

[ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ] Όταν το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη αρρωσταίνει

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Τζων Αλιβιζάτος: Ο ευγενής πρωτομάστορας του διαβήτη
- Γραφειοκρατία του διαβήτη: Αρωγός ή δυνάστης;
- Προϊόντα μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης: Ο ρόλος τους στην παθογένεια του διαβήτη
- Η άθληση σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2



ΜΑΡΤΙΟΣ - ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2008
ΤΕΥΧΟΣ 2



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



η πιο την αγίδα του
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: Βαγγέλης Τσαρές

Μεσογείων 36, 115 27 Αθήνα

τηλ: 210 7487777, φαξ: 210 7488995

Συντακτική & Δημοσιογραφική Επιμέλεια-Παραγωγή:

anathesis
Creative Publications

Γενική Διεύθυνση

Εύη Νανούρη

enanouri@anathesis.gr

Account Supervisor

Τζένη Περγιαλιώτου

jpergialiotou@anathesis.gr

Art Director

Βαγγέλης Μπερικόπουλος

vberikopoulos@anathesis.gr

Σύνταξη

Γιώργος Καραχάλιος, Μαρία Γαρτζιώτη,

Καία Αντωνιάδη

Υποδοχή Διαφήμισης

Μαρία Μαρινάκη

info@anathesis.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ!

Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στο email: info@elodi.org,
jpergialiotou@anathesis.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, ΓΓΝ «Αττικό»

Χρήστος Ζούνας, 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 Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μητράκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

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

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

Μαριάννα Μπενρουμπή, παθολόγος, αναπλ. διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΓΝ Αθηνών «Παυκλινική»

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

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

Βασιλική Σπηλιώτη, 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, πρόεδρος Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ)

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



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ μια αυξανόμενη απειλή για την παγκόσμια υγεία

ΠΡΟΟΙΜΙΟ

Δημήτριος Π. Χιώτης Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Τζων Αλιβιζάτος

Μια εκ βαθέων συζήτηση με έναν από τους πιο διακεκριμένους διαβητολόγους της χώρας

ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ

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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

- Η γραφειοκρατία του διαβήτη: Αρωγός ή δυνάστης;

- Το πολύτιμο έργο της Pfizer στον αγώνα κατά των ναρκωτικών

ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ

- Η θέση της ΕΛΟΔΙ σχετικά με τη στράτευση των νέων
- Το διαβητικό παιδί στο σχολείο

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- Εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας: Υπολογίστε τη γευματική σας ινσουλίνη
- Στρες και διαβήτη: Πόσο εύκολη είναι η προσαρμογή του ατόμου σε στρεσογόνες καταστάσεις

ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ

Προϊόντα μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης: Ένας ακόμη παράγοντας στην παθογένεια του σακχαρώδους διαβήτη

ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Η διάγνωση και η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη

ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Παιδική παχυσαρκία: Η παγκόσμια επιδημία αφορά και τα άτομα με διαβήτη

ΠΑΙΔΙΚΗ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ

η συχνότητά της παίρνει οδοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις





ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ Η συμβολή της είναι καθοριστική για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

41 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ
 Συνέδρια, ημερίδες, σεμινάρια, εκδηλώσεις γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη

44 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
 Όλη η αλήθεια για τις αντλίες ινσουλίνης

45 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
 Η σχέση του σακχαρώδους διαβήτη με την αρτηριακή υπέρταση και τις επιπλοκές της

49 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
 Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

50 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
 Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη σοβαρότερη επιπλοκή του διαβήτη στον ανθρώπινο οφθαλμό

52 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ
 Το αίσθημα της ηττοπάθειας και η κατάθλιψη στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

54 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
 «Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια, είναι τρόπος ζωής»

56 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
 Όταν το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη αρρωσταίνει

58 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ
 Ο ρόλος της μεσογειακής διατροφής στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

60 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
 Η άσκηση αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

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



ΠΡΟΪΟΝΤΑ ΜΗ ΕΝΖΥΜΙΚΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΣΗΣ
 ένας ακόμα παράγοντας στην παθογένεια του διαβήτη

ΧΩΡΙΣ ✓
ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ™

Άριστα...

10

στην ευκολία
και στην
αξιοπιστία
με το NEO
μετρητή
σακχάρου
της Bayer
BREEZE®2

Χρησιμοποιεί
δίσκο 10 ταινιών
με τεχνολογία
χωρίς
κωδικοποίηση



www.bayerdiabetes.com

Με το NEO βελτιωμένο σύστημα BREEZE®2 της Bayer η αυτομέτρηση σακχάρου γίνεται **πιο απλή, άμεση και αξιόπιστη.**

Χωρίς Κωδικοποίηση: Το NEO σύστημα αυτομέτρησης σακχάρου BREEZE®2 δεν χρειάζεται κωδικοποίηση. Η διαδικασία γίνεται αυτόματα και εξασφαλίζεται η ακρίβεια των αποτελεσμάτων.

Χωρίς μεμονωμένες ταινίες μέτρησης, με το νέο πρωτοποριακό δίσκο 10 ταινιών μέτρησης.

NEO Αποτελέσματα σε μόνο 5 δευτερόλεπτα*

NEO Ελάχιστο δείγμα αίματος (μόλις 1 μl)*

NEO 420 μνήμες αποτελεσμάτων

Έχει θύρα σύνδεσης για μεταφορά και επεξεργασία δεδομένων σε Η/Υ.

* Χρησιμοποιεί τους δίσκους ταινιών μέτρησης BREEZE®2

ASCENSIA
BREEZE
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare



Ο οργανισμός μας υπό την προστασία του!

Τα κύτταρά μας κινδυνεύουν από την οξείδωση 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.



Δημήτριος Π. Χιρότης
Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Αγαπητοί αναγνώστες,

Το όνειρο έγινε πραγματικότητα. Και η προσπάθεια διαδόθηκε, όπως ακριβώς το είχαμε σχεδιάσει. Το πρώτο τεύχος του περιοδικού μας «Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για Όλους» έφτασε σε όλα τα διαβητολογικά κέντρα της χώρας. Πλέον, όλοι εσείς οι άνθρωποι με διαβήτη έχετε στη φαρέτρα σας ένα ακόμη μέσο που θα σας βοηθήσει να μάθετε να συμβιώνετε πιο αρμονικά με την επιδημία αυτή της εποχής μας. Μαζί με τη σωστή καθοδήγηση από το γιατρό σας –που αποτελεί, αναμφίβολα, το δικό σας έμπιστο άνθρωπο, φίλο και εκπαιδευτή–, μπορείτε πλέον μέσα από τις σελίδες του περιοδικού μας να ενημερώνεστε, να λύνετε τις απορίες σας, να εξοικειώνεστε, να συμφιλιώνεστε με το σακχαρώδη διαβήτη.

Από την άλλη πλευρά, δεν θα μπορούσα να μην ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου όλους εσάς τους λειτούργους του διαβήτη, για την αμέριστη συμπαράστασή σας σε όλη αυτή την προσπάθεια. Εκ των πραγμάτων, χωρίς τη δική σας συμμετοχή, το «Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για Όλους» θα αποτελούσε μόνο ένα άπιαστο όνειρο. Ξεφυλλίζοντας τις σελίδες του περιοδικού, αντιλαμβάνομαι και συνειδητοποιώ πόσο ποιοτικό είναι το έργο που προσφέρατε. Και με γεμίζει με αισιοδοξία και ενθουσιασμό η ανταπόκρισή σας, η διάθεσή σας να συνεχίσουμε το έργο μας, να το αναβαθμίσουμε, να το κάνουμε ακόμη πιο χρηστικό και χρήσιμο για όλους.

Στο δεύτερο τεύχος μας η θεματολογία συνεχίζει να είναι πληθωριστική. Δεν θα μπορούσα να ξεχωρίσω κάποιο άρθρο και να το αξιολογήσω με μεγαλύτερη επιείκεια σε σχέση με τα υπόλοιπα, απλούστατα γιατί όλα έχουν το ιδιαίτερο ενδιαφέρον τους και τη χρηστικότητά τους, που τα καθιστά πραγματικά μοναδικά.

Ωστόσο, θεωρώ ότι η συνέντευξη του Τζων Αλιβιζάτου θα μας συγκινήσει όλους. Ποιος είναι εκείνος που δεν θα αισθανθεί ένα τεράστιο δέος, αναλογιζόμενος το τεράστιο έργο που πρόσφερε στην ιατρική κοινότητα ο «μεγάλος» αυτός πρωτεργάτης του διαβήτη; Ο ιδρυτής της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας θα μας υπενθυμίσει πόσο σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η συνεχής εκπαίδευση του ασθενή στην αναβάθμιση της ποιότητας της ζωής του.

Πραγματικά, αυτό δεν θα πρέπει να το ξεχνάμε. Η συνεχής «θεραπευτική εκπαίδευση», όπως αναφέρει χαρακτηριστικά ο Τζων Αλιβιζάτος, αποτελεί βασικό μέσο για να καταφέρει ο ασθενής να γίνει αυτόνομος και ανεξάρτητος. Και αυτό είναι το ζητούμενο. Να μπορέσει να σταθεί στα πόδια του. Να ζήσει χωρίς να χρειάζεται συνέχεια το γιατρό κοντά του.

Ας συνεχίσουμε όλοι μαζί την προσπάθεια προς αυτή την κατεύθυνση, με γνώμονα την καλύτερη ζωή για τα άτομα με διαβήτη και με στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας. Καλή δύναμη σε όλους!



Κάποιοι έχουν τη φύση να τους προστατεύει.

Εσείς έχετε εμάς.

Όποιες κι αν είναι οι ανάγκες, οι απαιτήσεις, η ηλικία σας, υπάρχει το ολοκληρωμένο σύστημα υγείας των κλινικών της Ευρωκλινικής.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΑΘΗΝΩΝ

Ένα υπερασύγχρονο διαγνωστικό, θεραπευτικό και χειρουργικό κέντρο, με διακεκριμένους ιατρούς και κορυφαίους επιστήμονες όλων των ειδικοτήτων. Οι επαναστατικές ιατρικές μέθοδοι, οι πρωτοποριακές στην Ελλάδα χειρουργικές πρακτικές, ο κορυφαίος ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός και το άρτια εκπαιδευμένο νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό εγγυώνται για τις πραγματικά υψηλής ποιότητας υπηρεσίες υγείας.

ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΙΔΩΝ - Παιδιατρική κλινική

Ιδιωτική κλινική αποκλειστικά για παιδιά έως 14 ετών. Με ζεστό περιβάλλον, κορυφαίους επιστήμονες, τον πιο σύγχρονο εξοπλισμό, ειδικά εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, δικά της εργαστήρια, εξωτερικά ιατρεία, καθώς και 24ωρο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

ΑΘΗΝΑΪΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ - Γενική κλινική

Με μακρά παράδοση και υψηλή εξειδίκευση στον τομέα της Οφθαλμολογίας, αποτελεί, πλέον, και μια σύγχρονη Γενική Κλινική. Διαθέτει σύγχρονο εξοπλισμό, όλες τις ιατρικές ειδικότητες, υπερασύγχρονη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού, εργαστηριακά τμήματα, νέες χειρουργικές αίθουσες, άρτια εκπαιδευμένους ιατρούς και νοσηλευτές.



Bold Agency



ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΑΘΗΝΩΝ

Αθνασιάδου 9, Πάρδος Δ. Σούτσου
Τηλ.: 210 6416 600, Fax: 210 6416 186
www.euroclinic.gr



ΕΥΡΩΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΙΔΩΝ

Λεμεσού 39-41 & Αχαρνών 209
Τηλ.: 210 8691 900, Fax: 210 8691 950
www.euroclinic.gr



ΑΘΗΝΑΪΚΗ
ΚΛΙΝΙΚΗ

Δορυλαίου 24, Πλατεία Μαβίλη
Τηλ.: 210 6475 000, Fax: 210 6475 005
www.euroclinic.gr

Ολοκληρωμένη φροντίδα για την υγεία σας.

[ΤΖΩΝ ΑΛΙΒΙΖΑΤΟΣ]

Ο ευγενής πρωτομάστορας του διαβήτη

ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ



Στη χώρα μας δεν υπάρχει αυτό που σε χώρες του εξωτερικού ονομάζουν «Hall of Fame» (πάνθεον προσωπικοτήτων στην επιστήμη και την κοινωνία). Αν υπήρχε, ο Τζων Αλιβιζάτος θα είχε –αναμφισβήτητα– τη θέση του, όπως την έχει στην εκτίμηση των χιλιάδων συναδέλφων του στην Ελλάδα και στο εξωτερικό, στο άυλο «Hall of Fame».

Δεν σας κρύβω, κύριε Αλιβιζάτο, ότι ένιωσα ένα τεράστιο δέος όταν μου ανέθεσαν να σας συναντήσω για να μιλήσουμε για σας και την τεράστια συνεισφορά σας στην ιατρική κοινότητα. Από πού να ξεκινήσει κανείς; Το όνομά σας είναι συνυφασμένο με το ξεκίνημα της σύγχρονης εποχής για το διαβήτη στην Ελλάδα. Υπήρξατε ο εμπνευστής και ιδρυτής της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας, καθώς και του Ενδοκρινολογικού Τμήματος της Πολυκλινικής Αθηνών. Έχετε στο ενεργητικό σας ένα τεράστιο ερευνητικό και εκπαιδευτικό έργο, αναγνωρισμένο όχι μόνο στη χώρα μας αλλά και σε διεθνές επίπεδο. Και μέσα σ' όλα αυτά, έχετε επεκταθεί και σε άλλες δραστηριότητες, όπως η φωτογραφία, και ιδιαίτερα τα πορτρέτα, στα οποία αποτυπώνετε την έκφραση της ψυχής σας... Ας πάρουμε όμως τα πράγματα από την αρχή.

Έχει αναφερθεί ότι έχετε ασχοληθεί ενεργά με την ίδρυση και την οργάνωση της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας. Τι θυμάστε από την εποχή εκείνη;

Κυρία Περγιαλιώτου, έχει περάσει κάμποσος καιρός από τότε. Μια λεπτομερέστερη περιγραφή αναγράφει το βιβλίο του κ. Χαράλαμπου Τούντα, που εκδόθηκε από την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία το 2005, με τίτλο «Διαβήτης, η Διαχρονική του Πορεία στην Ελλάδα». Γεγονός είναι ένα. Πολλοί συνάδελφοι με τη συμβολή τους συνέτειναν στη δημιουργία της εταιρείας μας. Δεν ήταν έργο ενός μόνο ατόμου. Πολλοί, μάλιστα, συμμετείχαν και έδωσαν μια συνέχεια στις αναρίθμητες επιστημονικές και ενημερωτικές εκδηλώσεις, απευθυνόμενοι σε γιατρούς, σε νοσηλευτές και σε ασθενείς με διαβήτη. Να ξαναθυμίσω το στίχο του Φώτη Παυλιάτου «το δένδρο που φύτεψαν οι πρωτοπόροι μεγάλωσε με τη στοργή και με πολλή φροντίδα, και άπλωσε τις ρίζες του, και άπλωσε την καρδιά του».

Έχετε αφιερώσει ένα μεγάλο μέρος από τη ζωή σας στο σακχαρώδη διαβήτη. Από το 1955, απ' ό,τι γνωρίζω, οργανώσατε την Παθολογική Κλινική της Πολυκλινικής Αθηνών. Υπήρξατε ιδρυτικό μέλος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας και της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας.

Ποιο ήταν το έναυσμα για να ασχοληθείτε με το σακχαρώδη διαβήτη, ποια ενδότερη ανάγκη σάς ώθησε να διαμορφώσετε μια εντελώς καινούρια νοοτροπία απέναντι στη συγκεκριμένη πάθηση;

Με κάνετε να πάω πολύ πιο παλιά... Ήταν μια εμπειρία που είχα όταν ήμουν μικρός. Τη θυμάμαι πολύ ζωντανά, ίσως να έπαιξε κάποιο ρόλο. Ήμουν στο σπίτι μιας θείας μου που έπασχε από σακχαρώδη διαβήτη και έκανε θεραπεία με ινσουλίνη. Προφανώς –καθώς συμπεραίνω εκ των υστέρων– είχε πάθει υπογλυκαιμία και έληγε ασυνάρτητα πράγματα, σαν να ήταν μεθυσμένη. Ανησύχνα, καθώς ήταν φυσικό, το περιβάλλον της και φώναζαν το γιατρό. Ο γιατρός ήρθε και με κάποια προσπάθεια, χωρίς να αντιληφθώ τι ακριβώς έκανε, βοήθησε την άρρωστη και ανέκτησε άμεσα τη διαύγειά της. Με εξέπληξε η δύναμη του γιατρού και η άμεση βοήθεια που πρόσφερε. Αυτή η εμπειρία με εντυπωσίασε. Ενδεχόμενα να είχε κάποια επιρροή. Βέβαια, μετά έμαθα για το διαβήτη, τη διασπορά του, τη χρονιότητά του και το κοινωνικό πρόβλημα που προκαλούσε. Συνέπεσε να σπουδάσω στον Καναδά –όπου ανακαλύφθηκε η ινσουλίνη– και αντιλήφθηκα τη σημασία που έδιναν στο διαβήτη ως «χρόνιο νόσημα». Αποτελεί ο σακχαρώδης διαβήτης, καθώς ξέρετε, σήμερα «πρότυπο» χρόνιου νοσήματος στη μελέτη της φροντίδας υγείας στα συστήματα υγείας.

Ποιος ήταν ο ρόλος της Πολυκλινικής Αθηνών στην προσφορά υπηρεσιών υγείας; Πώς ήταν τα πράγματα τότε;

Ο ρόλος της Πολυκλινικής από τον καιρό που ιδρύθηκε από τους αδελφούς Νικόλαο και Ανδρέα Αλιβιζάτο είχε βασικά δύο στόχους: α) την παροχή υπηρεσιών υγείας και β) την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας. Ο ρόλος αυτός συνεχίζεται μέχρι σήμερα. Η όλη κατανομή των εξωτερικών ιατρείων είχε από τα πρώτα χρόνια οργανωθεί για πρωτοβάθμια περίθαλψη. Έχουν προστεθεί νέες ειδικότητες και η συνεργασία είναι σήμερα στενότερη. Οι διευθυντές των τμημάτων έχουν τακτή υπηρεσία στα εξωτερικά ιατρεία. Αυτό



Οι αδελφοί Νικόλαος και Ανδρέας Αλιβιζάτο ίδρυσαν την «Πολυκλινική Αθηνών»

έδινε τη συνέχεια στην παρακολούθηση των ασθενών. Τις απογευματινές ή βραδινές ώρες γινόταν εκπαίδευση στο αμφιθέατρο της Πολυκλινικής. Αρκετές εταιρείες είχαν τις συνεδριάσεις τους, όπως η Ενδοκρινολογική και η Διαβητολογική.

Όταν σας επισκέφθηκα στο σπίτι σας, μου άνοιξε την πόρτα και με υποδέχτηκε η σύζυγός σας, Φανή. Οι λίγες λέξεις που ανταλλάξαμε ήταν αρκετές για να καταλάβω το σημαντικό ρόλο που έπαιξε στη ζωή σας, στην ανέλιξή σας, στο έργο σας. Λένε ότι πίσω από κάθε άντρα υπάρχει ένα πρότυπο δημιουργικής γυναίκας. Συμφωνείτε με αυτή την άποψη; Ισχύει στη δική σας περίπτωση;

Η απάντησή μου είναι ότι ισχύει. Ως σύζυγος και συνεργάτης, βασίζομαι σε αυτή. Να συμπληρώσω, η γυναίκα μου ήταν εκπαιδευτικός, διεύθυνε σχολείο για παιδιά. Ήταν μέσα στη ζωή, είχε κίνητρα. Ως Κεφαλλονίτης, είχα ενίοτε τις αντιρρήσεις μου, αλλά τα βρήκαμε.

Οι άνθρωποι που σας γνωρίζουν αναφέρουν ότι το μεγαλύτερο ενδιαφέρον της ζωής σας ήταν η εκπαίδευση. Έχετε δημοσιεύσει πολλές εργασίες σε ελληνικά και ξένα περιοδικά, ενώ το εκπαιδευτικό σας έργο έχει αναγνωριστεί και διεθνώς, με την εκλογή σας ως προέδρου της Diabetes Education Study Group της Ευρωπαϊκής Διαβητολογικής Εταιρείας. Στην εκπαίδευση των φοιτητών, των γιατρών, των ασθενών και των συγγενών τους αφιερώσατε πολύ χρόνο. Πόσο σημαντική είναι η εκπαίδευση τελικά στο σακχαρώδη διαβήτη; Πιστεύετε ότι αποτελεί το κυριότερο θεραπευτικό μέσο για την αντιμετώπιση της συγκεκριμένης νόσου;

Το ερώτημα έχει δύο σκέλη. Πρώτον, η εκπαίδευση στα επαγγέλματα υγείας είναι βασική – και ιδιαίτερα η συνεχής εκπαίδευση. Ο διαβήτης αγγίζει κάθε ειδικότητα. Κάθε μέρος του σώματος μπορεί να συμπάσχει. Δεύτερον, η εκπαίδευση στον ασθενή και στο περιβάλλον του, η «θεραπευτική εκπαίδευση»,

Ο διαβήτης αγγίζει κάθε ειδικότητα.

Κάθε μέρος του σώματος μπορεί να συμπάσχει.

Η «θεραπευτική εκπαίδευση» αποτελεί βασικό μέσο για να πετύχει ο ασθενής να γίνει αυτόνομος και ανεξάρτητος



Η ομάδα του Διαβητολογικού Τμήματος της «Πολυκλινικής Αθηνών», 1983

όπως λέγεται σήμερα, αποτελεί βασικό μέσο για να πετύχει ο ασθενής να γίνει αυτόνομος και ανεξάρτητος. Δεν μπορεί να έχει συνεχώς το γιατρό κοντά του. Σε αυτό το σκέλος μάς βοήθησε η Diabetes Education Study Group, με τον ελβετό πρόεδρό της Jean-Philippe Assal, με την ευρεία εμπειρία που είχε σε θέματα θεραπευτικής εκπαίδευσης.

Αν ρίξει κανείς μια ματιά στο βιογραφικό σας, θα διαπιστώσει την πλούσια ακαδημαϊκή σας πορεία. Αν' όλες αυτές τις σπουδές πώς πιστεύετε ότι ωφεληθήκατε ως άνθρωπος;

Ωφελήθηκα γιατί μέσα από αυτές γνώρισα όλες τις ανθρώπινες πολυπλευρες και πολύτροπες πτυχές. Αυτό είναι το μεγαλείο της Ιατρικής.

Αν' όλα τα τιμητικά βραβεία που έχετε δεχτεί, ποιο είναι εκείνο που κατέχει μια

ξεχωριστή θέση στην καρδιά σας;

Δεν νομίζω ότι κάποιο από όλα αυτά τα βραβεία κατέχει ξεχωριστή θέση στην καρδιά μου, γιατί όλα τους εκφράζουν την αγάπη και την ευγνωμοσύνη.

Παρά το γεγονός ότι ο περισσότερος χρόνος από τη ζωή σας ήταν αφιερωμένος στο κεφάλαιο που λέγεται «σακχαρώδης διαβήτης», ωστόσο πάντα βρίσκατε το χρόνο να ασχοληθείτε και με τα αγαπημένα σας χόμπι. Ένα από αυτά είναι η φωτογραφία. Έχω ακούσει ότι έχετε μια ιδιαίτερη κλίση στη φωτογράφιση πορτρέτων. Μιλήστε μου λίγο γι' αυτό.

