι, φροντίζει κάθε μέρα την αρτηριακή σας πίεση.



Μπλε Becel pro-activ. Ένας ακόμα σύμμαχος στη φροντίδα της αρτηριακής πίεσης.

* Πηγή : FSA, (Food Standards Agency), UK, Oct.2009



Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ένας στους δύο υπέρτασικούς είναι ευαίσθητος στο αλάτι (αύξηση της πρόσληψης άλατος συνεπάγεται αύξηση της ΑΠ και μείωση της πρόσληψης άλατος συνεπάγεται μείωση της ΑΠ)

βλάβη (υπόστρωμα για μεταγενέστερη ανάπτυξη αλτατοευαίσθητης υπέρτασης) εντοπίζεται στο νεφρό και πιο συγκεκριμένα, συνίσταται σε ισχαιμία του νεφρού λόγω νεφρικής αγγειοσύσπασης. Τα ερεθίσματα που μπορούν να πυροδοτήσουν αυτήν την ισχαιμία είναι η υπερδιέγερση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης, η διαλείπουσα ενεργοποίηση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, η χρόνια υποκαλιαιμία και η χρήση κυκλοσπορίνης. Τα ερεθίσματα αυτά προκαλούν αγγειοσύσπαση στο προσαγωγό αρτηρίδιο του νεφρού, με αποτέλεσμα να ισχαιμούν τα ουροφόρα νεφρικά σωληνάκια. Η ισχαιμία των σωληναρια-

κών επιθηλιακών κυττάρων πυροδοτεί μια έντονη φλεγμονώδη αντίδραση στο διάμεσο και σωληναριακό χώρο του νεφρικού παρεγχύματος και μια εντονότερη διήθηση από φλεγμονώδη κύτταρα. Τα φλεγμονώδη κύτταρα παράγουν τοπικά αγγειοτενσίνη II (ισχυρότατη αγγειοσυσπαστική ουσία), η οποία με τη σειρά της επιτείνει την αγγειοσύσπαση του προσαγωγού αρτηριδίου.

Επιπλέον, η έντονη τοπική φλεγμονή οδηγεί σε αθρόα παραγωγή ελευθέρων ριζών οξυγόνου που αδρανοποιούν και ελαττώνουν τη βιοδιαθεσιμότητα του ενδονεφρικού μονοξειδίου του αζώτου NO (ισχυρός αγγειοδιασταλτικός παράγοντας). Το τελικό αποτέλεσμα είναι η πρόκληση ανισορροπίας μεταξύ αγγειοσυσπαστικών και αγγειοδιασταλτικών παραγόντων σε επίπεδο νεφρού και η παρατεταμένη αγγειοσύσπαση του προσαγωγού αρτηριδίου, που καταλήγει τελικά σε αγγειοπάθεια. Η αγγειοπάθεια του προσαγωγού αρτηριδίου συνίσταται σε πάχυνση των τοιχωμάτων του και προοδευτική στένωση του αυλού που οδηγεί σε σημαντική υποάρδευση του νεφρού και ελάττωση της σπειραματικής διήθησης. Τα ουροφόρα σωληνάκια ανιχνεύουν τη μειωμένη νεφρική αιματική ροή και επανααρροφούν αντιρροπιστικά πολύ νάτριο για να αυξηθεί η αρτηριακή πίεση και να βελτιωθεί η αιμάτωση του νεφρού. Το σημείο αυτό της αυξημένης επαναρρόφησης νατρίου συμπίπτει με την εγκατάσταση της αλτατοευαίσθητης υπέρτασης.

γ) Ανεπιθύμητες δράσεις του άλατος ανεξάρτητα από την αύξηση της αρτηριακής πίεσης

Από πειραματικές κυρίως μελέτες προκύπτει συσχέτιση του άλατος με τις ακόλουθες δυσμενείς καταστάσεις: υπερτροφία της αριστεράς κοιλίας και διαστολική δυσλειτουργία με μηχανισμό ανεξάρτητο από αυτόν της υπέρτασης, ίνωση του μυοκαρδίου, πάχυνση-σκλήρυνση των αγγειακών τοιχωμάτων, αυξημένη συγκολλητικότητα των αιμοπεταλίων, έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, αυξημένη νεφρική απέκκριση ασβεστίου, με αποτέλεσμα να υπάρχει κίνδυνος νεφρολιθίασης και οστεοπόρωσης. Αναφέρεται χαρακτηριστικά ότι η αυξημένη κατανάλωση άλατος αποτελεί ανεξάρτητο παράγοντα κινδύνου για καρδιακή ανεπάρκεια και αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια.

Παχυσαρκία και υπέρταση

Το αυξημένο σωματικό βάρος και η περίσσεια σπληγχνικού λίπους συνεπάγονται αυξημένα επίπεδα αρτηριακής πίεσης. Σύμφωνα με μια πρόσφατη μετα-ανάλυση 25 μελετών, μια μέση απώλεια βάρους της τάξης των 5,1 Kg επιτυγχάνει ελάττωση της συστολικής ΑΠ κατά 4,4 mm Hg και της διαστολικής ΑΠ κατά 3,6 mm Hg. Η σχέση μεταξύ της απώλειας βάρους και της πτώσης της ΑΠ αναδεικνύεται ως δοσοεξαρτώμενη (μεγαλύτερη απώλεια βάρους οδηγεί σε μεγαλύτερη πτώση της αρτηριακής πίεσης). Είναι επίσης σημαντικό να επισημανθεί ότι μια μέτρια απώλεια βάρους με ή χωρίς διαιτητικό περιορισμό του νατρίου μπορεί σε ποσοστό 20% να προλάβει την ανάπτυξη υπέρτασης σε υπέρβαρα άτομα με προϋπέρταση (συστολική ΑΠ: 120-139 και διαστολική ΑΠ: 80-89 mm Hg). Τα άτομα μέσης ηλικίας εμφανίζουν την τάση να αυξάνουν προοδευτικά το σωματικό τους βάρος με την πάροδο των ετών (αύξηση βάρους κατά 0,5-1,5 Kg ανά έτος). Ως εκ τούτου, στα άτομα αυτά, ακόμη και η διατήρηση σταθερού σωματικού βάρους θεωρείται ένας ιδιαίτερα χρήσιμος και επιθυμητός στόχος.

Ένας σημαντικός παθοφυσιολογικός μηχανισμός που συνδέει την παχυσαρκία με την υπέρταση είναι η **ενδοθηλιακή** □



Η υγεία σας, όμως, έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα.

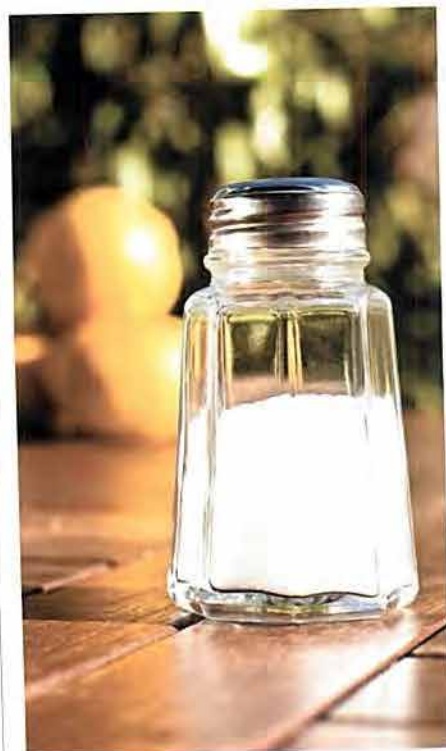
Για να διατηρούμε την υγεία μας, πρέπει να τη φροντίζουμε. Να ζούμε υγιεινά, να γυμναζόμαστε, να τρεφόμαστε σωστά. Απολαμβάνουμε γαλακτοκομικά προϊόντα από την ποικιλία της ΦΑΓΕ.

Προϊόντα υψηλής ποιότητας, με μοναδική, γεμάτη γεύση και την εγγύηση της ΦΑΓΕ.



Σωστή διατροφή για ζωή υγιεινή.





δυσλειτουργία που παρατηρείται συχνά στους παχύσαρκους ασθενείς. Στην παχυσαρκία παρατηρούνται εξίσου αυξημένα επίπεδα φλετίνης και ινσουλίνης στη συστηματική κυκλοφορία. Τόσο η φλετίνη όσο και η ινσουλίνη δρουν κεντρικά στον εγκέφαλο και αυξάνουν τη συχνότητα των συμπαθητικών εκφορτίσεων. Αυτή η **υπερδιέγερση του Συμπαθητικού Νευρικού Συστήματος** (ιδιαίτερα σε επίπεδο νεφρού) οδηγεί σε αυξημένη νεφρική κατακράτηση νατρίου και αύξηση της αρτηριακής πίεσης. Ο λιπώδης ιστός περιέχει επίσης τον δικό του ανεξάρτητο **άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης**, με αποτέλεσμα όταν αυτός υπερτρέφεται (παχυσαρκία), να παρατηρείται μια αυξημένη ενεργότητα του άξονα.

Έτσι, τα υπερτροφικά λιποκύτταρα των παχυσάρκων παράγουν μεγάλες ποσότητες αγγειοτενσίνης II, η οποία με τη σειρά της αφενός προκαλεί γενικευμένη αγγειοσυσπασση και αύξηση των περιφερικών αντιστάσεων και αφετέρου επάγει την παραγωγή και απελευθέρωση αλδοστερόνης από τα επινεφρίδια με αποτέλεσμα κατακράτηση νατρίου και αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Οι «βαρείς» πότες ενδέχεται να παρουσιάσουν οξέως αύξηση της αρτηριακής τους πίεσης μετά την απότομη αποχή από το αλκοόλ. Οι επίσημες συστάσεις προς τους υπερτασικούς άνδρες αναφέρονται σε ανώτατο όριο 20-30 g αιθανόλης/ημέρα, ενώ για τις υπερτασικές γυναίκες το ανώτερο επιτρεπτό όριο κατέρχεται στα 10-20 g/ημέρα

Ανακεφαλαιώνοντας τα παραπάνω δεδομένα, καθίσταται σαφές ότι οι τρεις βασικοί παθοφυσιολογικοί μηχανισμοί που ερμηνεύουν την υπέρταση εκ παχυσαρκίας (obesity-associated hypertension) είναι η ενδοθηλιακή δυσλειτουργία, η διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και η υπερβολική ενεργοποίηση του άξονα ρενίνης-αγγειοτενσίνης-αλδοστερόνης.

Διαιτητικά σχήματα με τεκμηριωμένη αντιυπερτασική δράση

Η πρώτη δίαιτα που σχεδιάστηκε ειδικά για υπερτασικούς ασθενείς και αποδείχθηκε αποτελεσματική στα άτομα με προϋπέρταση και ήπια υπέρταση ήταν η δίαιτα DASH (Dietary Approach to Stop Hypertension). Τα βασικά ποιοτικά χαρακτηριστικά αυτής της διαίτας που προσομοιάζει αρκετά τη μεσογειακή διατροφή συνίστανται στα ακόλουθα: άφθονα φρούτα και λαχανικά, γαλακτοκομικά προϊόντα με λίγα λιπαρά, μείωση διαιτητικής χοληστερόλης, μείωση ολικού και κορεσμένου λίπους, τρόφιμα ολικής άλεσης, ψάρι, κοτόπουλο, ξηροί καρποί, ελάχιστο κόκκινο κρέας, περιορισμός

γλυκών και σακχαρούχων αναψυκτικών, αυστηρός περιορισμός νατρίου, ενίσχυση σε ασβέστιο, κάλιο και μαγνήσιο, πολλές φυτικές ίνες, βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Εξίσου ενδιαφέρουσα είναι και η μελέτη Omni Heart (Optimal Macronutrient Intake to Prevent Heart Disease), στην οποία μελετήθηκαν τρία διαφορετικά υγιεινά διαιτητικά σχήματα: μια δίαιτα πλούσια σε υδατάνθρακες (58% CHO), μια δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνη και μια δίαιτα πλούσια σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα. Η μελέτη έδειξε ότι αντικαθιστώντας τους υδατάνθρακες με λίευκωμα και μονοακόρεστα λίπη επιτυγχάνεται καλύτερο αντιυπερτασικό αποτέλεσμα. Το εύρημα αυτό υποδεικνύει ότι οι δίαιτες με υψηλή περιεκτικότητα υδατανθράκων (υψηλού γλυκαιμικού φορτίου) δεν προσφέρονται ιδιαίτερα για αποτελεσματική ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης.

Μεμονωμένα διατροφικά συστατικά με υποτιθέμενη, αλλά μη επαρκώς τεκμηριωμένη αντιυπερτασική αποτελεσματικότητα είναι οι φυτικές ίνες, τα μονοακόρεστα λίπη, το α-λινολενικό οξύ, η βιταμίνη C, το ασβέστιο, το μαγνήσιο, το κάλιο και τα ω3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα. Τα ω3 πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (ιχθυέλαια) έχουν δοκιμαστεί σε μικρές κλινικές μελέτες με υπερτασικούς ασθενείς και έχει φανεί ότι μπορούν σε μεγάλες δόσεις (άνω των 3 g την ημέρα) να ελαττώσουν τη συστολική ΑΠ κατά 4 και τη διαστολική ΑΠ κατά 2,5 mm Hg. Οι υψηλές δόσεις συνεπάγονται ωστόσο αυξημένο κίνδυνο ανεπιθύμητων ενεργειών.

Το κάλιο έχει επίσης συζητηθεί πολύ ως προς την αντιυπερτασική του δράση, καθώς αυξάνει τη νεφρική απέκκριση του νατρίου και συνεπώς δύναται να ελαττώσει την αρτηριακή πίεση. Ωστόσο, φαίνεται ότι για να εκδηλώσει τη μέγιστη αντιυπερτασική του δράση πρέπει να εντάσσεται στο πλαίσιο μιας δίαιτας πλούσιας σε νάτριο. Ως εκ τούτου, η αξία του καλίου στις δίαιτες χαμηλού νατρίου που ενδείκνυνται για τους υπερτασικούς ασθενείς αμφισβητείται.

Αλκοόλ και αρτηριακή πίεση

Υπάρχει μια άμεση δόσο-εξαρτώμενη σχέση μεταξύ της κατανάλωσης αλκοόλ

και της αρτηριακής πίεσης ανεξάρτητα από την ηλικία, την παχυσαρκία και την κατανάλωση άλματος. Η σχέση αυτή υφίσταται ακόμη και στους ελαφρούς πότες (κάτω από δύο ποτά ημερησίως). Ωστόσο, η μέτρια αυτή κατανάλωση δεν αποτελεί αντένδειξη, καθώς οι ποσότητες αυτές θεωρούνται καρδιοπροστατευτικές. Μια μετα-ανάλυση 15 μελετών έδειξε ότι μείωση της κατανάλωσης αλκοόλ κατά 76% έριξε τη συστολική ΑΠ κατά 3,3 και τη διαστολική κατά 2 mm Hg σε νορμοτασικά και υπερτασικά άτομα. Η περιστασιακή έντονη χρήση αλκοόλ (binge drinking) θεωρείται ότι αυξάνει σημαντικά τον κίνδυνο για εγκεφαλικά επεισόδια. Το αλκοόλ μειώνει επίσης την αποτελεσματικότητα των αντιυπερτασικών φαρμάκων δυσχεραίνοντας τη ρύθμιση των υπερτασικών ασθενών. Οι «βαρείς» πότες ενδέχεται να παρουσιάσουν οξέως μια αύξηση της αρτηριακής τους πίεσης μετά την απότομη αποχή από το αλκοόλ. Οι επίσημες συστάσεις προς τους υπερτασικούς άνδρες αναφέρονται σε ανώτατο όριο 20-30 g αιθανόλης την ημέρα, ενώ για τις υπερτασικές γυναίκες το ανώτερο επιτρεπτό όριο κατέρχεται στα 10-20 g την ημέρα.

Πιθανοί εμπλεκόμενοι μηχανισμοί στη συσχέτιση αλκοόλ και υπέρτασης είναι οι παρακάτω: διέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, αύξηση των επιπέδων κορτιζόλης, αναστολή της βιοδιαθεσιμότητας του NO, εισροή της βιοδιαθεσιμότητας του NO, εισροή ασβεστίου στα λεία μυϊκά κύτταρα των αγγείων και αγγειοσυσπωση, διαταραχές της μεταφοράς των ηλεκτρολυτών, υπερδυναμική κυκλοφορία και αντίσταση στην ινσουλίνη. ■



Ενδεικτική βιβλιογραφία

1. Appel L, Brands M, Daniels S et al. Dietary approaches to prevent and treat hypertension. A Scientific Statement from the American Heart Association. *Hypertension* 2006;47:296-308
2. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. The Task Force for the management of arterial hypertension of ESC and ESH. *Journal of Hypertension* 2007;25:1105-1187
3. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: results for 24h urinary sodium and potassium excretion: Intersalt Cooperative Research Group. *BMJ* 1988;297:319-328
4. Sacks FM et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet: DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001;344:3-10
5. Karanja NM et al. Descriptive characteristics of the dietary patterns used in the DASH Trial. *J Am Diet Assoc* 1999;99:S19-S27



Ο χορός της «Γλυκιάς Ισορροπίας»

5 Φεβρουαρίου 2010, Νάουσα

Με μεγάλη επιτυχία πραγματοποιήθηκε ο αποκριτικός χορός του συλλόγου «Γλυκιά Ισορροπία» του νομού Ημαθίας, στις 5 Φεβρουαρίου. Ο δήμαρχος της Νάουσας Αναστάσιος Καραμπάτσος διαβεβαίωσε τους παρευρισκομένους ότι θα είναι συμπαράστατος και αρωγός στο έργο τους. Συγχαρητήρια στον πρόεδρο Κ. Ιωαννίδη και στο Δ.Σ. του συλλόγου «Γλυκιά Ισορροπία» για την τόσο ωραία εκδήλωση. ■



Από αριστερά: Δ. Συκιώτης (πρόεδρος της ΕΛ.Ο.ΔΙ.), Τ. Ρουμειιώτης (πρόεδρος συλλόγου Διαβητικών Ν. Σερρών), Ε. Μπακρατσής (Φιλώρινα), Κ. Ιωαννίδης (πρόεδρος «Γλυκιάς Ισορροπίας» Ν. Ημαθίας), και Ρουμειιώτη, Αικ. Τασσαρώνη (πρόεδρος Ένωσης Διαβητικών Ν. Πιερίας) και ο κ. Τασσαρώνης

Ετήσια γενική συνέλευση του συλλόγου «Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Βόρειας Ελλάδας»

28 Φεβρουαρίου 2010, Θεσσαλονίκη



Από αριστερά: Ο κ. Τριαντάφυλλος Διδάγγελος, ο κ. Αριστείδης Ράπτης και ο Νομάρχης Θεσσαλονίκης Παναγιώτης Ψωμιάδης



Το γλέντησαν με την ψυχή τους οι νέοι της «Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Βόρειας Ελλάδας»

Μέσα σε θαυμάσιο κλίμα και με μεγάλη συμμετοχή των μελών του συλλόγου πραγματοποιήθηκε η ετήσια γενική συνέλευση της «Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Βόρειας Ελλάδας» στις 28 Φεβρουαρίου, με θέματα:

- Έγκριση απολογισμού, προϋπολογισμού, έκθεση ελεγκτικής επιτροπής. • Εκλογή νέου διοικητικού συμβουλίου. • Ενημέρωση για τις πρωτοβουλίες του συλλόγου για την ενοποίηση όλων των συλλόγων σε μία ομοσπονδία. • Έγκριση της απόφασης του Δ.Σ., ένταξης στην Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ). • Αλληλαγή επωνυμίας και τροποποίηση καταστατικού. • Λοιπές δραστηριότητες του συλλόγου.

Αφού εγκρίθηκαν παμπηφεί τα πεπραγμένα και η ένταξη του συλλόγου στην ΕΛΟΔΙ, εκλέχθηκε το νέο Δ.Σ., το οποίο συγκροτήθηκε σε σώμα: α) πρόεδρος: Αριστείδης Ράπτης, β) αντιπρόεδρος: Νίκος Μπάφας, γ) γραμματέας: Πηνελόπη Κωνσταντούδη, δ) ταμίας: Αργύρης Τσακνής, ε) μέλη: Γιώργος Γκολέμας, Χρήστος Μαρκόπουλος και Νίκος Μπέλας.

Ακολουθώντας έγινε συζήτηση για όλα τα θέματα που απασχολούν τον σύλλογο. Επίσης, αποφασίστηκε η συμπλήρωση

στο καταστατικό ότι ο σύλλογος είναι μη κυβερνητική οργάνωση και η νέα επωνυμία «Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Βόρειας Ελλάδας». Μετά το τέλος δεν έφυγε κανείς, γιατί ακολούθησε γλέντι με ζωντανή μουσική και χορό και πολλά δώρα ως αργά το απόγευμα.