Όλα, βλέπω, θέλετε να τα μάθετε, κυρία Περγιαλιώτου! Σε πολλά σαλόνια φίλων θα βρείτε πορτρέτα δικά μου, που έχω φωτογραφήσει. Μόνο δεν τα έχω μονογραφήσει... Είναι αλήθεια, μου αρέσει να βγάλω πορτρέτα. Αποτυπώνουν μια έκφραση, μια διάθεση.

Ας ξαναγυρίσουμε στο σακχαρώδη διαβήτη. Πώς βλέπετε την εκπαίδευση του διαβήτη σήμερα στη χώρα μας; Είστε ευχαριστημένος από την εξέλιξή της –τόσο στους εκπαιδευτές όσο και στους εκπαιδευόμενους– ή πιστεύετε ότι χρειάζεται παραπάνω προσπάθεια;

Η εκπαίδευση δεν έχει ποτέ τέλος. Επιδιώκουμε, ιδιαίτερα όταν μιλάμε σε ασθενείς, να μην τους φορτώσουμε με γνώσεις, αλλά να τους αλληλάξουμε συμπεριφορά. Αυτό είναι το δύσκολο κομμάτι. Θέλει αξιολόγηση. Από τη σωστή συμπεριφορά ίσως πετύχουμε το θεραπευτικό στόχο. Από τότε που ξεκίνησε η οργάνωση της Diabetes Education Study Group αρκετοί συνάδελφοι είχαν την ευκαιρία να εκπαιδευτούν στη χώρα μας αλλά και στο εξωτερικό και να δημιουργήσουν τους πρώτους πυρήνες στα διάφορα νοσοκομεία. Γίνονται ορισμένες συστηματικές παιδευτικές συγκεντρώσεις. Η Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία έχει δημιουργήσει Ομάδα Μελέτης Θεραπευτικής Εκπαίδευσης. Πάντως, πολλά έχουν ακόμη να γίνουν.

Ποια θα ήταν η συμβουλή που θα δίνατε στους γιατρούς σε ό,τι αφορά την προσέγγιση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη;

Θα συνιστούσα, εκτός από το καθαρά γνωστικό αντικείμενο, να ασχοληθούν και με θέματα επικοινωνίας γιατρού - αρρώστου, με θέματα ειδικά εκπαίδευσης του διαβητικού. Πώς να ασκηθεί ένας γιατρός στην «ενουναίσθηση». Να μάθει δηλαδή να μπαίνει στα «παπούτσια» του άλλου, να βλέπει με τα μάτια του άλλου, να συμμερίζεται τις ανάγκες του άλλου.

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί –αναμφίβοτα– μια μορφή «επιδημίας». Ποια πιστεύετε ότι θα είναι η εξέλιξή του στο μέλλον;

Νομίζω πως τα πράγματα είναι ενθαρρυντικά. Γίνεται μεγάλη και συστηματική έρευνα σε όλα τα μέρη του κόσμου. Δεν βρίσκω πως είναι σκόπιμο να απαριθμήσω τις πληθυσμιακές πόρτες που έχουν ανοιχτεί: μεταμόσχευση, Γονιδιακή θεραπεία ή κάτι άλλο. ■

αλληλάζουμε το διαβήτη



Ο σακχαρώδης διαβήτης θα αφορά στο εξής όλο και περισσότερα νέα άτομα σε ολόκληρο τον κόσμο.

Για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να δράσουμε σήμερα, δεδομένου ότι ο διαβήτης μπορεί να προληφθεί σε κάποιες περιπτώσεις. Όπου αυτό δεν είναι δυνατό, ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί με τέτοιο τρόπο ώστε τα νέα άτομα να μπορούν να απολαύσουν μία φυσιολογική και παραγωγική ζωή.

Για αυτό, στη Novo Nordisk, έχουμε συστήσει μία ειδική "επιτροπή νεολαίας" ώστε να μας συμβουλευτεί πώς να επικοινωνήσουμε μηνύματα για την υγεία, για την ευαισθητοποίηση των παιδιών και των νέων. Ετοιμάσαμε επίσης το βιβλίο "young voices", μία ανθολογία με αληθινές ιστορίες, που προτείνουν στη νεολαία τρόπους για την πρόληψη του διαβήτη τύπου 2 και προσφέρουν υποστήριξη για να ανταπεξέλθει κανείς στα προβλήματα του διαβήτη του.

Πρόκειται για δύο μόνο από τις πολλές πρωτοβουλίες της Novo Nordisk, που βρίσκονται σε εξέλιξη, με επίκεντρο τη νεολαία, γιατί οτιδήποτε κάνουμε σήμερα μπορεί να βοηθήσει να αλληλάξουμε το μέλλον του διαβήτη.

Η Novo Nordisk είναι μία διεθνής φαρμακευτική εταιρεία, που ξεκίνησε την πορεία της ως παραγωγός ινσουλίνης το 1923, στη Δανία.

Σήμερα κατέχει ηγετική θέση στο χώρο του σακχαρώδη διαβήτη αφού διαθέτει το μεγαλύτερο χαρτοφυλάκιο προϊόντων για την αντιμετώπισή του, συμπεριλαμβανομένων των πιο εξελιγμένων συστημάτων χορήγησης ινσουλίνης. Επιπλέον, η Novo Nordisk διαθέτει φαρμακευτικά προϊόντα για την αντιμετώπιση της αιμορροφιλίας, των προβλημάτων ανάπτυξης και της ορμονικής υποκατάστασης.



Η ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΚΑΘΥΣΤΕΡΗΣΕΙ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ σε ασθενείς υψηλού κινδύνου

Η προσθήκη της μετφορμίνης στη θεραπεία ατόμων υψηλού κινδύνου για ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη, στους οποίους η διαιτητική αγωγή και η άσκηση δεν επαρκούν, φαίνεται ότι μπορεί να ωφελήσει τα άτομα αυτά. Αυτά υποστήριξε μελέτη από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Stanford, California, μετά την ανάλυση δεδομένων από 31 μελέτες που συνέκριναν τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη με και χωρίς τη μετφορμίνη, η οποία κυκλοφορεί με διάφορα εμπορικά ονόματα, όπως Glucophage και Fortamet. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η μετφορμίνη μειώνει το δείκτη μάζας σώματος (BMI) κατά 5,3%, τη γλυκόζη νηστείας κατά 4,5%, τα επίπεδα ινσουλίνης νηστείας κατά 14,4%, τη συνολική αντίσταση στην ινσουλίνη κατά 22,6%, ενώ παράλληλα δρα και στα λιπίδια του αίματος, μειώνοντας τα τριγλυκερίδια και την LDL κατά 5,3% και 5,6% αντίστοιχα και αυξάνοντας την HDL κατά 5%. Συνολικά σε διάστημα 2 ετών διαπιστώθηκε μείωση της επίπτωσης του σακχαρώδους διαβήτη κατά 40%. Η μετφορμίνη επιδρά ευεργετικά στη μείωση του σωματικού βάρους και στη βελτίωση του λιπιδαιμικού προφίλ του οργανισμού, παρ' όλη αυτά, οι ερευνητές καταλήγουν ότι χρειάζονται και άλλες μελέτες για να αποσαφηνιστούν πλήρως οι δράσεις και τα πλεονεκτήματα της χρήσης του φαρμάκου αυτού σε άτομα με κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη.



Κατ' οίκον έλεγχος της διαβητικής νευροπάθειας

Το IPN (Indicator Plaster Neuropad) είναι ένα πρωτοποριακό σύστημα με τη βοήθεια του οποίου μπορεί κανείς να διαπιστώσει την ύπαρξη νευροπάθειας, μιας συχνής και ιδιαίτερα επικίνδυνης επιπλοκής του σακχαρώδους διαβήτη που χαρακτηρίζεται από παραισθησίες, άλγος και αιμωδίες. Σύμφωνα με τον κ. Νικόλαο Τεντολούρη από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου Αθηνών, πρόκειται για ένα εύχρηστο και απλό τεστ που μπορεί κανείς να πραγματοποιήσει στο σπίτι του για τη διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας, αποφεύγοντας τις πολυπλοκές εξετάσεις που χρησιμοποιούνται μέχρι σήμερα, αφού είναι εξίσου ακριβές στη διάγνωση. Ο κ. Τεντολούρης υπογράμμισε τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης της διαβητικής νευροπάθειας, καθώς, ελλείψει αποτελεσματικής θεραπείας, ο ασθενής με παθολογικό τεστ IPN θα εκπαιδεύεται κατάλληλα στη φροντίδα των κάτω άκρων του και στη συχνότερη εξέταση αυτών από το θεράποντα ιατρό, ώστε να προλάβει τις τραγικές συνέπειες της οντότητας αυτής. Φαίνεται, βάσει μαρτυρίας των ίδιων των ασθενών, πως το σύστημα είναι κατανοητό και εύκολο στη χρήση και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων. Η διαδικασία διαρκεί μόλις 10 λεπτά, όπου σε φυσιολογική νευρική λειτουργία το τεστ γίνεται roz, ενώ σε παθολογική παίρνει μπλε χρώμα. Μόνο το 1/5 των ασθενών ανέφερε ότι χρειάζονται βοήθεια για τη σωστή διεξαγωγή του τεστ. Η ομάδα του κ. Τεντολούρη συστήνει την ετήσια χρήση του IPN από διαβητικούς ασθενείς για τη διάγνωση περιφερικής νευροπάθειας. Περισσότερες πληροφορίες: <http://care.diabetesjournals.org/cgi/content/abstract/31/2/236>

ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ ΑΝΤΙΛΙΠΙΔΑΙΜΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ



Μια ερευνητική ομάδα με επικεφαλής τον κ. Muhlestein του Intermountain Medical Center και του Νοσοκομείου LDS, Utah, δημοσίευσε στο περιοδικό «American Journal of Cardiology» τα αποτελέσματα μιας μελέτης, σύμφωνα με τα οποία, ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 επιτυγχάνουν καλύτερο έλεγχο των λιπιδίων τους όταν λάβουν συνδυαστική θεραπεία με simvastatin και fenofibrate. Μελετήθηκαν 498 ασθενείς με διαβήτη τύπου II χωρίς στεφα-

νία νόσο και βρέθηκε ότι η συγχορήγηση των παραπάνω φαρμάκων έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη ποσοστιαία μείωση των LDL και VLDL, καθώς και μικρότερη τάση σχηματισμού αθηρωματικής πλάκας σε σχέση με τη μονοθεραπεία. Είναι γνωστό ότι οι διαταραχές των επιπέδων των τριγλυκεριδίων και της χοληστερόλης (HDL, LDL) αποτελούν έναν από τους κύριους παράγοντες κινδύνου καρδιαγγειακής νόσου σε ένα διαβητικό άτομο και η επιθετική αντιμετώπιση και ρύθμιση αυτών θα μπορούσε να αποβεί σωτήρια για τους ασθενείς. Οι προαναφερθείσες φαρμακευτικές ουσίες συμβαστατίνη και φενοφιμπράτη κυκλοφορούν στο εμπόριο με τις ονομασίες Vytorin, Zocor και Lofibra TriCor αντίστοιχα. Ο επιδιωκόμενος στόχος είναι η επίτευξη επιπέδων της χοληστερόλης LDL έως 100, ενώ επίπεδα μέχρι 70 θα ήταν ίσως ακόμα προτιμότερα. Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.ajconline.org/>

Ένας γλυκός σύμμαχος στην καθημερινή, φυσική διατροφή.

Γνωρίζετε ότι προσφέροντας γλυκιά γεύση χωρίς θερμίδες, το Canderel μπορεί να συγκριθεί με αντίστοιχες φυσικές τροφές;

Καφέδες, κέικ, γλυκά, τσάι.

Σε όλους μας αρέσουν οι γλυκές απολαύσεις, οι περισσότερες όμως, με τη μεγάλη ποσότητα ζάχαρης που περιέχουν, μας «φορτώνουν» με περιττές θερμίδες, επιβαρύνοντας τη σιλουέτα μας και κατ' επέκταση την υγεία μας. Έτσι, οι περισσότεροι από εμάς έχουμε αφαιρέσει από την καθημερινή μας διατροφή τέτοιου είδους απολαύσεις και καταναλώνουμε τα αγαπημένα μας επιδόρπια και ροφήματα (όπως π.χ. ο καφές) με ελάχιστη ή καθόλου ζάχαρη. Μ' αυτό τον τρόπο όμως στερούμε από τον εαυτό μας την απόλαυση της γλυκιάς γεύσης.

ΤΩΡΑ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ

ΛΟΓΟΣ να συνεχίσουμε να στερούμαστε τις αγαπημένες μας γεύσεις. Έχουμε ένα γλυκό σύμμαχο στην καθημερινή, φυσική μας διατροφή. Το **Canderel**. Ένα κουταλάκι ή 1 ταμπλέτα **Canderel** ισοδυναμεί σε γλυκύτητα με ένα κουταλάκι ζάχαρης. Και ενώ 1 κουταλάκι ζάχαρης δίνει 20 θερμίδες, 1 κουταλάκι **Canderel** δίνει μόλις 2 θερμίδες και 1 ταμπλέτα μόλις 0,3 της θερμίδας. Έτσι μας βοηθάει σημαντικά στον έλεγχο του βάρους μας.



● Το **Canderel** περιέχει μίγμα γλυκαντικών ουσιών **χαμηλής θερμιδικής αξίας** και προσδίδει γλυκιά γεύση όμοια με της ζάχαρης.

● Οι γλυκαντικές ουσίες χρησιμοποιούνται από εκατοντάδες εκατομμύρια καταναλωτές σε όλο τον κόσμο για περισσότερα από 100 χρόνια και περιέχονται τόσο στα τρόφιμα όσο και στα φάρμακα. Οι γλυκαντικές ουσίες του **Canderel** είναι από τα πιο διεξοδικά μελετημένα προσθετικά τροφίμων, με επιστημονικές μελέτες που επιβεβαιώνουν την ασφάλειά τους και έχουν την έγκριση πολλών Διεθνών Οργανισμών Ελέγχου Τροφίμων.

Γι' αυτό λοιπόν κι εσείς κάθε μέρα χρησιμοποιήστε για την καθημερινή σας διατροφή **Canderel: Υπέροχη γλυκιά γεύση με ελάχιστες θερμίδες.**

Οι διαβητικοί άντρες έχουν χαμηλή τεστοστερόνη

Σύμφωνα με μια ανακοίνωση στην ηλεκτρονική έκδοση του περιοδικού «Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism» στις 4 Μαρτίου, όλοι οι τύποι σακχαρώδους διαβήτη συνδέονται με χαμηλά επίπεδα τεστοστερόνης στους άντρες. Προηγούμενες έρευνες είχαν καταδείξει την έλλειψη τεστοστερόνης σε άντρες με διαβήτη τύπου II, βάσει όμως της παρούσας μελέτης, παρόμοια συσχέτιση υπάρχει και στο διαβήτη τύπου I, όπως εξήγησε ο επικεφαλής Dr. Mathis Grossmann. Συγκεκριμένα, σε 648 διαβητικούς άντρες παρατηρήθηκαν χαμηλά επίπεδα ολικής τεστοστερόνης στο 43% των διαβητικών τύπου II και στο 7% των διαβητικών τύπου I, ενώ για το ελεύθερο κλάσμα της τεστοστερόνης τα ποσοστά ήταν 50% και 20,3% αντίστοιχα. Βρέθηκε επίσης αντιστρόφως ανάλογη σχέση ανάμεσα στα επίπεδα τεστοστερόνης και στην αντίσταση στην ινσουλίνη και οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η αποκατάσταση αυτής της μεταβολικής διαταραχής ίσως αποτελεί τον ενδεδειγμένο τρόπο παρέμβασης. Η έλλειψη τεστοστερόνης προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία, δυσθυμία και μείωση της libido. Το αν όμως είναι σκόπιμο και ωφέλιμο να γίνεται θεραπεία υποκατάστασης της ορμόνης αυτής σε διαβητικούς άντρες πρέπει να αποσαφηνιστεί με τη διενέργεια μεγάλων και μακρόχρονων κλινικών μελετών, καθώς δεν είναι σαφώς καθορισμένα τα πλεονεκτήματα και οι κίνδυνοι από μια τέτοιου είδους παρέμβαση. Περισσότερες πληροφορίες: <http://jcem.endojournals.org>



ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΠΤΩΣΕΩΝ ΣΕ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Αυξημένος είναι ο κίνδυνος πτώσεων σε ηλικιωμένους διαβητικούς ασθενείς που έχουν εμφανίσει τις επιπλοκές της νόσου, αλλά και σε χρήστες ινσουλίνης που διατηρούν αυστηρά χαμηλά επίπεδα γλυκόζης, σύμφωνα με μια νέα έρευνα που δημοσιεύτηκε στο «Diabetes Care» από την Dr. Ann V. Schwartz και συνεργάτες του Πανεπιστημίου της Καλιφόρνιας, στο Σαν Φρανσίσκο. Οι ομάδες που βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο είναι ηλικιωμένοι διαβητικοί άνω των 70 ετών που πάσχουν από περιφερική νευροπάθεια κάτω άκρων, από προβλήματα όρασης και νεφρική ανεπάρκεια, καθώς επίσης και όσοι διατηρούν χαμηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος με τη χρήση ινσουλίνης. Τα επιθυμητά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης είναι σήμερα κάτω από 7, σύμφωνα όμως με τη μελέτη αυτή, τα άτομα που διατηρούν γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μικρότερη από 6 έχουν τετραπλάσιο κίνδυνο πτώσεων σε σχέση με αυτούς που διατηρούν επίπεδα πάνω από 8. Ο κίνδυνος αυτός δεν υφίσταται όταν η ρύθμιση των επιπέδων γλυκόζης επιτυγχάνεται με τη χρήση αντιδιαβητικών δισκίων και όχι ινσουλίνης. Ο αυξημένος κίνδυνος οφείλεται, σύμφωνα με τους ερευνητές στην υπογλυκαιμία, που συχνά εμφανίζεται σαν ανεπιθύμητη ενέργεια της θεραπείας με ινσουλίνη. Ο θεράπων ιατρός πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός ώστε να επιτευχθεί μια «χρυσή» ισορροπία χαμηλών επιπέδων γλυκόζης χωρίς να αυξάνεται ο κίνδυνος ατυχημάτων.

Περισσότερες πληροφορίες: <http://care.diabetesjournals.org/>

ONE TOUCH UltraEasyColor

Ο νέος μετρητής σακχάρου της Lifescan, που επιδιώκει να δώσει χρώμα στη ζωή

Η LifeScan προσπαθώντας να κάνει τον μετρητή σακχάρου ένα πιο φιλικό κομμάτι της ζωής μας, λάνσαρε τον ONE TOUCH UltraEasy, τον πλέον επαναστατικό σε εμφάνιση και σχήμα μετρητή, που δεν μοιάζει καν με μετρητή σακχάρου. Ο ONE TOUCH UltraEasy κυκλοφορεί σε τέσσερα διαφορετικά χρώματα για να γίνει έτσι ο μετρητής που μπορεί εκτός από εργαλείο μέτρησης να γίνει και μέσο έκφρασης. Για το επόμενο χρονικό διάστημα και για περιορισμένο αριθμό τεμαχίων, η Lifescan θα διαθέτει την ειδική συσκευασία OT UltraEasyColor Pack, η οποία περιέχει: • ένα πλήρες σύστημα παρακολούθησης σακχάρου στο αίμα στο χρώμα της επιλογής σας (Ροζ Μεταλλικό, Πράσινο Μεταλλικό, Καφέ – Μαύρο Μεταλλικό και Ασημί • μια SIM Card Backup Machine, δώρο για εσάς • μία απαντητική επιστολή με φάκελο προπληρωμένου τέλους για να κερδίσετε ένα μοναδικό συλλεκτικό ελβετικό ρολόι (Με την αγορά 5 συσκευασιών ταινιών μέτρησης OneTouch Ultra. Η προσφορά ισχύει μέχρι εξαντήσεως των αποθεμάτων-2000 τεμάχια.) Περισσότερες πληροφορίες: www.lifescan.gr



Ένα καλύτερο αύριο στα χέρια μας.



Schoiz & Friends

Συνεργασία Ε.Σ.Α.μεΑ. - LANNET

Η LANNET Communications συμβάλλει ενεργά στη βελτίωση συνθηκών διαβίωσης των Ευπαθών Κοινωνικά Ομάδων, στηρίζοντας τις προσπάθειες της Ε.Σ.Α.μεΑ. (Εθνική Συνομοσπονδία Ατόμων με Αναπηρία)

τηλ. επικοινωνίας

801-111-1780



Η ΝΕΑ ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΝΑΜΗ
ΣΤΙΣ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ

Γραφειοκρατία: αρωγός ή δυνάστης;

ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Δ. ΤΟΥΝΤΑΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας,
Διευθυντής Παθολογικής Κλινικής
«Βιοκλινική Αθηνών»

Καταρχάς, να χαιρετήσω την αξιόλογη εκδοτική προσπάθεια. Να συγχαρώ τους συντελεστές για την ποιότητα και να ευχηθώ το καλύτερο. Το έργο τους είναι δύσκολο, χρειάζονται αντοχές, γιατί έχει πολλές «ανηφορίες». Για να ευοδωθεί απαιτείται η στήριξη όλων, την οποία ελπίζω να έχουν. Πρόκειται για ουσιαστική προσφορά, ανυστερόβουλη δωρεά προς το κοινωνικό σύνολο. Παρέχει έγκυρη πληροφόρηση, αλλά ταυτόχρονα έχει και εκπαιδευτικό χαρακτήρα. Η εκπαίδευση –ζωτικής σημασίας για τα άτομα με διαβήτη– συμπληρώνει, σαν πέμπτο «άρμα», την «ιπποδύναμη» που σέρνει το «άρμα» της θεραπείας του διαβήτη. Είναι η τελευταία προσθήκη. Τα τέσσερα που προηγήθηκαν –προσδέθηκαν αλληλοδιαδόχως– με χρονολογική σειρά, είναι: η σωστή διατροφή, η ινσουλίνη, τα δισκία, η άσκηση. «Άρμα», λοιπόν, ή θεραπεία; Ε, ναι. Λίγος ρομαντισμός δεν βλάπτει!

Η πρόσκληση για συνεργασία –μολονότι τιμητική– ξάφνιασε, έγινε όμως αποδεκτή χωρίς δεύτερη σκέψη. Η δυσκολία βρισκόταν αλλού. Η διορία για την παράδοση του κειμένου τακτή και αδιαπραγμάτευτη, μόλις δύο εβδομάδες. Δεν υπήρχε, λοιπόν, χρόνος για χασομέρι. Πρόκληση το θέμα. Σκέφτηκα και διάλεξα να κουβεντιάσουμε για τη γραφειοκρατία. Βιαστική η απόφαση, ατυχής η έμπνευση; Στην πορεία θα δείξει.

Η επιλογή της διάζευξης «αρωγός ή δυνάστης» ως επιθετικού προσδιορισμού της γραφειοκρατίας, σκόπιμη. Αποβλέπει ο προβληματισμός που ενδεχομένως θα προκαλέσει το διαζευκτικό «ή» να αποτελέσει την αφετηρία για συζήτηση. Η



γραφειοκρατία είναι τόσο παλιά όσο και ο άνθρωπος. Και των δύο η «γέννηση» χάνεται στην αιχλή της προϊστορίας. Ο άνθρωπος, βέβαια, έχει προβάδισμα, καθώς είναι δημιούργημά του. Την «έπλησε» κατ' εικόνα του χαρακτήρα του. Προσαρμόζεται σαν το χαμαιλέοντα και αλληλάζει πρόσωπο σαν τον Ιανό. Κατά τούτο υπερέχει αυτού. Εμφανίζεται με πολλά πρόσωπα, ενώ εκείνος είχε μόνο δύο. Έτσι, τη βιώνουμε επιθετική, κακόπιστη, εκθρική, ειρωνική, αυθάδη, αλαζονική, υπερρότισσα, καχύποκτη, τυραννική. Γιατί τόσα προσώπεια; Η απάντηση δόθηκε ήδη και είναι απλή. Φταίει οι εκφραστές της, τα πρόσωπα, μάλλον οι χαρακτήρες των προσώπων που τη διακονούν. Την παραλαμβάνουν ως λειτουργήματα και τη μεταλλάσσουν σε τυραννίδα, διαχρονικά, από της υπάρξεώς της. Οι «υπηρέτες» της, λοιπόν, δυνάστες. Αντλούν «δύναμη» από την καρέκλα τους, όπως ο Ανταίος από τη Γη. Ο σοφός λαός τους έδωσε

προσωνύμιο, «καρεκλοκένταυροι». Βέβαια, αδικούνται οι μυθικοί Κένταυροι. Οι σύγχρονοι διαχειρίζονται τη «δύναμη» που απορρέει από τη θέση χωρίς σκέψη, δίχως γνώση. Όσο για την κρίση και τη λογική, απουσιάζουν. Διακατέχονται από περιέργη –θα την έλεγα «νοσηρή»– νοστροπία. Λειτουργούν ράθυμα, με βασιανιστικά αργούς ρυθμούς και η απόδοσή τους αντιστρόφως ανάλογη με τον αριθμό των απασχολούμενων. Οι «υπηρέτες», σχολαστικά τυπικοί, ακολουθούν με συνέπεια τους κανόνες. Κλασικός ο τρόπος διαχείρισης των εισερχομένων «διά της υπηρεσιακής οδού» εγγράφων. Χαλαρές ενέργειες, άπληστε δεν υπάρχει «πίεση» χρόνου. Πρωτοκολλούνται, ταξινομούνται σε φάκελο με ετικέτα «Προς ενέργειαν», με κεφαλαία γράμματα. Η «ενέργεια» αργεί, είναι χρονοβόρος. Φαίνεται ότι υπάρχει έλλειψη... καθαρτικού!

Διαφορετική διαδικασία όταν τα «χαρτιά» τα προσκομίζουν οι ενδιαφερόμενοι. Εδώ

πια πρόκειται περί τελετουργίας. Αριθμός προτεραιότητας, αναμονή, ταλαιπωρία, εκνευρισμός, διαπληκτισμοί που συχνά εκτρέπονται σε ύβρεις, απώλεια χρόνου. Η επωδός «περάστε αύριο», «απάντηση στο αίτημα σε δέκα εργάσιμες μέρες», «ελληλή τα στοιχεία, να επανέληθετε», «θα πάτε σε άλλη υπηρεσία, είμαστε αναρμόδιοι»... Πόσες φορές δεν την έχει ακούσει ο καθένας μας. Προς τι η διαμαρτυρία; Ο «υπνρέτης» οχυρώνεται πίσω από τους τύπους και «αρνείται», λες κι έχει διαβάσει Σαμαράκη! Αν διοχέτευε ορθολογικά την ενέργεια που καταναλίσκει αρνούμενος, θα τακτοποιούσε άμεσα όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις.

Μια μεγάλη ομάδα που ταλαιπωρείται βάνουσα από τη γραφειοκρατία είναι τα άτομα με διαβήτη. Παρά τη χρονιότητα της νόσου, επί καθημερινής βάσης, σε κάθε επίσκεψη, έχουν να αντιμετωπίσουν το «Μινώταυρο» της γραφειοκρατίας. Βάλλεται πανταχόθεν, από δημόσιες υπηρεσίες και από ασφαλιστικούς φορείς. Δράστες, τα άτομα που εκφράζουν –υποτίθεται– την επίσημη πολιτική για τα θέματα υγείας. Η «μετάλλαξη» στη συμπεριφορά τους είναι εμφανής και συχνά προβληματική. Και καλά οι υπάλληλοι του ασφαλιστικού φορέα. Είναι άπειροι, έχουν ελληλή γνώση, δεν γνωρίζουν Ιατρική. Αλλά και οι γιατροί; Γνώσεις έχουν, εμπειρία διαθέτουν. Δεν συγχωρούνται για τη συμπεριφορά τους. Όλα αλλιάζουν από τη στιγμή που κάθονται στην «καρέκλα». Αεμπολούν (;) την Ιατρική τους ιδιότητα, αποκτούν τη νοοτροπία του «υπνρέτη», εκτρέπονται σε ενέργειες και εμφανίζουν συμπεριφορά που απάδει του λειτουργήματός τους. Η ηθική επιταγή της επιστήμης και ο όρκος που έδωσαν επιτάσσουν να «πράττουν το ορθόν και το δέον». Η αφ' υψηλού αντιμετώπιση του ασφαλισμένου, η αλζοζεία, η συχνά ειρωνική διάθεση, η δυσθυμία και ο εκνευρισμός δεν συνάδουν με τη θέση και το λειτούργημα. Απαξιώνουν, ευτελίζουν, απομυθοποιούν το «λειτουργό». Με την τακτική αυτή, εντάσσονται στη χορεία των γραφειοκρατών-καρεκλιοκένταυρων και μαζί τους «ψάλλουν τα εγκώμια της γραφειοκρατίας». Θα αντιλέξει ο θιγόμενος, «οι συνθήκες εργασίας, οι απαιτήσεις των ασθενών... η αίσθηση μειονεκτικότητας,

γιατί για άλλα σπούδασε και άλλα πράττει... η χαμηλή, γλισχρα αποζημίωση για το έργο που προσφέρει...» και πολλὰ άλλα παράπονα. Σωστά, κανένας δεν αμφισβητεί το βάσιμο των επιχειρημάτων και την ορθότητα του αντιλόγου. Ωστόσο, η επιλογή ανήκει στον ίδιο. Ο προσερχόμενος ίσως να απαιτεί, σε καμία όμως περίπτωση δεν απαιτεί. Διεκδικεί κάτι που το δικαιούται. Από το άλλο μέρος, δεν είναι υπερβολή, δεν απαξιώνει την προσωπικότητα και την επιστημοσύνη του η απαίτηση να προσκομίζει ο διαβητικός συνταγή για τη θεραπευτική αγωγή ή βεβαίωση για τα αναλώςιμα σε κάθε του επίσκεψη ή ανά τρίμηνο ή εξάμηνο, όπως γίνεται; «Αγνοεί» ο γιατρός ότι το πρόβλημα είναι χρόνιο και απαιτείται διάβιου αγωγή; Δεν έχει γνώση και κρίση; Προς τι, λοιπόν, τα ζητούμενα; Με αυτή την τακτική δεν αντιλαμβάνεται ότι αυτοαναιρείται, ότι παραιτείται;

Αυτή την πρακτική τη βίωσα επί τριάντα τόσα χρόνια στο Διαβητολογικό του «Ιπποκράτειου» Νοσοκομείου. Όλοι οι ασφαλισμένοι σε ταμεία –και του ΙΚΑ– ζητούσαν βεβαιώσεις, ότι χρειάζονται τα φάρμακα και τα αναλώςιμα, ώστε να τα αντιγράψουν (!) οι θεράποντες. Δινόταν από όλους όσοι στελεχώναμε το Διαβητολογικό για την κατάργηση αυτών των «αήτητων» απαιτήσεων από τους ασφαλιστικούς φορείς. Μάταιος κόπος. Η γραφειοκρατία είναι το ίδιο αήτητη, όπως η βλακεία. Αποκόμισα και προσωπική εμπειρία για το «αήτητο». Με κατήγγειλε γιατρός, παρακαλώ, που σήμερα είναι πανεπιστημιακός ότι απέστειλα προς την υγειονομική υπηρεσία μεγάλης ΔΕΚΟ στην οποία προΐστατο «ανάρμοστη επιστολή» –κατά τη διατύπωση της καταγγέλλουσας– με την οποία σχολίασα την τακτική τους, να ζητούν συνταγή για φάρμακα και βεβαίωση για τα αναλώςιμα. Η καταγγελία κοινοποιήθηκε στο υπουργείο, στον Ιατρικό Σύλλογο Αθηνών και στο «Ιπποκράτειο». Τα σχόλια δικά σας...

Ίσως σκεφτείτε ο καταγγεληθείς καταγγέλλει! Πράγματι, ο λόγος είναι καταγγελητικός. Κομίζει «γλαύκαν εις Αθήνας». Επισημαίνει πασίγνωστα πράγματα που ταλανίζουν επί αιώνες τους συναλλισσόμενους με τις υπηρεσίες. Το ζητούμενο είναι άλλο.

Ο «υπνρέτης» οχυρώνεται πίσω από τους τύπους και «αρνείται», λες κι έχει διαβάσει Σαμαράκη! Αν διοχέτευε ορθολογικά την ενέργεια που καταναλίσκει αρνούμενος, θα τακτοποιούσε άμεσα όλες τις εκκρεμείς υποθέσεις

Υπάρχει θεραπεία; Μοιλονότι γιατρός, είμαι αναρμόδιος. Η απάντησή μου κάτι υπαινίσσεται! Πιθανώς να... μοιλύνηκα από «γραφειοκρατίτιδα». Έτσι, δεν απαντούν οι «υπνρέτες» της; «Είμαστε αναρμόδιοι»...

As σοβαρευτούμε όμως. Το πρόβλημα –όπως όλα τα χρόνια νοσήματα– είναι θεραπεύσιμο, αλλά όχι ιάσιμο. Αλλώστε, ούτε τις γνώσεις ούτε την πείρα διαθέτω. Αλλών «παπάδων ευαγγέλια» η λύση του ή τουλάχιστον ο εξανθρωπισμός του συστήματος. Γιατί δεν μπορεί, λύση θα υπάρχει. Χρειάζεται όμως η βούληση για να βρεθεί. Να προτείνουν οι «αρμόδιοι», να ενημερωθούν, να εκπαιδευτούν και να αλλιάζουν νοοτροπία οι αποδέκτες, οι «υπνρέτες». Δύσκολο; Σίγουρα, ναι, αλλά όχι ακατόρθωτο. Ο σχεδιασμός για την αντιμετώπιση, μακροπρόθεσμος, με κύριο μέλημα την «παιδεία» των διαχειριστών.

Κλείνω την κουβέντα μεταφέροντας ό,τι «ακούω» να ψιθυρίζετε ή να λέτε φωναχτά. «Μα τι λέει ο άνθρωπος, από άλλο πλανήτη ήρθε;»... «Βρε, ο αιθεροβάμων... πετάει στα σύννεφα»... Εντάξει, συμφωνώ μαζί σας. Μια κουβέντα κάναμε... ■

Παρέμβαση κατά των ναρκωτικών

Πρόγραμμα ουσίας
για έναν κόσμο χωρίς... ουσίες



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Η Pfizer Hellas, ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένη στην αντιμετώπιση του κοινωνικού φαινομένου των ναρκωτικών, ενισχύει οικονομικά εγκεκριμένο από τον ΟΚΑΝΑ πιλοτικό πρόγραμμα του ΚΕΣΑΝ (Κέντρου Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ηρακλείου), που εκπονείται σε συνεργασία με το Δήμο Ηρακλείου Κρήτης και διακεκριμένους επιστημονικούς φορείς. Η εταιρεία, με έντονη ενεργό δράση τα τελευταία χρόνια μέσω της χρηματοδότησης μη κερδοσκοπικών οργανισμών της περιφέρειας, συνεργάζεται φέτος με το ΚΕΣΑΝ (Κέντρο

Πρόληψης της Χρήσης Εξαρτησιογόνων Ουσιών Ηρακλείου).

Ειδικότερα, η οικονομική ενίσχυση της Pfizer αφορά ένα καινοτόμο πρόγραμμα που εκπονείται από το ΚΕΣΑΝ σε συνεργασία με τη Μονάδα Προαγωγής Υγείας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ), με ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του την παρεμβατική λειτουργία στην τοπική κοινότητα Ηρακλείου.

Το πιλοτικό πρόγραμμα διενεργείται σε 3 φάσεις:

Η πρώτη φάση του προγράμματος περιλαμβάνει έρευνα για την αποτίμηση

των αναγκών των νέων (6 έως 18 χρόνων) της περιοχής για θέματα που αφορούν τη βιο-ψυχο-κοινωνική τους υγεία, η οποία διεξάγεται από την επιστημονική ομάδα του ΚΕΣΑΝ και τη Μονάδα Προαγωγής Υγείας του ΠΑΓΝΗ. Η μελέτη υποστηρίζεται επιστημονικά από ερευνητήρια του Πανεπιστημίου του Surrey της Αγγλίας.

Η δεύτερη φάση αφορά την υλοποίηση προγράμματος ευαισθητοποίησης και επιμόρφωσης των φορέων και των κατοίκων της περιοχής, με στόχο οι ίδιοι να δραστηριοποιηθούν για την πρόληψη και ενδεχομένως την αντιμετώπιση

του προβλήματος των ναρκωτικών στην περιοχή.

Η τρίτη φάση του προγράμματος στοχεύει στη δημιουργία μόνιμων δομών στην περιοχή που θα προάγουν την πρόληψη των εξαρτήσεων και τη βιο-ψυχο-κοινωνική υγεία γενικότερα.

Ο κ. Δημήτρης Γκότσας, διευθυντής Επιστημονικών και Δημοσίων Σχέσεων της Pfizer Hellas, δήλωσε στο πλαίσιο εκδήλωσης για την εφαρμογή του προγράμματος στο Ηράκλειο Κρήτης: «Στις προτεραιότητες του τομέα Εταιρικής Κοινωνικής Ευθύνης της, η Pfizer είναι η συνεχής και με συνέπεια συμβολή στην αντιμετώπιση της μάστιγας των ναρκωτικών. Εκτιμώντας το έργο που πραγματοποιείται από το ΚΕΣΑΝ, για περισσότερα από 15 χρόνια με χαρά αποφασίσαμε να συνδράμουμε στο σημαντικό αγώνα του και να ενισχύσουμε οικονομικά αυτό το καινοτόμο πρόγραμμα. Ευχόμαστε καλή επιτυχία στο ΚΕΣΑΝ και στο Δήμο Ηρακλείου την επίτευξη των στόχων του προγράμματος».

Η υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων & Συλλήλογων Ασθενών κ. Άντζελα Νικόλη σχολίασε: «Στη Pfizer επιδιώκουμε μέσα από τις πρωτοβουλίες μας να συμβάλουμε θετικά, ώστε η κάθε κοινότητα στην οποία αναπτύσσουμε δραστηριότητα να αποτελεί τόπο όπου οι άνθρωποι θα μπορούν να ζουν, να εργάζονται και να ευημερούν. Γι' αυτό το λόγο υποστηρίζουμε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς της περιφέρειας που έχουν στρατευτεί στην καταπολέμηση των ναρκωτικών. Εκτός από το ΚΕΣΑΝ, έχουμε επίσης στηρίξει στο παρελθόν αντίστοιχα κέντρα, στην Καλαμάτα, στα Ιωάννινα και στη Θεσσαλονίκη».

Η Pfizer ιδρύθηκε το 1849 και δραστηριοποιείται σε περισσότερες από 85 χώρες, ενώ τα προϊόντα της διατίθενται σε 150 χώρες σε όλο τον κόσμο. Παρόλο που βρίσκεται στην κορυφή της παγκόσμιας φαρμακευτικής αγοράς, είναι προσηλωμένη στην αναζήτηση νέων φαρμάκων και θεραπειών, στοχεύοντας τόσο στη θεραπεία όσο και στην πρόληψη ασθενειών. Η Pfizer, με αφετηρία το όραμα της «Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο», θέτει ως προτεραιότητα την έγκαιρη διάθεση και πρόσβαση των καινοτόμων θεραπειών στους ασθενείς που τις έχουν ανάγκη. ■



1. Ο κ. Δημήτρης Γκότσας, διευθυντής Επιστημονικών και Δημοσίων Σχέσεων της Pfizer Hellas, ο οποίος παραδίδει στο δήμαρχο Ηρακλείου κ. Γιάννη Κουράκη το φάκελο για την οικονομική ενίσχυση του προγράμματος. Επίσης απεικονίζονται η κ. Άντζελα Νικόλη, υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων & Συλλήλογων Ασθενών, και η κ. Αγγελική Σχοιναράκη, αντιδήμαρχος Ηρακλείου.
2. Εκπρόσωποι του ΚΕΣΑΝ, της Pfizer Hellas και του δήμου Ηρακλείου.

Η στράτευση των νέων μας

Στο προηγούμενο τεύχος του περιοδικού μας ο καθηγητής Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων κ. Αγαθοκλής Τσατσούλης έγραψε ένα επίκαιρο άρθρο σχετικά με το δικαίωμα/υποχρέωση στη στράτευση των νέων μας με σακχαρώδη διαβήτη.



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Π. ΧΙΩΤΗΣ
Παιδίατρος-Ενδοκρινολόγος

Με σαφήνεια και γλαφυρότητα παρουσίασε τις θετικές και αρνητικές πτυχές του θέματος, και από πλευράς πολιτείας, και από πλευράς των νέων ατόμων με διαβήτη.

Ο καθηγητής εξέφρασε την ευχή ότι είναι καιρός για επανεξέταση και συζήτηση του θέματος για την εξεύρεση λύσης αποδεκτής και από τις δύο πλευρές, η οποία θα επιτρέψει την ισότιμη συμμετοχή των ατόμων με διαβήτη στα κοινωνικά δρώμενα και πράγματα.

Από τη στήλη αυτή προβάλλουμε τη θέση και τις ενέργειες της ομοσπονδίας μας σχετικά με το επίμαχο αυτό θέμα.

Ένα βασικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι νέοι μας με σακχαρώδη διαβήτη είναι η ώρα της στράτευσής τους. Η πολιτεία

τους απαλλάσσει από τα στρατιωτικά τους καθήκοντα για λόγους υγείας –βάσει του Π.Δ. υπ’ αριθ. 133/2002 ΦΕΚ Α’ 127/17-5-2002. Βέβαια, αυτό γίνεται κατά το κριτήριο της πολιτείας, ώστε να αποφευχθεί πιθανή επιδείνωση της υγείας τους από την άσκηση των καθηκόντων τους.

Από την πλευρά όμως των νέων μας, η στράτευσή τους θεωρείται σημαντική για την ψυχολογία τους και την κοινωνική τους προσαρμογή. Σε αυτό είναι σύμφωνοι οι καθηγητές της Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την εκπαίδευση και την παρακολούθηση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Αρκετές φορές εμείς ως γιατροί έχουμε γίνει αποδέκτες γεγονότων που εξιστορούν οι ίδιοι οι νέοι ή το οικογενειακό τους περιβάλλον, οι οποίοι θέλησαν να κλειστούν στα σπίτια τους όσο χρόνο διαρκούσε η θητεία της στράτευσης, για να αποφύγουν «το στίγμα», όπως το

αποκαλούν, της απαλλογής.

Ο Σύλλογος ΓΑΛΗΝΟΣ (Σύλλογος Φίλων Παιδιών και Εφήβων με Ενδοκρινολογικό Πρόβλημα), ιδρυτικό μέλος της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), έχει υποβάλει κατά το παρελθόν υπομνήματα στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας για τη στράτευση των νέων μας, εφόσον το επιθυμούν. Αυτό, βέβαια, συνεπάγεται τη μερική τουλάχιστον τροποποίηση της ισχύουσας νομοθεσίας.

Τα τελευταία χρόνια, με τις σύγχρονες μεθόδους αντιμετώπισης, τα παιδιά και οι έφηβοι με σακχαρώδη διαβήτη –αλλά και με άλλες ενδοκρινοπάθειες–, ως νεαροί ενήλικες, είναι σπουδαστές σε πανεπιστήμια εκτός του τόπου διαμονής τους, εργάζονται αποδοτικά και χωρίς διακρίσεις σε διάφορους κλάδους. Έχουν όμως έντονα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα όταν τους ανακοινώνεται ότι δεν μπορούν να υπηρετήσουν στο στρατό.

Αυτό, πέραν της δυσμενούς συναισθηματικής και κοινωνικής απήχησης, αποτελεί και εμπόδιο στην αναζήτηση εργασίας.

Γι’ αυτό έχουμε προτείνει να στρατεύονται οικιοθελώς και να απασχολούνται σε ειδικούς τομείς, όπως νοσοκομεία, στρατολογικά γραφεία κ.ά. Κάτι τέτοιο θα βοηθήσει τόσο το στράτευμα όσο και τους ίδιους.

Ως ομοσπονδία, προσβλέπουμε πάντα στην ευαισθησία της πολιτείας και ειδικότερα του υπουργείου Εθνικής Άμυνας, το οποίο με αποφασιστικότητα μπορεί να μεριμνήσει για την υλοποίηση των παραπάνω προτάσεων.

Θα αποτελέσει εξαιρετική προσφορά σε ένα σημαντικό αριθμό νεαρών ατόμων που επιδιώκουν την αξιοπρεπή κοινωνική τους ένταξη και την καταξίωσή τους. ■

Δεν μοιάζουν όλα θαυμάσια όταν **Τα έχουμε
όλα έτοιμα;** Ακόμη και όταν πρόκειται
για το μετρητή του σακχάρου σας!

Αυτός είναι και ο λόγος που δημιουργήσαμε έναν μετρητή με
ενσωματωμένες τις ταινίες και το στυλό τρυπήματος. Πάντα έτοιμος
προς χρήση με το πάτημα ενός κουμπιού.

Accu-chek Compact Plus - Όλα σε Ένα και αμέσως όλα είναι έτοιμα...

Ο παγκοσμίως φημής μετρητής σακχάρου Accu-chek Compact Plus είναι περισσότερο από ποτέ χρησιμότερος, χάρη στους φωτιζόμενους χαρακτήρες με τεχνολογία OLED

NEO

- με φωτιζόμενους χαρακτήρες
- χωρίς κωδικοποίηση
- 5 δευτερόλεπτα χρόνος μέτρησης



Για άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1.

Δωρεάν προσφέρουμε:

- Μετρητή σακχάρου Accu-chek Compact Plus.
- Βιβλίο για το Διαβήτη Τύπου 1 (μέχρι εξαντλήσεως).
- Κατ' οίκον εκπαίδευση στις δυνατότητες του μετρητή.

Για πληροφορίες τηλεφωνήστε μας στο
800 11 71000 (χωρίς χρέωση από σταθερό)
ή στο **210 2703700**.



Roche Diagnostics (Hellas) S.A.