Με την παρουσία τους τίμησαν και γλέντησαν με τα μέλη του συλλόγου, ο νομάρχης Θεσσαλονίκης Παναγιώτης Ψωμιάδης, ο οποίος με τον γνήσιο αυθορμητισμό του και την ιδιαίτερη ευαισθησία του απέναντι στα παιδιά τραγούδησε και χόρεψε με όλους. Η αντινομάρχης υγείας και πρόνοιας Έφη Βασιλειάδου, που πάντοτε συμπαράστέκεται στον σύλλογο, ο δήμαρχος Λαχανά Παντελής Πάσχος, ο πρόεδρος της Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος Τριαντάφυλλος Διδάγγελος, ο οποίος πρόσφερε εκ μέρους της ΔΕΒΕ δύο επιταγές των 500 ευρώ σε ισάριθμα μέλη του συλλόγου που αντιμετωπίζουν οικονομικά προβλήματα, ο γνωστός δημοσιογράφος κ. Αριστογίου, που έχει αγκαλιάσει τον σύλλογο και η ιατρός Μαρία Παπαδοπούλου, αναπληρώτρια καθηγήτρια του ΑΠΘ, ψυχή του συλλόγου και πολύτιμη αρωγός σε κάθε προσπάθειά του. ■

Σύλλογος ΠΕΑΝΔ

7 Φεβρουαρίου 2010, ακτή Βάρκιζας



Ο αρχηγός της Εθνικής Ελλάδος μπάσκετ κ. Θοδωρής Παπαλουκάς υπογράφει αυτόγραφα στα παιδιά



Τα παιδιά διασκέδασαν και χόρεψαν μέχρι πρωίας

Ενα όμορφο αλλή και συνάμα ιδιαίτερο Σαββατόβραδο είχαν την ευκαιρία να ζήσουν όσοι παρευρέθηκαν στην εκδήλωση που διοργάνωσε η ΠΕΑΝΔ για τα μέλη της. Με αφορμή τον εορτασμό του νέου έτους, στις 7 Φεβρουαρίου πραγματοποιήθηκε στο παραλιακό μαγαζί Do-it στην ακτή της Βάρκιζας, η ετήσια γιορτή για τα παιδιά με νεανικό διαβήτη και τις οικογένειές τους.

Ο κόσμος που παρευρέθηκε, παρά τις δυσμενείς καιρικές συνθήκες, ήταν πολύς. Αλλήοι κατέφτασαν με το πούλιμαν που διέθεσε δωρεάν η ένωση και αλλήοι με δικό τους μέσο, προκειμένου να απολαύσουν μια ακόμη ιδιαίτερη γιορτή. Και η επαρχία δήλωσε παρόν εκπροσωπούμενη από νέες οικογένειες με τα παιδιά τους. Πολλήοι δε από τους μικρούς καλεσμένους εκμεταλλευόμενοι τη συγκυρία των αποκριών εμφανίστηκαν

μεταμφιεσμένοι, δίνοντας μια ξεχωριστή νότα χαράς. Σερπαντίνες, καραμούζες και κομφετί γέμισαν τον όμορφο χώρο του μαγαζιού στον οποίο δέσποζαν ολόθλευκες οι ροτόντες με τα ζεστά εδέσματα. Σε αυτό αλλήωστε το σκηνικό προστέθηκε και το πλούσιο εορταστικό μουσικό πρόγραμμα, με το οποίο τα παιδιά αλλή και οι μεγαλύτεροι επιδόθηκαν σε χορευτικές φιγούρες. Ο Μίκυ και η Μίνι, μασκότ της εκδήλωσης, υποδέχτηκαν τους καλεσμένους με νάζια και αστεία ενώ στη συνέχεια η παρουσία των εταιρειών στο χώρο, έκανε πολλήοι να γνωρίσουν νέα προϊόντα αλλή και υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν μετά από συνεργασία με την ένωση για τον κόσμο με διαβήτη.

Κατά τη διάρκεια της γιορτής δεν έλειψαν και οι εκπλήξεις. Δύο κλήοι απασχόλησαν τους μικρούς καλεσμένους με μπαλονοκατασκευές και face painting ενώ μέσω των μουσικοχορευτικών παιχνιδιών, μοίρασαν παιχνιδία και δώρα σε όλα τα παιδιά.

Τη βραδιά έκλεψε η παρουσία του αρχηγού της Εθνικής Ελλάδος μπάσκετ, Θοδωρή Παπαλουκά. Κανείς δεν πίστευε ότι φέτος θα κατάφερνε να παρευρεθεί λόγω των πολλών αθλητικών υποχρεώσεων του, με Ολυμπιακό και Εθνική Ελλάδος. Τελικά όχι μόνο παρευρέθηκε αλλή έμεινε και αρκετή ώρα στην εκδήλωση, μοιράζοντας αυτόγραφα και φωτογραφίες σε όλους. Τον ευχαριστούμε ιδιαίτερα για την τιμή που μας έκανε.

Ευχαριστούμε επίσης τους γιατρούς κα Βαζαίου, κα Μητράκου, κα Κεφαλά, την ψυχολόγο κα Γιανακοπούλου και τη διαιτολόγο κα Βορεάδου που ανταποκρίθηκαν στο κάλεσμά μας ενώ τις ευχές τους απέστειλαν οι γιατροί κα Μπαρτσόκας και κα Χιώτης που λόγω επαγγελματικών υποχρεώσεων δεν κατάφεραν να είναι μαζί μας.

Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά τις εταιρείες Abbott, Novo Nordisk, Roche, Johnson & Johnson, Bayer και At Care για την οικονομική τους συνεισφορά στην υλοποίηση της εκδήλωσης καθώς και την εταιρεία Ζωγράφος για την προσφορά της βασιλόπιτας. ■

Εκπαιδευτικό σεμινάριο του Σύλλογου Γαληνός

21 Μαρτίου 2010, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα



Η κ. Β. Μπίλιου, η κ. Ο. Φαφούλα, η Β. Σπηλιώτη, η κ. Α. Δάκου-Βουτετάκη και η κ. Κ. Καραπατάκη

Εκπαιδευτική-ενημερωτική ημερίδα που απευθύνετο -κυρίως- στους γονείς και εφήβους με το χρόνιο ενδοκρινολογικό πρόβλημα διοργάνωσε ο σύλλογος ΓΑΛΗΝΟΣ, σύλλογος φίλων του παιδιού και εφήβου με το ενδοκρινολογικό πρόβλημα, στις 21 Μαρτίου, στο ξενοδοχείο «Divani-Caravel». Η ημερίδα αυτή πραγματοποιήθηκε με τη συνεργασία της Ελληνικής Εταιρείας Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας. Την παρακολούθησαν -εκτός από τους άμεσα ενδιαφερόμενους γονείς και εφήβους- πολλοί γιατροί και άλλοι λειτουργοί υγείας. Τα θέματα που συζητήθηκαν -πάντα επίκαιρα και υψίστου ενδιαφέροντος- ήταν: Το χαμηλό ανάστημα και η θεραπεία με αυξητική ορμόνη, ο υποθυρεοειδισμός, η παχυσαρκία και η αντιμετώπισή της, καθώς και η ψυχολογική στήριξη του παιδιού και εφήβου με το χρόνιο ενδοκρινολογικό πρόβλημα.

Μεγάλο ενδιαφέρον παρουσίασαν οι ομάδες εργασίας που αφορούσαν το σύνδρομο Turner, τη συγγενή υπερηλασία επινεφριδίων, τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, καθώς και την πολυληπλή υποφυσιακή ανεπάρκεια. Τους συνέδρους προλόγισε η Κατερίνα-Δάκου Βουτετάκη, ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, που υπήρξε η βασική δημιουργός του συλλόγου ΓΑΛΗΝΟΣ και η οποία τόνισε ότι η ίδρυση του συλλόγου πήγασε από την αναγκαιότητα των παιδιών και εφήβων αλλά και των γονέων

τους να βρεθούν με άλλους με το ίδιο πρόβλημα.

Στον σύλλογο ανήκουν ομάδες ατόμων με διάφορα ενδοκρινολογικά προβλήματα όπως το σύνδρομο Turner, η συγγενής υπερηλασία επινεφριδίων, ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο Russel, η πολυληπλή υποφυσιακή ανεπάρκεια και βεβαίως τα κύρια μέλη του συλλόγου αποτελούν παιδιά, έφηβοι και νεαροί ενήλικες με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, γιατί η ομάδα αυτή είναι πολυληπθέστερη και χρειάζεται περισσότερη εκπαίδευση-ενημέρωση και ψυχολογική στήριξη.

Ο σύλλογος έχει σημαντική συμβολή στη πραγματοποίηση διαφόρων εκπαιδευτικών εκδηλώσεων. Έχει συμβάλει στη διοργάνωση της ελληνοδανικής συνάντησης, που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα με θέμα το σύνδρομο Turner.

Εκπαιδευτικά σεμινάρια και συζητήσεις έχουν πραγματοποιηθεί και για άλλες ομάδες που αφορούν παιδιά με: συγγενή υπερηλασία επινεφριδίων, σύνδρομο Prader-Willi, υποθυρεοειδισμό, σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Η συνεισφορά του συλλόγου αφορά τις δραστηριότητες που έχουν στόχο την ενημέρωση και βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών και εφήβων με το χρόνιο ενδοκρινολογικό πρόβλημα.

Στη συνέχεια τον λόγο έλαβαν και ανέπτυξαν το θέμα: «Η συμβολή των συλλόγων στην αντιμετώπιση του παιδιού

και εφήβου με χρόνιο ενδοκρινολογικό πρόβλημα», οι Κατερίνα Καραπατάκη, πρόεδρος του ΓΑΛΗΝΟΥ και Βίκυ Μπίλιου, πρόεδρος του συλλόγου Prader-Willi, οι οποίες με σαφήνεια και γλαφυρότητα έθεσαν το πλαίσιο και τους στόχους των συλλόγων.

Η κα Μπίλιου, πρόεδρος του νεοσύστατου συλλόγου ατόμων με Prader-Willi τόνισε την αναγκαιότητα που έχουν τα άτομα αυτά για την απόκτηση ειδικών χώρων όπου θα φιλοξενοούνται και θα απασχολούνται από εξειδικευμένο προσωπικό, γυμναστών, διαιτολόγων-εργοθεραπευτών-ψυχολόγων για την καλύτερη στήριξη των παιδιών και των οικογενειών τους, όπως συμβαίνει σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασαν οι παράλληλες συνεδρίες όπου σε μικρές



ομάδες με τους ειδικούς συζητήθηκαν τα θέματα: των κοριτσιών με το σύνδρομο Turner. Τονίστηκε η σημασία τήρησης της σωστής θεραπευτικής αντιμετώπισης και η βοήθεια που προσφέρει σήμερα η υποβοηθούμενη αναπαραγωγή, ώστε να γίνουν μπτέρες. Μάλιστα, παρευρέθησαν και μπτέρες με σύνδρομο Turner που είχαν φέρει τα παιδιά τους. Αυτό έδωσε το έναυσμα σε νεότερα κορίτσια να αισιοδοξούν ότι υπάρχει τρόπος για τη δημιουργία οικογένειας. Το ίδιο ενδιαφέρον είχε και η ομάδα της συγγενούς υπερηλίας των επινεφριδίων, που παρακολούθησαν και παιδιά που οι γονείς τους έχουν τη νόσο. Δόθηκαν γενετικές οδηγίες και

τονίστηκε η χρησιμότητα της έγκαιρης πρόληψης και της σωστής αγωγής.

Στην ομάδα του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 τονίστηκε η σημασία της σωστής διατροφής, η αξία της σωματικής άσκησης και δόθηκαν τα σχήματα των ινσουλινών που σήμερα παρέχει η θεραπευτική φαρέτρα.

Τέλος, για την πολυπληθή υποφυσιακή ανεπάρκεια συζητήθηκε η σημασία της συνεχιζόμενης θεραπευτικής αγωγής στην ενήλικη ζωή, που ασφαλώς θα προσφέρει καλύτερη ποιότητα ζωής.

Ευχαριστούμε για την οικονομική στήριξη που παρείχαν στην εκδήλωση οι φαρμακευτικές εταιρείες. ■

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
ΚΥΡΙΑΚΗ 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 2010	
09:30-10:00	Εγγραφή
10:00-11:30	ΣΥΝΕΔΡΙΑ 1: Αίθουσα Μουσικής Πρόεδρος: Ακ. Αθανάσιος Βουτσάς Εισηγητής: Γ. Χρυσός
10:00-11:30	Η διαβήτης των παιδιών στην αντιμετώπιση του παιδιού και εφήβου με χρήση ενδοσυνολικών φαρμάκων Ομιλήτες: Κ. Καραγιάννης, Β. Μπίλιος
10:30-11:00	Η λειτουργία και ενδοκρινολογική αντιμετώπιση Ομιλήτες: Σ. Αφιδιάς
11:00-11:45	Ομιλία με Αξιωματικό Ομιλήτες: Πύλα Χρηστάκη, Α. Κολίτσας, Γεωργίου Μανώλης, Δ. Κρόνιας
11:45-12:15	Ανάπαυση
12:15-13:00	ΣΥΝΕΔΡΙΑ 2: Αίθουσα Μουσικής Πρόεδρος: Α. Βασιλείου Α. Παπαδημητρίου
12:15-13:00	Υποδομιδα Ομιλήτες: Α. Μυρτζήλη, Ο. Φωκιάδης
13:00-13:45	Παρουσίαση Ανταγωνιστή Ομιλήτες: Κ. Σαββαΐδη, Α. Βελούδα
13:45-14:15	Υποδομιδα ενόψει του παιδιού με εφήβου με χρήση ενδοσυνολικών φαρμάκων Ομιλήτες: Μ. Αποστολίου
14:15-15:30	Μεσημεριανή Διάσκεψη-Εκπομπή Γέφυρα

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ	
ΚΥΡΙΑΚΗ 21 ΜΑΡΤΙΟΥ 2010	
15:30-17:00	Παράλληλη Συνεδρία Συνεδρίαση Συζήτηση σε μαρτυρίες με τους ειδικούς
ΣΥΝΕΔΡΙΑ 3	
Α. Αίθουσα Μουσικής Α Παρουσίαση: Διευθυντής τμήμα 1 Πρόεδρος: Α. Βασιλείου Α. Παπαδημητρίου Ομιλήτες: Κ. Καραϊσκάκης, Π. Μορτάς	
Β. Αίθουσα Μουσικής Β Παρουσίαση: Παρουσίαση Διατροφής Πρόεδρος: Μ. Μανωλάκη, Χρυσή Σ. Σάββαοπούλη Ομιλήτες: Μ. Καραϊσκάκης, Α. Σαββαΐδη, Γ. Κωνσταντίνου	
Γ. Αίθουσα Σίεσσα Συνεδρίαση Έκθεση Πρόεδρος: Μ. Α. Μυρτζήλη, Μ. Πέτρος Ομιλήτες: Α. Καραϊσκάκης, Γεωργίου Μανώλης, Ν. Καραϊσκάκης	
Δ. Αίθουσα Καζάνη Συζήτηση Υποδομιδα Διατροφής Πρόεδρος: Μ. Αποστολίου Α. Κωνσταντίνου Ομιλήτες: Ακ. Αθανάσιος Βουτσάς, Μ. Αποστολίου Βασιλείου	

Το αναλυτικό πρόγραμμα του σεμιναρίου

«Βάζουμε τρίποντο για να αλλιάξουμε το διαβήτη»

15 Απριλίου 2010, Πλατεία Κοραή, Πειραιάς



Αριστερά: Ο κ. Ολύμπιος Παπαδημητρίου, ο κ. Πάννης Μπουρούσης, ο κ. Γιοτάμ Χαηπερίν και ο κ. Παναγιώτης Φασούλας | Δεξιά: εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό πραγματοποιεί μετρήσεις γλυκόζης αίματος στο ειδικά διαμορφωμένο «Κέντρο Ελέγχου Διαβήτη»

Στο πλαίσιο της εκστρατείας «Αλλιάζουμε το διαβήτη» η Novo Nordisk Hellas σε συνεργασία με την «ΚΑΕ Ολυμπιακός» και το Δήμο Πειραιά πραγματοποιήσε ειδική ανοικτή εκδήλωση με τίτλο: «Βάζουμε τρίποντο για να αλλιάξουμε το διαβήτη» στη Πλατεία Κοραή, στο δημαρχείο Πειραιά.

Ο Δήμαρχος Πειραιά κ. Παναγιώτης Φασούλας τιμώντας αυτή την προσπάθεια απένευσε ειδικά βραβεία στους Πάννη Μπουρούσης και Γιοτάμ Χαηπερίν ανα-

γνωρίζοντας τον ρόλο τους ως πρεσβευτές του προγράμματος «αλλιάζουμε το διαβήτη», καθώς και στον γενικό διευθυντή της Novo Nordisk Ελλάς κ. Ολύμπιο Παπαδημητρίου.

Σε ένα σκηνικό μισού γηπέδου μπάσκετ 10Χ10 μέτρων, ο Πάννης Μπουρούσης και ο Γιοτάμ Χαηπερίν, «πρεσβευτές» του προγράμματος «αλλιάζουμε το διαβήτη» με την ΚΑΕ Ολυμπιακός, βρέθηκαν εκεί φωτογραφήθηκαν με τον κόσμο και μοίρασαν δεκάδες αυτόγραφα.

Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό έκανε μετρήσεις γλυκόζης αίματος στο ειδικά διαμορφωμένο «Κέντρο Ελέγχου Διαβήτη».

Παρόντες στην εκδήλωση όλα τα μέλη του συλλόγου Διαβητικών Πειραιά και Νήσων. Την παράσταση έκλειψαν όμως οι μικροί επίδοξοι σουτέρ που δοκίμαζαν σουτ τριών πόντων με στόχο να πάρουν ως τρόπαιο μια μπάλα του Ολυμπιακού ενόψει μάλιστα και της συμμετοχής του Ολυμπιακού στο final four στο Παρίσι. ■

Τιμητική διάκριση για τον ιατρό Χρήστο Ζούπα

11 Απριλίου 2010, Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας

Η «Novo Nordisk Hellas» (NNH), η ΚΑΕ Ολυμπιακός και ο δήμαρχος Πειραιά Παναγιώτης Φασούλας, τίμησαν τον διακεκριμένο ιατρό, παλαίμαχο του μπάσκετ και νυν δήμαρχο Υμηττού Χρήστο Ζούπα

Στο πλαίσιο της εκστρατείας «Αλλάζουμε τον διαβήτη», η «Novo Nordisk Hellas» σε συνεργασία με την ΚΑΕ Ολυμπιακός πραγματοποίησε ειδική εκδήλωση με την απονομή τιμητικής πλάκας στον πρώην μπασκετμπολίστα, ιατρό-διαβητολόγο και νυν δήμαρχο Υμηττού Χρήστο Ζούπα, για την ανεκτίμητη προσφορά του στον αθλητισμό και στον ιατρικό χώρο της διαβητολογίας. Την απονομή έκανε ο Παναγιώτης Γιαννάκης μαζί με τους Γιάννη Μπουρούση και Γιοτάμ Χαλπερίν, ενώ ακολούθησε και η βράβευση του έγκριτου επιστήμονα από τον δήμαρχο Πειραιά Παναγιώτη Φασούλα.

Λίγο μετά τη βράβευση, ο Χρήστος Ζούπας δήλωσε: «Αισθάνομαι μεγάλη συγκίνηση και ιδιαίτερη χαρά που μου δόθηκε η ευκαιρία σήμερα να ξαναζήσω παιδικά μου χρόνια, να ξαναβρεθώ στους ίδιους χώρους που για 20 ολόκληρα χρόνια έδωσα ένα κομμάτι από τον εαυτό μου. Στο πρόσωπό μου τιμήθηκε η γενιά που μεγάλωσε, γαλλοκλήθηκε και διέπρεψε σε έναν χώρο που λέγεται ελληνικό μπάσκετ. Για αυτό, ευχαριστώ την "Novo Nordisk", η οποία σκέφτηκε και συνέβαλε στη σύλληψη και στην οργάνωση αυτής της εκδήλωσης. Ευχαριστώ τον Ολυμπιακό και τον Παναγιώτη Γιαννάκη γιατί θυμηθήκανε ότι υπήρξαν άνθρωποι πριν από αυτούς οι οποίοι έχτισαν το σήμερα. Γιατί αν δεν θυμάσαι το παρελθόν και δεν διαχειρίζεσαι το παρόν, δεν μπορείς να επενδύσεις στο μέλλον. Και τέλος, ευχαριστώ τον Παναγιώτη Φασούλα και τον δήμο Πειραιά που μου έδωσε αυτήν την ευκαιρία να με τιμήσει και να με καταξιώσει σαν έναν συνάδελφο δήμαρχο ενός μικρότερου δήμου (δήμος Υμηττού) σε αυτόν τον χώρο που λέγεται Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας. Ο αθλητισμός ενώνει, δεν πρέπει να χωρίζει. Ο αθλητισμός είναι ποιότητα ζωής και πάνω από όλα είναι έκφραση για διάθεση και δημιουργία».

Ο ιατρός Χρήστος Ζούπας έστειλε το δικό του μήνυμα για τον διαβήτη: «Από την άλλη να θυμάστε ότι ο διαβήτης στη σημερινή μας εποχή δεν είναι αρρώστια, είναι τρόπος ζωής, ένας τρόπος που διδάσκεται



Από αριστερά: Ο κ. Παναγιώτης Γιαννάκης, ο κ. Γιοτάμ Χαλπερίν, ο κ. Χρήστος Ζούπας, ο κ. Παναγιώτης Φασούλας και ο κ. Γιάννης Μπουρούσης



Ο κ. Χρήστος Ζούπας λαμβάνει τιμητική πλάκα από τον κ. Παναγιώτη Γιαννάκη

και μαθαίνεται και κανείς εξοικειώνεται να ζει μαζί του για πολλά χρόνια».

Ο Παναγιώτης Φασούλας δήλωσε με τη σειρά του: «Ο ιατρός, ο Χρήστος Ζούπας, ήταν μέλος μιας ομάδας που έφεραν το μπάσκετ ψηλά στην Ελλάδα και τυχαίνει να είναι και δήμαρχος. Είναι πολύ σημαντικό για μας να βραβεύουμε ανθρώπους

που προσφέρουν στην κοινωνία μας και είναι μεγάλη τιμή και για μένα. Το μήνυμά είναι διαχρονικό και πάντα το ίδιο. Τα μικρά παιδιά πρέπει να ασχολούνται με τον αθλητισμό και το μπάσκετ. Προτείνω στους γονείς να πάνε τα παιδιά τους στο μπάσκετ και στον αθλητισμό γιατί δημιουργεί ευεξία στα παιδιά». ■

Dialevel®

Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου

Στα πρώιμα στάδια του διαβήτη

Dialevel®

- ✓ Βοηθά να γίνει ευκολότερη η ζωή αυτών που έχουν διαβήτη σε πρώιμο στάδιο.
- ✓ Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων σακχάρου του αίματος.
- ✓ Κατάλληλο και για διαβητική νευροπάθεια.
- ✓ Βοηθά το σώμα να χρησιμοποιεί την ινσουλίνη καλύτερα.
- ✓ Επηρεάζει τα επίπεδα χοληστερόλης στο αίμα.
- ✓ Περιέχει ενεργά συστατικά σε κλινικά αποδεδειγμένες δόσεις.



ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ
ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟ

Λιανική τιμή: 25,30 €

Από φυτικά εκχυλίσματα!

Κουτί με 60 ταμπλέτες
Κάθε ταμπλέτα περιέχει:

Alpha-lipoic acid (ALA)	200,0 mg
Cinnamon extract	55,6 mg
Chromium	60,0 µg

WALMARK®

Α.Π.Γ. ΕΟΦ: 83537/23-11-2009



ΒΙΒΑΦΑΡΜ Α.Ε.
Αποκλειστικός αντιπρόσωπος για την Ελλάδα
Αγίου Ιωάννου 2, Μελίσσια, Τ.Κ. 151 27
Τηλ.: 210 8034403, Fax: 210 8034495
www.vivapharm.gr, e-mail: vivapharm@hol.gr



Η σημασία του ήπατος στη ρύθμιση της γλυκόζης αίματος

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

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ,
αναπληρωτής καθηγητής
Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας,
Ιατρική Σχολή Παν/μίου Θεσσαλίας

Η γλυκόζη (γνωστή και ως σάκχαρο) αποτελεί το κύριο «καύσιμο», το οποίο μεταφέρεται με την κυκλοφορία στα κύτταρα όπου και χρησιμοποιείται. Είναι λογικό να δεχθούμε ότι για αρκετές ώρες μετά το φαγητό θα υπάρχει αρκετή γλυκόζη στον οργανισμό για τις ανάγκες του. Όμως τι γίνεται αν χρειαστεί να μείνουμε για 24, 48 ή περισσότερες ώρες νηστικοί; Όλοι ξέρουμε ότι στην περίπτωση αυτή δεν υπάρχει πρόβλημα και αυτό γιατί ο ανθρώπινος οργανισμός έχει μηχανισμούς με τους οποίους μπορεί να συνθέτει γλυκόζη από τα άλλα δύο στοιχεία της τροφής, τα τριγλυκερίδια και τα αμινοξέα. Το σημαντικότερο «εργοστάσιο» για τη δουλειά αυτή είναι το ήπαρ (συκώτι). Είναι σημαντικό όργανο του σώματος για τη διαχείριση της γλυκόζης γιατί έχει την ικανότητα να λειτουργεί αμφίδρομα, που σημαίνει να χρησιμοποιεί και να αποθηκεύει γλυκόζη όταν αυτή αυξάνει στο αίμα μετά το φαγητό και να δίνει στην κυκλοφορία την αποθηκευμένη γλυκόζη και να συνθέτει καινούργια, αν χρειασθεί, σε περιόδους νηστείας.

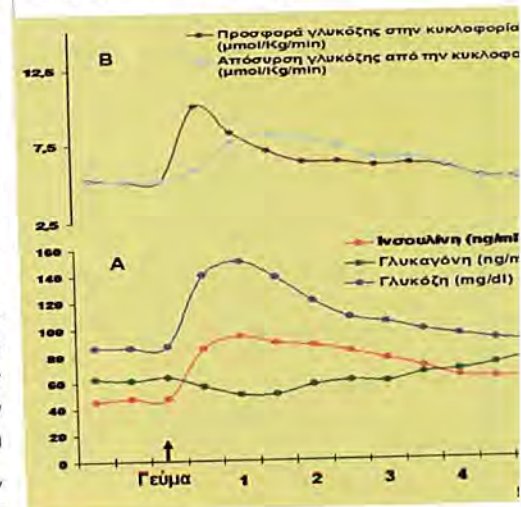
Ο ρυθμός με τον οποίο η γλυκόζη μπαίνει στην κυκλοφορία μετά το γεύμα εξαρτάται από την γλυκόζη που απορροφάται από το έντερο και από τη γλυκόζη

που συνθέτει ο ίδιος ο οργανισμός στο συκώτι και σε μικρότερο βαθμό στους νεφρούς. Το πρωί, μετά 10ωρη νηστεία, το συκώτι είναι ο κύριος προμηθευτής γλυκόζης στον οργανισμό, αφού καλύπτει το 80% της ποσότητας που χρειάζεται ο οργανισμός, ενώ το υπόλοιπο 20% προσφέρεται από τους νεφρούς. Μετά το γεύμα, η παροχή γλυκόζης από το συκώτι στην κυκλοφορία καταστέλλεται κατά 80%, ενώ αυξάνει η απελευθέρωση γλυκόζης από τους νεφρούς.

Στα φυσιολογικά άτομα, η ρύθμιση της γλυκόζης στον οργανισμό γίνεται με ακρίβεια από δύο ορμόνες που παράγονται στα νησίδια του παγκρέατος, την ινσουλίνη και τη γλυκαγόνη. Η ινσουλίνη είναι η ορμόνη που διαχειρίζεται τη γλυκόζη όταν αυτή αυξάνει στο αίμα και στο χώρο γύρω από τα κύτταρα, ενώ η γλυκαγόνη παρεμβαίνει όταν η γλυκόζη ελαττώνεται κάτω από τα φυσιολογικά όρια. Σχηματικά θα μπορούσε να περιγράψει κάποιος τις δύο παραπάνω ορμόνες ως ανταγωνιστές που βρίσκονται στα δύο άκρα μιας τραμπάλας που ανεβαίνει και κατεβαίνει συνεχώς ανάλογα με το σκοπό που πρέπει να υπηρετηθεί δηλαδή την ελάττωση ή την αύξηση της γλυκόζης. Οι μεταβολές των ορμονών αυτών εξαρτώνται από τη γλυκόζη αίματος και να πώς. Τα β-κύτταρα του παγκρέατος έχουν «αισθητήρες» με τους οποίους καταλαμβάνουν συνεχώς τις μεταβολές της γλυκόζης στο αίμα. Όταν μετά από φαγητό αυξάνεται η γλυκόζη, τα β-κύτταρα το αντιλαμβάνονται και αμέσως εκκρίνουν ινσουλίνη (στην αρχή αυτή που έχουν αποθηκευμένη και στη συνέχεια νέα που συνθέτουν). Η έκκριση της ινσουλίνης, από τα β-κύτταρα, αρχίζει να ελαττώνε-

ται όταν με τη δράση της ινσουλίνης που παράγεται αρχίζει να πέφτει η γλυκόζη. Θα κατέβει στο ελάχιστο όταν η γλυκόζη στο αίμα επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα. Αμέσως μετά το γεύμα και ενώ η ινσουλίνη αυξάνει η άλλη ορμόνη, η γλυκαγόνη, που παράγεται από τα α-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος, ακολουθεί αντίθετη πορεία και ελαττώνεται. Στο **σχήμα 1** φαίνονται οι μεταβολές στο αίμα της γλυκόζης, της ινσουλίνης και της γλυκαγόνης σε ένα φυσιολογικό άτομο για πέντε ώρες μετά το γεύμα. Όπως φαίνεται στο σχήμα, η γλυκαγόνη στο αίμα έχει επανέλθει στα προ του γεύματος επίπεδα τέσσερις ώρες αργότερα και στη συνέχεια αυξάνει, ενώ ταυτόχρονα η ινσουλίνη συνεχίζει να ελαττώνεται. Αυτό υποδηλώνει ότι το ήπαρ έχει αρχίσει να

Σχήμα 1: Μεταβολές μετά από γεύμα στα επίπεδα γλυκόζης, ινσουλίνης και γλυκαγόνης (1A) και αντίστοιχα προσφορά και απόσυρση γλυκόζης (1B)



στέλνει γλυκόζη στην κυκλοφορία με εντολή της γλυκαγόνης.

Είναι όμως καιρός να τοποθετήσουμε στο κέντρο της προσοχής μας το ήπαρ που για λόγους απλότητας θα το συμβολίσουμε ως ένα κύτταρο απέναντι στο α- και β-κύτταρο των νησιδίων (σχήμα 2). Ο χωρισμός στη μέση του ηπατικού κυττάρου θέλει να δείξει τη διπλή του λειτουργία (αμφίδρομη) όσον αφορά στη διαχείριση της γλυκόζης.

Η λήψη τροφής, ανεξάρτητα από το μέγεθος του γεύματος, οδηγεί, φυσιολογικά, σε μια παροδική αύξηση της γλυκόζης στο αίμα που, 60 με 90 λεπτά αργότερα, φθάνει στις υψηλότερες τιμές της οι οποίες σπάνια ξεπερνούν τα 160 mg/dl. Τρεις ώρες μετά τη λήψη του γεύματος οι τιμές της γλυκόζης αίματος επιστρέφουν στα επίπεδα που ήταν πριν το γεύμα. Αυτό γίνεται με παρέμβαση της ινσουλίνης η οποία ασκεί τις παρακάτω δράσεις:

α) Καταστέλλει τους μηχανισμούς που προάγουν τη διάσπαση του γλυκογόνου ή τη σύνθεση νέας γλυκόζης και συνεπώς «φρενάρει» την προσφορά γλυκόζης στο αίμα. Η ελάττωση της γλυκαγόνης από το α-κύτταρο είναι μία από τις δράσεις της ινσουλίνης (σχήμα 2).

β) Αυξάνει την είσοδο της γλυκόζης στα ηπατικά κύτταρα (σχήμα 2), τα μυϊκά κύτταρα και τα λιποκύτταρα (σχήμα 1B),

οδηγώντας με τον τρόπο αυτό σε ελάττωση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα (σχήμα 1A). Στα ηπατικά κύτταρα, ένα μέρος της γλυκόζης χρησιμοποιείται για την παραγωγή ενέργειας και το υπόλοιπο αποθηκεύεται με τη μορφή ενός μορίου που λέγεται γλυκογόνο.

Αντίθετα σε περιόδους νηστείας μεγαλύτερες από 5-6 ώρες, το ηπατικό κύτταρο αναλαμβάνει την παροχή γλυκόζης στην κυκλοφορία για τις ενεργειακές ανάγκες των κυττάρων του οργανισμού. Η ελάττωση της ινσουλίνης που συνοδεύει τη χαμηλή γλυκόζη αίματος (σχήμα 2) απελευθερώνει την παραγωγή γλυκαγόνης η οποία αυξάνει και με τη δράση της αρχικά ενεργοποιείται η διάσπαση του γλυκογόνου και όταν αυτό εξαντληθεί αρχίζει ο σχηματισμός νέας γλυκόζης από προϊόντα διάσπασης του λίπους και των πρωτεϊνών. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι η χρησιμοποίηση των προϊόντων του λίπους συνοδεύεται από την παραγωγή οξέων που είναι γνωστά ως κετονικά σώματα ή «οξόνη». Το σίγουρο είναι ότι με την βοήθεια των ηπατικών κυττάρων ο οργανισμός κατορθώνει να σε περιόδους έλλειψης τροφής να κρατάει τη γλυκόζη σε φυσιολογικά επίπεδα και να καλύπτει τις ενεργειακές του ανάγκες.

Όμως, ποια σημασία έχει το ήπαρ στη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ); Για να το κατανοήσουμε ας θυμηθούμε ότι το κύριο χαρακτηριστικό του ΣΔ είναι



Σχήμα 2: Σχηματική απεικόνιση της αμφίδρομης λειτουργίας του ηπατικού κυττάρου στη διαχείριση της γλυκόζης. Τα βέλη με μπλε χρώμα απεικονίζουν την ινσουλίνη και με κόκκινο την γλυκαγόνη. Το πάχος τους εκφράζει το μέγεθος της έκκρισης

η ανεπάρκεια (σχετική ή απόλυτη) της ινσουλίνης. Η ανεπάρκεια ινσουλίνης, οφειλόμενη σε ανεπαρκή ενδογενή παραγωγή από τα β-κύτταρα (ΣΔ τύπου 2), ή ανεπαρκή δόση ινσουλίνης (ΣΔ τύπου 1) είναι φυσικό να ακολουθηθεί από ελάττωση της δράσης και συνεπώς ανεπαρκή καταστολή των μηχανισμών που προάγουν τη διάσπαση του γλυκογόνου ή τη σύνθεση νέας γλυκόζης. Η ελαττωμένη δράση της ινσουλίνης σημαίνει χαλάρωση του «φρένου» στο ηπατικό κύτταρο οπότε αυτό αυξάνει την προσφορά γλυκόζης στην κυκλοφορία κάτω από την επίδραση της αυξημένης γλυκαγόνης του αίματος. Παράλληλα, η μειωμένη δράση της ινσουλίνης θα συνοδευτεί από μειωμένη είσοδο της γλυκόζης στα ηπατικά κύτταρα, τα μυϊκά κύτταρα και τα λιποκύτταρα οπότε η μικρότερη απόσυρση γλυκόζης από την κυκλοφορία σημαίνει υψηλότερες τιμές γλυκόζης στο αίμα. Η υπεργλυκαιμία λόγω ανεπάρκειας ινσουλίνης μπορεί να παρατηρείται ακόμα και στις περιπτώσεις που ο ασθενής εφαρμόζει αυστηρά διαίτα μιας και η ενδογενής ηπατική παραγωγή γλυκόζης δεν αναστέλλεται. Όλα τα ανωτέρω κάνουν προφανή την ανάγκη οι θεραπευτικοί χειρισμοί για την αντιμετώπιση της υπεργλυκαιμίας του ΣΔ να στοχεύουν σε επαρκή ενδογενή ή εξωγενή ινσουλινική δράση. ■

Το πρωί, μετά 10ωρη νηστεία, το συκώτι είναι ο κύριος προμηθευτής γλυκόζης στον οργανισμό, αφού καλύπτει το 80% της ποσότητας που χρειάζεται ο οργανισμός, ενώ το υπόλοιπο 20% προσφέρεται από τους νεφρούς. Μετά το γεύμα, η παροχή γλυκόζης από το συκώτι στην κυκλοφορία καταστέλλεται κατά 80%, ενώ αυξάνει η απελευθέρωση γλυκόζης από τους νεφρούς.

Πρόληψη και αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2



ΓΙΑΝΝΗΣ ΜΑΛΛΙΑΣ,

ειδικός παθολόγος-διαβητολόγος,
επιμελητής Α' Β' Παθολογικής Κλινικής
Γ.Ν. Νοσοκομείου Σερρών

Τι είναι όμως ο διαβήτης και πού οφείλεται;

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια χρόνια μεταβολική νόσος που χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων αρχικά και των λιπών και των πρωτεϊνών στη συνέχεια, που είναι τα κύρια θρεπτικά συστατικά από τα οποία ο οργανισμός αντλεί ενέργεια για να λειτουργήσει. Η διαταραχή αυτή οφείλεται είτε στην ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 ή ιν-

«Διαστάσεις επιδημίας έχει λάβει πλέον ο διαβήτης παγκοσμίως ενώ, αν δεν ληφθούν μέτρα, ο αριθμός των διαβητικών θα αυξάνεται δραματικά κάθε χρόνο», είναι επιστημόνες που ακούγονται συνεχώς από τους ειδικούς στον χώρο του σακχαρώδη διαβήτη. Πραγματικά, σήμερα υπολογίζεται ότι υπάρχουν περίπου 246 εκατ. διαβητικοί σε όλο τον κόσμο, από 194 εκατ. που ήταν μόλις τέσσερα χρόνια πριν και το ποσοστό αυτό θα αυξάνεται με γεωμετρική πρόοδο σε ετήσια βάση, αν δεν ληφθούν μέτρα. Υπολογίζεται ότι το 2025 θα ανέρχονται στα 380 εκατομμύρια. Επομένως, ο Σ.Δ. είναι όντως ένα κοινωνικό πρόβλημα που χρήζει αντιμετώπισης

σουλινοεξαρτώμενος) ή στη μειονεκτική δράση της ινσουλίνης σε συνδυασμό με ελαττωματική έκκριση της (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2).

Ειδικά για τον Σ.Δ. τύπου 2 στον οποίο θα αναφερθούμε στη συνέχεια, φαίνεται ότι **γενετικοί** και **περιβατοληλογικοί παράγοντες** συμβάλλουν στην αιτιολογία του. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη μιας σειράς γενετικών διαταραχών των οποίων η φύση δεν είναι ακριβώς γνωστή και δυστυχώς μέχρι σήμερα δεν μπορούμε να παρέμβουμε σε γενετικό επίπεδο. Οι περιβατοληλογικοί παράγοντες όμως, είναι επίσης πολύ σημαντικοί και τροποποιήσιμοι, όπως η αύξηση του σωματικού βάρους (ειδικά με την κεντρικού τύπου παχυσαρκία) και η έλλειψη φυσικής δραστηριότητας.

Πρέπει, επομένως, να παρέμβουμε στη διατροφή και την άσκηση τόσο των ατόμων με προδιάθεση όσο και εκείνων που έχουν ήδη εκδηλώσει Σ.Δ.

Η **διατροφή** αποτελεί τη βάση της θεραπείας του διαβήτη. Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τη διατροφική αγωγή για τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, οι κύριοι στόχοι είναι δύο: **α)** απώλεια βάρους και αντιμετώπιση της παχυσαρκίας και **β)**

επιλογή μιας διατροφής, η σύνθεση της οποίας θα συμβάλει θετικά στον έλεγχο της γλυκαιμίας και των συγκεντρώσεων των λιποπρωτεϊνών.

Για σωστή και πραγματικά ωφέλιμη διατροφή μπορούμε να πούμε ότι ο διαβητικός μπορεί να τρώει απ' όλα και από λίγο, πολλές φορές την ημέρα, χωρίς να καταναλώνει ζάχαρη και γλυκά. Συστήνεται, για τους παχύσαρκους διαβητικούς που αποτελούν το 85% των ατόμων με Σ.Δ. τύπου 2, μείωση των θερμίδων (500 kcal/ημέρα ώστε να πετύχουμε απώλεια βάρους 0,5Kg/εβδομάδα) και μείωση του αρχικού βάρους κατά 5-7% σταδιακά. Αυτή η φαινομενικά μικρή απώλεια βάρους μπορεί να μειώσει την αντίσταση στην ινσουλίνη, να βελτιώσει τη γλυκαιμική ρύθμιση αλλά και να οδηγήσει σε πτώση της αρτηριακής πίεσης και βελτίωση των λιπιδαιμικών παραμέτρων, καταστάσεις που συχνά συνυπάρχουν με τον Σ.Δ. Όσον αφορά τη σύσταση του διαιτολογίου προτείνεται λήψη πρωτεϊνών 15-20% του συνόλου των θερμίδων, υδατανθράκων 50-55% (κυρίως σύνθετων) και λιπών 30% (κυρίως μονοακόρεστων μέσω του ελαιολάδου), καθώς και φυτικές ίνες 20-30gr/ημερησίως. □

αθλάζουμε το διαβήτη με επίκεντρο τον άνθρωπο



Γιοτάμ Χαληπερίν*



Γιάννης Μπουρούσας*

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 «αθλάζουμε το διαβήτη»!
Μας αφορά όλους!**

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.

Αθ. Παναγούλη 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 «αθλάζουμε το διαβήτη»
σε συνεργασία με την ΚΑΕ Ολυμπιακός


novo nordisk®

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, που μπορεί να περιγραφεί με τα ακόλουθα χαρακτηριστικά, είναι η ιδανική δίαιτα που πληροί τις παραπάνω προϋποθέσεις: άφθονες φυτικές τροφές (φρούτα, λαχανικά, ψωμί κι άλλα προϊόντα δημητριακών, πατάτες, όσπρια, καρποί και σπόροι), ελάχιστα επεξεργασμένα, εποχικά και τοπικής παραγωγής προϊόντα, γαλακτοκομικά προϊόντα (κυρίως τυρί και γιαούρτι) καθημερινά, σε μικρές έως μέτριες ποσότητες ψάρια και πουλερικά, σε μικρές έως μέτριες ποσότητες κόκκινο κρέας και κρασί.

Παράλληλα με τη σωστή διατροφή χρειάζεται και **τακτική σωματική άσκηση**. Πρακτικά αυτό σημαίνει: 4-5 φορές την εβδομάδα αερόβια άσκηση (περπάτημα, τρέξιμο, κοχύμπι, ποδήλατο κ.ά. ανάλογα με τη φυσική κατάσταση και την προτίμηση καθενός), διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών και με ένταση 50-60% του μέγιστου καρδιακού ρυθμού. Πρέπει να τονισθεί ότι πριν την έναρξη οποιουδήποτε προγράμματος άσκησης καλό είναι να γίνει μια αρχική εκτίμηση πιθανών επιπλοκών του Σ.Δ. και εν γένει της ικανότητας άσκησης του διαβητικού, ώστε να εξατομικευθεί η άσκηση και να αποφευχθούν ενδεχόμενα προβλήματα.