Α. Παναγούλη 91, 142 34 Νέα Ιωνία
Τηλ.: 210 2703700, 800 11 71000 (χωρίς χρέωση), Φαξ: 210 2703701
Παρόρτημα Θεσ/νίκης: 12^ο Χλμ. Νέας Εθν. Οδού Θεσσαλονίκης - Νέων Μουδανιών
57 001 Θέρμη Θεσσαλονίκης Τηλ.: (2310) 476600-5, Φαξ: (2310) 476607

ACCU-CHEK®

Ζήσε τη ζωή. Όπως εσύ τη θέλεις.

Σακχαρώδης διαβήτης στο παιδί και τον έφηβο



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Π. ΧΙΩΤΗΣ

Παιδίατρος-Ενδοκρινολόγος

Οδηγίες για τους γονείς

Για να μη δημιουργείται ανησυχία κατά την εγγραφή στο σχολείο παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη καλό είναι να ενημερώνονται οι υπεύθυνοι.

Αυτοί δεν είναι άλλοι παρά ο διευθυντής του σχολείου, ο υπεύθυνος δάσκαλος ή καθηγητής της τάξης και ο γυμναστής. Σκοπός της σωστής αυτής ενημέρωσης είναι να τηρούνται «μερικές ιδιαιτερότητες» σχετικά με την κατάσταση των παιδιών αυτών. Οι γονείς θα πρέπει να έχουν μαζί τους ένα ενημερωτικό σημείωμα από το θεράποντα ιατρό ή από το διαβητολογικό κέντρο του νοσοκομείου απ' όπου παρακολουθείται το παιδί τους. Σε αυτό μπορεί να αναφέρονται τα εξής:

Ενημερωτικό σημείωμα για το σχολείο

Το παιδί ή ο έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη είναι ένα υγιές άτομο που μπορεί να συμμετέχει σε όλες τις εκδηλώσεις του σχολείου ή γενικότερα του κοινωνικού του περιβάλλοντος, όπως αθλοπαιδιές, εκδρομές κ.ά. Η ζωή του όμως έχει κάποιες ιδιαιτερότητες, όπως η χορήγηση της ινσουλίνης με ένεση μία ή δύο φορές την ημέρα, η αναγκαιότητα να τρώει στην ώρα του και σωστά.

Διατροφή

Το διαβητικό παιδί πρέπει να τρώει σε συγκεκριμένη ώρα. Η διατροφή του δεν είναι διαφορετική από εκείνη ενός συνομήλικου χωρίς σάκχαρο, εφόσον, βέβαια, ο συνομήλικός του ακολουθεί μια σωστή, υγιεινή διατροφή. Δυστυχώς όμως δεν γνωρίζουν όλοι τους κανόνες της υγιεινής διατροφής ή και όταν τους γνωρίζουν, δεν τους εφαρμόζουν στους εαυτούς τους ή στα παιδιά τους. Έτσι, βλέπουμε παιδιά στο νηπιαγωγείο ή και στο



σχολείο να φέρνουν μαζί τους σοκολάτες ή γκοφρέτες ή γαριδάκια για το δεκατιανό τους γεύμα. Στις περιπτώσεις αυτές το διαβητικό παιδί φαίνεται να διαφοροποιείται από τους άλλους. Ο νηπιαγωγός, ο δάσκαλος, ο καθηγητής θα βοηθήσει πολύ στις περιπτώσεις αυτές αν ζητήσει και προσπαθήσει να εφαρμοστούν στο χώρο του υγιεινές συνθήκες διατροφής, σωστές επιλογές στο κυλικείο του σχολείου, σχετική εκπαίδευση των γονέων. Με τον τρόπο αυτό δεν δημιουργεί μόνο άνετες συνθήκες για το διαβητικό παιδί αλλά ωφελεί και τα υπόλοιπα παιδιά στην ανάπτυξη των σωστών συνθηκών διατροφής.

Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας

Εάν το παιδί παρουσιάζει ωχρότητα, ζάλη, αδυναμία, τάση για λιποθυμία, πονοκέφαλο, μπορεί το σάκχαρό του να είναι πολύ χαμηλό, δηλαδή να έχει πάθει υπογλυκαιμία. Στις περιπτώσεις αυτές χορηγείται αμέσως σακχαρούχο ποτό και μπισκότα ή σκέτη ζάχαρη. Μόλις συνέλθει, τρώει κάτι περισσότερο, π.χ. γάλα, γιασούρτι.

Το διαβητικό παιδί και ο έφηβος μπορούν να συμμετέχουν σε όλες τις εκδηλώσεις του σχολείου και τις αθλοπαιδιές. Πρέπει όμως πριν από κάθε έντονη μαική άσκηση

να έχουν φάει κάτι πρόχειρο.

Εάν πρόκειται να πάνε εκδρομή, πρέπει να ενημερωθούν έγκαιρα οι γονείς για να λάβουν την ημέρα αυτή λιγότερη ινσουλίνη ή να τους χορηγηθεί επιπλέον γεύμα.

Γενική αντιμετώπιση

Δεν χρειάζεται να δείξουμε υπερπροσπάθεια στο διαβητικό παιδί ή να έχουμε λιγότερες απαιτήσεις για τις επιδόσεις του. Το αντίθετο μάλιστα. Επιδιώκεται απολύτως ίση μεταχείριση. Συνιστάται όμως μια «διακριτική έγνοια», μην τυχόν και παρουσιάσει κάτι για το οποίο πρέπει να αντιμετωπιστεί, όπως π.χ. υπογλυκαιμία.

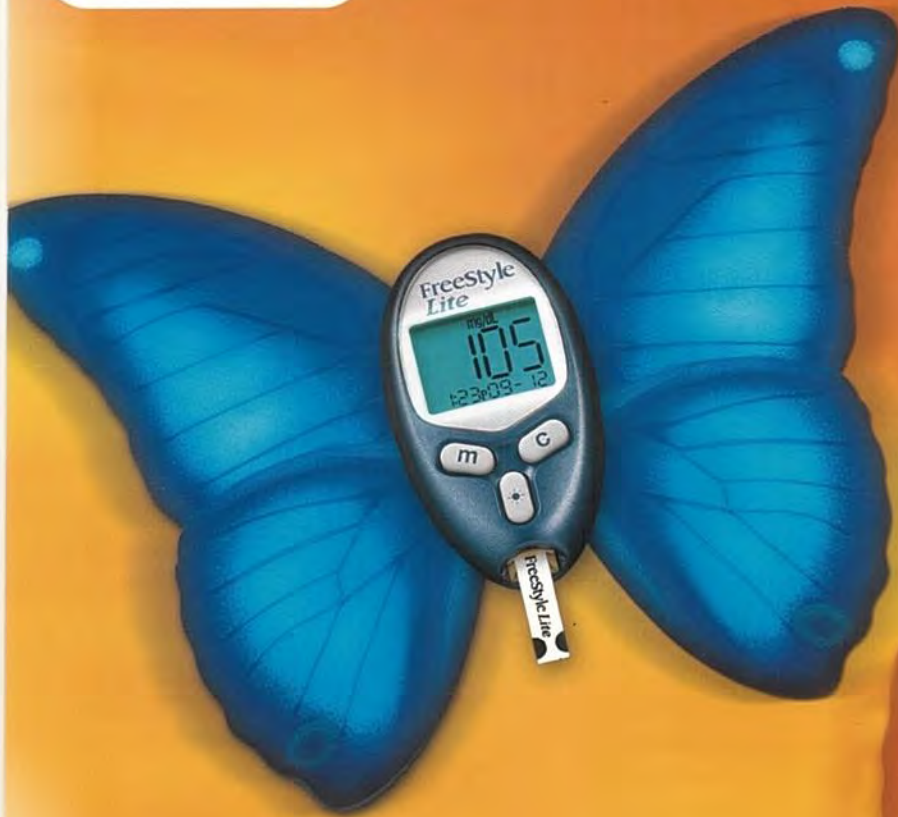
Πρέπει να καταβάλλεται κάθε προσπάθεια από τους δασκάλους του σχολείου για την ψυχολογική του προστασία, όπως π.χ. να μη γίνονται προς το παιδί παραιτήσεις ή παρατηρήσεις για την υγεία του ενώπιον τρίτων, γιατί κάτι τέτοιο το διαφοροποιεί από τα άλλα παιδιά. Είναι δε γνωστό ότι σε κανένα παιδί δεν αρέσει να διαφοροποιείται από την ομάδα του.

Η συνεργασία του δασκάλου ή του διευθυντή του σχολείου με το θεράποντα ιατρό και η ανταλλαγή απόψεων θα μεγιστοποιήσει την προσφορά και των δύο στην προσαρμογή του διαβητικού παιδιού ή εφήβου στο πρόβλημά του. ■



Ακρίβεια που μπορείτε να εμπιστεύεστε
Απλότητα που η ζωή σας απαιτεί

Δεν χρειάζονται κωδικοποίηση



Nέο FreeStyle Lite

Σύστημα παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος

Όταν η ζωή είναι πιο έντονη

- Μικρό σε μέγεθος για εύκολη μεταφορά

Nέο FreeStyle FREEDOM-Lite

Σύστημα παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος

Όταν η ζωή είναι πιο ήρεμη

- Μεγάλες, ευανάγνωστες ενδείξεις



Δύο νέοι μετρητές σακχάρου
που λειτουργούν με τις νέες
ταινίες μέτρησης FreeStyle Lite.
(Λάιτ)

Δωρεάν Γραμμή Υποστήριξης Πελατών: 800 11 222688 (χωρίς χρέωση από σταθερό)
Τηλ.: 210 9985220 (Αθήνα), 2310 472947 (Θεσσαλονίκη).

 **Abbott**
Diabetes Care

Εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας

Υπολογισμός γευματικής και διορθωτικής ινσουλίνης

Δρ ΤΖΑΝΤ ΜΟΥΣΛΕΧ

Ενδοκρινολόγος
Αντιπρόεδρος Ελληνικής
Ενδοκρινολογικής Εταιρείας

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 χαρακτηρίζεται από πλήρη έλλειψη ενδογενούς ινσουλίνης. Η ινσουλινοθεραπεία κρίνεται απαραίτητη όχι μόνο για την καλή ρύθμιση του σακχάρου αλλά και για την ίδια την επιβίωση του ατόμου.

Η φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας χαρακτηρίζεται από μια σταθερή χαμηλή έκκριση ινσουλίνης κατά τη διάρκεια του 24ώρου για την κάλυψη των βασικών αναγκών του οργανισμού και από μεγαλύτερη έκκριση ινσουλίνης μετά τη λήψη γευμάτων, διατηρώντας έτσι τα επίπεδα σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου.

Το σχήμα ινσουλινοθεραπείας, λοιπόν, που θα εφαρμοστεί σε ένα διαβητικό ασθενή πρέπει να μιμείται όσο το δυνατόν περισσότερο τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης κατά τη διάρκεια της ημέρας, ούτως ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου σχεδόν σε φυσιολογικά επίπεδα.

Οι διάφορες μορφές ινσουλίνης διακρίνονται ανάλογα με την ταχύτητα με την οποία η ινσουλίνη που χορηγείται απορροφάται στο αίμα μέσω του υποδόριου ιστού (έναρξη δράσης) και από το χρόνο που χρειάζεται η συνολική ποσότητα της χορηγούμενης ινσουλίνης να απορροφηθεί (διάρκεια δράσης).

Οι τύποι της ινσουλίνης που κυκλοφορούν στην ελληνική αγορά αναγράφονται στον πίνακα 1.

ΑΝΑΛΟΓΑ ΥΠΕΡΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ	ΕΤΑΙΡΕΙΑ	ΕΝΑΡΞΗ	ΑΙΧΜΗ	ΤΕΛΟΣ ΔΡΑΣΗΣ
Humalog	Eli Lilly			
Novorapid	Novo Nordisk	10-15 λεπτά	30-60 λεπτά	4 ώρες
Apidra	Sanofi-Aventis			
Ταχείας δράσης				
Actrapid	Novo Nordisk	30 λεπτά	2-4 ώρες	4-8 ώρες
Humulin Regular	Eli Lilly			
Ενδιάμεσης δράσης				
Humulin (NPH)	Eli Lilly	2-4 ώρες	6-8 ώρες	12-15 ώρες
Protaphane	NovoNordisk			
Ανάλογα παρατεταμένης δράσης				
Lantus	Sanofi-Aventis	4-6 ώρες	Όχι αιχμή	24 + ώρες
Levemir	Novo Nordisk	4-6 ώρες	8-10 ώρες	Έως 24 ώρες (14 ώρες)
Μίγματα αναλόγων ινσουλίνης				
Humalog Mix 25	Eli Lilly			
Humalog Mix 50	Eli Lilly	10-15 λεπτά	2 αιχμές δράσης	Έως 15 ώρες
Novomix 30	Novo Nordisk			
Μίγματα ανθρώπινης ινσουλίνης				
Humulin M3	Eli Lilly			
Mixtard 30	Novo Nordisk	30 λεπτά	2 αιχμές δράσης	18-24 ώρες
Mixtard 40	Novo Nordisk			
Mixtard 50	Novo Nordisk			

Πίνακας 1. Συμβατικές ινσουλίνες και ανάλογα ινσουλίνης

Η έναρξη και η διάρκεια δράσης των διαφόρων μορφών ινσουλίνης ποικίλλει σημαντικά μεταξύ των ασθενών και είναι απαραίτητο να προσδιορίζεται για τον κάθε ασθενή ξεχωριστά. Το σχήμα ινσουλινοθεραπείας, ο τύπος της ινσουλίνης, η δόση και η συχνότητα χορήγησης εξαρτάται αποκλειστικά από τις ανάγκες του κάθε ασθενή, οπότε η εξατομίκευση κρίνεται απαραίτητη.

Τα σχήματα ινσουλινοθεραπείας διακρίνονται σε 2 κατηγορίες:

- α) συμβατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας (1-2 ενέσεις/ημέρα) και
- β) εντατικοποιημένα σχήματα ινσουλινοθεραπείας (3-4 ενέσεις/ημέρα).

1. Συμβατική ινσουλινοθεραπεία

Μία ένεση ημερησίως

Η χορήγηση μιας βασικής ινσουλίνης σε συνδυασμό με αντιδιαβητικά δισκία είναι κατάλληλη για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, αλλά όχι για ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Η ένεση γίνεται το βράδυ και μπορεί να χρησιμοποιηθεί η Lantus ή η Levemir.

Δύο ενέσεις ημερησίως

Αυτό το σχήμα περιλαμβάνει 2 ενέσεις, πρωί - βράδυ, πριν τα γεύματα. Συνήθως χρησιμοποιούνται μίγματα ανθρώπινης ινσουλίνης (π.χ Humulin M3, Mixtard 30) ή μίγματα αναλόγων ινσουλίνης (π.χ Humalog Mix 25, Humalog Mix 50, Novomix 30) και η κατανομή είναι 2/3 το πρωί και 1/3 το βράδυ.

Τα συμβατικά σχήματα ινσουλινοθεραπείας δεν είναι ευέλικτα και απαιτούν σταθερότητα στις ώρες των γευμάτων, στις ποσότητες αυτών και προγραμματισμό στο χρόνο άσκησης, για επίτευξη ενός καλού γλυκαιμικού ελέγχου.

2. Εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία (Basal - bolus)

Η άριστη ρύθμιση του σακχάρου επιτυγχάνεται με την εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία.

Τρεις ενέσεις ημερησίως

Αυτό το σχήμα περιλαμβάνει 2 μίγματα ινσουλίνης ή μίγματα αναλόγων ινσουλίνης πρωί - βράδυ και μία γευματική

ινσουλίνη το μεσημέρι.

Π.χ Humalog Mix 25 ή 50 πρωί - βράδυ και Humalog το μεσημέρι ή Novomix 30 πρωί - βράδυ και Novorapid το μεσημέρι.

Τέσσερις ενέσεις ημερησίως

Το κλασικό εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας περιλαμβάνει μία ένεση βασικής ινσουλίνης και τρεις ενέσεις γευματικής ινσουλίνης.

Π.χ Lantus με τρεις Humalog ή Novorapid ή Apidra ή Protaphane με τρεις Actrapid.

Το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, με το συνδυασμό βασικής - γευματικής ινσουλίνης, μιμείται τη φυσιολογική έκκριση ινσουλίνης.

Αυτό το σχήμα εξασφαλίζει τη βασική ινσουλιναίμια του οργανισμού (βασική ινσουλίνη) και καλύπτει τα γεύματα (γευματική ινσουλίνη), παρέχοντας ευελιξία στο χρόνο λήψης γευμάτων, στην ποσότητα αυτών, στο χρόνο της άσκησης και στη διόρθωση τυχαίων αυξημένων τιμών σακχάρου (διορθωτική ινσουλίνη).

2.1 Υπολογισμός γευματικής ινσουλίνης

Ο υπολογισμός της γευματικής ινσουλίνης (bolus) γίνεται με βάση το γεύμα που πρόκειται να καταναλωθεί και προϋποθέτει άριστη εκπαίδευση πάνω στις ομάδες τροφίμων και ιδιαίτερα στα ισοδύναμα υδατανθράκων.

2.1.1 Υπολογισμός της αναλογίας ινσουλίνης : υδατανθράκων

Για τον υπολογισμό της αναλογίας ινσουλίνης : υδατανθράκων χρησιμοποιείται ο ακόλουθος κανόνας:

- Κανόνας 500 για ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης ή
 - Κανόνας 450 για ανθρώπινη διαλυτή ινσουλίνη ταχείας δράσης
- Ειδικότερα:

ΚΑΝΟΝΑΣ 500

$500 \div$ Συνολική ημερήσια δόση ινσουλίνης (βασικό + bolus) = α γραμ. υδατανθράκων που «καίγονται» από 1 μονάδα αναλόγου ινσουλίνης ταχείας δράσης.

Π.χ. Εάν οι συνολικές μονάδες ινσουλίνης (ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης)

που κάνει ένας ασθενής είναι 50 (μονάδες βασικού ρυθμού + bolus), τότε:

$500 \div 50 = 10$ γραμ. υδατανθράκων «καίγονται» από 1 μονάδα ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης ή 15 γραμ. υδατανθράκων «καίγονται» από 1,5 μονάδα ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης.

Η αναλογία ινσουλίνης : υδατανθράκων είναι 1,5 μον. : 15 γραμ. υδατ. ή 1,5 μον. : 1 ισοδ. υδατ.

2.1.2 Υπολογισμός μονάδων ινσουλίνης για πρωτεΐνες και λίπη

Για τον υπολογισμό των μονάδων ινσουλίνης που απαιτούνται για τις πρωτεΐνες και τα λίπη χρησιμοποιείται ο ακόλουθος κανόνας:

- 0,5 μονάδα ινσουλίνης / 100 Kcals πρωτεϊνών ή λίπους ή
- 0,5 μονάδα ινσουλίνης / 2 ισοδύναμα πρωτεϊνών ή λίπους (βλ. ισοδ. τροφ. σελ.) ή
- 1 μονάδα ινσουλίνης / 4 ισοδύναμα πρωτεϊνών ή λίπους.

2.2 Διορθωτική δόση ινσουλίνης

Η ποσότητα της ινσουλίνης που πρέπει να χορηγηθεί, για να επανέλθει μια τυχαία αυξημένη τιμή σακχάρου σε φυσιολογικά επίπεδα.

Για τον υπολογισμό της απαραίτητης διορθωτικής δόσης ινσουλίνης χρησιμοποιείται ο ακόλουθος κανόνας:

- Κανόνας 1.800 για ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης ή
 - Κανόνας 1.500 για ανθρώπινη διαλυτή ινσουλίνη ταχείας δράσης
- Ειδικότερα:

ΚΑΝΟΝΑΣ 1.800

$1.800 \div$ Συνολική ημερήσια δόση ινσουλίνης (βασικό + bolus) = α mg% μειώνονται από 1 μονάδα αναλόγου ινσουλίνης ταχείας δράσης.

Εάν οι συνολικές μονάδες ινσουλίνης (ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης) που κάνει ένας ασθενής είναι 50 (μονάδες βασικού ρυθμού + bolus), τότε:

$$1800 \div 50 = 36 \text{ mg\%}$$

Δηλαδή 1 μονάδα ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης κατεβάσει το σάκχαρο κατά 36 mg%. ■

Στρες και διαβήτης

Η προσαρμογή του ατόμου –παιδιού, εφήβου ή ενήλικα– τόσο στα καθημερινά γεγονότα όσο και στις στρεσογόνες εμπειρίες επιτυγχάνεται μέσω των νευροενδοκρινικών και συμπεριφορικών μηχανισμών του συστήματος στρες.

Π. ΠΕΡΒΑΝΙΔΟΥ, Γ.Π. ΧΡΟΥΣΟΣ

Α' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου
Αθηνών, Νοσοκομείο Παιδών
«Η Αγία Σοφία»

Τα παιδιά και οι έφηβοι αντιδρούν στα στρεσογόνα ερεθίσματα με τους ίδιους νευροενδοκρινικούς μηχανισμούς που αντιδρούν και οι ενήλικες, ενώ η κλινική συμπτωματολογία των συνδρόμων χρόνιου στρες μπορεί να ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία και το αναπτυξιακό στάδιο. Το είδος των στρεσογόνων ερεθισμάτων που κινητοποιούν την προσαρμοστική αντίδραση του οργανισμού μπορεί να είναι σωματικό, όπως ο τραυματισμός, οι λοιμώξεις, η έντονη άσκηση/κόπωση, ή ψυχολογικό, όπως αυτό που προκαλείται από προβλήματα στην εργασία, στην οικογένεια, στις σχέσεις και ακόμη περισσότερο το στρες που προέρχεται από μείζονα γεγονότα ζωής, όπως η απώλεια αγαπημένου προσώπου και οι αιφνίδιες ανεπιθύμητες αλλαγές στη ζωή.

Η ενεργοποίηση του συστήματος στρες κινητοποιεί μια σειρά συμπεριφορικών και περιφερικών απαντήσεων που οφείλονται στην ενεργοποίηση του άξονα υποθαλάμου - υπόφυσης - επινεφριδίων (ΥΥΕ) και του συμπαθητικού νευρικού συστήματος, όπως η αύξηση της γλυκόζης, του καρδιακού ρυθμού, της αρτηριακής πίεσης και άλλων παραμέτρων. Συμπεριφορικά, το στρες σε μέτριο βαθμό ενισχύει την εγρήγορση και προάγει ορισμένες συμπεριφορές του ατόμου, ενώ ταυτόχρονα αναστέλλει και τις φυτικές λειτουργίες, όπως την επιθυμία πρόσληψης τροφής και της αναπαραγωγής. Σε ακόμη εντονότερο στρες εκδηλώνονται περισσότερο αγχογόνα συμπτώματα,



όπως η υπεραντιδραστικότητα στα ερεθίσματα και η υιοθέτηση «παγωμένων» συμπεριφορών.

Στα άτομα με διαβήτη, λόγω είτε παντελούς έλλειψης ινσουλίνης, όπως στο διαβήτη τύπου 1, είτε λόγω σχετικής έλλειψης ινσουλίνης, όπως στο διαβήτη τύπου 2, η ινσουλίνη δεν επαρκεί για να αντεπεξέλθει στην ενεργοποίηση του συστήματος στρες και στις ορμόνες του που έχουν αντιινσουλινικές δράσεις, έτσι η γλυκόζη του αίματος ανεβαίνει. Τόσο φυσικά αίτια, όπως μια λοίμωξη, όσο και συναισθηματικά ή ψυχολογικά αίτια, όπως η σχολική αποτυχία ή η απώλεια εργασίας, μπορούν κατ' αυτό τον τρόπο να ανεβά-

σουν τη γλυκόζη του αίματος. Συχνά το πρόβλημα αυτό μπορεί να αντισταθμιστεί εν μέρει λόγω της ελάττωσης της όρεξης που συμβαίνει σε στρεσογόνες καταστάσεις. Μερικοί άνθρωποι όμως παρουσιάζουν υπερφαγία κάτω από στρες (emotional eating) και μάλιστα προτιμούν τροφές όπως γλυκά ή παχυντικά σνακ, υψηλά σε υδατάνθρακες, γλυκόζη και λίπη. Άλλοι παραλείπουν τα διαλείμματά τους από την εργασία λόγω ψυχολογικής πίεσης, γεγονός που οδηγεί σε φαύλο κύκλο, μια και η σωματική άσκηση αποτελεί έναν εξαιρετικά καλό τρόπο ρύθμισης της γλυκόζης του αίματος.

Πολλές φορές τα στρεσογόνα ερεθίσματα

δρου για πολύ καιρό ή η επίδρασή τους είναι τόσο ισχυρή που το σύστημα στρες είναι χρονίως υπερενεργό. Για παράδειγμα, μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες για να αναρρώσει ο οργανισμός από ένα χειρουργείο. Ομοίως, μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες για να ξεπεράσει το άτομο ένα πολύ έντονο στρεσογόνο γεγονός, όπως την απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου. Οι ορμόνες του στρες, που φυσιολογικά ενεργοποιούνται σαν απάντηση σε ένα στρεσογόνο γεγονός, παραμένουν υπερενεργείς για πολύ καιρό. Σαν αποτέλεσμα, οι μακροπρόθεσμες επιδράσεις του στρες μπορεί να προκαλέσουν χρονίως αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα. Σε ένα παιδί με διαβήτη τύπου 1 αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να αυξηθεί η δόση της ινσουλίνης.

Το χρόνιο στρες, από την άλλη, μπορεί να προκαλέσει προδιαβήτη ή και διαβήτη τύπου 2 σε άτομα με γενετική προδιάθεση σε αυτή την κατάσταση. Οι χρονίως αυξημένες ορμόνες του στρες (κορτιζόλη και κατεχολαμίνες) οδηγούν σε παχυσαρκία και ινσουλινοαντίσταση. Οι μεταβολικές αυτές αλληλαγές προάγουν τη σύνθεση λιπιδίων, την εμφάνιση δυσλιπιδαιμίας, αρτηριακής υπέρτασης και νεφρικής βλάβης, οδηγώντας τελικά σε μεταβολικό σύνδρομο, διαβήτη τύπου 2 και καρδιαγγειακή νόσο.

Είναι σημαντικό για τα άτομα με διαβήτη να μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα του στρες αλλά και τι συνέπειες έχει η άνοδος των ορμονών του στρες στη ρύθμιση του σακχάρου. Σε μερικά άτομα με διαβήτη η παρατεταμένη ασθένεια ή η ψυχολογική δυσφορία μπορεί να κρατήσει τα επίπεδα της γλυκόζης υψηλά για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Στις περιπτώσεις αυτές πιθανόν να απαιτείται επιπλέον χορήγηση ή προσαρμογή στη δοσολογία της ινσουλίνης. Καθώς όμως η εποχή μας είναι γεμάτη στρες, το να γνωρίζει κανείς τα συμπτώματα αλλά και την επίδραση του στρες στα επίπεδα της γλυκόζης του είναι πολύ χρήσιμο. Ένας τρόπος για να βρει κανείς πόσο επηρεάζεται ο διαβήτης του από το ψυχολογικό στρες είναι να καταγράφει το βαθμό του στρες σε μια κλίμακα από το 1 ως το 10, πριν τη μέτρηση της γλυκόζης, καθώς



Στα άτομα με διαβήτη η ινσουλίνη δεν επαρκεί για να αντεπεξέλθει στην ενεργοποίηση του συστήματος στρες και στις ορμόνες του που έχουν αντιινσουλινικές δράσεις, έτσι η γλυκόζη του αίματος ανεβαίνει.

και το να κρατά σημειώσεις για το πώς αισθάνεται σε σχέση με τις μετρήσεις του σακχάρου του.

Ο έλεγχος του στρες βοηθά πολλά άτομα με διαβήτη. Είναι πιο πιθανό να βοηθηθούν άτομα με διαβήτη τύπου 2 σχετικά με άτομα με διαβήτη τύπου 1. Ο περιορισμός του στρες μπορεί να είναι πιο αποτελεσματικός στα άτομα με διαβήτη τύπου 2 γιατί επιπλέον περιορίζει την απελευθέρωση ινσουλίνης, ενώ τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 δεν έχουν καθόλου ινσουλίνη και έτσι η ελάττωση του στρες δεν έχει αυτή την επίδραση. Η εφαρμογή των τεχνικών της γνωσιακής - συμπεριφορικής θεραπείας μέσω της αλληλαγής και αναδόμησης της σκέψης και των καθημερινών αλληλαγών στις συνήθειες του τρόπου ζωής, όπως η άσκηση και η σωστή διατροφή, βοηθούν στη διαχείριση του στρες και στη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος. ■

Προϊόντα μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης:

έναν ακόμη παράγοντα στην παθογένεια του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του



ΜΕΛΠΟΜΗ ΠΕΠΠΑ¹, HELEN VLASSARA², Σ.Α. ΡΑΠΗΣ³

¹ Ενδοκρινολογική Μονάδα, Β' Προπαιδευτική-Παθολογική Κλινική, Μονάδα Έρευνας και Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικών»

² Division of Experimental Diabetes and Aging, Dept of Geriatrics, Mount Sinai School of Medicine, NY, USA

³ Εθνικό Κέντρο Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί νόσημα του οποίου η επίπτωση αυξάνεται συνεχώς, λαμβάνοντας τη μορφή επιδημίας. Διεθνείς οργανισμοί προικονίζουν μια αύξηση της συχνότητάς του κατά 46% και υπολογίζεται ότι το 2010 221 εκατ. άνθρωποι παγκοσμίως θα είναι διαβητικοί.

Λαμβάνοντας υπόψη ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα από καρδιαγγειακά συμβάματα, είναι πασιφανής η σοβαρότητα της παραπάνω διαπίστωσης.

Πολλές δεκαετίες το αντικείμενο εκτεταμένης ερευνητικής προσπάθειας αποτελεί η ανάδειξη μηχανισμών υπεύθυνων για την ανάπτυξη της αγγειοπάθειας που επιπλέκει το σακχαρώδη διαβήτη και συνδέεται με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και

θνησιμότητα. Ένας από τους μηχανισμούς που φαίνεται ότι κατέχει σημαντικό ρόλο είναι ο σχηματισμός των προϊόντων μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης (advanced glycation end products - AGEs).

Τα AGEs σχηματίζονται μέσω μιας χημικής αντίδρασης κατά την οποία η γλυκόζη ενώνεται με τις πρωτεΐνες, τα λιπίδια και νουκλεϊκά οξέα, με αποτέλεσμα το σχηματισμό συμπλεγμάτων που τροποποιούν τόσο τη δομή όσο και τη λειτουργία των μορίων αυτών.

Η γνωστή γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη HbA1c αποτελεί ένα γνωστό προϊόν γλυκοζυλίωσης. Πρόκειται όμως για ένα αρχικό προϊόν που είναι αναστρέψιμο. Πραγματικά, η διόρθωση του αυξημένου σακχάρου αναστρέφει την αντίδραση και μειώνει τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης

αιμοσφαιρίνης. Ωστόσο, αυτά τα αρχικά προϊόντα είναι δυνατόν να μεταβληθούν περαιτέρω και τότε σχηματίζονται τα τελικά προϊόντα μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης ή AGEs, τα οποία δεν είναι αναστρέψιμα. Η χημική αυτή αντίδραση είναι συνεχής κατά τη διάρκεια της ζωής, φαίνεται όμως ότι επιταχύνεται όταν υπάρχει αυξημένο υπόστρωμα και συγκεκριμένα υπεργλυκαιμία και/ή δυσλιπιδαιμία, όπως κλασικά συμβαίνει στο σακχαρώδη διαβήτη.

Πραγματικά, ο σακχαρώδης διαβήτης ήταν το πρώτο νόσημα προ πολλών δεκαετιών κατά το οποίο τα προϊόντα αυτά χαρακτηρίστηκαν και συσχετίστηκαν με δυσάρεστες συνέπειες. Βέβαια, έκτοτε τα AGEs βρέθηκε ότι παίζουν σημαντικό ρόλο και σε άλλα νοσήματα, με παραδείγματα τη γήρανση, τη νεφρική ανεπάρκεια και τη νόσο Αλτσχάιμερ.

Σύμφωνα με σχετικά πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, φαίνεται ότι –εκτός από τα AGEs που σχηματίζονται ενδογενώς μέσω της χημικής αντίδρασης που περιγράψαμε– αυτά κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες σχηματίζονται στις τροφές και μέσω αυτών εισέρχονται στον οργανισμό. Η χρήση υψηλής θερμοκρασίας είτε στο πλαίσιο του μαγειρέματος είτε της αποστείρωσης των τροφών συνεπάγεται αυξημένη παραγωγή AGEs. Επιπρόσθετα, η σύσταση της τροφής φαίνεται ότι καθορίζει την περιεκτικότητα των τροφών σε AGEs. Οι πλούσιες σε λιπос τροφές έχουν σημαντικά αυξημένα επίπεδα AGEs, ενώ οι τροφές οι πλούσιες σε υδατάνθρακες έχουν τα λιγότερα AGEs και οι πρωτεϊνούχες τροφές ενδιάμεσα επίπεδα. Η δίαιτα που μόλις περιγράψαμε, η οποία περιλαμβάνει τροφές πλούσιες σε λιπос και μαγειρεμένες σε υψηλές θερμοκρασίες, βρίσκει την κλασική εφαρμογή της στο δυτικό τρόπο διατροφής που ακολουθείται στην εποχή □



10

Αλήθειες
για το Βιτάμ



10

Αλήθειες
για το Βιτάμ

Το Βιτάμ
είναι πλούσιο
σε καλά πολυακόρεστα
λιπαρά που ο οργανισμός
μας δεν μπορεί να
συνθέσει.

Το 20% της ενέργειας που προσλαμβάνουμε καθημερινά, πρέπει να προέρχεται από “καλά” πολυακόρεστα λιπαρά. Το Βιτάμ είναι πλούσιο σε “καλά” πολυακόρεστα λιπαρά, κάποια από τα οποία δεν μπορεί να συνθέσει ο οργανισμός μας και πρέπει να τα προσλάβει από τη διατροφή.

Εσείς την ξέρατε αυτήν την αλήθεια για το Βιτάμ;



Μάθετε περισσότερα στο:
www.vitam.gr



μας διεθνώς. Συνεπώς, η δυτικού τύπου διατροφή, δηλαδή το είδος τροφής που τρώμε και στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από αυξημένο σχηματισμό AGEs.

Τα AGEs της τροφής απορροφώνται στο γαστρεντερικό σωλήνα και συμβάλλουν σημαντικά στην αύξηση των κυκλοφορούντων επιπέδων τους στο αίμα, καθώς και στην ανάπτυξη παθολογικών καταστάσεων με τρόπο ανάλογο με τα AGEs που παράγει ο οργανισμός μας. Τα AGEs αποβάλλονται από τους νεφρούς και η μειωμένη αποβολή τους από τον οργανισμό μας επί διαβητικής και μη διαβητικής νεφρικής ανεπάρκειας συμβάλλει στη βλαπτική αύξηση των επιπέδων τους στο αίμα.

.....

Η δυτικού τύπου διατροφή, δηλαδή το είδος τροφής που τρώμε και στην Ελλάδα, χαρακτηρίζεται από αυξημένο σχηματισμό AGEs

.....

Μεγάλος αριθμός ερευνητικών δεδομένων συσχετίζει τα AGEs γενικά με την παθολογία της αγγειοπάθειας, που είναι η πλέον συχνή επιπλοκή στα άτομα με διαβήτη, προσβάλλοντας τόσο τα μεγάλα όσο και τα μικρά αγγεία. Τα AGEs, όπως είπαμε, είναι συμπλέγματα που τροποποιούν τη δομή, τη μορφολογία και τη λειτουργικότητα διάφορων πρωτεϊνών ή λιπιδίων, με αποτέλεσμα τη διαταραχή δομής και λειτουργίας διάφορων οργάνων. Επιπρόσθετα, τα AGEs μέσω ενός φαύλου κύκλου διεγείρουν την έκκριση παραγόντων που συμμετέχουν στη διαδικασία της φλεγμονής και του οξειδωτικού στρες, τα οποία αποτελούν μοντέρνους παθογενετικούς μηχανισμούς για την ανάπτυξη πολλαπλών νοσημάτων, συμπεριλαμβανομένου του σακχαρώδους διαβήτη.

Η συσχέτιση των AGEs με την παθολογία της διαβητικής αγγειοπάθειας ενισχύεται από μελέτες θεραπευτικής παρέμβασης με αναστολείς του σχηματισμού των AGEs ή διάσπασης των AGEs-συμπλεγμάτων. Στις μελέτες αυτές παρατηρήθηκε σημαντική βελτίωση ή περιορισμός της εξέλιξης των βλαβών ανάλογα με τη βαρύτητα της αγγειοπάθειας.

Σχετικά πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα τόσο σε πειραματόζωα όσο και σε άτομα με διαβήτη έδειξαν ότι η μείωση της διατροφικής πρόσληψης των AGEs οδηγεί σε σημαντική βελτίωση της διαβητικής

μικρο- και μακροαγγειοπάθειας.

Τα AGEs φαίνεται όμως ότι συμμετέχουν και στην παθολογία της ανάπτυξης του σακχαρώδους διαβήτη. Αυτή η δράση έχει μελετηθεί σε πειραματόζωα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) και εξηγείται από τη διέγερση που προκαλούν τα AGEs στο σύστημα αυτοανοσίας των πειραματόζωων αυτών.

Περιορισμένες κλινικές μελέτες που χρησιμοποιούν αντι-AGEs φαρμακευτικές ουσίες φαίνεται ότι ενισχύουν τη θεώρηση αυτή. Επιπρόσθετα, τα AGEs συμβάλλουν σημαντικά και στην παθολογία ανάπτυξης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, αφού σχετίζονται με την ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη, που αποτελεί την αρχική διαταραχή στη φυσική εξέλιξη της νόσου. Η συσχέτιση αυτή υποστηρίζεται από δεδομένα σε πειραματικά μοντέλα διαβήτη, καθώς και κλινικές μελέτες παρατήρησης ή παρέμβασης με αντι-AGEs φαρμακευτικές ουσίες που δρουν με διάφορους μηχανισμούς (αντιυπερτασικά φάρμακα, μετορμίνη κ.λπ.). Δεδομένα από μελέτες σε πειραματικά μοντέλα ή «φαινομενικά» υγιή άτομα έδειξαν ότι η μειωμένη διατροφική πρόσληψη των AGEs οδήγησε στη μείωση των κυκλοφορούντων επιπέδων των AGEs, της κοιλιακής παχυσαρκίας και της αντίστασης στην ινσουλίνη, που αποτελούν βασικές διαταραχές που οδηγούν στην ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη.

Σύμφωνα με τα υπάρχοντα δεδομένα, τα AGEs εμπλέκονται στην παθολογία της ανάπτυξης του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του και η μείωση αυτών αποτελεί στόχο στη θεραπευτική προσέγγιση των ασθενών. Μέχρι σήμερα η διόρθωση των μεταβολικών διαταραχών, όπως της υπερηλικαιμίας και της δυσλιπιδαιμίας, η λήψη αντιδιαβητικών φαρμάκων, η λήψη αντιοξειδωτικών ουσιών και αντιυπερτασικών φαρμάκων φαίνεται ότι μειώνουν τα επίπεδα των AGEs και την εξ αυτών προκαλούμενη εμφάνιση του σακχαρώδους διαβήτη.

Η μείωση της διατροφικής πρόσληψης των AGEs αποτελεί μια νέα θεραπευτική θεώρηση, ενώ μελέτες παρέμβασης όπου χορηγούνται αντι-AGEs φαρμακευτικές ουσίες βρίσκονται ακόμη σε πειραματικό στάδιο. ■



Μήπως κάποια γεύματα
σας πέφτουν **βαριά;**



2 κάψουλες
πριν το γεύμα

Το Carbosylane είναι ένα αποτελεσματικό, φαρμακευτικό προϊόν για την πρόληψη ή/και ανακούφιση από τα συμπτώματα της δυσπεψίας και του μετεωρισμού – τη γνωστή βαρυστομαχιά και το φούσκωμα.

Carbosylane[®]
(Καρμποσυλάν)

Κάνει τα δύσπεπτα, εύπεπτα!



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε.
15ο χλμ. ΕΘΝ. ΟΔΟΥ ΑΘΗΝΩΝ - ΛΑΜΙΑΣ 145 64 ΚΗΦΙΣΙΑ, ΤΗΛ: 210-6294600 FAX: 210-6294610 Τ.Θ. 5128, ΓΡΑΦΕΙΟ ΘΕΣ/ΝΙΚΗΣ: ΑΔΡΙΑΝΟΥΠΟΛΕΩΣ 24, ΚΑΛΑΜΑΡΙΑ - Τ.Κ.: 551 33 ΘΕΣ/ΝΙΚΗ ΤΗΛ.: (2310) 480160, www.lilly.gr

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας και ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων Συνιστούν:

**ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ ΤΙΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ -
ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ / Ή ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ**

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Διάγνωση - Πρόληψη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια αυξανόμενη απειλή για την παγκόσμια υγεία, καθώς τείνει να λάβει επιδημικές διαστάσεις. Με βάση στοιχεία που προέρχονται από τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Σακχαρώδη Διαβήτη (IDF), ο αριθμός των διαβητικών είναι σήμερα 240 εκατομμύρια, ενώ το 2025 αναμένεται να ανέλθει στα 333 εκατομμύρια ή στο 6,3% του πληθυσμού της Γης!



όλο και συχνότερα σε παιδιά και εφήβους. Η αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη εξαναγκάζει τα β-κύτταρα να παράγουν περισσότερη ινσουλίνη για να ανταποκριθούν στις ανάγκες του οργανισμού. Η υπερινσουλιναιμία και η ινσουλινοαντοχή προκαλούν διαταραχή στην ομοιοστασία της γλυκόζης (προδιαβητική κατάσταση). Αν η κατάσταση αυτή δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα, τα β-κύτταρα εξαντλούνται σταδιακά, οδηγώντας σε ινσουλινοπενία, η οποία προοδευτικά οδηγεί σε υπεργλυκαιμία και εκδήλωση του σακχαρώδους διαβήτη. Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πρωταρχικό παράγοντα κινδύνου για την εμφάνιση σοβαρών χρόνιων επιπλοκών, όπως η νεφρική ανεπάρκεια, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, η διαβητική νευροπάθεια, η οποία σε συνδυασμό με τη διαβητική μακροαγγειοπάθεια μπορεί να οδηγήσουν σε ακρωτηριασμό, καθώς και τα καρδιαγγειακά νοσήματα. Για το λόγο αυτό, επειδή ο σακχαρώδης διαβήτης στα αρχικά τουλάχιστον στάδια αποτελεί μια σιωπηλή, δίχως συμπτώματα νόσο, κρίνεται απαραίτητη η έγκαιρη διάγνωση τόσο του ήδη εγκατεστημένου σακχαρώδους διαβήτη όσο και των ατόμων με υψηλή πιθανότητα εκδήλωσης της νόσου στο μέλλον.

Σύμφωνα με τις συστάσεις της ADA (Αμερικάνικη Ένωση Διαβήτη), πρέπει να ελέγχεται όλος ο πληθυσμός άνω των 45 ετών ανά 3 έτη. Ο έλεγχος χρειάζεται να ξεκινάει σε νεότερη ηλικία για τους υπέρβαρους ($\Delta\text{ΜΣ} \geq 25 \text{ kg/m}^2$) με έναν ή παραπάνω παράγοντες κινδύνου εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

διαβήτη, σε ποσοστό μεγαλύτερο του 60%, μεταξύ των ηλικιών 40-60 ετών.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 είναι μια νόσος που χαρακτηρίζεται από αντίσταση των περιφερικών ιστών του σώματος (μύες, λιπώδης ιστός, ήπαρ) στη δράση της ορμόνης ινσουλίνης και από δυσλειτουργία στην έκκριση της ορμόνης αυτής από το σημείο παραγωγής της, το β-κύτταρο του παγκρέατος. Είναι ο συχνότερος τύπος σακχαρώδους διαβήτη και σχετίζεται με την παχυσαρκία, την έλλειψη άσκησης, το οικογενειακό ιστορικό και τη μεγάλη ηλικία, αν και πλέον συναντάται



Π. ΓΚΑΡΟΥΤΣΟΥ,

Α. Κ. ΣΑΚΑΛΗ, Χ. ΣΠ. ΖΟΥΠΑΣ

Διαβητολογικό Κέντρο ΔΘΚΑ «Υγεία»

Αυτό αναμένεται να συμβεί διότι ο παγκόσμιος πληθυσμός αυξάνεται, ζει περισσότερο, γίνεται πιο παχύσαρκος και ολοένα και περισσότερο αυξάνεται ο καθιστικός τρόπος ζωής. Αυτό απλώς σημαίνει ότι όσο μεγαλώνουμε και παχαινούμε, ιδιαίτερα όταν έχουμε βεβαρημένο κληρονομικό ιστορικό, έχουμε αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουμε σακχαρώδη

- Ύπαρξη συγγενούς πρώτου βαθμού με σακχαρώδη διαβήτη (γονείς, αδέρφια)
- Ιστορικό διαταραγμένης γλυκόζης νηστείας ή παθολογικής ανοχής στη γλυκόζη
- Καθιστικός τρόπος ζωής
- Πολλοκυστικές ωοθήκες, μελανίζουσα ακάνθωση, σύνδρομο άνοιξης ύπνου
- Προέλευση από φυλές με υψηλό επιπολασμό διαβήτη (Αφροαμερικανοί, Ινδιάνοι της Αμερικής, Λατινοαμερικανοί, κάτοικοι Ειρηνικού Ωκεανού, Ασιάτες)
- Αρτηριακή πίεση $\geq 140/90$ mmHg
- HDL κολληστερόλη < 35 mg/dl
- Τριγλυκερίδια > 250 mg/dl
- Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου
- Εκδήλωση σακχαρώδους διαβήτη κύησης ή γέννηση παιδιού άνω των 4 kg (για γυναίκες).