Δίαιτα και άσκηση κατά συνέπεια αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο της ρύθμισης του Σ.Δ. και, όπως αποδεικνύεται από μελέτες πρόληψης της εξέλιξης της

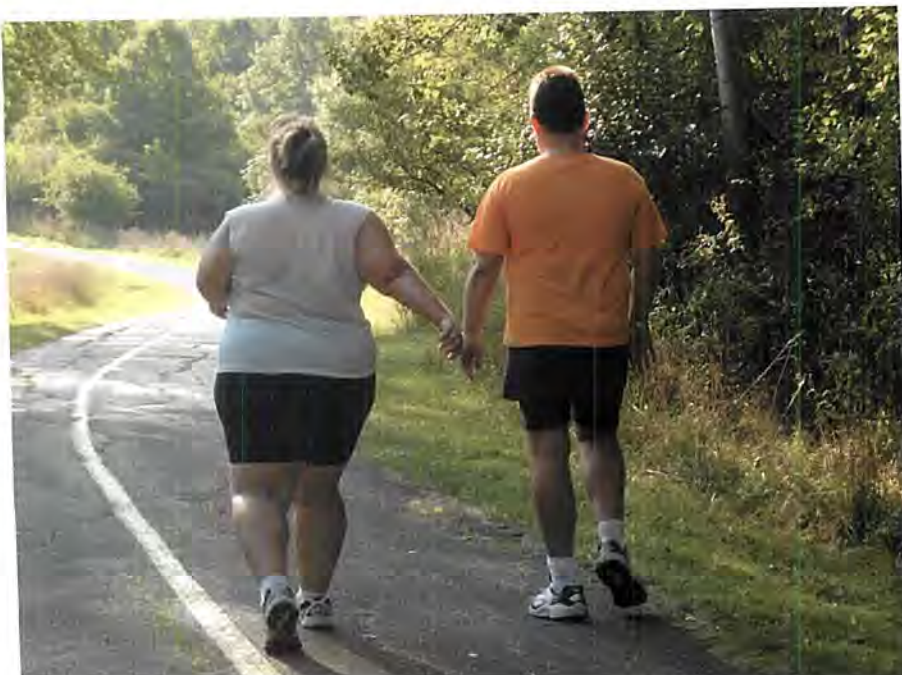
διαταραγμένης ανοχής της γλυκόζης (μιας πρώιμης διαβητικής κατάστασης) σε Σ.Δ. τύπου 2, το καλύτερο αποτέλεσμα είχε η αλλαγή του τρόπου ζωής (διατροφής και άσκησης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω) -[DPP study].

Εφόσον η υγειονομιακή παρέμβαση δεν είναι αρκετή για την επίτευξη των στόχων ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη που έχουν τεθεί από τις διάφορες διαβητολογικές εταιρίες, τότε έρχεται η σειρά της **φαρμακευτικής αγωγής** που περιλαμβάνει: **α)** φάρμακα που μειώνουν την απορρόφηση των υδατανθράκων από τον γαστρεντερικό σωλήνα (ακαρβόζη), **β)** φάρμακα που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη (μετφορμίνη-γλιταζόνες), **γ)** φάρμακα που αυξάνουν την έκκριση της ινσουλίνης (σουλφονυλουρίες-γλιβιδές), **δ)** φάρμακα που αυξάνουν την έκκριση της ινσουλίνης γλυκοζοεξαρτόμενα και παράλληλα μειώνουν την έκκριση αντιρροπιστικών ορμονών (GLP-1 ανάλογα και αναστολείς DPP-4) και **ε)** τέλος, εφόσον οι παραπάνω αγωγές δεν επαρκούν, προστίθεται και ινσουλίνη συμπληρωματικά στα φάρμακα ή σε εντατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας.

Τα τελευταία χρόνια έχει αλλιάξει η θεραπευτική στρατηγική στον σακχαρώδη διαβήτη και συστήνεται: **α)** αυστηρότερη ρύθμιση του σακχάρου (γλυκοζυλιωμένη Hb<7% ή και <6,5% σε νεαρά άτομα χωρίς επιπλοκές), **β)** να γίνονται έγκαιρα

οι θεραπευτικοί χειρισμοί, ώστε ο διαβητικός να μη μένει αρρυθμιστος για μεγάλο διάστημα, **γ)** να αντιμετωπίζεται σφαιρικά ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος, που σημαίνει καλή ρύθμιση της αρτηριακής υπέρτασης και των λιπιδίων, καθώς και ενδεχόμενη χρήση αντιαιμοπεταλιακών φαρμάκων όπου συστήνεται και τέλος **δ)** να γίνεται έγκαιρα διάγνωση και αντιμετώπιση των επιπλοκών.

Με όλα τα παραπάνω έχει βελτιωθεί σημαντικά η ποιότητα ζωής των διαβητικών και οι νεότερες θεραπευτικές στρατηγικές έχουν αποδείξει ότι μειώνουν τις επιπλοκές του Σ.Δ. κατά 50-60% (μελέτη Steno). Για να επιτευχθούν όμως αυτά τα καλά αποτελέσματα απαιτείται στενή συνεργασία του διαβητικού με τη διαβητολογική ομάδα (γιατρός-νοσηλεύτης-διαίτολογος) και συμμόρφωση τόσο στο σκέλος της διατροφής όσο της φυσικής δραστηριότητας αλλά και της φαρμακευτικής αγωγής. Γίνεται έτσι φανερό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης διαφοροποιείται από τα άλλα νοσήματα με την έννοια ότι δεν αρκεί ο διαβητικός να παίρνει μόνο τα φάρμακά του, αλλά θα πρέπει αφενός να κατανοήσει όσο το δυνατόν καλύτερα το νόσημά του και αφετέρου να ακολουθήσει έναν υγιεινό τρόπο ζωής και να συμμετέχει ενεργά στη ρύθμιση του διαβήτη του. Έτσι πραγματικά ανταμείβεται με καλύτερη ποιότητα ζωής ελεύθερης επιπλοκών. ☑



Για σωστή και πραγματικά ωφέλιμη διατροφή μπορούμε να πούμε ότι ο διαβητικός μπορεί να τρώει απ' όλα και από λίγο. πολλές φορές την ημέρα, χωρίς να καταναλώνει ζάχαρη και γλυκά



Ο οργανισμός μας υπό την προστασία του!

Τα κύτταρά μας κινδυνεύουν από την οξειδωση όπως κινδυνεύει να σκουριάσει κάτι που αφήνουμε στη βροχή. Το Vie ξεχειλίζει από φρούτα και λαχανικά, πλούσια σε φυσικά αντιοξειδωτικά που λειτουργούν σαν μια ομπρέλα προστασίας κατά της φθοράς και της γήρανσης των κυττάρων μας.



Οι οικονομικές παράμετροι στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

Ο διαβήτης είναι ένα συχνό νόσημα και η συχνότητά του αναμένεται να αυξηθεί στο μέλλον. Προβλέπεται ότι τα άτομα με διαβήτη σε ολόκληρο τον κόσμο θα αυξηθούν σε περισσότερα από 300 εκατομμύρια το 2025, όταν το 1995 υπολογίζονταν σε 135 εκατ.



ΓΙΑΝΝΗΣ ΓΚΟΥΝΤΙΟΣ,

ενδοκρινολόγος,
επιμελητής Β' Πανεπιστημιακής Κλινικής
Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νόσων
Περιφερειακό Πανεπιστημιακό
Νοσοκομείο Λάρισας

Η πλειοψηφία των διαβητικών (πάνω από 90%) πάσχει από τύπου 2, ο οποίος εμφανίζει μια προοδευτική πορεία με αργή έναρξη στοιχεία που οδηγούν στην καθυστερημένη διάγνυσή του. Αυτό σημαίνει ότι εκτός από τα άτομα που είναι γνωστοί διαβητικοί υπάρχει κι ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με διαβήτη

που είναι αδιάγνωστος. Υπολογίζεται ότι ο αριθμός τους αντιστοιχεί περίπου στο 1/3 των διαγνωσμένων διαβητικών. Μεγαλύτερος των διαγνωσμένων διαβητικών είναι ο αριθμός των ατόμων με προδιαβήτη, από τους οποίους εκτιμάται ότι τα 2/3 περίπου θα προχωρήσουν τελικά στην εμφάνιση διαβήτη.

Η μεγάλη συχνότητα της παχυσαρκίας και της ελαττωμένης σωματικής δραστηριότητας, μαζί με τη γήρανση του πληθυσμού, είναι οι βασικές αιτίες της αυξημένης συχνότητας διαβήτη τύπου 2 (διαγνωσμένου, αδιάγνωστου, προδιαβήτη). Δυστυχώς, αύξηση της συχνότητας διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται επίσης στα παιδιά και τους

νέους ενήλικες, ενώ αύξηση της συχνότητας σημειώνεται στον διαβήτη τύπου 1, με την ηλικία εμφάνισής του να μειώνεται. Στη χώρα μας, οι διαγνωσμένοι διαβητικοί υπολογίζονται μεταξύ 600.000 και 700.000 ατόμων, αλλά άλλες εκτιμήσεις κάνουν λόγο για μεγαλύτερο αριθμό, αφού πολλοί ασθενείς παραμένουν αδιάγνωστοι. Από διαβήτη τύπου 2 πάσχει το 7,5 % των ανδρών και το 6% των γυναικών.

Η αυξημένη συχνότητα σακχαρώδη διαβήτη συνοδεύεται και από αντίστοιχα αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Οι δαπάνες για τη φροντίδα υγείας των ατόμων με διαβήτη διακρίνονται στις άμεσες και τις έμμεσες δαπάνες (βλέπε διάγραμμα).

Στις άμεσες δαπάνες συμπεριλαμβάνονται εκείνες που αφορούν την ιατρική περίθαλψη των ασθενών κι εκείνες που αφορούν άλλες υπηρεσίες (κόστος μετάβασης στις υπηρεσίες υγείας, κόστος διατροφής κ.λπ.). Εκτός από τις άμεσες και έμμεσες δαπάνες, στον υπολογισμό του κόστους του διαβήτη περιλαμβάνεται και μια τρίτη κατηγορία, το «άυλο» κόστος, που αφορά τις επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής.

Ειδικότερα, οι άμεσες δαπάνες ιατρικής περίθαλψης κατανέμονται, σχεδόν εξίσου, στις δαπάνες που αφορούν την καθημερινή θεραπεία που στοχεύει στη ρύθμιση της μεταβολικής κατάστασης και στις δαπάνες αντιμετώπισης των χρόνιων επιπλοκών.

Οι δαπάνες υγείας για τον διαβήτη αποτελούν ένα μεγάλο κομμάτι των συνολικών δαπανών υγείας. Συγκεκριμένα, για το ΕΣΥ ξεπερνούν το ένα δισεκατομμύριο ευρώ. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 5,4% των συνολικών δαπανών για την υγεία. Μαζί με τις δαπάνες από τις επιπλοκές το συνολικό κόστος φθάνει στα 2,3 δισεκατομμύρια ευρώ ετησίως ή στο 12% των συνολικών δαπανών υγείας.

Η οικονομική ανάλυση των δαπανών που πραγματοποιούνται παρέχει στοιχεία που βοηθούν στην επιλογή των τακτικών της θεραπείας και τη λήψη αποφάσεων που λαμβάνουν υπόψη τόσο το κόστος όσο και το αποτέλεσμα των παρεμβάσεων. Η εφαρμογή οικονομικών αρχών στο πεδίο της υγείας δεν σημαίνει ότι πρέπει να ξοδεύονται λιγότερα χρήματα. Ο σκοπός πρέπει να είναι η καλύτερη απόδοση των εξόδων.

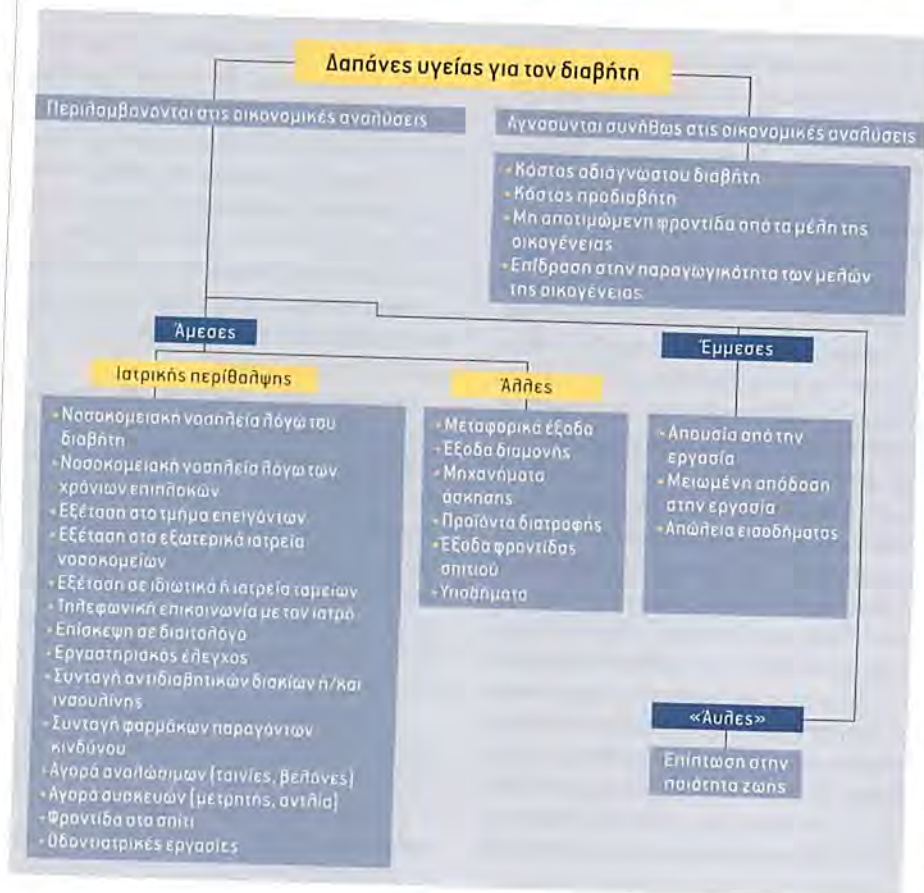
Υπάρχουν διαφορετικοί τύποι οικονομικής ανάλυσης των δαπανών. Η ανάλυση αναγνώρισης του κόστους χρησιμοποιείται για την περιγραφή των δαπανών, τον προγραμματισμό τους και την εκτίμηση κατά πόσο το κόστος αποτελεί φραγμό στη χρησιμοποίηση υπηρεσιών υγείας. Η ανάλυση κόστους-οφέλους εξετάζει επίσης τα αποτελέσματα που έχουν οι δαπάνες, μετρώντας τα σε χρηματικές μονάδες, όπως εξάλλου γίνεται με τις ίδιες τις δαπάνες. Εμπόδιο στην αντικειμενική οικονομική ανάλυση αποτελεί η δυσκολία στο να αποδίδεται χρηματική τιμή σε κλινικές καταστάσεις. Η ανάλυση κόστους-αποτελεσματικότητας εκφράζει τα αποτελέσματα

με συνηθισμένους κλινικούς όρους κι όχι χρηματικά. Έτσι αναλύει π.χ. σε τι ποσοστό επηρεάστηκε η εμφάνιση ενός κλινικού αποτελέσματος σε σχέση με το κόστος των υπηρεσιών που χρησιμοποιήθηκαν. Τέλος, η ανάλυση κόστους-χρησιμότητας αποτιμά την αξία κάθε αποτελέσματος σε σταθερές μονάδες, οι οποίες επιτρέπουν να γίνεται σύγκριση του κόστους και του αποτελέσματος που προέκυψε μεταξύ ασθενών με διαφορετικές παθήσεις. Μια τέτοια μονάδα που χρησιμοποιείται συχνά είναι η QALY (quality-adjusted life-year), που συνδυάζει τα χρόνια ζωής που προσθέτει μια θετική παρέμβαση με την ποιότητα ζωής σε αυτά τα χρόνια.

Το συνολικό κόστος του διαβήτη θα αυξάνεται. Η αύξηση της συχνότητας του μεταβολικού νοσήματος, η εφαρμογή καινούργιων θεραπευτικών μέσων και η διάδοση προγραμμάτων εκπαίδευσης και αλλαγής του τρόπου ζωής για την αντιμετώπισή του θα απαιτούν συνεχώς περισσότερους πόρους. Η ανάλυση κό-

στους-αποτελεσματικότητας και κόστους-χρησιμότητας συνδέουν το επιπλέον κόστος μιας καινούργιας παρέμβασης με το όφελος υγείας που προκύπτει.

Ο διαβήτης έχει μακροχρόνια πορεία και διαφορετικού τύπου παρεμβάσεις που εφαρμόζονται κατά τη διάρκειά της. Πρόληψη της εμφάνισής του («πρωτογενής»), γλυκαιμική ρύθμιση και πρόληψη της ανάπτυξης επιπλοκών («δευτερογενής») και πρόληψη σημαντικών βλαβών από τις επιπλοκές («τρίτογενής») αποτελούν τα διαδοχικά στάδια παρέμβασης. Είναι δύσκολο να εκτιμηθούν σε μια πραγματική μελέτη όλες αυτές οι στρατηγικές μαζί. Ένα οικονομικό μοντέλο συνθέτοντας πληροφορίες από όλους αυτούς τους τομείς μπορεί να εκτιμήσει τα κλινικά αποτελέσματα και τη σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει επιδημιολογικά στοιχεία της νόσου (συχνότητα νόσου-παραγόντων κινδύνου, πιθανότητες θετικών screening τεστ-απάντησης στη θεραπεία-ανεπιθύμητων ενεργειών □



θεραπείας), στοιχεία διαχείρισης της νόσου (καταγραφή και κοστολόγηση των χρησιμοποιούμενων μέσων, συχνότητα χρησιμοποίησής τους με βάση το μοντέλο της νόσου) και στοιχεία της κατάστασης υγείας του ατόμου.

Η κατασκευή ενός υποδείγματος με τα στοιχεία διαχείρισης της νόσου μπορεί να γίνει με μικρο-προσέγγιση (συστηματική καταγραφή κατά άτομο) ή μακρο-προσέγγιση (μέσοι όροι των συνολικών πληρωμών). Το υπόδειγμα με τα στοιχεία της κατάστασης υγείας του ατόμου ενσωματώνει τη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής ή HRQOL (health-related quality of life). Η τελευταία αποτελεί μέτρο της επίδρασης της νόσου στη δυνατότητα για εργασία και στην απόλαυση του ελεύθερου χρόνου και συνοψίζει το αίσθημα κοινωνικής, ψυχολογικής και σωματικής ευεξίας, δηλαδή την αντίληψη του ατόμου για την κατάσταση της υγείας του.

Η οικονομική ανάλυση της μελέτης DCCT (σύγκριση εντατικοποιημένης και συμβατικής ινσουλινοθεραπείας στην πρόληψη επιπλοκών σε διαβήτη τύπου 1) έδειξε για παράδειγμα ότι, σε τιμές 1993, το ετήσιο κόστος κατά άτομο που συμμετείχε στο πρόγραμμα ήταν 1.666 δολάρια στο σκέλος της συμβατικής και 4.014 δολάρια στο σκέλος των πολληπλών ενέσεων ινσουλινοθεραπείας. Ως γνωστό η εντατικοποιημένη θεραπεία ελάττωσε τον κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών κατά 60% στα επτά περίπου έτη που διήρκεσε το πρόγραμμα.

Τα εμπειρικά δεδομένα της DCCT αφορούσαν τα αρχικά στάδια της εξέλιξης της νόσου. Σε άλλη μελέτη χρησιμοποιήθηκε οικονομικό μοντέλο προσομοίωσης για να γίνει οικονομική ανάλυση του κόστους ενός παρόμοιου προγράμματος εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας αν εφαρμόζονταν σε όλους τους διαβητικούς τύπου 1 στις ΗΠΑ σε όλη τη ζωή τους έως την ηλικία των 70 ετών. Το αποτέλεσμα ήταν, εκτός από την πρόβλεψη θεαματικής ελάττωσης της συχνότητας εμφάνισης παραγωγικής αμφιβληστροειδοπάθειας, αλβουμιουρίας και νευροπάθειας, η πρόβλεψη αύξησης της διάρκειας ζωής κατά πέντε έτη με κόστος 33.700 δολάρια σε τιμές 1994 μεγαλύτερο από το κόστος της συμβατικής θεραπείας για όλη τη διάρκεια

της ζωής. Στην οικονομική ανάλυση υπολογίζεται βέβαια και η διαφορά στις τιμές που συμβαίνει με την πάροδο του χρόνου. Με αυτήν την προσθήκη, η εντατικοποιημένη θεραπεία είχε κόστος 28.600 δολάρια για κάθε έτος αύξησης της διάρκειας ζωής ή 19.900 δολάρια για κάθε QALY.

Στη μελέτη CODE-2 που υπολόγισε τις δαπάνες για τους διαβητικούς τύπου 2 με τιμές του 1999 σε οκτώ δυτικοευρωπαϊκές χώρες, βρέθηκε ότι κατά μέσο όρο το ετήσιο κόστος κατά άτομο ήταν 2.834 ευρώ. Σύμφωνα με μελέτη που πραγματοποίησε η Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, ικανοποιητικά ρυθμισμένοι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 κοστίζουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας 983 ευρώ ετησίως, ποσό το οποίο καλύπτει φάρμακα, ιατρικές επισκέψεις και διαγνωστικές εξετάσεις. Οι ασθενείς που παραμένουν χωρίς σωστή ρύθμιση είναι πολύ πιο επιβαρυντικοί, καθώς καθέναν τους κοστίζει στο ΕΣΥ 1.570 ευρώ ετησίως, χωρίς μάλιστα να ληφθούν υπόψη οι πρόσθετες δαπάνες από τις επιπλοκές του διαβήτη. Αν ληφθούν υπόψη και οι επιπλοκές του διαβήτη τύπου 2, τότε το ετήσιο κόστος για κάθε αρρυθμιστο ασθενή με διαβήτη τύπου 2 φθάνει τα 2.889 ευρώ, δηλαδή τριπλασιάζεται σε σχέση με το αντίστοιχο ποσό για τους ασθενείς με σωστή ρύθμιση. Η σημαντική οικονομική επιβάρυνση που προκαλεί η αδυναμία της σωστής ρύθμισης του διαβήτη τύπου 2 οφείλεται κυρίως στον αυξημένο αριθμό ιατρικών επισκέψεων και στις επιπλέον διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται οι αρρυθμιστοί διαβητικοί.