Διαγνωστικά κριτήρια σακχαρώδους διαβήτη και ελαττωμένης ανοχής στη γλυκόζη (προδιαβήτη) - American Diabetes Association 1997 & 2003, World Health Organization 1999:

- Σακχαρώδης διαβήτης:** Συμπτώματα (πολυουρία, πολυδιψία, πολυφαγία και ανεξήγητη απώλεια βάρους σε σύντομο χρονικό διάστημα) και επιπλέον
- ανεύρεση τυχαίας γλυκόζης πλάσματος (ανεξάρτητα από την ώρα του προηγούμενου γεύματος) ≥ 200 mg/dl ή/και
 - γλυκόζη πλάσματος νηστείας (τουλάχιστον 8 ώρες νηστεία) ≥ 126 mg/dl ή/και
 - γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά τη χορήγηση 75 gr γλυκόζης και εφόσον έχει προηγηθεί ελεύθερη πρόσληψη υδατανθράκων επί 3 ημέρες (σακχαραιμική καμπύλη) ≥ 200 mg/dl.

Προδιαβήτης:

- Γλυκόζη πλάσματος νηστείας 100-125 mg/dl (διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας) ή
- γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες έπειτα από χορήγηση 75 gr γλυκόζης 140-199 mg/dl (ελαττωμένη ανοχή στη γλυκόζη).

Ιδανική κρίνεται σήμερα η διαίτα μειωμένων θερμίδων κατά 500-600 θερμίδες την ημέρα

Φυσιολογικές Τιμές:

- Γλυκόζη πλάσματος νηστείας < 100 mg/dl και
- γλυκόζη 2 ώρες έπειτα από χορήγηση 75 gr γλυκόζης < 140 mg/dl.

Πρέπει να τονιστεί ότι η διάγνωση δεν μπορεί να βασιστεί σε μετρήσεις τριχοειδικού αίματος που γίνονται με φορητό μηχανάκι αλλά σε μετρήσεις πλάσματος φλεβικού αίματος που γίνονται σε νοσοκομεία και ειδικά ιατρικά εργαστήρια. Αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), το μόριο που προκύπτει από τη σύνδεση της ελεύθερης γλυκόζης στο αίμα με την αιμοσφαιρίνη των ερυθροκυττάρων, σύμφωνα με διεθνείς συστάσεις, δεν αποτελεί διαγνωστικό κριτήριο του σακχαρώδους διαβήτη αλλά εξέταση που χρησιμεύει στην παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας της

θεραπείας του.

Εξαιτίας των τεράστιων διαστάσεων που τείνει να λάβει η νόσος, καθώς και των πολυάριθμων και σοβαρών επιπλοκών της, που αποτελούν μεγάλο πλήγμα για την υγεία και την οικονομία των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη, περισσότερο από ποτέ άλλοτε, τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο, η λήψη μέτρων για την πρόληψή της.

Τα διεθνή βιβλιογραφικά δεδομένα

Στις αρχές του 2000 στο ιατρικό περιοδικό «New England Journal of Medicine» δημοσιεύτηκε η μελέτη Diabetes Prevention Program, στην οποία η αλληλαγή τρόπου ζωής σε υπέρβαρους με προδιαβήτη (ελαττωμένη ανοχή στη γλυκόζη) μείωσε τον κίνδυνο για εκδήλωση σακχαρώδους διαβήτη κατά 58% και αποδείχθηκε ότι αποτελεί τον αποτελεσματικότερο τρόπο πρόληψής \square



Στόχος είναι η σταδιακή απώλεια βάρους της τάξης του 5%-10% του αρχικού με ρυθμό 0,5-1 κιλό την εβδομάδα

του. Ειδικότερα σε ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών, η μείωση ήταν ακόμα θεαματικότερη (71%)! Αποτελεσματική, σε ένα μικρότερο όμως ποσοστό (31%), κρίθηκε και η χορήγηση του αντιδιαβητικού διακίου μετφορμίνη, της οποίας η δράση συνίσταται στο να μειώνει την ενδογενή παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ και να αυξάνει την ευαισθησία των ιστών του σώματος στην ινσουλίνη (ευαισθητοποιητής ινσουλίνης). Σε παρόμοιο αποτέλεσμα κατέληξε και μια δεύτερη μελέτη (Finnish Diabetes Prevention Study), η οποία δημοσιεύτηκε σχεδόν ταυτόχρονα και απέδειξε ότι η αλλαγή τρόπου ζωής σε υπέρβαρους ασθενείς με προδιαβήτη και μεταβολικό σύνδρομο μείωσε τον κίνδυνο για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη κατά 58%.

Αλλαγή τρόπου ζωής σημαίνει αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με δίαιτα και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και στροφή προς ένα πιο υγιεινό μοντέλο διατροφής. Η παχυσαρκία συνδέεται με την αυξημένη παραγωγή από τα λιπώδη κύτταρα ουσιών όπως η λεπτίνη και η ρεζιστίνη, αλλά και με μειωμένα επίπεδα μιας τρίτης ουσίας, της αδιπονεκτίνης. Η υπερπαραγωγή λεπτίνης και ρεζιστίνης και η ανεπάρκεια της αδιπονεκτίνης είναι υπεύθυνες για την ινσουλινοαντίσταση και την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη.

Οι προτεινόμενες δίαιτες

Παρόλο που κατά καιρούς έχουν προταθεί πολλών ειδών δίαιτες για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας (δίαιτες υψηλές σε πρωτεΐνες, δίαιτες χαμηλές σε υδατάνθρακες, εξαιρετικά υποθερμικές στερητικές δίαιτες), ιδανική κρίνεται σήμερα η δίαιτα μειωμένων θερμίδων κατά 500-600 θερμίδες την ημέρα (σε καμία περίπτωση να μην είναι κάτω από 1.200 θερμίδες), η οποία βασίζεται στη

λήψη τακτικών μικρογευμάτων τα οποία περιέχουν ποικιλία τροφών χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Στόχος είναι η σταδιακή απώλεια βάρους της τάξης του 5%-10% του αρχικού με ρυθμό 0,5-1 κιλό την εβδομάδα. Η μείωση του σωματικού βάρους μειώνει την αντίσταση των ιστών στην ενδογενώς παραγόμενη ινσουλίνη, κάνοντάς τους πιο ευαίσθητους στη δράση της. Επίσης, απώλεια της τάξης του 10% του αρχικού βάρους μειώνει τη συστολική αρτηριακή πίεση κατά 10 mmHg, την ολική χοληστερόλη κατά 10%, τα τριγλυκερίδια κατά 30%, ενώ αυξάνει την HDL χοληστερόλη κατά

8%, προστατεύοντας τον οργανισμό από καρδιαγγειακούς κινδύνους.

Ο ρόλος της σωματικής άσκησης

Προς αυτή την κατεύθυνση, πρωταρχική είναι η συμβολή της καθημερινής σωματικής άσκησης. Το 2002 το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ κατέδειξε ως ιδανική άσκηση το γρήγορο περπάτημα για 60 λεπτά ημερησίως. Παρ' όλα αυτά, πλέον, είναι ευρέως αποδεκτό ότι οι οδηγίες για άσκηση πρέπει να εξατομικεύονται ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση της υγείας και τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες. Για το λόγο αυτό, σήμερα στα μεγάλα νοσοκομεία όπως το «Υγεία», οργανώνονται ειδικά κέντρα συνταγογράφησης της άσκησης, στα οποία γίνεται εκτίμηση του είδους, του μεγέθους, καθώς και της καταλληλότητας της άσκησης που πρέπει να κάνει κάθε άνθρωπος, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται το επιθυμητό αποτέλεσμα. Αυτό γίνεται με τη συμμετοχή ομάδας ατόμων, όπως αθλητίατροι, παθολόγοι, καρδιολόγοι,



διαβητολόγοι, πνευμονολόγοι και κλινικοί εργοφυσιολόγοι.

Η καθημερινή και πολύωρη παρακολούθηση τηλεόρασης, καθώς και η υπέρμετρη χρήση ηλεκτρονικών υπολογιστών συνιστάται να αποφεύγεται γιατί αποτελεί σημαντικό ανασταλτικό παράγοντα στην ένταξη της άσκησης στην καθημερινή ζωή.

Η φαρμακευτική αγωγή

Σε άτομα με ΔΜΣ >30kg/m² ή με ΔΜΣ >27kg/m² και συνυπάρχοντες παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη και, εφόσον οι παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής δεν φέρουν αποτέλεσμα στη μείωση του σωματικού βάρους για τουλάχιστον 3-6 μήνες, ενδείκνυται η έναρξη φαρμακευτικής αγωγής. Τα υπάρχοντα φάρμακα χορηγούνται αποκλειστικά υπό ιατρική επίβλεψη και είναι η ορλιστάτη, η σιβουτραμίνη και το Rimonabant. Η ορλιστάτη, εκλεκτικός αναστολέας της παγκρεατικής και γαστρικής λιπάσης, μειώνει την εντερική απορρόφηση του λίπους της τροφής αλλά και τα επίπεδα LDL χοληστερόλης και HbA1c. Μειονέκτημά της, η πρόκληση λιπαρών διαρροϊκών κενώσεων. Η σιβουτραμίνη, αναστολέας επαναπρόσληψης των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης, αυξάνει το αίσθημα κορεσμού και την ενεργειακή κατανάλωση, ενώ παράλληλα μειώνει τα τριγλυκερίδια και αυξάνει την HDL χοληστερόλη. Το Rimonabant, εκλεκτικός ανταγωνιστής των υποδοχέων 1 του ενδογενούς συστήματος κανναβινοειδών, δρα κυρίως στο κεντρικό νευρικό σύστημα προάγοντας την αίσθηση κορεσμού, αλλά και περιφερικά, μειώνοντας τη λιπογένεση. Το Rimonabant, παράλληλα με τη μείωση



του σωματικού βάρους, αυξάνει την HDL χοληστερόλη και τα επίπεδα της αδιπνεκτίνης, ενώ μειώνει τα τριγλυκερίδια και την HbA1c. Μειονέκτημά της, η εμφάνιση καταθλιπτικών φαινομένων και σπανιότερα αυτοκτονικού ιδεασμού.

Σε ασθενείς με ΔΜΣ >40kg/m² ή με ΔΜΣ >35kg/m² και δύο τουλάχιστον παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα και εφόσον έχει αποτύχει η συντηρητική θεραπεία για 1 έτος, συνιστάται η επεμβατική αντιμετώπιση της παχυσαρκίας. Οι κύριες επεμβάσεις που πραγματοποιούνται είναι η τοποθέτηση ρυθμιζόμενου δακτυλίου,

επέμβαση που επιτυγχάνει μέση απώλεια σωματικού βάρους κατά 14% στη δεκαετία και η γαστρική παράκαμψη (by-pass) με αναστόμωση τύπου Roux-en-Y, που επιτυγχάνει μέση απώλεια βάρους κατά 25% στη δεκαετία. Στις περιπτώσεις αυτές η μετεχειρτηκή παρακολούθηση χρειάζεται να είναι συχνή και μακροχρόνια λόγω των πολυάριθμων επιπλοκών και υποτροπών που μπορεί αυτές να εμφανίσουν.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί και να τονιστεί ιδιαίτερα ο ρόλος της ισορροπημένης υγιεινής διατροφής στην πρόληψη της παχυσαρκίας και κατ' επέκταση του σακχαρώδους διαβήτη. Αξιοσημείωτο είναι ότι η ελάττωση κατανάλωσης ζαχαρούχων αναψυκτικών σε παιδιά ηλικίας 7-11 ετών μειώνει την εμφάνιση υπέρβαρων και παχυσάρκων παιδιών κατά 7,5%. Για το λόγο αυτό είναι σημαντικό να ενημερώνεται και να εκπαιδεύεται το σύνολο του πληθυσμού για τις μικρές αλλαγές στις διατροφικές του συνήθειες, οι οποίες μπορούν να επιφέρουν μεγάλη βελτίωση τόσο στην υγεία όσο και στην ποιότητα της ζωής του. ■

Αλλαγή τρόπου ζωής σημαίνει αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με δίαιτα και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, καθώς και στροφή προς ένα πιο υγιεινό μοντέλο διατροφής.

Σακχαρώδης διαβήτης και εγκυμοσύνη

Παρακάτω θα αναφερθούμε χωριστά στις επιπτώσεις και την αντιμετώπιση (α) του σακχαρώδους διαβήτη που προϋπάρχει της εγκυμοσύνης και (β) του διαβήτη που εμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης (σακχαρώδης διαβήτης της κύησης)



Α ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 Η ΤΥΠΟΥ 2 ΚΑΙ ΚΥΗΣΗ

Ένα επαναστατικό και χαρμόσυνο γεγονός που έχει συντελεστεί την τελευταία 20ετία στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη (ΣΔ) είναι η δυνατότητα των γυναικών με ΣΔ τύπου 1 ή με ΣΔ τύπου 2 να γίνουν μητέρες.

Υπάρχουν πολυάριθμες μελέτες που όλες έχουν δείξει ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου κυρίως πριν όπως και κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, επιτρέπει στις μητέρες με ΣΔ να γεννήσουν φυσιολογικά υγιή παιδιά, όπως συμβαίνει και με όλες τις άλλες μητέρες.

Ο τρόπος για να πετύχει αυτό το επιθυμητό αποτέλεσμα κάθε γυναίκα με ΣΔ τύπου 1 ή 2 είναι μόνο ένας: ο προγραμματισμός της εγκυμοσύνης.

Αυτό σημαίνει ότι μόλις η γυναίκα αποφασίσει ότι επιθυμεί να γίνει μητέρα, πρέπει να απευθυνθεί σε θεράποντα γιατρό που ασχολείται με τον ΣΔ, ή καλύτερα σε ειδικά κέντρα παρακολούθησης εγκύων διαβητικών γυναικών, ώστε έγκαιρα και με τη βοήθεια της θεραπευτικής ομάδας να ρυθμίσει το σάκχαρό της όσο το δυνατόν πλησιέστερα στα φυσιολογικά όρια και μετά να μείνει έγκυος.

Η επιμονή στην ανάγκη του προγραμματισμού της κύησης οφείλεται στην εξής απλή διαπίστωση: όταν μια γυναίκα αντιλαμβάνεται ότι είναι έγκυος, ήδη φέρει στη μήτρα της ένα έμβρυο ηλικίας 6-8 εβδομάδων που έχει πλέον σχηματίσει τα βασικά όργανα του σώματός του. Είναι πλήρως αποδεδειγμένο ότι αν το έμβρυο σχηματισθεί μέσα στη μήτρα σε ένα περιβάλλον με πολύ σάκχαρο, που θα προέρχεται από το αυξημένο σάκχαρο της μητέρας, έχει σημαντικές πιθανότητες

(3-4 φορές περισσότερες από ότι συμβαίνει στον γενικό πληθυσμό) να γεννηθεί με συγγενείς ανωμαλίες (δηλαδή με βλάβες σε κάποια όργανα όπως η καρδιά, τα αγγεία, τα νεφρά κλπ.)

Αν όμως η υποψήφια μητέρα έχει ήδη ρυθμίσει το σάκχαρό της έγκαιρα πριν τη σύλληψη, τότε το μωρό δεν αντιμετωπίζει κανένα ιδιαίτερο πρόβλημα.

Επίσης στη διάρκεια του προγραμματισμού θα γίνει και ο πλήρης έλεγχος για πιθανές επιπλοκές του ΣΔ, ώστε με την έγκαιρη αντιμετώπισή τους, να προχωρήσει με ασφάλεια η μητέρα στη μελλοντική εγκυμοσύνη (π.χ. αν υπάρχει παραγωγική αμφιβληστροειδοπάθεια θα προχωρήσει σε φωτοπηξία με laser και στη συνέχεια μπορεί να προχωρήσει στην εγκυμοσύνη). Ελάχιστες είναι οι περιπτώσεις όπου η ύπαρξη σοβαρών επιπλοκών δεν θα επιτρέψουν σε μια γυναίκα με ΣΔ τύπου 1 να προχωρήσει σε εγκυμοσύνη (π.χ. καρδιοπάθεια).

Παράλληλα προχωρούμε σε διακοπή φαρμάκων που συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών στο έμβρυο (π.χ. στατίνες, αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου). Επίσης η φάση αυτή παρέχει ιδανική ευκαιρία για διακοπή του καπνίσματος.

Οι γυναίκες με ΣΔ τύπου 2 πρέπει πριν να προχωρήσουν σε εγκυμοσύνη να αντικαταστήσουν τα αντιδιαβητικά δισκία με ινσουλίνη, επειδή τα δισκία μπορεί να βλάψουν το έμβρυο.

Τέλος, πρέπει να τονιστεί ότι σήμερα ο κανόνας είναι ότι οι έγκυες γυναίκες με ΣΔ τύπου 1 παρακολουθούνται τακτικά (κάθε 1-2 εβδομάδες) στο εξωτερικό ιατρείο και δεν χρειάζεται να νοσηλεύονται σε νοσοκομείο, όπως γινόταν παλαιότερα.



ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ

Ενδοκρινολόγος

Υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου
Κύησης του Α' Ενδοκρινολογικού Τμήματος
του Νοσοκομείου «Αιεξάνδρα»

B ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΗΣ ΚΥΗΣΗΣ (ΣΔΚ)

1. Τι είναι ο ΣΔΚ;

Η εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη (δηλαδή αυξημένου σακχάρου στο αίμα) για πρώτη φορά στη διάρκεια εγκυμοσύνης.

2. Ποιες κατηγορίες εγκύων γυναικών έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν ΣΔΚ;

Μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν ΣΔΚ έχουν οι γυναίκες των οποίων το ιστορικό περιλαμβάνει ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω:

- Προηγούμενος σακχαρώδης διαβήτης της κύησης
- Παχυσαρκία
- Σακχαρώδης διαβήτης στην οικογένεια (γονείς - αδέρφια)
- Ηλικία μεγαλύτερη από τα 30 έτη
- Γέννηση προηγούμενου μωρού με βάρος μεγαλύτερο από 4 κίλγρ.
- Προηγούμενος ενδομήτριος θάνατος εμβρύου
- Εμφάνιση αυξημένης αρτηριακής πίεσης στη διάρκεια προηγούμενης εγκυμοσύνης
- Εμφάνιση σακχάρου στα ούρα.

Πρέπει να τονίσουμε ότι η παρουσία αυτών των παραγόντων κινδύνου δεν σημαίνει υποχρεωτικά ότι θα εμφανιστεί ΣΔΚ. Επίσης, ισχύει και το αντίστροφο: δηλαδή γυναίκες χωρίς κανέναν από τους παραπάνω παράγοντες κινδύνου μπορεί να παρουσιάσουν ΣΔΚ.

3. Πώς γίνεται η διάγνωση του ΣΔΚ;

Η συννηθέστερη και απλούστερη διαδικασία η οποία προτείνεται είναι η εκτέλεση της δοκιμασίας ανίχνευσης του ΣΔΚ.

Για τη δοκιμασία αυτή δεν απαιτείται ειδική προετοιμασία ούτε χρειάζεται η έγκυος γυναίκα να είναι νηστική. Χορηγούνται 50 γραμ. γλυκόζης με τη μορφή σακχαρούχου υγρού και σε μία ώρα λαμβάνεται αίμα. Αν η τιμή γλυκόζης πλάσματος είναι μικρότερη από 140 mg/dl, θεωρείται ότι



η έγκυος δεν παρουσιάζει ΣΔΚ.

Αν η γλυκόζη πλάσματος είναι υψηλότερη των 140 mg/dl, τότε πρέπει να ακολουθηθεί η διαγνωστική σακχαραιμική καμπύλη, που φαίνεται στον ακόλουθο πίνακα.

Κριτήρια διάγνωσης ΣΔΚ

- Χορήγηση 100 γραμ. γλυκόζης από το στόμα.
- Μέτρηση γλυκόζης αίματος ανά ώρα επί 3ωρο.

Γλυκόζη νηστείας	95 mg/dl
Γλυκόζη 60'	180 mg/dl
Γλυκόζη 120'	155 mg/dl
Γλυκόζη 180'	140 mg/dl

Αν δύο ή περισσότερες τιμές είναι ίσες ή μεγαλύτερες από τα ανωτέρω όρια, τότε έχουμε διάγνωση ΣΔΚ.

Η δοκιμασία πρέπει να γίνεται το πρωί ύστερα από 8ωρη-14ωρη νηστεία.

Η εξεταζόμενη έγκυος πρέπει τουλάχιστον τις 3 προηγούμενες μέρες να τρώει

κανονικά (αρκετά ζυμαρικά - φρούτα), χωρίς να κάνει δίαιτα, και να μην περιορίζει τη φυσική της δραστηριότητα.

Πρέπει να τονιστεί ότι ένα ποσοστό περίπου 15% των γυναικών που έχουν θετικό αποτέλεσμα στην πρώτη δοκιμασία ανίχνευσης (δηλαδή σάκχαρο

Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά μητέρων με ΣΔΚ παρουσιάζουν στην εφηβεία πιο συχνά παχυσαρκία και διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη.

αίματος στη 1 ώρα πάνω από 140 mg/dl) αποδεικνύεται ότι δεν έχει ΣΔΚ βάσει των αποτελεσμάτων της διαγνωστικής σακχαραιμικής καμπύλης.

4 Ποια είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του ΣΔΚ;

Ο θεραπευτικός στόχος είναι η διατήρηση του σακχάρου αίματος στα φυσιολογικά επίπεδα όλο το 24ωρο μέχρι το τέλος της εγκυμοσύνης, ώστε στο έμβρυο να φτάνουν οι φυσιολογικές ποσότητες σακχάρου που χρειάζεται.

Για να είμαστε σίγουροι ότι επιτυγχάνεται αυτός ο στόχος πρέπει η ίδια η έγκυος να μάθει να μετρά μόνη της το σάκχαρό της συνήθως πριν και μία ώρα μετά τα γεύματα με τη χρήση ενός μετρητή γλυκόζης. Η εκπαίδευση στη χρήση του θα γίνει από τη θεραπευτική ομάδα που θα την παρακολουθεί.

Ένα σωστό διαιτολόγιο προσαρμοσμένο στις ανάγκες της κύησης, στο σωματικό της βάρος και στις προτιμήσεις της θα διαμορ-

φωθεί με τη βοήθεια διαιτολόγου.

Αν δεν υπάρχουν ιδιαίτεροι μαιευτικοί λόγοι που να την αποτρέπουν, η σωματική άσκηση, όπως για παράδειγμα το περπάτημα μετά τα γεύματα, μπορεί να βοηθήσει στη ρύθμιση του σακχάρου.

Αν παρά ταύτα δεν επιτυγχάνονται επίπεδα σακχάρου μέσα στα φυσιολογικά όρια, τότε θα χορηγηθεί ινσουλίνη. Η ινσουλίνη έχει το πλεονέκτημα να μην περνά μέσω του πλακούντα στο έμβρυο. Αμέσως μετά τον τοκετό επιβάλλεται η διακοπή χορήγησης ινσουλίνης.

5 Ποιες πιθανές βλάβες στο έμβρυο προλαμβάνει η θεραπεία του ΣΔΚ;

Η διάγνωση του ΣΔΚ και η άμεση θεραπευτική αντιμετώπισή του έχει ως μοναδικό στόχο να προφυλάξει το έμβρυο από μια παθολογική κατάσταση που περιγράφεται ως **μακροσωμία**.

Η μητέρα με ΣΔΚ παρουσιάζει αυξημένη ποσότητα σακχάρου στο αίμα. Το σάκχαρο αυτό περνάει στον πλακούντα

και διεγείρει το πάγκρεας του εμβρύου, το οποίο παράγει μεγάλες ποσότητες ινσουλίνης. Ο συνδυασμός αυτών των μεγάλων ποσοτήτων ινσουλίνης στο έμβρυο με την αυξημένη προσφορά σακχάρου και άλλων θρεπτικών συστατικών από το αίμα της μητέρας έχει ως αποτέλεσμα υπερβολική ανάπτυξη του εμβρύου, που εκφράζεται με τη συσσώρευση λίπους στο σώμα του. Το έμβρυο έτσι γίνεται μακροσωμικό και το βάρος στη γέννηση μπορεί να ξεπερνά τα 4 κήγρ. Η γέννηση ενός μακροσωμικού νεογνού παρουσιάζει δυσκολίες στον τοκετό. Επίσης, αμέσως μετά τη γέννηση μπορεί το βρέφος να παρουσιάσει υπογλυκαιμία, δηλαδή χαμηλό επίπεδο σακχάρου στο αίμα, επειδή συνεχίζει να παράγει μεγάλη ποσότητα ινσουλίνης, ενώ η προσφορά σακχάρου από τη μητέρα έχει διακοπεί μετά τον τοκετό.

Τέλος, πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει ότι τα παιδιά μητέρων με ΣΔΚ παρουσιάζουν στην εφηβεία πιο συχνά παχυσαρκία και διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη.

Πρέπει να γίνει σαφές ότι όλες αυτές οι δυσμενείς για το έμβρυο καταστάσεις **προλαμβάνονται** με την έγκαιρη θεραπεία του ΣΔΚ.

6 Τι κίνδυνο παρουσιάζουν τα παιδιά γυναικών με ΣΔΚ να εμφανίσουν διαβήτη;

Οι πιθανότητες εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1 είναι οι ίδιες με εκείνες στο γενικό πληθυσμό, δηλαδή με τα παιδιά των γυναικών που δεν παρουσίασαν ΣΔΚ.

Οι πιθανότητες εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 σε μεγάλη ηλικία στον απόγονο είναι σχετικά αυξημένη, αφού είναι γνωστό ότι ο ρόλος της κληρονομικής προδιάθεσης παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις ότι και το υπεργλυκαιμικό περιβάλλον μέσα στη μήτρα όπου αναπτύσσεται το έμβρυο μπορεί να συμβάλει στην προδιάθεση για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 στην ενήλικη ζωή, ανεξάρτητα από την κληρονομική προδιάθεση (δηλαδή τα γονίδια που κληρονομεί από τους γονείς). Αυτός είναι ένας ακόμη λόγος για την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη κύησης. ■



Παιδική παχυσαρκία

Η παγκόσμια επιδημία αφορά και τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Π. ΧΙΩΤΗΣ
Παιδίατρος - Ενδοκρινολόγος

Αντιμετώπιση - Πρόληψη

Η συχνότητα της παιδικής παχυσαρκίας έχει παγκοσμίως αυξηθεί και γίνεται οξυγόνο μεγαλύτερο το πρόβλημα για τη δημόσια υγεία.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει χαρακτηρίσει την παχυσαρκία νόσο. Σήμερα όλα τα δεδομένα βεβαιώνουν ότι η παχυσαρκία θα είναι η πιο διαδεδομένη μη μεταδοτική νόσος του 21ου αιώνα που λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας.

Γνωρίζουμε σήμερα ότι η παχυσαρκία των παιδιών και των εφήβων θεραπεύεται δυσκολότερα από την παχυσαρκία

των ενηλίκων. Ακόμα γνωρίζουμε ότι τα αποτελέσματα της θεραπευτικής αγωγής ενηλίκων παχύσαρκων είναι λιγότερο ικανοποιητικά όταν η παχυσαρκία τους εγκαταστάθηκε κατά τη βρεφική ή παιδική ηλικία σε σύγκριση με εκείνους που η παχυσαρκία τους άρχισε μετά την ενηλικίωσή τους. Πρέπει, επομένως, σε κάθε παχύσαρκο άτομο να ξέρουμε το παθογενετικό υπόστρωμα, δηλαδή να ξέρουμε εάν η παχυσαρκία των παιδιών και εφήβων οφείλεται σε:

- γενετική προδιάθεση
- υπερσιτισμό ή άγλυτη λαθρομένη διατροφή
- ελαττωμένη κινητικότητα
- ορμονική διαταραχή (σπάνια)
- ψυχολογικά προβλήματα

Εφόσον διαπιστωθεί ότι πρόκειται για απλή παχυσαρκία που καλύπτει το 95%-98% των περιπτώσεων της παιδικής παχυσαρκίας, η αντιμετώπισή της στηρίζεται σε 3 βασικούς πυλώνες:

- Δίαιτα
- Άσκηση
- Ψυχολογική Υποστήριξη

Δίαιτα (σωστή διατροφή)

Η διατροφή ενός παιδιού ή εφήβου πρέπει να είναι πλούσια σε πρωτεΐνη, περιορισμένη σε λίπος, προσεκτικά μειωμένη σε θερμίδες και να είναι επαρκής σε βιταμίνες και ιχνοστοιχεία.

Σκοπός του διατροφικού αυτού προγράμματος είναι η μακροπρόθεσμη απώλεια βάρους μέσα από μια συντηρητική αγωγή που διαμορφώνει σωστές διατροφικές συνήθειες χωρίς να αναστέλλει τη φυσιολογική ανάπτυξη του παιδιού.

Η επιθυμητή κατανομή των θεραπευτικών συστατικών στο σύνολο των θερμίδων θα μπορούσε να είναι: 50%-60% υδατάνθρακες, 25%-30% λίπη, 10%-15% πρωτεΐνες.

Πρωτεΐνες: Ένα παιδί, ανάλογα με την ηλικία του, χρειάζεται κάθε μέρα πρωτεΐνη υψηλής βιολογικής αξίας, ώστε να καλύπτει τις ανάγκες της ανάπτυξης. Συνήθως το γάλα, τα γαλακτοκομικά προϊόντα, το κρέας, το ψάρι, το κοτόπουλο και τα αυγά καλύπτουν καθημερινά τις ανάγκες του παιδιού σε πρωτεΐνες υψηλής βιολογικής αξίας.

Υδατάνθρακες: Τα νωπά φρούτα και τα λαχανικά παρέχουν καθημερινά στον οργανισμό του παιδιού τις απαραίτητες βιταμίνες και ιχνοστοιχεία που χρειάζεται, ενώ παράλληλα προσφέρουν και φυτικές ίνες, απαραίτητες στη σωστή λειτουργία του πεπτικού συστήματος.

Λίπη: Περιορισμός των λιπαρών. Αυτό επιτυγχάνεται με τη μείωση της πρόσληψης ζωικών λιπαρών (κατανάλωση μερικώς αποβουτυρωμένου γάλακτος, αποφυγή κρεάτων υψηλής περιεκτικότητας σε λίπος, τηγανισμένων τροφίμων, γλυκισμάτων, έτοιμων παρασκευασμάτων του εμπορίου) και τον περιορισμό του προστιθέμενου λίπους μαγειρέματος.

Το διαιτολόγιο δεν πρέπει να είναι μονότονο αλλά να είναι όσο το δυνατόν γευστικότερο και ωραία σερβιρισμένο.

Γενικά: Για το παχύσαρκο παιδί και έφηβο θα πρέπει να είναι γνωστό λεπτομερώς το είδος του προηγούμενου διαιτολογίου και να απομακρύνουμε με όση διακριτικότητα μπορούμε κάθε περιττή τροφή.

Ο περιορισμός των θερμίδων –και όταν ακόμα είναι μικρός αλλά εφαρμόζεται με συνέπεια για μακρό χρονικό διάστημα– έχει εξαιρετικά αποτελέσματα στην καταπολέμηση της παχυσαρκίας, χωρίς να επηρεάζεται δυσμενώς το ανάστημα.

Γεννάται τώρα το ερώτημα: Τηρούνται σχολαστικά τα μέτρα αυτά;

Η απάντηση είναι «ναί», εφόσον ξέρουμε ότι το πάχος κάνει κακό. Ιδιαίτερα δύσκολη για την εφαρμογή προγράμματος υγιεινής διατροφής είναι η περίοδος

της εφηβείας. Στην περίοδο αυτή ο έφηβος αναζητά να αναπτύξει τη δική του προσωπικότητα. Στην προσπάθεια αυτή να ανεξαρτητοποιηθεί τρώει όλο και πιο συχνά μακριά από το σπίτι του, με τους φίλους του, και καταναλώνει τις περισσότερες φορές αλόγιστες ποσότητες φαγητού ή γλυκισμάτων.

Ιδιαίτερα στον έφηβο με σακχαρώδη διαβήτη υπάρχουν και άλλοι παράγοντες – τα ψυχολογικά προβλήματα που του δημιουργούν μια παρόρμηση να φάει παραπάνω. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αυξάνεται το βάρος του. Το αυξημένο βάρος στον έφηβο με σακχαρώδη διαβήτη μπορεί να είναι επικίνδυνο, γιατί –εκτός από τις δυσμενείς επιπτώσεις που συμβαίνουν σε κάθε παχύσαρκο (υπέρταση, αυξημένη χοληστερίνη, κρίσεις άπνοιας κ.ά.)– το λίπος προκαλεί αντίσταση στην ινσουλίνη, δηλαδή χρειάζονται μεγαλύτερες ποσότητες ινσουλίνης για το «κάψιμο» του σακχάρου. Αυτό πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα την εμφάνιση υπογλυκαιμίας. Τότε τρώει φαγητό για να αντιμετωπίσει την υπογλυκαιμία, παθαίνει κατάθλιψη διότι βλέπει τον εαυτό του να παχαίνει, σαν διεξοδο βρίσκει πάλι το φαγητό και έτσι η παχυσαρκία του διαιωνίζεται και γενικά πέφτει σε ένα φαύλο κύκλο.

Γι' αυτό για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας του παιδιού και εφήβου με σακχαρώδη διαβήτη επιβάλλονται:

- να τηρείται σχολαστικά το διαιτολόγιο, όπως σε κάθε άνθρωπο που θέλει να διατρέφεται υγιεινά
- ο έφηβος να ξέρει τις θερμιδικές του ανάγκες στη διάρκεια της μέρας
- στη διατροφή του να χρησιμοποιεί φυτικές ίνες
- η ολική ποσότητα της τροφής να κατανέμεται σωστά στη διάρκεια του 24ώρου, για να καλύπτει επαρκώς τη χορηγούμενη ινσουλίνη
- το κάθε γεύμα να είναι ισορροπημένο (λεύκωμα - λίπην - υδατάνθρακες - φυτικές ίνες)
- η ολική νηστεία ή παράληψη γευμάτων, όταν ο παχύσαρκος διαβητικός έφηβος θέλει να κάνει δίαιτα, αποτελεί κακή τακτική. Επηρεάζει αρνητικά και την ψυχική του υγεία και του απορυθμίζει το σακχαρώδη διαβήτη.



Ιδιαίτερα δύσκολη για την εφαρμογή προγράμματος υγιεινής διατροφής είναι η περίοδος της εφηβείας

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η εφαρμογή των κανόνων σωστής διατροφής δεν μπορεί να είναι βραχυπρόθεσμη. Πρέπει να γίνει τρόπος ζωής όχι μόνο του παιδιού αλλά όλης της οικογένειας.

Άσκηση

Αποτελεί βασικό πυλώνα της θεραπείας, γιατί μέσω της αυξημένης σωματικής δραστηριότητας πρέπει να δαπανηθεί περισσότερη ενέργεια, ώστε να επιτευχθεί μείωση του σωματικού λίπους και ευεξία. Πρέπει το άτομο με διαβήτη να ξέρει να καλυφθεί θερμιδικά τις ώρες της άσκησης, για να μην παρουσιάσει υπογλυκαιμία.

Κατάλληλες ασκήσεις για τα παχύσαρκα παιδιά είναι το βάδισμα, η κοιλύμβηση, η ποδηλασία, το τένις, ο χορός, το jogging.

Ελάττωση σωματικού βάρους εμφανίζεται έπειτα από 10-12 εβδομάδες συνεχούς άσκησης.

Πρέπει το παχύσαρκο παιδί να ενθαρρύνεται και να υποστηρίζεται ψυχολογικά τόσο από το γυμναστή του όσο και από το γονεϊκό περιβάλλον ώστε να μην εγκαταλείψει τις προσπάθειές του, είτε από την εύκολη κόπωση είτε από τη μη θεαματική ελάττωση του βάρους του. Να είναι δηλαδή προετοιμασμένο για το βαθμό της επιτυχίας τόσο της διαίτας όσο και της άσκησης, ώστε το αποτέλεσμα να μην υπολείπεται των προσδοκιών.

Στην αντιμετώπιση της παιδικής παχυσαρ-

κίας δεν χρησιμοποιούνται φάρμακα.

Επίσης δεν ενδείκνυται χειρουργική αντιμετώπιση, όπως συμβαίνει σε περιπτώσεις ενηλίκων παχύσαρκων. Επομένως, μένει στο ίδιο το άτομο να φυλαχτεί από την παχυσαρκία. Να αποηλαχτεί από αυτή, γιατί δεν υπάρχουν φάρμακα ή μαγικές συνταγές που μπορεί να δώσει ο γιατρός

Πώς μπορεί να το πετύχει;

Με το να ακολουθεί σωστή διατροφή από τη βρεφική ηλικία

- Τα παχουλά μωρά να εντοπίζονται έγκαιρα και να τους γίνεται περιορισμός της υπέρμετρης ποσότητας γάλακτος και γενικά τροφής
- «Όχι» στη ζάχαρη και στα σοκολατούχα δημητριακά στο γάλα
- Αποφυγή γλυκών και αναψυκτικών από τη μικρή ηλικία
- Να εξαλειφθεί η νοοτροπία των γονέων ότι «το πάχος είναι υγεία»
- Τα κυλίκια των σχολείων να προσεχθούν και να προσφέρουν υγιεινές τροφές
- Τα παιδιά να βρίσκουν λίγο ελεύθερο χρόνο για αθλοπαιδιές και σπορ
- Συνεργασία γονέων - δασκάλων - γιατρών - διαιτολόγων

Να κατανοηθεί από όλα τα μέλη της οικογένειας ότι αυτή είναι η σωστή διατροφή που πρέπει να ακολουθούν όλοι τους για όχι μικρή χρονική περίοδο αλλά αυτό να γίνει τρόπος ζωής. ■

1ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ ΜΕ ΔΙΕΘΝΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ

27-29 Μαρτίου 2008, Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα



Από αριστερά: ο επικ. καθηγητής κ. Ν. Τεντολούρης, ο κ. Π. Μπάλλας, ο οματ. καθηγητής κ. Ν. Κατσιλάμπρος, ο κ. Χρ. Μανές

ΠΩΡΓΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Νευρολόγος

Ο επιπολασμός του σακχαρώδους διαβήτη αυξάνεται διαρκώς με ανησυχητικούς ρυθμούς ανά τον κόσμο. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι πάσχουν από την πολυσυστηματική αυτή νόσο, η οποία έχει άμεσο αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ιδίων και συχνά και των οικογενειών τους. Δυστυχώς, σήμερα μιλάμε για μια πανδημία η οποία υπολογίζεται ότι μέχρι το έτος 2025 θα έχει πλήξει 333 εκατομμύρια ανθρώπους.

Ως γνωστόν, ο σακχαρώδης διαβήτης κατά την πορεία του προκαλεί μακρο- και μικροαγγειοπάθεια, καθώς και νευροπάθεια, επηρεάζοντας έτσι όλα τα ζωτικά όργανα. Μια από τις πιο τρομακτικές οντότητες που σχετίζονται με το διαβήτη είναι το «διαβητικό πόδι», που καταλήγει συχνά σε αναγκαστικό ακρωτηριασμό του άκρου. Τα διαβητικά άτομα υφίστανται το 70% του συνόλου των ακρωτηριασμών των κάτω άκρων, ενώ έχουν 25 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο ακρωτηριασμού από το γενικό πληθυσμό, σύμφωνα με όσα είπε ο επίκουρος καθηγητής Παθολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Ν. Τεντολούρης** σε επιστημονική εκδήλωση που διοργανώθηκε για το θέμα αυτό.

Ο κ. Τεντολούρης είναι γενικός γραμματέας της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού, μια οργάνωση που

συστήθηκε πρόσφατα, με στόχο το συντονισμό των εμπλεκόμενων επιστημόνων και την οργάνωση ειδικών ομάδων για τη βέλτιστη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των βλαβών στα πόδια διαβητικών ασθενών. Τα διεθνή δεδομένα είναι ενθαρρυντικά, καθώς, βάσει μελετών, διαπιστώνεται μείωση ως και 80% των ακρωτηριασμών σε χώρες που εφάρμοσαν εθνικά προγράμματα πρόληψης, τόσο στο επίπεδο της αναγνώρισης των ασθενών υψηλού κινδύνου και κατάλληλης ενημέρωσης αυτών όσο και στο επίπεδο της δημιουργίας εξειδικευμένων επιστημονικών ομάδων αντιμετώπισης.

Ο διαβητικός ασθενής δεν είναι σε θέση, λόγω της νευροπάθειάς του και της ελάττωσης της αισθητικότητας, να αντιληφθεί τη δημιουργία πληγής στα άκρα του, με αποτέλεσμα να μην την προστατεύει. Έτσι, το μικρό τραύμα συχνά επιμορλώνεται, η φλεγμονή εξελίσσεται και αναπτύσσεται γάγγραινα, που τελικά οδηγεί σε ακρωτηριασμό. Πολλοί θεράποντες ιατροί που καλούνται να φροντίσουν ένα διαβητικό πόδι δεν γνωρίζουν ποια είναι η ενδεδειγμένη πρακτική αντιμετώπιση. Την ενημέρωση αυτών ευελπιστεί –μεταξύ άλλων– να διευκολύνει η εταιρεία.

Σύμφωνα με τον κ. Τεντολούρη, υπάρχουν διάφορα μέσα που μπορεί κανείς να χρησιμοποιήσει στη φροντίδα ενός διαβητικού ποδιού. Για παράδειγμα, ανέφερε

τη διάθεση δύο σύγχρονων επιθεμάτων (Flaminal Hydro, Flaminal), τα οποία, εφαρμοζόμενα στο άκρο, επιταχύνουν την επούλωση του έλκους και αποτρέπουν τις τοπικές λοιμώξεις. Πρόκειται για βακτηριοκτόνα υδρο-αλγινικά επιθέματα, τα οποία καταστρέφουν τους μικροοργανισμούς (μύκητες και βακτήρια) που πιθανόν να αναπτυχθούν στο σημείο της βλάβης, χωρίς όμως να νεκρώνουν και τα υγιή παρακείμενα κύτταρα, επιτρέποντας έτσι την αναγέννηση του ιστού και τελικά την επούλωση. Στην επούλωση συμβάλλει και το γεγονός ότι διατηρούν στην πληγή υγρό περιβάλλον, ενώ ταυτόχρονα απομακρύνουν το υπερβολικό εξίδρωμα και τους νεκρωμένους ιστούς. Οι δράσεις τους αυτές τα διαφοροποιούν από τα μέχρι σήμερα διαθέσιμα μικροβιοκτόνα, τα οποία, δυστυχώς, είναι κυτταροτοξικά.

Οι ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις ενός ακρωτηριασμού είναι πολύ σοβαρές. Ξαφνικά το διαβητικό άτομο καθίσταται ανάκανο να αυτοεξυπηρετηθεί και εξαρτάται από την οικογένεια και τους οικείους του, οι οποίοι συχνά δεν είναι έτοιμοι να ανταποκριθούν στη νέα αυτή κατάσταση. Η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση είναι συχνά φαινόμενα, ενώ και το οικονομικό κόστος διαβίωσης ενός ακρωτηριασμένου ατόμου είναι πολλές φορές δυσβάσταχτο.

Ο κ. Τεντολούρης καταλήγει ότι η Εταιρεία Μελέτης Διαβητικού Ποδιού σκοπεύει να συνεργαστεί με τους συλλόγους διαβητικών ασθενών και ταυτόχρονα να απευθυνθεί σε όλους τους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται για την επίτευξη μιας συντονισμένης και αποτελεσματικής δράσης για την αποφυγή των ακρωτηριασμών.

ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Επιστημονική εκδήλωση προς τιμήν του καθηγητή κ. Χρήστου Μπαρτσόκα, 20 Απριλίου 2008, Αίγλη Ζαπφείου

Το Διαβητολογικό Κέντρο της Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» διοργάνωσε στις 20 Απριλίου 2008 επιστημονική εκδήλωση με τίτλο «Διεθνείς εξελίξεις και προοπτικές στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1». Η εκδήλωση διοργανώθηκε στην Αίγλη του Ζαπφείου και την τίμησαν με την παρουσία τους εξέχουσες προσωπικότητες από τον επιστημονικό κόσμο όπως ο καθηγητής κ. **Γ. Χρούσος**, διευθυντής της Α΄ Παιδιατρικής κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο καθηγητής κ. **Δημήτριος Καφετζής**, διευθυντής της Β΄ Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. **Δημήτρης Χιώτης** και ο πρόεδρος του ΕΚΕΔΙ καθηγητής κ. **Σωτήρης Ράπτης**, μεταξύ άλλων. Σημαντικό μέρος της εκδήλωσης αφιερώθηκε στην παρουσίαση της δραστηριότητας και του έργου του Διαβητολογικού Κέντρου, το οποίο έχει ιδρυθεί από τον κ. **Χρήστο Μπαρτσόκα**, ενώ σημαντικές εξελίξεις παρουσιάστηκαν και κατά τη διάρκεια του στρογγυλού τραπεζιού με θέμα τις διεθνείς εξελίξεις και προοπτικές στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1. Κατά τη διάρκεια της εκδήλωσης απονεμήθηκε τιμητική πλάκα στον καθηγητή κ. Μπαρτσόκα, ενώ αναγνώστηκε και το αφιερωμένο σονέτο «Χρήστος Μπαρτσόκας "Προσωπογραφία"» του κ. **Φώτη Παυλάτου**, το οποίο και παραθέτουμε.



*Στ' αλήθεια, ποιος μπορεί ν' αποιμήσει
του Χρήστου Μπαρτσόκα έργα, μέρες
και του πνευματανθούς σου τις σέρες,
με ποιες νόρμες ετούτα να μετρήσει;*

*Στο κάθε βήμα σου, σταθμό, στη ζήση
τις μόρες απηφώντας, τους αγέρες
πνευματικούς μας άνοιξες αιθέρες
της γνώσης, της αγάπης το μελίσι.*

*Αστείρευτη πηγή τα νάματά σου
έδωσαν στόχους, νόημα κι ελπίδες
και τα πολλή τα χνάρια τα δικά σου
ανεξίτηλα μένουν και διαχίτιδες.*

*Και τ' αφιέρωμα στην καλοσύνη:
«Στο γιατρό μας μ' αγάπη, ευγνωμοσύνη».*

1. Ο ομοτ. καθ. Χρ. Μπαρτσόκας και ο κ. Χιώτης
2. Ο κ. Μπαρτσόκας και η κ. Βαζαίου
3. Ο καθ. Φ. Παυλάτος
4. Ο κ. Φ. Παυλάτος και ο κ. Μπαρτσόκας

7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΟΔΙ

18-19 Οκτωβρίου 2008, Ξενοδοχείο Aldemar

Το 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΛΟΔΙ θα πραγματοποιηθεί στις 18 και 19 Οκτωβρίου 2008 στη Σκαφιδιά Ηλείας, στο ξενοδοχείο Aldemar. Οι δηλώσεις συμμετοχής πρέπει να υποβληθούν μέχρι τις 20 Ιουνίου 2008 στις γραμματείες των συλλόγων που απαρτίζουν την ΕΛΟΔΙ ή στα γραφεία της ΕΛΟΔΙ στα τηλέφωνα 210 8233954, 210 3227244, στο fax 210 8217444, καθώς και στην ηλεκτρονική διεύθυνση chiotisd@hotmail.com.