Σε ετήσια βάση το κόστος των διαγνωστικών ιατρικών εξετάσεων για κάθε μη ρυθμισμένο διαβητικό ανέρχεται στα 720 ευρώ, όταν για τον διαβητικό με σωστή ρύθμιση είναι 429 ευρώ. Το ελληνικό κράτος με δαπάνη 1.300 ευρώ για κάθε διαβητικό θα μπορούσε να διατηρεί το 50% των ασθενών με σωστή ρύθμιση ώστε να βρίσκονται μακριά από τον κίνδυνο των επιπλοκών.

Οι αναλύσεις κόστους-αποτελεσματικότητας είναι χρήσιμες για να γίνεται μια ιεράρχηση των οφελών που προκύπτουν από προγράμματα και παρεμβάσεις φροντίδας υγείας. Δεν μπορεί όμως, να είναι το αποφασιστικό κριτήριο για το πόσα χρή-

ματα θα δαπανηθούν για την υγεία. Αυτό πρέπει να καθορίζεται από την ανάγκη κάλυψης των υπαρκτών αναγκών. Σημαντικό θέμα είναι και η προέλευση των πληρωμών. Στις ΗΠΑ η οργάνωση «Physicians for a National Health Program» (Γιατροί για ένα Εθνικό Πρόγραμμα Υγείας) υποστηρίζει ότι πρέπει να υπάρχει μια πηγή χρηματοδότησης της φροντίδας υγείας, δηλαδή ένα ταμείο, υπολογίζοντας ότι σήμερα τα γραφειοκρατικά έξοδα αποτελούν το 30% των δαπανών υγείας. Κατά προτίμηση αυτό θα πρέπει να ανήκει στα δημόσια. Η οργάνωση δεν παίρνει θέση για την προέλευση των πόρων αυτού του ταμείου, που για τις ανάγκες ενός εθνικού προγράμματος υγείας θα πρέπει να προέρχονται απευθείας από την κρατική χρηματοδότηση και από τις ασφαλιστικές εισφορές που καταβάλλουν οι εργοδότες. ■

Βιβλιογραφία

1. Herman WH, et al: The cost effectiveness of intensive therapy for diabetes mellitus. *Endocrinol Metab Clin North Am* 26:679-695, 1997.
2. Ratner RE: Long-term health care outcomes in diabetes. Economic and political implications. *Endocrinol Metab Clin North Am* 26:487-498, 1997.
3. Taylor TN, et al: Economic evaluation of interventions in endocrinology. *Endocrinol Metab Clin North Am* 26:67-87, 1997.
4. Bottomley Julia M, et al: Pharmaco-economic issues for diabetes therapy. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 21:657-685, 2007.
5. ADA statement: Economic Costs of Diabetes in the U.S. in 2007. *Diabetes Care* 31:596-615, 2008.
6. Fradkin J, Rodgers G: The Economic Imperative to Conquer Diabetes. Editorial. *Diabetes Care* 31:624-626, 2008.
7. Johnson B: Revealing the cost of type II diabetes in Europe (CODE-2 study). *Diabetologia* 45:5-12, 2002.
8. Massi-Benedetti M: The cost of type II diabetes in Europe. The CODE-2 study. Preface. *Diabetologia* 45:1-4, 2002.
9. «Διαχείριση και οικονομική αξιολόγηση του διαβήτη τύπου 2 στην Ελλάδα» Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας 2009 (Κυριάπουλος Γ.)-Δημοσιεύσεις στον Τύπο.
10. Physicians for a National Health Program: <http://www.pnhp.org/>.

Το αλάτι και οι ιδιότητές του

Η προέλευση του αλατιού είναι δύο ειδών. Από τη θάλασσα και από ορυκτά κοιτάσματα. Στη χώρα μας συναντάμε μόνο θαλασσινό αλάτι, το οποίο παράγεται ως α' ύλη από τις ελληνικές αλικές και είναι το καλύτερο ποιοτικά στον κόσμο



 ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Προέλευση

Η ποσότητα του αλατιού στο θαλασσινό νερό ποικίλλει ανάλογα με τις τοπικές συνθήκες, όπως εξάτμιση, βροχοπτώσεις, ποτάμια ή λιвіσιμο πάγου στην ευρύτερη περιοχή. Συνήθως το ποσοστό του αλατιού στο θαλασσινό νερό είναι γύρω στο 3,5%. Ενδεικτικά αναφέρουμε παρακάτω τα ποσοστά αλατότητας σε διάφορες θαλάσσιες περιοχές: • Βαλτική Θάλασσα: 0,72% • Ερυθρά Θάλασσα: 4,1% • Μεσόγειος Θάλασσα: 3,7%.

Ιδιότητες

Ο χημικός τύπος του αλατιού είναι το χλωριούχο νάτριο (NaCl). Είναι στερεό κρυσταλλικό σώμα που αποτελείται από άχρωμους διαφανείς ή ημιδιαφανείς κυβικούς κρυστάλλους. Η γεύση του είναι αλμυρή.

Το αλάτι είναι υγροσκοπικό, απορροφά δηλαδή την υγρασία του αέρα και σε καθαρή μορφή σχηματίζει συσσωματώματα (σβολιάζει). Είναι 2,165 φορές πιο βαρύ από το νερό στους 0 βαθμούς Κελσίου. Έχει σημείο τήξης τους 800 βαθμούς Κελσίου και σημείο βρασμού τους 1.465 βαθμούς Κελσίου. Όσο αφορά τη διαλυτότητά του, στα 100 g νερού διαλύονται αντίστοιχα 26,3 g αλατιού στους 0 βαθμούς Κελσίου, 36 g στους 20 βαθμούς, 39,1 g στους 100 βαθμούς και 39,7 g στους 107 βαθμούς Κελσίου. Στα υδατικά διαλύματα συμπεριφέρεται σαν ισχυρός ηλεκτρολύτης.

Επίσης, σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι το αλάτι βιοχημικά έχει αντισηπτικές ιδιότητες, δηλαδή εμποδίζει την ανάπτυξη μικροοργανισμών σε πολύ πυκνά διαλύματα. Είναι ενδεικτικό να πούμε ότι στους 28 βαθμούς Βε καταστρέφει όλα τα μικρόβια.

Διατροφή και υγεία

Πολλές φορές οι έννοιες αλάτι και νάτριο εκλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο, όμως δεν είναι το ίδιο. Το επιτραπέζιο αλάτι είναι το χλωριούχο νάτριο που αποτελείται από 40% νάτριο και 60% χλωρίο.

Οι περισσότεροι από εμάς γνωρίζουν τη σχέση του νατρίου με την υψηλή αρτηριακή πίεση. Όμως, δεν πρέπει να παραβλέψουμε ότι το νάτριο είναι και αναγκαίο για την υγεία και την ισορροπία του οργανισμού μας.

Πολλές βασικές λειτουργίες του οργανισμού μας εξαρτώνται από το νάτριο: η διατήρηση των υγρών στο σώμα, ο έλεγχος της κίνησης των υγρών μέσα και έξω από τα κύτταρα, η ρύθμιση της αρτηριακής πίεσης, η ισορροπία του νευρικού συστήματος, η ενίσχυση της λειτουργίας των επινεφριδίων και του θυρεοειδούς, καθώς και η χαλάρωση ορισμένων μυών όπως της καρδιάς. Επιπρόσθετα, θα πρέπει

να αναφέρουμε ότι το αλάτι είναι ένα από τα δύο φυσικά αντικαταθλιπτικά. Επίσης το νάτριο, το χλωρίο και το κάλιο είναι ηλεκτρολύτες και μεταφέρουν ηλεκτρικά μηνύματα στο σώμα. Διατηρούν την ισορροπία των υγρών στον οργανισμό και μεταφέρουν θρεπτικές ουσίες στα κύτταρα αποβάλλοντας τοξίνες και άχρηστες ουσίες. Τα όργανα του σώματος που είναι υπεύθυνα για τη διατήρηση του σωστού ποσοστού νατρίου στον οργανισμό, είναι τα νεφρά. Σε ένα υγιές οργανισμό όπου τα νεφρά λειτουργούν κανονικά, το πιθανό επιπλέον νάτριο που προσλαμβάνει, δεν αποθηκεύεται στον οργανισμό, αλλά αποβάλλεται με τα ούρα και πολύ λιγότερο με την αναπνοή. Στην περίπτωση όμως που τα νεφρά δεν λειτουργούν κανονικά, τότε το πλεονάζων νάτριο δεν αποβάλλεται από τον οργανισμό και σε αυτήν την περίπτωση δημιουργούνται κίνδυνοι για τον οργανισμό.

Υπέρταση

Η υψηλή αρτηριακή πίεση αποτελεί κύριο παράγοντα κινδύνου για καρδιοπάθειες, εγκεφαλικά και νεφροπάθειες. Η πιθανότητα εμφάνισης υπέρτασης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως οικογενειακό ιστορικό, παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης, κατανάλωση αλκοόλ, κάπνισμα αλλά και ευαισθησία στο νάτριο.

Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική έδειξαν ότι μόνο το 30% του πληθυσμού πιθανόν να είναι ευαίσθητο στο νάτριο και έτσι να εμφανίσει υπέρταση από αυτό. Σε αυτήν την περίπτωση, οπωσδήποτε επιβάλλεται η μείωση του αλατιού στο φαγητό για μείωση της αρτηριακής πίεσης. Σε γενικές γραμμές, πάντως, είναι δύσκολο να αποδειχθεί εάν κάποιος οργανισμός είναι ευαίσθητος στο νάτριο και έτσι μπορεί να του εμφανιστεί υπέρταση. Έτσι, το οικογενειακό ιστορικό και η ηλικία πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη σαν καθοριστικός παράγοντας.

Από την άλλη πλευρά, έρευνες έχουν δείξει ότι μειωμένη πρόσληψη ιχνοστοιχείων όπως ασβέστιο, κάλιο, μαγνήσιο μπορεί να σχετίζεται με υψηλή αρτηριακή πίεση, και ως μνν ξεχνάμε ότι το αλάτι περιέχει όλα αυτά τα ιχνοστοιχεία.

Συμπέρασμα


Από τα παραπάνω, γίνεται αντιληπτό ότι με εξαίρεση μια συγκεκριμένη κατηγορία ανθρώπων και οργανισμών, τα οφέλη του αλατιού στον οργανισμό είναι πολύ σημαντικά. **Όστόσο φρόνιμο είναι η πρόσληψη αλατιού από την καθημερινή διατροφή να είναι σε ασφαλή και ικανοποιητικά επίπεδα.** Η ποσότητα αλατιού που εξασφαλίζει τα παραπάνω, σύμφωνα με μελέτες, είναι αυτή που παρέχει 500 mg νατρίου ημερησίως (ένα κουταλάκι του γλυκού αλάτι). Αυτήν την ποσότητα χρειάζεται ο οργανισμός για να λειτουργεί κανονικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι ο Αμερικανικός Σύνδεσμος Καρδιοπαθών συνιστά max 3.000 mg νατρίου ημερησίως. ■



Η μετάβαση του εφήβου διαβητικού σε ιατρό ενηλίκων

Μια «κρίσιμη» κατάσταση για όλους

Η εφηβεία είναι η μετάβαση του ατόμου από την παιδική ηλικία στην ενήλικη ζωή, η οποία αποτελεί μια από τις πιο ενδιαφέρουσες και συνάμα «δύσκολες» καταστάσεις για κάθε άνθρωπο, καθώς αλληλίζουν πάρα πολλές σταθερές στη ζωή του -και μάλιστα ανεπιστρεπτι

 **ΣΑΡΑΝΤΗΣ ΛΙΒΑΔΑΣ,**
ενδοκρινολόγος, επιστημονικός συνεργάτης
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Εχουμε μεταβολές στο σώμα, στη διάθεση, στην ψυχολογία, στις απαιτήσεις του ατόμου από το περιβάλλον (οικογένεια, σχολείο, κ.λπ.), αλλά και αντίστροφα της κοινωνίας από τον έφηβο. Όπως είναι κατανοητό όλες αυτές οι αλλαγές επηρεάζουν και τον νεαρό διαβητικό ασθενή, με αποτέλεσμα δυσκολίες στη ρύθμιση της νόσου. Στην εφηβεία επισυμβαίνουν διάφορες μεταβολές που πρέπει αφενός να αναγνωριστούν και αφετέρου να αντιμετωπιστούν από τον διαβητικό και τη θεραπευτική ομάδα. Από πλευράς φυσιολογίας παρατηρείται σημαντική αύξηση της έκκρισης ορμονών με δράση αντίθετη της ινσουλίνης (κορτιζόλη, κατεχολαμίνες, τεστοστερόνη, οιστρογόνα), με παράλληλη εναπόθεση λίπους, σε μια προσπάθεια της φύσης να δημιουργήσει τον νεαρό ενήλικα. Το αποτέλεσμα των εκκρίσεων αυτών είναι να δυσχεραίνεται σημαντικά η δράση της ινσουλίνης και να χρειάζεται αύξηση

τόσο της βασικής όσο και των προγευματικών δόσεων ινσουλίνης. Ταυτόχρονα, αλλάζει δραστικά ο τρόπος ζωής του εφήβου (φροντιστήρια, φοιτητική ζωή, πρώτες επαγγελματικές υποχρεώσεις, διακοπή αθλητικών δραστηριοτήτων ή πρωταθλητισμός), με αποτέλεσμα να χάνονται «πεπατημένες» που διευκόλυναν τη ρύθμιση της αγωγής, όπως η σταθερή ώρα των γευμάτων και το σταθερό ημερήσιο πρόγραμμα δραστηριοτήτων και ύπνου.

Ένα επιπλέον πρόβλημα που αντιμετωπίζει ο έφηβος ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη είναι η «υποχρεωτική» αλλαγή θεράποντος ιατρού λόγω ηλικίας. Ο ασθενής δεν νοιώθει πλέον άνετα σε ένα παιδιατρικό περιβάλλον, αλλά και το νομικό πλαίσιο αποθαρρύνει τη νοσηλεία και παρακολούθηση των εφήβων σε παιδιατρικές μονάδες, με αποτέλεσμα να υπάρχει ένα κενό θεραπείας και παρακολούθησης των ασθενών αυτών και οι ασθενείς να κατευθύνονται σε ιατρούς ενηλίκων.

Το δυσκολότερο όμως κομμάτι είναι η ίδια η φύση του εφήβου, που στην προσπάθειά του να θέσει νέα όρια, είναι εύκολο να ξεπεράσει τα εσκαμμένα, να πειραματιστεί υπέρ του δέοντος με τη νόσο, με αποτέλεσμα δυσάρεστες καταστάσεις (μονίμως απαράδεκτα υψηλές γλυκοζυλιωμένες αιμοσφαιρίνες, βαριές υπογλυκαιμίες)



και ως εκ τούτου να χάσει η οικογένεια, η θεραπευτική ομάδα, αλλά δυστυχώς και ο ίδιος την εμπιστοσύνη στις ικανότητές του. Αυτό όμως είναι καταστρεπτικό, γιατί αυτή η έλλειψη αυτοπεποίθησης δυσκολεύει τρομακτικά την καθημερινότητά του, αφού δεν είναι μικρό παιδί με τυπικό ωράριο και δεδομένες δραστηριότητες, αλλά έφηβος με διαρκώς μεταβαλλόμενες ανάγκες και απαιτήσεις. Στις συνθήκες αυτές καταλυτικό ρόλο θα παίξει ο θεράπων ιατρός, αλλά και η θεραπευτική ομάδα (νοσηλεύτρια, διαιτολόγος, ψυχολόγος), καθώς καλείται να θέσει τους νέους κανόνες, να προσεγγίσει τον ασθενή και να απορροφήσει τους κραδασμούς της εφηβείας, δίχως ταυτόχρονα να «τρομάξει» ο ασθενής. Για να γίνει αυτό πρέπει να γίνει κατανοητή μια βασική ιδιαιτερότητα που παρουσιάζει ο έφηβος σαν ασθενής.

Ο ασθενής μεγάλωσε και όπως συχνά λέει και ο ίδιος «δεν είναι πια παιδί». Θέλει να μιλάνε σε αυτόν, να αντιμετωπίζεται ως ίσος και να λαμβάνει αυτός τις θεραπευτικές αποφάσεις. Παράλληλα δε, θέλει το οικογενειακό περιβάλλον να «αποσυρθεί» από την άμεση φροντίδα του ασθενούς και να τον αφήσει να αποκτήσει περισσότερες ευθύνες και πρωτοβουλίες αναφορικά με την αγωγή του, τις διατροφικές συνήθειες και τον τρόπο ζωής.

Αν και τα αιτήματα αυτά θεωρητικά είναι αυτονόητα, δεν πραγματοποιούνται πάντα στην καθημερινή πράξη, γιατί δυστυχώς μας «βολεύει» άλλους. Τους θεραπευτές γιατί κερδίζουν χρόνο και ενέργεια, αφού δεν αλλιάζουν την πεπατημένη, το οικογενειακό περιβάλλον γιατί η «αυτονομία» του παιδιού αν και ευκαία είναι δύσκολη στο «δια ταύτα», αλλά και τον ίδιο τον έφηβο, όπου ο εφησυχασμός και η εγγύηση είναι δύο διαρκώς μεταβαλλόμενες καταστάσεις και πότε επιδιώκει την απόλυτη αυτονομία και πότε ζητά βοήθεια στη ρύθμιση σε αυτονόητα λόγω ανασφάλειας.

Στη φάση αυτή χρειάζεται υπομονή από όλους και ηρεμία, όσο δύσκολο ή ακατόρθωτο κι αν ακούγεται αυτό. Υπομονή από τον ιατρό που πρέπει να εξηγήσει όσο πιο αναλυτικά γίνεται τα λάθη, να τροποποιήσει τις οδηγίες και να επικοινωνεί συχνά με τον ασθενή (τηλέφωνο και email είναι πολύτιμα σε αυτήν τη φάση). Υπομονή από την οικογένεια που πρέπει να κατανοήσει ότι τα λάθη συμβαίνουν και με τη «γκρίνια» και το μόνιμο άγχος, ο εκνευρισμός του εφήβου επιτείνεται και δεν υπάρχει ουσιαστικό όφελος, ενώ παράλληλα πρέπει και ο ίδιος, σε συνεννόηση με τον ψυχολόγο της ομάδας, να καταλάβει ότι η μετάβαση από το στάδιο της μερικής ευθύνης στο στάδιο του απόλυτου ελέγχου, δεν μπορεί να γίνει παρά με τη συνεργασία με την ομάδα και την οικογένεια -και όχι με την de facto απόρριψή τους.

Τέλος, κριτικό ρόλο έχει ο διαιτολόγος της ομάδας, καθώς πρέπει να δώσει διατροφικές λύσεις στον έφηβο που να λαμβάνουν υπόψη τα νέα δεδομένα της ζωής του (φαγητό σε fast-food, κυλικεία, βραδινές έξοδοι), έτσι ώστε να μην αποτελεί η νόσος εμπόδιο στην κοινωνικοποίησή του και στην ομαλή ένταξη στις νέες παρέες και δραστηριότητές του.

Ο διαβητής δεν έχει την πολυτέλεια να χάνουμε συμμάχους, αντιθέτως επιβάλλει τη συνεργασία όλων. Στο πλαίσιο αυτό συστήνεται στις πρώτες συναντήσεις του εφήβου με τη νέα θε-



.....

Το δυσκολότερο κομμάτι για τον έφηβο είναι η ίδια του η φύση, που στην προσπάθειά του να θέσει νέα όρια, είναι εύκολο να ξεπεράσει τα εσκαμμένα, να πειραματιστεί υπέρ του δέοντος με τη νόσο, με αποτέλεσμα δυσάρεστες καταστάσεις (μονίμως απαράδεκτα υψηλές γλυκοζυλιωμένες αιμοσφαιρίνες, βαριές υπογλυκαιμίες) και ως εκ τούτου να χάσει η οικογένεια, η θεραπευτική ομάδα, αλλά δυστυχώς και ο ίδιος την εμπιστοσύνη στις ικανότητές του

.....

ραпевτική ομάδα να παρίσταται ο ιατρός ή η νοσηλεύτρια του τμήματος που ήταν επιφορτισμένοι με την παρακολούθησή του, αποσκοπώντας σε ομαλή ένταξη του ασθενούς στη νέα του ομάδα. Η μετάβαση του νεαρού ασθενούς σε περιβάλλον ενηλίκων επιβάλλει προσεκτικές αλλαγές σταδιακά, συχνές συναντήσεις με όλα τα μέλη της ομάδας και κυρίως άφθονη υπομονή και χρόνο από όλους τους εμπλεκόμενους. ■

«Η μυστικοπάθεια των ατόμων που έχουν διαβήτη, θεωρώ ότι είναι ένα σοβαρό πρόβλημα»



Ο Γιώργος Στέφος είναι 52 ετών και εργάζεται ως δημοτικός υπάλληλος στον τομέα ύδρευσης του δήμου Κατερίνης. Το 1980 ήρθε αντιμέτωπος για πρώτη φορά με τον διαβήτη τύπου Ι. Ο διαβήτης δεν στάθηκε ποτέ εμπόδιο για την πραγμάτωση των ονείρων του. Αντιθέτως, η ανάγκη για περισσότερη ενημέρωση σε θέματα διαβήτη τον οδήγησε στην αντιπροεδρία του συλλόγου διαβητικών Ν. Πιερίας



ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Ζω συντροφιά με τον διαβήτη τύπου Ι από το 1980. Όλα ξεκίνησαν το έτος αυτό. Υπηρετούσα τη στρατιωτική μου θητεία στην Αεροπορία, συγκεκριμένα στον Άγιο Ανδρέα και απέμεναν δύο μήνες για να πάρω το απολυτήριο μου, όταν ξαφνικά εμφανίστηκαν τα πρώτα συμπτώματα (πολυουρία, πολυφαγία, πολυδιψία, απώλεια βάρους). Από την πρώτη στιγμή κατάλαβα περί τίνος πρόκειται. Η διάγνωση ήταν διαβήτης -κοινώς σάκχαρο. Αντιθέτως με άλλους ασθενείς, η πρώτη μου αντίδραση δεν ήταν το σοκ, ίσα-ίσα το πήρα απόφαση, καθώς είχα παραστάσεις μέσα στην οικογένεια μου, από το 1968.

Νοσηλεύτηκα στο Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας για περίπου ένα μήνα, όπου από την πρώτη στιγμή μπήκα στην ινσουλινοθεραπεία. Σε ανάλογες περιπτώσεις, οι μεταβολές της ψυχολογίας καταβάλλουν τα άτομα που έρχονται για πρώτη φορά αντιμέτωπα με τον διαβήτη, στην περίπτωση μου όμως τα πράγματα ήταν διαφορετικά, εξαιτίας των καταστάσεων που είχα βιώσει μέσα στην οικογένειά μου.

Το δυσκολότερο πρόβλημα για μένα ήταν ο τρόπος με τον οποίο θα το ανακοίνωνα στην οικογένειά μου. Για τους γονείς, δεν ήταν εύκολο να έχουν δύο παιδιά με σάκχαρο. Παρόλα

αυτά κατορθώσαμε, βοηθώντας ο ένας τον άλλο, να ξεπεράσουμε και αυτό το εμπόδιο. Η συμπεριφορά των συγγενών, φίλων και γνωστών απέναντί μου ήταν από την πρώτη στιγμή θα έλεγα, απολύτως φυσιολογική, σαν να μην είχε συμβεί τίποτα. Βέβαια, δεν έλειπαν οι ερωτήσεις γύρω από το σάκχαρο. Εγώ προσπαθούσα, με τις γνώσεις που είχα τότε, να τους εξηγήσω

« Θέλω να υπογραμμίσω ότι η συμβίωση με τον διαβήτη πρέπει να κινείται στον άξονα του αλληλοσεβασμού, γιατί μόνο έτσι μπορούμε να πετύχουμε θετικά αποτελέσματα και μια φυσιολογική ζωή »

περί τίνος πρόκειται, απαντώντας στις απορίες τους.

Η καθημερινότητά μου, από την πρώτη στιγμή, δεν μπορώ να πω ότι είχε αλλάξει πολύ. Συνέχισα να κάνω τα ίδια πράγματα που έκανα και πριν. Αυτό που άλλαξε είναι ορισμένες συνήθειες, όπως οι ώρες των γευμάτων, οι οποίες έγιναν πιο συγκεκριμένες.

Η διατροφή μου μέχρι και σήμερα περιλαμβάνει τα πάντα, είδη από όλες τις ομάδες τροφίμων, δεν στερούμε τίποτα. Βέβαια, μετά τη διάγνωση του διαβήτη, δεν θυμάμαι τον εαυτό μου να έχει σκωθεί από το τραπέζι με το αίσθημα του κορεσμού.

Ζώντας σε μια κοινωνία μικρή, όπως είναι η πόλη μας, νιώθεις κάποια στιγμή την ανάγκη να βρεις ανθρώπους με το ίδιο πρόβλημα και να μοιραστείς μαζί τους, τους προβλη-

ήταν να ενημερώσω το περιβάλλον μου ότι έχω διαβήτη. Το έκανα αφενός για να νιώθω εγώ άνετα και αφετέρου για να μου παρασχεθούν εάν χρειαστεί οι πρώτες βοήθειες. Σήμερα, είμαι δημοτικός υπάλληλος και συγκεκριμένα εργάζομαι στο τμήμα ύδρευσης Κατερίνης.

Η δημιουργία οικογένειας ήρθε φυσιολογικά. Είμαι παντρεμένος από το 1987. Έχουμε δύο υγιέστατα παιδιά, τον Βασίλη 22 ετών, φοιτητή πληροφορικής και την Έφη 20 χρόνων, φοιτήτρια στο τμήμα διατροφής και διαιτολογίας. Στο σημείο αυτό, θα μου επιτρέψετε να αναφερθώ στη σύζυγό μου. Είναι ο φύλακας-άγγελός μου, είναι ο άνθρωπος που είναι πάντα δίπλα μου και στα εύκολα και στα δύσκολα. Της οφείλω πολλά, που δύσκολα μπορούν να αποτυπωθούν σε ένα φύλλο χαρτί.

« Ζώντας σε μια κοινωνία μικρή, όπως είναι η πόλη μας, νιώθεις κάποια στιγμή την ανάγκη να βρεις ανθρώπους με το ίδιο πρόβλημα και να μοιραστείς μαζί τους, τους προβληματισμούς και τις ανησυχίες σου. Έτσι, γεννήθηκε η ιδέα της δημιουργίας ενός συλλόγου διαβητικών »

ματισμούς και τις ανησυχίες σου. Έτσι, γεννήθηκε η ιδέα της δημιουργίας ενός συλλόγου διαβητικών. Στην υλοποίηση της ιδέας αυτής είχαμε και έχουμε την αμέριστη συμπαράσταση της ειδικής παθολόγου-διαβητολόγου Λίτσας Τίγκα. Έτσι, δημιουργήθηκε η Ένωση Διαβητικών Ν. Πιερίας με πρόεδρο την Κατερίνα Τσατσαρώνη και εμένα στη θέση του αντιπροέδρου.

Ο ρόλος του συλλόγου είναι κυρίως η ενημέρωση του κόσμου γύρω από τον διαβήτη. Για τον λόγο αυτό, σε τακτά διαστήματα γίνονται ομιλίες στην αίθουσα του συλλόγου μας με ομιλητές διακεκριμένους επιστήμονες όπου ο καθένας ανάλογα με την ειδικότητά του αναλύει τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις που προκαλούνται στον οργανισμό από τον διαβήτη, καθώς επίσης και τις επιβεβλημένες θεραπείες ανά περίπτωση.

Το δυσκολότερο σημείο του έργου μας είναι η μυστικοπάθεια των ατόμων με διαβήτη, καθώς κρύβουν το πρόβλημά τους. Το γεγονός αυτό από μόνο του μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Δεν επιτρέπεται το 2010 να κρύβουμε μια κατάσταση, η οποία εάν αντιμετωπιστεί σωστά δεν δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα. Προσωπικά, σε όσους επαγγελματικούς χώρους έχω βρεθεί, ποτέ δεν έκρυψα το πρόβλημά μου. Το πρώτο πράγμα που έκανα πέρα από τις συστάσεις

Η ενημέρωση του κόσμου γύρω από τον διαβήτη, δεν θα έλεγα ότι είναι η πλέον ενδεδειγμένη, πράγμα το οποίο μας αποδεικνύει η καθημερινότητα. Ο περισσότερος κόσμος είναι ελλιπώς ενημερωμένος ή χειρότερα, δεν γνωρίζει καν τι είναι ο διαβήτης, με αποτέλεσμα να προκαλείται φόβος και να δημιουργούνται προκαταλήψεις απέναντι σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Το γεγονός αυτό είναι στενάχωρο, αν αναλογιστεί κανείς την πληθώρα των πληροφοριών που μας παρέχει το διαδίκτυο, τα επιστημονικά περιοδικά και οι εκπομπές ιατρικού περιεχομένου.

Σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση του διαβήτη παίζει η άθληση. Προσωπικά, ακολουθώ το τρίπτυχο ινσουλίνη-διατροφή-περπάτημα. Προσπαθώ να περπατώ τρεις ή ακόμα και τέσσερις φορές την εβδομάδα.

Τα μηνύματα σήμερα γύρω από τον διαβήτη είναι θετικά, καθώς η ιατρική εξελίσσεται μέρα με τη μέρα. Η ζωή του διαβητικού μπορεί να είναι φυσιολογική, με την προϋπόθεση ότι συνεργάζεται με τον θεράποντα ιατρό του και ακολουθεί ορισμένους βασικούς κανόνες στην καθημερινότητά του.

Κλείνοντας, θα ήθελα να υπογραμμίσω ότι η συμβίωση με τον διαβήτη πρέπει να κινείται στον άξονα του αλληλοσεβασμού, γιατί μόνο έτσι μπορούμε να πετύχουμε θετικά αποτελέσματα και μια φυσιολογική ζωή. ■



Υπογλυκαιμία και σακχαρώδης διαβήτης

Η υπογλυκαιμία είναι μια αναπόφευκτη κατάσταση στη θεραπεία του τύπου 1 σακχαρώδους διαβήτη. Είναι ο φόβος και τρόμος των γονέων, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της νύχτας και συχνά η αγάπη των διαβητικών παιδιών, γιατί νιώθουν ότι με αυτήν μπορούν να φάνε πράγματα που αλλιώς θεωρούν ότι τα στερούνται. Στις επόμενες γραμμές θα προσπαθήσω να ρίξω... λίγο φως σε αυτό το κομμάτι του διαβήτη: τι είναι, πώς εμφανίζεται, πώς πρέπει να θεραπεύεται, πώς μπορεί να αποφεύγεται, καθώς και να αποσαφηνίσω διάφορους μύθους για αυτήν

 **ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ,**
παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

Όπως είναι γνωστό, η θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη είναι μια ισορροπία μεταξύ ινσουλίνης, φαγητού και φυσικής δραστηριότητας. Η ισορροπία αυτή δεν είναι πάντα εύκολη. Με τις καινούργιες ινσουλίνες που κυκλοφορούν και με την πίεση από τις μελέτες, τους γονείς και τους ίδιους τους διαβητικούς για καλύτερο έλεγχο σακχάρων αίματος, οι υπογλυκαιμίες είναι συχνότατο φαινόμενο στη ζωή του διαβητικού ασθενούς.

Υπογλυκαιμία έχουμε όταν το σάκχαρο αίματος είναι μικρό-

τερο από 70 mg/dl. Αυτή η κατάσταση μπορεί να συνοδεύεται ή όχι από συμπτώματα. Συνήθως το σώμα μας, μας ειδοποιεί όταν το σάκχαρο αίματος τείνει προς μια χαμηλή τιμή, με οποιοδήποτε από τα παρακάτω: πείνα, ναυτία, αίσθηση ότι τα άκρα τρέμουν, εφίδρωση, πονοκέφαλος, αλλαγή χρώματος στο πρόσωπο (χλωμό, κόκκινο), σύγχυση, αλλαγή συμπεριφοράς, διπλή όραση, απώλεια συνείδησης, επιληπτική κρίση ή σπασμούς (καθυστερημένη αντίδραση). Ο κάθε διαβητικός αντιδρά με διαφορετικό τρόπο στην υπογλυκαιμία. Συμβουλεύω τους γονείς των διαβητικών παιδιών ότι οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά του παιδιού, ιδιαίτερα αν είναι μικρό στην ηλικία, πρέπει να εγείρει την υποψία υπογλυκαιμίας.

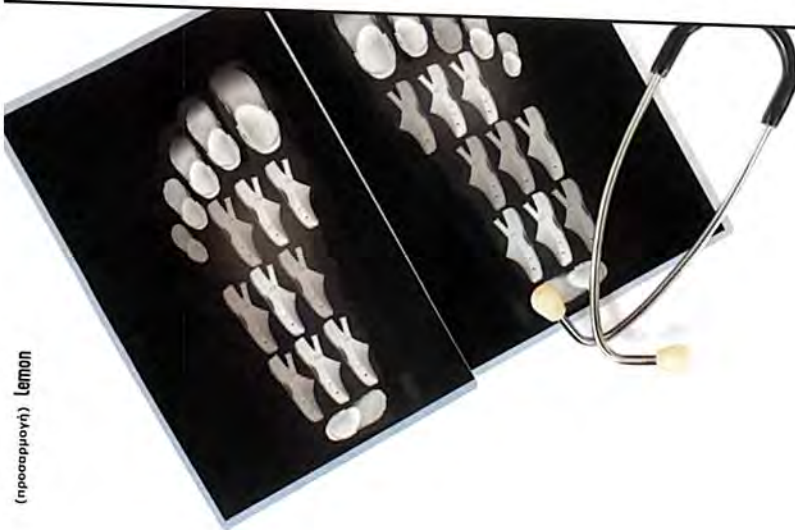
Η ερώτηση που μου θέτουν πολλοί γονείς είναι αν είναι επικίνδυνη. Τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας οφείλονται στην έλλειψη γλυκόζης από τα εγκεφαλικά κύτταρα και στη δράση



της αδρεναλίνης στους περιφερικούς ιστούς, η έκκριση της οποίας προκαλείται από την υπογλυκαιμία. Αν αυτό παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα, θεωρητικά ο εγκέφαλος ίσως δεχτεί ένα «χτύπημα». Αυτό ίσως να ενέχει κάποιο κίνδυνο, ιδιαίτερα αν παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες στις ΗΠΑ έχουν δείξει ότι αυτό συμβαίνει σπανιότατα, ιδιαίτερα σήμερα με τις συχνές μετρήσεις και όταν συμβεί, δεν φαίνεται να προκαλεί μακροχρόνια προβλήματα στην ανάπτυξη του παιδιού. Αυτό δεν σημαίνει ότι είναι επιθυμητές. Οι πιο πολλοί διαβητικοί αναφέρουν ένα αίσθημα σωματικής καταπόνησης και κόπωσης μετά από μια σοβαρή υπογλυκαιμία.

Αυτό που συμβαίνει συχνά με την πάροδο του χρόνου και με τα σάκχαρα του διαβητικού πολύ κοντά στο φυσιολογικό, η απάντηση του συμπαθητικού συστήματος με έκκριση αδρεναλίνης στην υπογλυκαιμία μειώνεται. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας να μην είναι τόσο έντονα και ο διαβητικός να μην την καταλαβαίνει. Αυτό μπορεί να προκαλέσει προβλήματα στον διαβητικό, π.χ. στην οδήγηση ή στην καθημερινή του ρουτίνα, καθώς ο ανθρώπινος οργανισμός δεν μπορεί να λειτουργήσει φυσιολογικά με σάκχαρα αίματος κάτω από 70 mg/dl, για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Σε περίπτωση που ο διαβητικός ή το περιβάλλον του πιστεύει ότι έχει υπογλυκαιμία, πρέπει να το επιβεβαιώσει με μέτρηση από το δάκτυλο. Πολλά από τα συμπτώματά της είναι κοινά με αυτά της υπεργλυκαιμίας. Αν το σάκχαρο αίματος είναι μικρότερο του 70 mg/dl, τότε χρειάζεται άμεση λήψη συγκεκριμένης ποσότητας «γρήγορων» υδατανθράκων: 15 γραμμάρια για σάκχαρο μεταξύ 50-70 mg/dl και 30 γρ. «γρήγορους» υδατανθράκες για σάκχαρο μικρότερο του 50 mg/dl. Γρήγοροι υδατανθράκες είναι αυτοί που γίνονται άμεσα διαθέσιμοι στην κυκλοφορία του αίματος προκειμένου να ανεβάσουν το σάκχαρο άμεσα: ζάχαρη (2 κουταλιές του γλυκού = 15 γρ. υδατανθράκες), χυμός πορτοκαλιού (1/2 ποτήρι = 15 γρ. υδατανθράκες), καραμέλες (4 = 15 γρ. υδατανθράκες). □



(προσαρμογή) lemon



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 ^{Rx}



Συμβουλευώ τους γονείς των διαβητικών παιδιών ότι οποιαδήποτε αλλαγή στη συμπεριφορά του παιδιού, ιδιαίτερα αν είναι μικρό στην ηλικία, πρέπει να εγείρει την υποψία υπογλυκαιμίας

Η συγκεκριμένη ποσότητα υδατανθράκων έχει σαν αποτέλεσμα το σάκχαρο αίματος να μην ανεβαίνει δυσθεώρητα υψηλά μετά από την υπογλυκαιμία. Αν ο διαβητικός ακολουθεί θεραπευτικό σχήμα με ινσουλίνη ενδιάμεσης δράσης (Protaphan ή NPH) και δεν είναι ώρα σνακ ή γεύματος, τότε θα χρειαστεί άλλα 15 γρ. υδατανθρακες με τη μορφή ενός σνακ: π.χ. ½ τοστ, ώστε να μην ξανακάνει υπογλυκαιμία με τη δράση της ινσουλίνης. Οι διαβητικοί που ακολουθούν θεραπευτικό σχήμα με ινσουλίνη μακράς διάρκειας (π.χ. lantus ή detemir) ή αντλία ινσουλίνης, δεν

χρειάζεται να κάνουν τίποτε άλλο. Πάντα για ασφάλεια καλό είναι ο διαβητικός να μετρά το σάκχαρο αίματος πάλι σε 30-45 λεπτά. Σε περίπτωση που ο διαβητικός δεν μπορεί να συνεργασθεί ώστε να πάρει υγρά από το στόμα, τότε η λύση είναι χορήγηση γλυκαγόνης με ενδομυϊκή ένεση (ένα ολόκληρο φιαλίδιο). Όλοι οι γονείς των διαβητικών παιδιών πρέπει να γνωρίζουν πώς να τη χορηγούν.

Οι μελέτες που έχουν γίνει, δεν έχουν δείξει ότι υπερτερεί η μία μέθοδος (υδατάνθρακες από το στόμα) έναντι της άλλης (ένεση γλυκαγόνης). Ότι είναι ευκολότερο τη δεδομένη στιγμή για τον διαβητικό ή το περιβάλλον του.

Είναι γνωστό ότι, κυρίως διαβητικά παιδιά, αρέσκονται να έχουν υπογλυκαιμίες ώστε να τρώνε τροφές που τους είναι απαγορευμένες. Πέρα από τους κινδύνους που αυτό ενέχει, η μοντέρνα αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη δεν έχει απαγορευμένες τροφές. Όλα επιτρέπονται, με μέτρο φυσικά, και με ανάλογη προσαρμογή της ινσουλίνης.

Γιατί όμως συμβαίνουν υπογλυκαιμίες; Οι πιο συχνές αιτίες είναι οι εξής: γεύματα ή σνακ που καθυστερούν ή ξεχνιούνται, αυξημένη φυσική δραστηριότητα, αυξημένη ποσότητα χορηγούμενης ινσουλίνης, λάθος στη δόση της ινσουλίνης, χορήγηση της ινσουλίνης ενδομυϊκά, με αποτέλεσμα τη γρηγορότερη απορρόφηση και δράση (σπάνιο με τις μικρές βελόνες που χρησιμοποιούνται τώρα), χορήγηση της ινσουλίνης πριν από ένα ζεστό μπάνιο -το ζεστό μπάνιο προκαλεί αγγειοδιαστολή στα αγγεία του δέρματος και έτσι γρηγορότερη απορρόφηση της ινσουλίνης.

Οι νυχτερινές υπογλυκαιμίες είναι ο φόβος κάθε γονιού που έχει παιδί με διαβήτη. Οι πιο πολλοί διαβητικοί ξυπνούν όταν το σάκχαρο αίματος είναι χαμηλό. Τα συμπτώματα μπορούν να είναι τα ίδια με την υπογλυκαιμία κατά τη διάρκεια της ημέρας ή να είναι και ιδιαίτερα: δυσκολία για να κοιμηθεί ο διαβητικός, ξύπνημα ιδρωμένος ή με ταχυκαρδία, ξύπνημα μη γνωρίζοντας τι συμβαίνει, ξύπνημα με ασυνήθιστα υψηλό σάκχαρο αίματος (πιθανώς από ριμπάουντ -φαινόμενο στο σάκχαρο αίματος).

Η πρόληψη των υπογλυκαιμιών, όσο αυτό είναι δυνατό, είναι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης: συχνές μετρήσεις, να μην παραλείπονται σνακ. Η πρόληψη της βραδινής υπογλυκαιμίας είναι μια μεγαλύτερη πρόκληση λόγω του ότι το παιδί κοιμάται. Μελέτες έχουν δείξει ότι αν το σάκχαρο αίματος πριν τον ύπνο είναι πάνω από 120 mg/dl, η πιθανότητα υπογλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της νύχτας μειώνεται. Τι θα γίνει όμως αν το σάκχαρο αίματος είναι 70-120 mg/dl; Αυτές τις νύχτες ίσως οι γονείς θα πρέπει να μετρήσουν σάκχαρο αίματος και λίγο πιο μετά και να δώσουν μεγαλύτερο σνακ, ιδιαίτερα αν τα παιδιά είχαν αυξημένη δραστηριότητα κατά την ημέρα.

Συμπερασματικά, οι υπογλυκαιμίες είναι αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του διαβητικού. Η πρόληψη είναι πάντα ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης. Όταν παρουσιαστούν, όπως με όλες τις καταστάσεις του διαβήτη, χρειάζονται αντιμετώπιση με μέτρο, ώστε το σάκχαρο αίματος να μην πάει από το 50 mg/dl στο 500 mg/dl. Και οι μικροί μας φίλοι να θυμούνται: δεν πρέπει να κάνουν υπογλυκαιμίες για να τρώνε ότι ίσως είναι απαγορευμένο! ■

ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ ΕΠΙΔΟΡΠΙΩΝ



Sweet & Balance

Τώρα ένα επιδόρπιο σύμμαχος στο γλυκαιμικό έλεγχο κλινική μελέτη το αποδεικνύει



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

ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ
ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Συμβάλλει
στον καλύτερο
γλυκαιμικό
έλεγχο

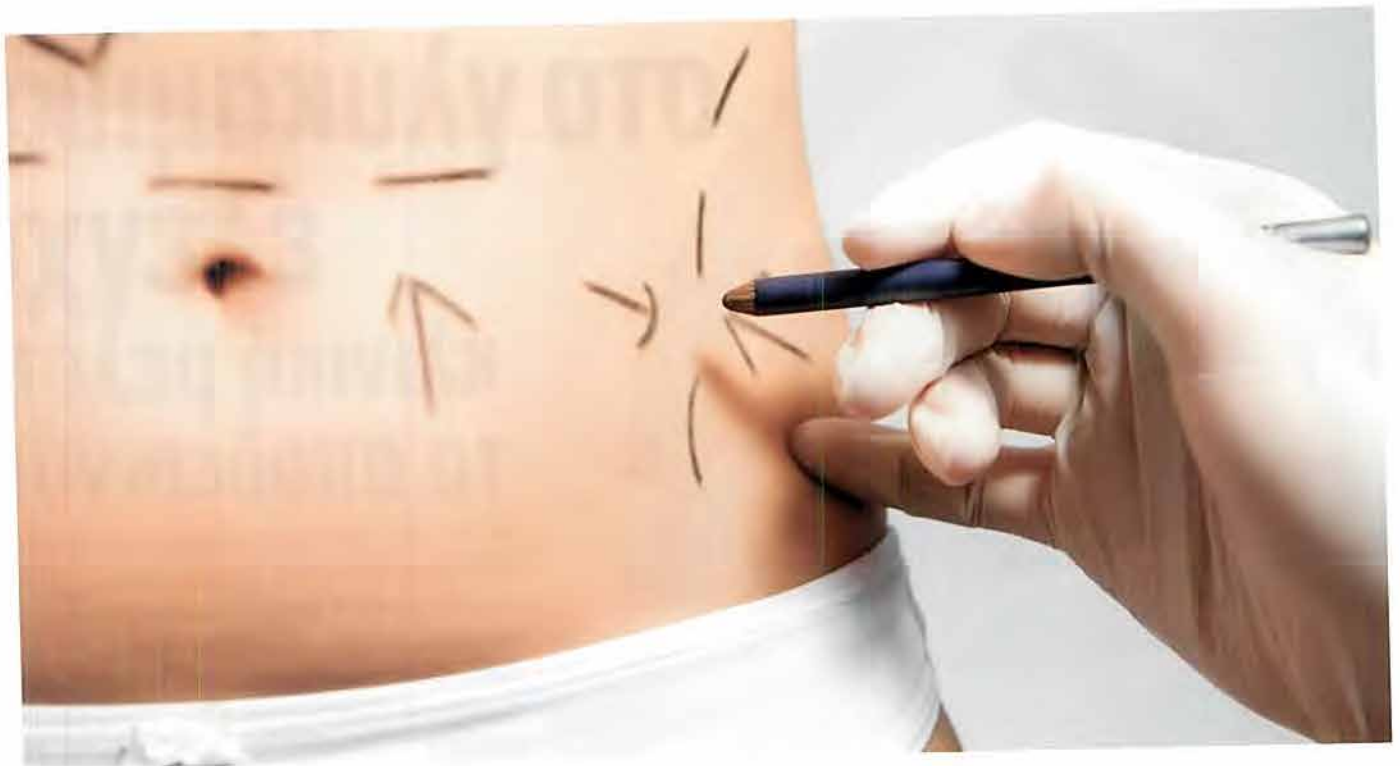


www.sweetandbalance.gr

Διαβήτης και αισθητικές επεμβάσεις

Απαραίτητος ο ενδελεχής έλεγχος πριν από κάποια επέμβαση

Την τελευταία δεκαετία η πλαστική χειρουργική έχει παρουσιάσει θεαματική πρόοδο σε όλους τους τομείς. Ειδικότερα, ο τομέας αισθητικής χειρουργικής εκμεταλλευόμενος την ιατρική τεχνολογία, καθώς και την ανάπτυξη νέων ιατρικών τεχνικών, έχει να παρουσιάσει πολύ ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Έτσι, η αισθητική πλαστική χειρουργική απευθύνεται σε ένα σταθερά αυξανόμενο αριθμό ενδιαφερομένων



ΓΙΩΡΓΟΣ ΚΑΠΡΑΛΟΣ,

επιμελητής πλαστικός χειρουργός, νοσοκομείο Metropolitan

Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την ανάγκη προσεκτικής επιλογής των υποψηφίων για μια αισθητική επέμβαση και αυτό γιατί βασική προϋπόθεση για την επιτυχία μιας τέτοιας επέμβασης είναι η αξιολόγηση πάρα πολλών παραμέτρων, μεταξύ των οποίων -ίσως η πιο σημαντική- είναι η καλή

κατάσταση του κυκλοφοριακού συστήματος του υποψηφίου. Ο αποκλεισμός παραγόντων που επηρεάζουν τη σωστή κυκλοφορία του αίματος μειώνει στο ελάχιστο τον κίνδυνο σοβαρών επιπλοκών. Σε γενικές γραμμές οι παράγοντες αυτοί είναι λίγο πολύ γνωστοί, κάπνισμα, υπέρταση, σακχαρώδης διαβήτης και διαταραχές πήκτικότητας του αίματος.

Από όλους τους παραπάνω, δυστυχώς ο πιο δύσκολο προβλέψιμος και αντιμετωπίσιμος παράγοντας είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Για να γίνει πιο εύκολα κατανοητός ο λόγος που ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια από τις σημαντικότερες αντενδείξεις σε μια αισθητική επέμβαση, θα χρειαστεί με απλά λόγια να εξηγήσουμε τη βασική αρχή της πλαστικής χειρουργικής.

.....

Η μόνη περιοχή του σώματος που λόγω της πάρα πολύ καλής αιμάτωσης περιορίζει σε κάποιο βαθμό τις επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στους κρημούς, είναι το πρόσωπο

.....

Στόχος της πλαστικής χειρουργικής ουσιαστικά, άσχετα με τον τύπο της επέμβασης που πρόκειται να πραγματοποιηθεί, είναι η αποκόλληση ιστών από την αρχική τους θέση (ονομάζονται κρημοί) και η μεταφορά τους σε νέα θέση ώστε να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα π.χ. facelift (ανασήκωμα του δέρματος του προσώπου), ανόρθωση μαστών κ.ά. Κατά τη μεταφορά και καθήλωση του δερματικού κρημού στη νέα του θέση για να εξασφαλιστεί η επιβίωση του κρημού πρέπει να διασφαλιστεί η αιμάτωσή του από το τμήμα αυτό που μένει κολλημένο στο σώμα (βάση του κρημού). Έτσι, οποιοσδήποτε παράγοντας επηρεάζει την αιμάτωση του κρημού αυτόματα επηρεάζει και το τελικό αποτέλεσμα της επέμβασης.

Στην αισθητική πλαστική χειρουργική αυτό δεν είναι αποδεκτό γιατί δεν είναι ποτέ μια επέμβαση που γίνεται εν θερμώ (επείγον περιστατικό), που πρέπει οπωσδήποτε να χειρουργηθεί άμεσα. Ο υποψήφιος για μια αισθητική επέμβαση οφείλει και πρέπει να ελεγχθεί διεξοδικά πριν από την επέμβαση για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας έχει. Άρα πρέπει να περιορίσει το κάπνισμα, να ρυθμίσει την υπέρταση, την ηπικτικότητα του αίματος και τέλος τον σακχαρώδη διαβήτη.

Δεν είναι τυχαίο που ο σακχαρώδης διαβήτης έμεινε στο τέλος και αυτό γιατί ακόμα και ένας πλήρως ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης έχει τα εξής μειονεκτήματα: πρώτο συνήθως δεν είναι γνωστό για πόσο χρονικό διάστημα ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν αρρυθμιστος, καθώς και πόσο σωστή και αποδοτική ήταν η αντίστοιχη θεραπεία του. Έτσι, δεν μπορεί να είναι γνωστό το μέγεθος της βλάβης που έχει προκληθεί σε επίπεδο μικροκυκλοφορίας από τον διαβήτη και δεύτερο, ακόμα και ένας καλά ρυθμισμένος σακχαρώδης διαβήτης μπορεί εύκολα να απορυθμιστεί μετά από ένα χειρουργικό στρες. Κατά τη διάρκεια της επαναρρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη το αισθητικό αποτέλεσμα μπορεί να αλλοιωθεί ανεπανόρθωτα λόγω της κακής ποιότητας αγγείων που τροφοδοτούν τον κρημό στην άμεσα μετεγχειρητική περίοδο που είναι και η πιο σημαντική για την επιβίωσή του.

Η μόνη περιοχή του σώματος που λόγω της πάρα πολύ καλής αιμάτωσης περιορίζει σε κάποιο βαθμό τις επιπτώσεις του σακχαρώδη διαβήτη στους κρημούς, είναι το πρόσωπο. Έτσι, οι επεμβάσεις όπως facelift, βλεφαροπλαστική, ρινοπλαστική, ωτοπλαστική έχουν μικρότερο σχετικά κίνδυνο από τον σακχαρώδη διαβήτη και ακολουθούν η αυξητική μαστών και η

λιποαναρρόφηση (σε περιορισμένη επιφάνεια σώματος).

Θεωρητικά οι επεμβάσεις με τον μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών από τον σακχαρώδη διαβήτη είναι οι παρακάτω: κοιλιοπλαστική, μειωτική μαστών, lifting μηρών και lifting βραχιόνων.

Τελειώνοντας αυτό που κάθε σακχαροδιαβητικός, ενδιαφερόμενος για μια αισθητική επέμβαση, πρέπει να συγκρατήσει είναι ότι: ο σακχαρώδης διαβήτης, εκτός ελάχιστων εξαιρέσεων, αποτελεί απόλυτη αντένδειξη για αυτές τις επεμβάσεις λόγω της δράσης του σε αγγειακό επίπεδο. Και αυτό γιατί στόχος της αισθητικής πλαστικής χειρουργικής είναι η βελτίωση της εικόνας του υποψηφίου, χωρίς αυτό να επιφέρει επιπλέον κίνδυνο για την υγεία του. Για αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι είναι απολύτως απαραίτητη η προσεκτική και λεπτομερής αξιολόγηση του υποψηφίου από τον πλαστικό χειρουργό πριν από κάθε χειρουργική επέμβαση. ■



Σέρρες, η ομορφιά είναι στη φύση τους



Ταξιδέψτε σε διαδρομές που θα μαγέψουν το βλέμμα και θα αιχμαλωτίσουν την καρδιά σας. Ο νομός Σερρών εντυπωσιάζει τους επισκέπτες του με τις εναλλαγές στο φυσικό τοπίο του. Χιονισμένες βουνοκορφές, γαλάζιες παραλίες, λίμνες, ποτάμια, πανέμορφα δάση και μνημεία αρχαιότερης και νεότερης ιστορίας συνθέτουν ένα μαγευτικό σκηνικό



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Οι Σέρρες συνδυάζουν διακοπές για όλο τον χρόνο. Η πόλη των Σερρών είναι μια ζωντανή πόλη, με πλούσια ιστορία, με μεγάλη εμπορική κίνηση και έντονη νυχτερινή ζωή.

Αξιοθέατα

Στην πόλη μπορείτε να επισκεφτείτε το Μπεζεστένι, τους βυζαντινούς ναούς Αγ. Νικολάου και Αγ. Θεοδώρων, την αρχαία και βυζαντινή Ακρόπολη, την κοιλάδα των Αγ. Αναργύρων, το αρχαιολογικό και το λαογραφικό μουσείο.

Η λίμνη Κερκίνης

Η μοναδική αυτή λίμνη προσφέρεται για φυσική παρατήρηση 300 σπάνιων πουλιών. Έχει ανακηρυχθεί εθνικό πάρκο και προστατεύεται από την συνθήκη Ramsar. Η λίμνη της Κερκίνης

έχει πλούσια βλάστηση και προσφέρεται για πεζοπορία, ψάρεμα, βόλτα με άλογα και ρομαντικές βαρκάδες.

Το φαράγγι του ποταμού Αγγίτη

Το φαράγγι του ποταμού Αγγίτη είναι ένα βαθύ ποτάμι μήκους 15 χλμ. και προτείνεται για τους λάτρες των rafting και καγιάκ, ενώ ο περίπατος που μπορείτε να κάνετε θα σας εντυπωσιάσει, αφού διαθέτει κατακόρυφες πράσινες πλαγιές και ένα υπέροχο πεντάτοξο γεφύρι.

Το δάσος του Λαϊλιά

Η πλούσια χλωρίδα και ορνιθοπανίδα, μαζί με το εξαιρετικό μικροκλίμα της περιοχής, συνθέτουν ένα ιδανικό προορισμό για φυσιολάτρες. Τον χειμώνα, το βουνό γίνεται πόλος έλξης για μικρούς και μεγάλους σκιέρ που θέλουν να κατέβουν τις πλαγιές του. Η χιονοδρομική πίστα είναι μήκους 1.000 μέτρων και πλάτους 70 μ., ενώ δύο συρόμενοι αναβατήρες μεταφέρουν όσους το επιθυμούν στην κορυφή του βουνού. Το χιονοδρομικό βρίσκεται 27 χλμ. από τις Σέρρες.



Το σπήλαιο της Αλισταράτς

Μόλις 48 χιλιόμετρα έξω από την πόλη των Σερρών βρίσκεται ένα από τα ομορφότερα σπήλαια της Ευρώπης, το σπήλαιο της Αλισταράτς. Είναι από τα μεγαλύτερα σπήλαια που υπάρχουν, το οποίο προκαλεί δέος εξαιτίας τους μεγέθους του (25.000 χλμ) σε όσους το επισκεφτούν. Είναι σχεδόν επίπεδο και έχει σταθερή θερμοκρασία και υγρασία. Το συνολικό μήκος των διαδρόμων ανέρχεται σε τρία χλμ.

Η αρχαία Αμφίπολη

Ένας από τους σπουδαιότερους αρχαιολογικούς χώρους των μακεδονικών και ρωμαϊκών χρόνων είναι ο χώρος της Αμφίπολης. Υπήρξε κέντρο του αρχαίου κόσμου και μια από τις σημαντικότερες εστίες του Ελληνισμού. Χαρακτηριστικό εύρημα είναι ο Λέων της Αμφίπολης, ο οποίος είναι και σύμβολο της δύναμης της πόλης κατά την αρχαιότητα. Στο αρχαιολογικό μουσείο μπορείτε να βρείτε πλήθος αρχαίων ευρημάτων. Κάθε καλοκαίρι τον Ιούλιο και τον Αύγουστο διοργανώνεται φεστιβάλ στο αρχαιολογικό πάρκο.

Ιαματικά λουτρά

Εκτός από την απaráμιλλη ομορφιά που προσφέρει η χλωρίδα και η πανίδα της περιοχής, οι Σέρρες προικίσθηκαν με πλούσιες ιαματικές πηγές, στο Σιδηρόκαστρο, στα θερμά Νιγρίτας και στο Άγκιστρο. Μέσα σε σύγχρονες εγκαταστάσεις οι επισκέπτες απολαμβάνουν χαλάρωση και υδροθεραπεία, καταπολεμώντας ρευματοπάθειες, αρθρίτιδες, οσφυαλγίες και πολλές άλλες σωματικές παθήσεις.

Η Ιερά Μονή Τιμίου Προδρόμου

Στο βάθος της χαράδρας του Μενοίκιου όρους ιδρύθηκε το 1270 μ.χ. και έχει συνεισφέρει στη διάσωση του ελληνικού πολιτισμού, η Ιερά Μονή του Τιμίου Προδρόμου. Ανάμεσα στα πλούσια κειμήλια ξεχωρίζει το μοναδικό ξυλόγλυπτο τέμπλο του 1804, ενώ τοιχογραφίες χρονολογούνται από τον 13ο αιώνα. Επίσης, ένα από τα πιο ενδιαφέροντα πράγματα που μπορείτε να συναντήσετε είναι και το μουσειακό ελαιοτριβείο, που προκαλεί θαυμασμό στον επισκέπτη.

Ιερά Μονή Παναγίας Εικοσιφοίνισσας

Στην μονή αυτή λέγεται ότι ο Εμμανουήλ Παππάς κήρυξε την επανάσταση. Η Μονή έχει συνεισφέρει στην περίοδο της τουρκοκρατίας, για τη διατήρηση της ορθοδοξίας και του Ελληνισμού. Βρίσκεται στο Παγγαίο όρος, σε υψόμετρο 743 μ. και διαθέτει την «αχειροποίητο εικόνα της Θεοτόκου». Τη σημερινή της μορφή την οφείλει στην ανοικοδόμηση που ολοκληρώθηκε το 1980.

Το Οχυρό Ρούπελ

Τέλος, μπορείτε να επισκεφτείτε το Οχυρό Ρούπελ, το οποίο είναι μνημειακού ενδιαφέροντος και είναι το μεγαλύτερο από τα συγκροτήματα οχυρών που κατασκευάστηκαν κατά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Λόγω της στρατηγικής του θέσης και του ηρωισμού των στρατιωτών συνέβαλε στην αναχαίτηση των γερμανικών στρατευμάτων. Η 10η Απριλίου 1941, ήταν η ημέρα παράδοσης του οχυρού, που συνοδεύτηκε με μεγάλες απώλειες για τους κατακτητές. ■



Ανοίξτε φτερά για Μαυρίκιο

Ένας επίγειος «παράδεισος» απόλαυσης και χαλάρωσης περιμένει στον Ινδικό Ωκεανό όσους τολήσουν να το ζήσουν. Πρόκειται για το σύμπλεγμα των νησιών Mascarenes που βρίσκεται ανατολικά της Μαδαγασκάρης και είναι γνωστό σε όλους ως Μαυρίκιος. Το σύμπλεγμα αυτό περιλαμβάνει επίσης και τα νησιά Reunion και Rodriguez. Η ανακάλυψη των νησιών έγινε το 16ο αιώνα και αποτέλεσε ένα καταφύγιο για πάρα πολλούς ταξιδιώτες διαφορετικών εθνικοτήτων



ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Ο εξωτικός Μαυρίκιος χαρακτηρίζεται ένα «μωσαϊκό» πολιτισμών, αφού στοιχεία του ινδικού, ευρωπαϊκού, κρεολικού, κινέζικου, αφρικανικού και μουσουλμανικού πολιτισμού συνυπάρχουν αρμονικά στο νησί μαγεύοντας τους επισκέπτες του. Η διαφορετικότητα των εθίμων, των εορτών, των χορών και των γεύσεων χαράσσεται στη μνήμη των ταξιδιωτών, αφήνοντας έντονες αναμνήσεις.

Ελεγχόμενη τουριστική ανάπτυξη

Στον Μαυρίκιο η τουριστική ανάπτυξη όλου του νησιού έγινε με αυστηρούς περιορισμούς, προκειμένου να αποφευχθεί ο κίνδυνος ανεξέλεγκτης ανάπτυξης. Για το λόγο αυτό ο Μαυρίκιος

έχει κερδίσει τη φήμη του αποκλειστικού προορισμού που απέχει ξεκάθαρα από τον κατακλυσμό «μαζικού τουρισμού».

Οι επισκέπτες θα έχουν τη δυνατότητα να απολαύσουν πανέμορφα τοπία – μαγευτικές παραλίες, σπάνια φυτά και είδη ζώων, την ηρεμία που απονέμει το τοπίο, τα αξιοθέατα, τις αγορές, τα καταπράσινα βουνά και, φυσικά, την απaráμιλλη γοητεία και ποιότητα των ξενοδοχειακών συγκροτημάτων – από το πιο απλό ως το πιο πολυτελές.

Ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία που κάνουν το Μαυρίκιο να υπερέχει ανάμεσα σε αρκετούς εξωτικούς προορισμούς είναι η ξεχωριστή φιλοξενία των κατοίκων του νησιού, οι οποίοι με το χαμόγελο, τη λεπτότητα και την εξυπηρέτησή τους αιχμαλωτίζουν και κατακτούν τους ξένους επισκέπτες.

Ξενοδοχεία υψηλού επιπέδου

Στο μικρό αυτό παράδεισο βρίσκεται κανείς μερικά από τα ομορφότερα και διασημότερα θέρετρα του κόσμου. Ονειρικά



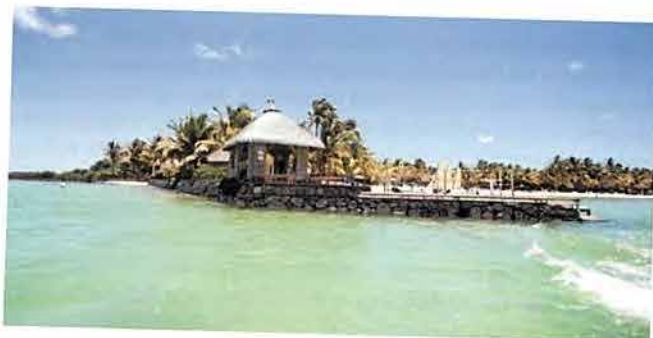
Ξενοδοχεία πάνω στις υπέροχες παραλίες, με αρχιτεκτονική βασισμένη στην τοπική παράδοση, εναρμονισμένη απόλυτα με το φυσικό περιβάλλον του νησιού, προσφέρουν στους λάτρεις της απόλαυσης VIP service και πολυτέλεια κάτω από τους φοίνικες και τις βουκαμβίλιες.

Αξιοθέατα που δεν πρέπει να χάσετε

Εντός από τις εξαιρετικές υπηρεσίες των πολυτελών θέρετρων του νησιού οι επισκέπτες θα έχουν τη δυνατότητα, με τη βοήθεια του κατάλληλα εξειδικευμένου προσωπικού, να απολαύσουν όλα τα θαλάσσια σπορ.

Στον κόλπο Grand Baie με το μοναδικό ημι-υποβρύχιο του νησιού μπορείτε να απολαύσετε το μεγαλείο του υποθαλάσσιου κόσμου. Στον ίδιο κόλπο θα μπορέσετε να κάνετε ολοήμερη κρουαζιέρα σε ένα έρημο νησί με άσπρη αμμουδιά, γαλαζοπράσινα νερά και εκπληκτικά κοράλλια. Επίσης, ένας υποβρύχιος περίπατος με σκάφανδρο στα υπέροχα νερά του νησιού φαντάζει μια καλή ιδέα για τους λάτρεις της υποθαλάσσιας δραστηριότητας.

Η περιπέτεια όμως δεν σταματά εδώ, αφού όσοι επισκεφτούν την ενδοχώρα θα έχουν τη δυνατότητα να κάνουν extreme sports, όπως αναρρίχηση και κατάβαση σε καταρράκτες, κανό, mountain bike, πάντα σε ασφαλείς συνθήκες για όλες τις ηλικίες μέσα σε μοναδικά τοπία. Στην περιοχή Pamplemousses μπορεί κανείς να περιπλανηθεί ανάμεσα σε εκπληκτικούς βοτανικούς κήπους, με γιγαντιαία νούφαρα και την ποικιλία των εξωτικών και ενδημικών φυτών. Ένα jeep είναι πάντα διαθέσιμο για εκείνους που θα ήθελαν να ζήσουν την εμπειρία μιας ολοήμερης εκδρομής στην ενδοχώρα του νησιού απολαμβάνοντας μαγευτικά τοπία. ■





ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ, ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΗΘΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΑ

- **Συγγραφέας:** Νικόλαος Κατσιλάμπρος • **Συνεργάτες:** Αλέξανδρος Κόκκινος, Χρήστος Καμίδης
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2010 • **Ιατρικές εκδόσεις:** ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
- **Σελίδες:** 178 (μαλακό εξώφυλλο) • **ISBN:** 978-960-452-085-5

Το πρόβλημα της παχυσαρκίας έχει λάβει τις τελευταίες δεκαετίες επιδημικές διαστάσεις. Πρόκειται για μια κατάσταση που επιβαρύνει σημαντικά την υγεία του πληθυσμού, καθώς και τα συστήματα υγείας παγκοσμίως. Πολλές οι ερωτήσεις που συχνά υποβάλλονται, όχι μόνο από το ευρύ κοινό αλλά και από τον ιατρικό κόσμο για το μείζον πρόβλημα της παχυσαρκίας. Δυστυχώς, οι απαντήσεις δεν είναι πάντοτε σαφείς, υπεύθυνες και επιστημονικά τεκμηριωμένες. Αυτό το κενό επιδιώκει να καλύψει το συγκεκριμένο βιβλίο που κυκλοφορεί από τις Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ. Ο πρώτος των συγγραφέων είναι ο Ν. Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, ενώ και οι συνεργάτες του είναι έμπειροι ιατροί. Από την καθημερινή τους εμπειρία, οι συγγραφείς διαπιστώνουν ότι τόσο το ίδιο το ζήτημα της παχυσαρκίας όσο και οι νέες θεραπευτικές μέθοδοι δεν έχουν εμπνεσθεί σε ευρεία κλίμακα. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι ιατροί δεν παίρνουν πάντοτε σαφείς, υπεύθυνες και επιστημονικά τεκμηριωμένες απαντήσεις. Αυτό το κενό καλύπτει με τρόπο ιδιαίτερα περιεκτικό το παρόν βιβλίο. Απαντώντας απλά, κατανοητά αλλά και τεκμηριωμένα σε 150 από τις συνηθέστερες ερωτήσεις που αφορούν την παχυσαρκία, το βιβλίο καθοδηγεί τον αναγνώστη από τη σαφή περιγραφή της έκτασης της παγκόσμιας αυτής επιδημίας, στα αίτια και τις επιπτώσεις της για την υγεία και τελικά σε συγκεκριμένους τρόπους για την καταπολέμησή της. Οι ερωταπαντήσεις καλύπτουν με επαγωγικό τρόπο το αντικείμενο και συνάμα καθιστούν αυτό το βιβλίο ένα σημαντικό βοήθημα για τους ιατρούς, τους λοιπούς επαγγελματίες υγείας αλλά και για το ευρύτερο κοινό.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- **Συγγραφέας:** Νικόλαος Κατσιλάμπρος • **Συνεργάτες:** Ε. Ρώμα-Γιαννίκου, Κ. Μακρυλάκης, Ι. Ιωαννίδης
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 2009 Β' έκδοση • **Εκδοτικός οίκος:** ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις ΜΕΠΕ
- **Σελίδες:** 324 (μαλακό εξώφυλλο) • **ISBN:** 978-960-452-075-6

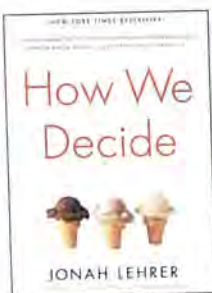


Κοινή συνείδηση έχει γίνει πλέον το γεγονός ότι η διατροφή αποτελεί βασικό παράγοντα υγείας, καθώς επηρεάζει όλα τα συστήματα και λειτουργίες του οργανισμού, ενώ συμμετέχει στην εκδήλωση και εξέλιξη πολλών παθήσεων. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η διατροφή σε κλινικές καταστάσεις, όπου εμφανίζεται ή έχει ήδη εγκατασταθεί μια απειλή για την υγεία. Σε τέτοιες περιπτώσεις, η ειδική εκπαίδευση και η έγκυρη ενημέρωση αποδεικνύονται ζωτικής σημασίας για τον ασθενή και τον ιατρό που θα του συμπαρασταθεί. Στο σημείο αυτό στοχεύει το νέο βιβλίο του Ν. Κατσιλάμπρου και των συνεργατών του, με τίτλο «Κλινική Διατροφή», που κυκλοφορεί από τις Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ.

Ο επιμελητής του βιβλίου εισήγαγε το μάθημα της Κλινικής Διατροφής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών το 1996, έχει συνεπώς μακρόχρονη διδακτική εμπειρία. Για την παρούσα δεύτερη έκδοση συγκέντρωσε πολυάριθμους ακαδημαϊκούς και κλινικούς εμπειρογνώμονες στα επιμέρους πεδία, εξασφαλίζοντας έτσι την απαραίτητη εγκυρότητα και την πλέον πρόσφατη ενημέρωση της ύλης. Πραγματικά πρόκειται για ένα ιδιαίτερα επιμελημένο σύγγραμμα, που εξετάζει διεξοδικά το αντικείμενο, περικλείοντας τις πλέον σύγχρονες εξελίξεις, ανακαλύψεις και παρατηρήσεις στον χώρο της κλινικής διατροφής. Σύγχρονο και τεκμηριωμένο, το βιβλίο καλύπτει με επάρκεια τις εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτητών στομάθια της κλινικής διατροφής, αλλά προσφέρεται ιδιαίτερα και για την ενημέρωση κλινικών ιατρών και επαγγελματιών της υγείας.

HOW WE DECIDE

- **Συγγραφέας:** Jonah Lehrer • **Ημερομηνία έκδοσης:** Ιανουάριος 2010
- **Εκδόσεις:** Houghton Mifflin Harcourt • **Σελίδες:** 302 • **ISBN:** 0547247990



Από την εποχή του Πλάτωνα και μέχρι πρόσφατα, οι φιλόσοφοι πίστευαν ότι ο τρόπος λήψης αποφάσεων διέπεται αυστηρά από τη λογική ή το συναίσθημα. Όμως, οι τελευταίες εξελίξεις στον τομέα των νευροεπιστημών έρχονται να αποκαλύψουν ότι οι βέλτιστες αποφάσεις είναι εκείνες που προκύπτουν από τον τέλειο, για κάθε περίπτωση, συνδυασμό λογικής και συναίσθηματος. Το βιβλίο αυτό μας διδάσκει τον τρόπο με τον οποίο μπορούμε να κάνουμε τις αποφάσεις μας καλύτερες, επιχειρώντας να διερευνήσει τον τρόπο με τον οποίο ο ανθρώπινος νους λαμβάνει αποφάσεις και τον τρόπο με τον οποίο οι αποφάσεις αυτές μπορούν να γίνουν όσο το δυνατόν πιο αποδοτικές.

Ο συγγραφέας, Jonah Lehrer, μας εξοικειώνει με τα απαραίτητα εργαλεία βασισμένοι σε αποτελέσματα ερευνών και μελετώντας μια μεγάλη ποικιλία αποφάσεων που λαμβάνονται από πολλούς διαφορετικούς ανθρώπους, όπως οι πιλότοι και οι επενδυτές, αλλά και οι καρτοπαίκτες και οι κατά συρροή δολοφόνοι. Διάφοροι επαγγελματίες που γνωρίζουν πώς να αξιοποιήσουν τα πρόσφατα επιστημονικά δεδομένα, είναι σε θέση να δημιουργήσουν τηλεοπτικές εκπομπές με μεγαλύτερη απήχηση στο κοινό, να κερδίσουν ποδοσφαιρικούς αγώνες, ακόμα και να βελτιώσουν τις στρατηγικές επιχειρήσεις. Αυτά είναι μόνο μερικά από τα πολλά παραδείγματα του τρόπου με τον οποίο οι καίριες αποφάσεις μπορούν να επηρεάσουν τη ζωή μας προς το καλύτερο.

Sweet & Balance



τα νέα επιδόρπια **sweet & balance ΓΙΩΤΗΣ** στο πανελλήνιο συνέδριο παχυσαρκίας και στην επιστημονική εκδήλωση της ελληνικής διαβητολογικής εταιρείας

Η νέα επαναστατική γενιά επιδορπίων **Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ** συμμετείχε στο **πανελλήνιο συνέδριο παχυσαρκίας**, το οποίο παρακολούθησαν περισσότεροι από 600 ιατροί, διαιτολόγοι-διατροφολόγοι και ερευνητές που ασχολούνται με θέματα παχυσαρκίας, διατροφής και υγείας. Παράλληλα, τα **Sweet & Balance** βρέθηκαν και στην **επιστημονική εκδήλωση της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ)**, στην οποία συμμετείχαν 400 ιατροί από όλη την Ελλάδα.

Τα επιδόρπια **Sweet & Balance ΓΙΩΤΗΣ** καινοτομούν, καθώς χάρη στις ειδικά σχεδιασμένες συνθέσεις τους αποτελούν ιδανική λύση για όσους ακολουθούν ειδική διατροφή για έλεγχο ή απώλεια βάρους, ενώ είναι κατάλληλα και για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. **Ελληνικές κλινικές μελέτες έδειξαν ότι τα Sweet & Balance μπορούν να συμβάλουν στην απώλεια βάρους αλλά και στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο, στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης διατροφής.**

Τα **Sweet & Balance** απαντούν στην ανάγκη για τρόφιμα-εργαλεία, που επιτρέπουν στους ειδικούς να σχεδιάζουν ισορροπημένα διαιτολόγια μειώνοντας το αίσθημα στέρησης για τα άτομα που τα ακολουθούν. Έτσι, για πρώτη φορά στην Ελλάδα -χάρη στην τεχνολογία της ΓΙΩΤΗΣ Α.Ε.- τα άτομα που ακολουθούν ισορροπημένο ή ειδικό διαιτολόγιο, ακόμη και για τον έλεγχο του σακχάρου, έχουν τη δυνατότητα να απολαμβάνουν μια νέα πλήρη σειρά γευστικών επιδορπίων που ανταποκρίνεται στις διατροφικές τους ανάγκες.



ΚΟΡΡΕΣ / κερσετίνη & βελανιδιά



καινοτομία στην αντιγήρανση με φυσικά συστατικά, λιπαρές επιδερμίδες/αντιρυτιδική & αντιγηραντική κρέμα ελαφριάς υφής

Αντιπροσωπεύοντας ό,τι πιο προηγμένο στην αντιγήρανση με φυσικά συστατικά, η σειρά κερσετίνη & βελανιδιά προκάλεσε το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας, παρουσιάζοντας μοναδικά κλινικά αποτελέσματα. Η σειρά, που έδωσε νέα δυναμική στον τομέα της αντιγήρανσης, διευρύνεται τώρα με την προσθήκη μίας ακόμα κρέμας ημέρας, με εξαιρετικά ελαφριά υφή, ιδανική για λιπαρές επιδερμίδες, προκειμένου να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις κάθε τύπου δέρματος.

Αξιοποιώντας για πρώτη φορά ένα, παλιό υποσχόμενο και για την ιατρική, βιολογικό μονοπάτι, βασισμένο σε ανακάλυψη που βραβεύθηκε με Νόμπελ Χημείας (2004), το Εργαστήριο Έρευνας & Ανάπτυξης Korres συνεργάστηκε με το Εθνικό Ίδρυμα Ερευνών και το Πανεπιστήμιο Αθηνών σε πενταετή πρωτογενή έρευνα στους μηχανισμούς προστασίας από τη γήρανση σε κυτταρικό επίπεδο -μία συνεργασία που επισφραγίστηκε με τα προϊόντα κερσετίνη & βελανιδιά και την κατατεθειμένη ευρεσιτεχνία (πατέντα) σε Ευρώπη και ΗΠΑ. Το πρωτεύωμο, βασικός μηχανισμός προστασίας του νεανικού φαινότυπου των κυττάρων, και το αντιοξειδωτικό συστατικό κερσετίνη (προέρχεται από τη βελανιδιά) το οποίο αυξάνει την ενεργότητα του πρωτεασώματος.

Το ισχυρό αντιοξειδωτικό φλαβονοειδές κερσετίνη διατηρεί τη ζωτικότητα των κυττάρων και βελτιώνει τη μορφολογία τους, βοηθώντας την επιδερμίδα να αντιμετωπίσει τα σημάδια του χρόνου. Ο δραστικός παράγοντας από μурτιό ρυθμίζει τις φυσικές λειτουργίες της επιδερμίδας και βοηθά στην καλύτερη συνεργασία μεταξύ των κυττάρων, αυξάνοντας την ελαστικότητα του δέρματος. Το εκχύλισμα μουρερά fluvitatis ρυθμίζει τα επίπεδα υγρασίας στην επιδερμίδα, προσφέροντας συνεχή ενυδάτωση. Το εκχύλισμα από το αληλικό βότανο epilobium fleischeri μειώνει το μέγεθος των πόρων και ρυθμίζει την εμφάνιση της λιπαρότητας της επιδερμίδας, patent pending / δερματολογικά ελεγμένα

Για περισσότερες πληροφορίες: Korres Φυσικά Προϊόντα, Κατερίνα Τράκα / Πανελλήνιο Θεόδωρακάου
T: 22620 54552 / 22620 54647 E: katrina.traka@korres.com / pinelopi@korres.com

ΟΕΝΟΒΙΟΛ TOP SLIM / ένα καινοτόμο αδυνατιστικό ποτό για καύση



Μία πρόταση από την Oenobiol, τη No.1 μάρκα συμπληρωμάτων διατροφής στην Γαλλία! Το Top Slim αποτελεί ένα καινοτόμο αδυνατιστικό ποτό με υπέροχη γεύση βατόμουρο, το οποίο χάρη στη σύνθεσή του από 100% φυσικής προέλευσης συστατικά είναι ιδανικό για την καύση θερμίδων και τη μείωση του σωματικού λίπους. Το Oenobiol Top Slim, περιέχει τα παρακάτω συστατικά 100% φυσικής προέλευσης:

- Πράσινο Τσάι, πλούσιο σε κατεχίνες (πολυφαινόλες), με υψηλή συγκέντρωση σε EGCG (γαλλική Επιγαλοκατεχίνη), το οποίο ενεργοποιεί την θερμογένεση και σε συνδυασμό με το Γκουαράνα, επιταχύνεται η καύση των θερμίδων.
- L-καρνιτίνη, αμινοξύ με ισχυρή λιποδιαλυτική δράση, που ενεργοποιεί την καύση του λίπους και βοηθά στη βελτίωση της σιλουέτας. Χάρη στην πρωτοποριακή του μορφή (σκόνη σε φακελάκι), είναι απλό στη χρήση και εύκολο στη μεταφορά. Διαλύοντας το περιεχόμενο ενός φακελάκιου σε 1,5 λίτρο νερό μπορείτε να απολαύσετε ένα γευστικό ποτό με υπέροχη γεύση βατόμουρο, ενώ παράλληλα βελτιώνετε την σιλουέτα σας.

Αποκλειστικά στα φαρμακεία Communication and Public Relations Consultant: Βουβιλαγμένη, Αθήνα 22910 23841



Καινοτόμο αδυνατιστικό ποτό για καύση θερμίδων!

Μας ρωτάτε - Σας απαντάμε

- Το παιδί μου είναι εννέα ετών και έχει διαβήτη τύπου 1 για περίπου 10 μήνες. Ακούω και διαβάζω πολλά για διαφορετικές ινσουλίνες. Άραγε, κάνω το σωστό για το παιδί μου; Ποια είναι η κατάλληλη ινσουλίνη για αυτό;

Δεν υπάρχει πιο κατάλληλη ινσουλίνη από την άλλη! Εξαρτάται από το στυλ ζωής του παιδιού σας, της οικογένειάς σας και τον έλεγχο του διαβήτη του παιδιού σας. Έχουμε πολύ λίγα στοιχεία από μελέτες σε παιδιά για να υποστηρίξουμε τη μία ή την άλλη ινσουλίνη. Μάθετε για τα διάφορα θεραπευτικά σχήματα και κουβεντιάστε με τον ιατρό σας και το παιδί σας ποιο είναι καλύτερο. Ίσως και μια κουβέντα με άλλες οικογένειες θα βοηθήσει. Τελικά, μόνο η δοκιμή θα σας πείσει!



- Ο γιος μου είναι 12 χρόνων και έχει διαβήτη τύπου 1 εδώ και τρία χρόνια. Τον πήγα στον οδοντίατρο και μου είπε ότι έχει τέσσερα σφραγίσματα! Φταίει ο διαβήτης του για αυτό;

Τα παιδιά με διαβήτη δεν έχουν αυξημένη προδιάθεση για οδοντικά προβλήματα. Χρειάζονται την ίδια οδοντική φροντίδα, όπως τα άλλα παιδιά: βούρτσισμα κάθε μέρα, χρήση νήματος, αν είναι μεγάλα και επίσκεψη στον οδοντίατρο μια φορά τον χρόνο.

- Είμαι 20 ετών και έχω διαβήτη τύπου 1 εδώ και οκτώ χρόνια. Έχω μια σχέση και δεν έχω πει ότι έχω διαβήτη. Πιστεύω ότι είναι σωστή απόφαση για μένα. Τι να κάνω; Για πόσο καιρό να κρύβομαι;

Δεν υπάρχει κανένας λόγος να κρύβεσαι. Μια σχέση, και πόσο μάλλον μια που σε ενδιαφέρει, πρέπει να βασίζεται στην ειλικρίνεια. Αν το άλλο πρόσωπο πιστεύει ότι η σχέση του με σένα

είναι επίσης σοβαρή, ο διαβήτης δεν πρέπει να παίξει κανένα ρόλο στις σκέψεις του για το μέλλον. Φαντάσου τι μπορεί να γίνει αν του το πεις μετά από κάποιο χρόνο ή το ανακαλύψει μόνο του. Ότι έχεις μπορεί να χαλάσει, καθώς θα τεθεί θέμα εμπιστοσύνης.

- Στο τετράδιο αυτοελέγχου του γιου μου τον έπιασα να γράφει ψεύτικες τιμές, για μεγάλο διάστημα. Τι να κάνω;

Είναι μια αρκετά συχνή κατάσταση, που συμβαίνει σε πολλά παιδιά με διαβήτη, ιδιαίτερα εφηβικής ηλικίας. Το ερώτημα προς απάντηση είναι γιατί το κάνει. Μήπως οι γονείς είναι πολύ φορτικοί και με αυτόν τον τρόπο το παιδί... αγοράζει λίγη ησυχία, ιδιαίτερα αν τα νούμερα δεν είναι καλά; Μήπως νιώθει ενοχές, αν τα νούμερα δεν είναι καλά και αυτός είναι ο τρόπος να τις μεταθέσει; Ίσως είναι θέμα όλης της οικογένειας και της εκπαίδευσης που έχει δοθεί για τον διαβήτη του παιδιού. Θα πρέπει να γίνει κατανοητό ότι δεν υπάρχουν καλά και κακά νούμερα. Είναι απλώς τιμές σακχάρου αίματος που θα χρησιμοποιήσουμε, προκειμένου να πάρουμε μια απόφαση για την ινσουλίνη που θα κάνουμε. Και οι γονείς δεν θα πρέπει να αλληλιώνουν τη συμπεριφορά τους, από τα νούμερα! Έτσι θα έρθει ισορροπία.

- Είναι απαραίτητο τα άτομα με διαβήτη να καταναλώνουν ειδικά προϊόντα για διαβητικούς;

Δεν υπάρχουν ειδικά προϊόντα για διαβητικούς! Αυτά που αναγράφονται στο εμπόριο σαν ειδικά προϊόντα για τους διαβητικούς, συνήθως περιέχουν διαφορετικές γλυκαντικές ουσίες από τη γλυκόζη, αλλά ίδιας ή και αυξημένης θερμιδικής αξίας: περισσότερο λίπος, φρουκτόζη αντί γλυκόζη κ.λπ. Με τις νέες ινσουλίνες και «διαίτες» για τον διαβήτη, δεν υπάρχουν απαγορευμένες τροφές. Χρειάζεται σωστή εκτίμηση του αριθμού των υδατανθράκων του γεύματος και προσαρμογή της ινσουλίνης σε αυτόν.

Τα γλυκά, έχοντας σε μεγαλύτερη ποσότητα καθαρού υδατάνθρακες -ζάχαρη- ίσως προκαλέσουν μια πιο οξεία αύξηση του σακχάρου αίματος. Εκεί μπορεί να βοηθήσουν τα υποκατάστατα γλυκαντικών ουσιών: σουκραλόζη ή ασπαρτάμη. Μερικοί ίσως παραπονεθούν ότι αλλιάζει η γεύση του γλυκού, ιδιαίτερα μετά το ψήσιμο. Αυτό ίσως συμβαίνει περισσότερο με κάποιες γλυκαντικές ουσίες από ότι με άλλες (π.χ. ασπαρτάμη αντί σουκραλόζης). Και ότι ακούγεται για πιθανή καρκινογένεση από την κατανάλωση αυτών των ουσιών, τίποτε δεν έχει βρεθεί ακόμη! Και οι μικροί μας φίλοι με διαβήτη να θυμούνται: παν μέτρον άριστον και στα γλυκά! ■

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