35ο ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΥ

19 - 22 Μαρτίου 2008, Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο Μεγάρου Μουσικής Αθηνών

Με μεγάλη επιτυχία διεξήχθη από τις 19 έως τις 22 Μαρτίου στο Διεθνές Συνεδριακό Κέντρο του Μεγάρου Μουσικής Αθηνών το 35ο Συνέδριο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού. Στο

πλαίσιο του συνεδρίου, παρουσιάστηκαν πολυάριθμες εξελίξεις που αφορούν την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη και των επιπλοκών του. Παράλληλα, σημαντικό ενδιαφέρον προσέληκε το περίπτερο της ΕΛΟΔΙ, στο οποίο οι συμ-

μετέχοντες μπορούσαν να ενημερωθούν για τις δραστηριότητές της.

Κατά τη διάρκεια του συνεδρίου η Dr. Athena Philis-Tsimika, ενδοκρινολόγος που ζει και εργάζεται στο Λα Χόγια της Καλιφόρνιας και ασχολείται με την αντιμετώπιση του διαβήτη, έδωσε διάλεξη με θέμα «Modern Insulin Portfolio: How can we exploit their unique benefits?».

Στη διάλεξη της αναφέρθηκε συγκεκριμένα και στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 με τη βοήθεια μιας νέας σύγχρονης ινσουλίνης, της ινσουλίνης detemir, που κυκλοφορεί και στη χώρα μας για ένα περίπου έτος. Η ινσουλίνη detemir έχει λάβει ένδειξη ώστε να χρησιμοποιείται μία φορά την ημέρα σε συνδυασμό με αντιδιαβητικά δισκία. Η διάλεξη πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της φαρμακευτικής εταιρίας Novo Nordisk. Παράλληλα, στη διάρκεια δορυφορικού συμποσίου που πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της Φαρμασέρβ - Lilly, ο καθηγητής κ. Ιωάννης Γιωβός του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης αναφέρθηκε σε ένα νέο φάρμακο για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2, το οποίο είναι η βιοσυνθετική εκδοχή μιας ορμόνης που ανακαλύφθηκε στο σάλιο της σαύρας με την ονομασία Gila Monster. Το φάρμακο μιμείται τη δράση της ορμόνης GLP-1 και παίζει σημαντικό ρόλο στην ομοιοστασία της γλυκόζης. Χορηγείται μάλιστα σε άτομα με διαβήτη τύπου 2 που λαμβάνουν ήδη αντιδιαβητικά δισκία και είναι αρρυθμιστοί.



1. Από αριστερά: κ. Γ. Αγκουριδάκης, κ. Ε. Κούκκου, κ. Μ. Λιπαράκη, κ. Ι. Μπασκόζος, κ. Δ. Σπανούδης

2. Ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Δ. Χιώτης με τον αντιπρόεδρο της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας κ. Τ. Μούσλεχ, την πρόεδρο της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, κ. Αθ. Καρούνου, την πρόεδρο της ΠΕΑΝΔ κ. Σοφία Μανέα και μέλη των δύο συλλόγων

Αντλίες ινσουλίνης

Κλειστά συστήματα χορήγησης ινσουλίνης

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ
Παιδίατρος - Ενδοκρινολόγος

Γίνεται μεγάλος θόρυβος τελευταία για τις αντλίες ινσουλίνης αλλήλ και τα κλειστά συστήματα χορήγησης ινσουλίνης, κυρίως από τους ασθενείς αλλήλ και από τις εταιρείες κατασκευής τους. Θα προσπαθήσω στις επόμενες γραμμές να προσεγγίσω το θέμα εξηγώντας πώς ξεκίνησε αυτή η ιστορία, πώς δουλεύει, καθώς και πλεονεκτήματα και μειονεκτήματά της.

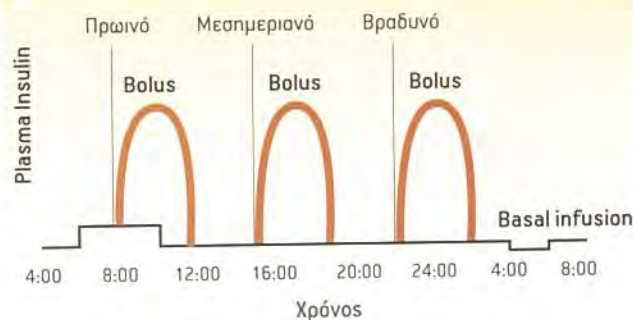
Αλλήλ τι ακριβώς είναι η αντλία ινσουλίνης; Η πρώτη αντλία ινσουλίνης χρησιμοποιήθηκε στα τέλη της δεκαετίας του 1960 με αρχές της δεκαετίας του 1970 σε ασθενείς στο νοσοκομείο και στη μορφή της για εξωτερική χρήση έμοιαζε με σακίδιο εκστρατείας – καθόλου πρακτικό για τις σημερινές συνθήκες!

Οι αντλίες που χρησιμοποιούνται πλέον έχουν μικρό μέγεθος, σαν βομβητής. Χορηγούν ινσουλίνη (ανάλογα ινσουλίνης) συνεχώς, μέσω ενός καθετήρα που τοποθετείται από το διαβητικό στην κοιλιακή χώρα ή στο γλουτό με προγραμματισμένο ρυθμό (βασικός ρυθμός), ανάλογα με τις μεταβολικές ανάγκες του ασθενή, από ένα ρεζερβουάρ που επίσης γεμίζει ο ασθενής. Αυτό γίνεται με ένα ηλεκτρομαγνητικό έμβολο. Η αποσύνδεση είναι εφικτή για 30-45 λεπτά για διάφορες δραστηριότητες. Δεν αφαιρείται στον ύπνο. Ο καθετήρας αλλήλζεται κάθε 2-3 μέρες από τον ίδιο τον ασθενή. Αν οι αναγνώστες πιστεύουν ότι αυτό είναι δύσκολο ή πολύπλοκο, θα τους απαντήσω ότι υπάρχουν επτάχρονα παιδιά που το κάνουν χωρίς κανένα πρόβλημα!

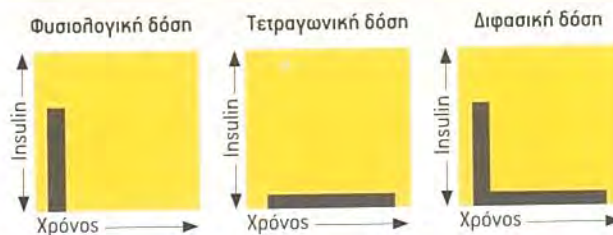
Χορηγεί προγευματικά την κατάλληλη δόση ινσουλίνης, σύμφωνα με τον αριθμό των υδατανθράκων του επικείμενου γεύματος του διαβητικού, φυσικά, με τον κατάλληλο χειρισμό,

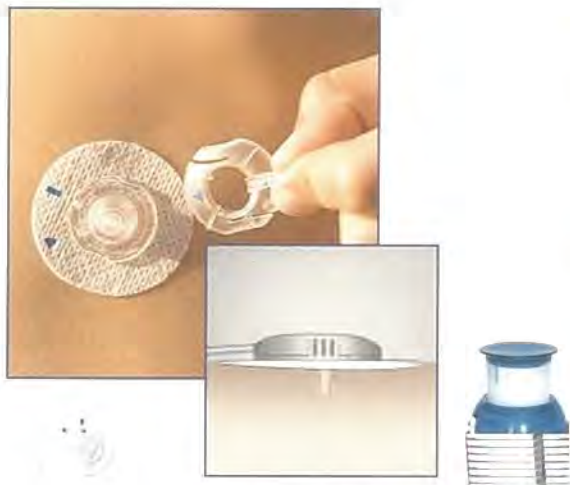


ΜΕΤΑΒΛΗΤΟΣ ΒΑΣΙΚΟΣ ΡΥΘΜΟΣ ΑΝΤΛΙΑ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ



ΠΟΛΛΑΠΛΑ ΠΡΟΤΥΠΑ ΒΟΛΟΣ ΒΕΛΤΙΩΣΗ ΤΡΟΠΟΥ ΖΩΗΣ





Καθετήρας Quick set



Αντλία ινσουλίνης

για αποφυγή των μεταγευματικών υπεργλυκαιμιών. Επιπλέον υπάρχουν διάφοροι τρόποι χορήγησης της προγευματικής ινσουλίνης, ώστε να ταιριάζει με τις διατροφικές ιδιαιτερότητες του διαβητικού.

Έτσι, η φυσιολογική δόση θα δοθεί με ένα γεύμα πλούσιο σε υδατάνθρακες, η τετραγωνική με ένα γεύμα παρατεταμένης διάρκειας (π.χ. σε ένα γάμο) και η διφασική σε ένα λιπαρό γεύμα (π.χ. πίτσα), όπου τα λίπη προκαλούν καθυστέρηση της απορρόφησης των υδατανθράκων.

Τα φαρμακοκινητικά πλεονεκτήματα της είναι τα εξής:

- Χρησιμοποιεί μόνο ταχείας δράσης ινσουλίνη (ανάλογο).
- Είναι περισσότερο προβλέψιμη απορρόφηση απ' ό,τι οι τροποποιημένες ινσουλίνες (μεταβλητότητα 3% έναντι 52%).
- Χρησιμοποιεί ένα σημείο έκχυσης.
- Μειώνει τη μεταβλητότητα στην απορρόφηση λόγω της εναλλαγής σημείων έκχυσης.
- Εξαφανίζει την υποδόρια αποθήκευση (depot) ινσουλίνης.
- Με προγραμματισμένη παροχή προσομοιώνει τη φυσιολογική παγκρεατική λειτουργία.

Η αντλία μπορεί να υπολογίσει πόση ινσουλίνη είναι δραστική κάποια ώρα μετά τη χορήγηση μιας γευματικής δόσης και να προτείνει διορθωτική δόση τέτοια που θα προφυλάξει το διαβητικό από μια υπογλυκαιμία

Πέραν όμως από τα φαρμακοκινητικά, υπάρχουν και φαρμακοδυναμικά πλεονεκτήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι νεότερες αντλίες λαμβάνουν υπόψη στο λογισμικό τους τις καμπύλες φαρμακοδυναμικής απορρόφησης της ινσουλίνης και προτείνουν δόσεις με βάση τη δραστική ινσουλίνη, για αποφυγή υπογλυκαιμιών, ιδιαίτερα αν υπάρχει υψηλό μεταγευματικό σάκχαρο αίματος. Έτσι, για παράδειγμα, η αντλία μπορεί να υπολογίσει πόση ινσουλίνη είναι δραστική κάποια ώρα μετά τη χορήγηση μιας γευματικής δόσης και να προτείνει διορθωτική δόση τέτοια που θα προφυλάξει το διαβητικό από μια υπογλυκαιμία, αν δει κάποιο υψηλό μεταγευματικό σάκχαρο και προσπαθήσει να διορθώσει.

Οι ενδείξεις για θεραπεία με αντλία ινσουλίνης είναι (σύμφωνα με το ελληνικό νόμο ή την επιτροπή): κακή ρύθμιση (HbA1c), συχνές υπογλυκαιμίες, φαινόμενο αυγής, άσκηση, παιδιά, εγκυμοσύνη, γαστροπάρεση, άστατος τρόπος ζωής, εργασία σε βάρδιες. Δηλαδή, κατ' ουσίαν, όλοι οι διαβητικοί! Ο υποψήφιος, πάντως, καλό θα ήταν να είχε κάποια χαρακτηριστικά: να έχει διάθεση να τη φορέσει, διάθεση να μετρά σάκχαρο αίματος πολλές φορές, να έχει γνώση μέτρησης υδατανθράκων στο φαγητό, να δείξει ωριμότητα για τυχόν προβλήματα και να έχει συχνή επαφή με την ομάδα του διαβήτη.

Όλες οι μελέτες έχουν δείξει ότι επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος (σημαντική ελάττωση της HbA1c) με λιγότερες υπογλυκαιμίες και, πάνω απ' όλα, σημαντικά καλύτερη ποιότητα ζωής των διαβητικών. Η πλειοψηφία των ασθενών δεν επιθυμεί να την αποχωριστεί!

Το ιδανικό θα ήταν αν μπορούσαμε να «παντρέψουμε» την αντλία ινσουλίνης με μια συσκευή συνεχούς καταγραφής γλυκόζης, ώστε η αντλία να παίρνει τις μετρήσεις σακχάρου του αίματος και να χορηγεί ινσουλίνη ανάλογα με αυτές, βασισμένη σε έναν κατάλληλο αλγόριθμο. Αυτό θα ήταν ένα ιδανικό κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης. Αυτή τη στιγμή υπάρχει και λειτουργεί με ικανοποιητικά αποτελέσματα ένα ημικλειστό σύστημα, το οποίο θα εξηγήσω πώς λειτουργεί σε επόμενο τεύχος. ■

Αρτηριακή υπέρταση και σακχαρώδης διαβήτης

Πολλές επιδημιολογικές μελέτες έδειξαν ότι τόσο η συστολική όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση συσχετίζονται άμεσα με την καρδιαγγειακή νοσηρότητα και θνησιμότητα. Η συσχέτιση της αρτηριακής πίεσης με τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια είναι πολύ ισχυρή, με αποτέλεσμα τα τελευταία να θεωρούνται η πιο σημαντική επιπλοκή της υπέρτασης.



ΘΕΟΔΩΡΟΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΙΔΗΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας

Διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Επιπρόσθετα, τόσο η συστολική όσο και η διαστολική αρτηριακή πίεση συσχετίζονται άμεσα με την εμφάνιση στεφανιαίας νόσου, καρδιακής ανεπάρκειας, περιφερικής αρτηριακής νόσου και τελικού σταδίου νεφρικής νόσου. Τα παραπάνω σε συνδυασμό με τη μεγάλη συχνότητα της υπέρτασης στον πληθυσμό εξηγούν τους λόγους για τους οποίους ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας κατατάσσει την υπέρταση ως την πρώτη αιτία θανάτων παγκοσμίως. Ειδικότερα στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και ιδιαίτερα το διαβήτη τύπου 2 ή των ενηλίκων, όπως επίσης αναφέρεται, η υπέρταση είναι συχνότερη και εμφανίζεται σε νεότερες ηλικίες.

Ταξινόμηση της υπέρτασης

Αύξηση του καρδιαγγειακού κινδύνου παρατηρείται όταν τα επίπεδα της συστολικής και της διαστολικής αρτηριακής πίεσης υπερβούν τα 110-115 mmHg και 70-75 mmHg αντίστοιχα. Στον πίνακα 1 φαίνεται η ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης.

ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ J HYPERTENSION (ΙΟΥΝΙΟΣ) 2003

ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ Α.Π.	ΣΑΠ ΜΜΗΓ	ΔΑΠ ΜΜΗΓ
Ιδανική	< 120	και < 80
Φυσιολογική	120-129	ή/και 80-84
Υψηλή φυσιολογική	130-139	ή/και 85-89
Στάδιο 1 υπέρτασης	140-159	ή/και 90-99
Στάδιο 2 υπέρτασης	160-179	ή/και 100-109
Στάδιο 2 υπέρτασης	>180	ή/και >110
Μεμονωμένη συστολική υπέρταση	≥140	και <90

Πίνακας 1. Ταξινόμηση της αρτηριακής πίεσης

Παρατηρήσεις:

Όταν η συστολική και η διαστολική αρτηριακή πίεση ανήκουν σε διαφορετικές κατηγορίες, τότε ο ασθενής πρέπει να ταξινομείται στην υψηλότερη κατηγορία.

Η μεμονωμένη συστολική υπέρταση πρέπει, με βάση τα επίπεδα της συστολικής αρτηριακής πίεσης, να ταξινομείται στα ίδια 3 στάδια που ταξινομείται και η συστολο-διαστολική υπέρταση. Η συνύπαρξη χαμηλής διαστολικής πίεσης (π.χ. 60-70 mmHg), δηλαδή η αυξημένη πίεση παλμού, πρέπει να θεωρείται ένας επιπρόσθετος παράγοντας καρδιαγγειακού κινδύνου.

Τα όρια για την υπέρταση και την ανάγκη έναρξης φαρμακοθεραπείας πρέπει να θεωρούνται πάντα μέσα στο πλαίσιο του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου κάθε ατόμου.

Πίνακας 2. Άτομα υψηλού και πολύ υψηλού κινδύνου

1. Αρτηριακή πίεση $\geq 180/110$ mmHg
2. Συστολική πίεση > 160 mmHg με χαμηλή διαστολική πίεση (< 70 mmHg)
3. Σακχαρώδης διαβήτης
4. Μεταβολικό σύνδρομο
5. Με τρεις ή περισσότερους παράγοντες καρδιαγγειακού κινδύνου
6. Με ευρήματα υποκλινικής βλάβης σε > 1 όργανα-στόχο
 - υπερτροφίας αριστερής κοιλίας [ηλεκτροκαρδιογραφικές (ιδιαίτερα με strain) ή υπερηχοκαρδιογραφικές (ιδιαίτερα συγκεντρική υπερτροφία)]
 - πάχυνσης του ενδοδοθηλίου της καρωτίδας ή ύπαρξης αθηρωματικής καρωτιδικής πλάκας
 - ελαττωμένης ελαστικότητας του αρτηριακού τοιχώματος
 - μέτριας αύξησης της κρεατινίνης του ορού
 - ελαττωμένου υπολογιζόμενου ρυθμού σπειραματικής διήθησης ή μειωμένης υπολογιζόμενης κάθαρσης κρεατινίνης
 - μικροαλβουμινουρίας ή πρωτεϊνουρίας
7. Γνωστής καρδιαγγειακής ή νεφρικής νόσου

Στη διάγνωση και αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης πρέπει επομένως να λαμβάνεται υπόψη συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος. Συγκεκριμένα, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη είναι άτομα υψηλού ή πολύ υψηλού κινδύνου και οι οδηγίες προτείνουν ότι εάν ένα άτομο βρεθεί να έχει αρτηριακή πίεση

Η πολυδιάστατη συνεισφορά των generics:

- συμβάλλει **στη μείωση των τιμών**
και της φαρμακευτική δαπάνης
- συμβάλλει **στην εξοικονόμηση κεφαλαίων**
για επιδότηση ακριβών θεραπειών
- προάγει, μέσω του ανταγωνισμού,
την ανάπτυξη πρωτοπόρων ουσιών

Παράγοντες κινδύνου & ιστορικό	Φυσιολογική 120-129/80-84	Υψηλή φυσιολογική 130-139/85-89	Βαθμός 1 (ήπια) 140-159/90-99	Βαθμός 2 (μέτρια) 160-179/100-109	Βαθμός 3 (σημαντική) >180/>110
Χωρίς Παράγοντες κινδύνου	Συνήθης κίνδυνος	Συνήθης κίνδυνος	Ελαφρά αυξημένος κίνδυνος	Μετρίως αυξημένος κίνδυνος	Πολύ αυξημένος κίνδυνος
1-2 Παράγοντες κινδύνου	Ελαφρά αυξημένος κίνδυνος	Ελαφρά αυξημένος κίνδυνος	Μετρίως αυξημένος κίνδυνος	Μετρίως αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος
3 ή > παράγοντες κινδύνου, βλάβη οργάνου στόχου, διαβήτης	Μετρίως αυξημένος κίνδυνος	Πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος
Συσχετιζόμενες κλινικές διαταραχές	Πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος	Πάρα πολύ αυξημένος κίνδυνος

Πίνακας 3. Ταξινόμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου

>130 / 80 mmHg και αυτό επιβεβαιωθεί και μια άλλη μέρα, τότε θεωρείται ότι έχει υπέρταση. Τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη πρέπει να διατηρούν συστολική πίεση κάτω από 130 mmHg και διαστολική πίεση κάτω από 80 mmHg.

Συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος

Ο πίνακας 3 δείχνει την ταξινόμηση του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. Οι όροι «συνήθης», «ελαφρά αυξημένος», «μετρίως αυξημένος», «πολύ αυξημένος» και «πάρα πολύ αυξημένος» χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νοσηρότητας και θνησιμότητας τα επόμενα 10 έτη και αντιστοιχούν αδρά στον υπολογισμό του κινδύνου κατά Framingham ή κατά Score.

Αντιμετώπιση της αρτηριακής υπέρτασης σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη

Εάν η συστολική αρτηριακή πίεση είναι 130-139 mmHg ή η διαστολική είναι 80-89 mmHg, συνιστάται αλλαγή τρόπου ζωής, δηλαδή κατάλληλη διαίτα και άσκηση και, εφόσον δεν επιτευχθεί ο στόχος το πολύ σε 3 μήνες, τότε προστίθεται φαρμακευτική αγωγή. Άτομα με αρτηριακή πίεση > 140 / 90 mmHg, εκτός από την αλλαγή του τρόπου ζωής, πρέπει να αρχίζουν άμεσα και φαρμακευτική αγωγή. Η μεγάλη πολυκεντρική μελέτη UKPDS έδειξε ότι η αποτελεσματική αντιμετώπιση της υπέρτασης μείωσε περισσότερο τις επιπλοκές και τον καρδιαγγειακό κίνδυνο από τη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη.

Η διαίτα που προτείνεται είναι χαμηλής περιεκτικότητας σε αλάτι και παράλληλα πρέπει να στοχεύει στη μείωση του σωματικού βάρους στα υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Συνιστάται να αυξηθεί η κατανάλωση φρούτων, λαχανικών και προϊόντων χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος. Αποφυγή υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ και αύξηση της σωματικής δραστηριότητας, ιδανικά σε 30 λεπτά μέτριας έντασης άσκησης καθημερινά.

Τα αντιυπερτασικά φάρμακα που προτείνουν οι οδηγίες για έναρξη της θεραπείας είναι αυτά που δρουν στον άξονα ρενίνης - αγγειοτασίνης - αλδοστερόνης, δηλαδή οι αναστολείς του

μεταρρεπτικού ενζύμου της αγγειοτασίνης ή οι ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης, εάν τα πρώτα δεν είναι καλά ανεκτά. Καλό είναι να παρακολουθούνται τα επίπεδα καλίου και κρεατινίνης πριν και μετά την έναρξη της φαρμακευτικής αγωγής. Στις περισσότερες περιπτώσεις ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση χρειάζεται να χρησιμοποιούνται συνδυασμοί αντιυπερτασικών φαρμάκων για να επιτευχθεί ο στόχος.

Στις εγκύους γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη και χρόνια υπέρταση η αρτηριακή πίεση πρέπει να διατηρείται στα όρια 110-129/65-79 mmHg για λόγους προστασίας της μητέρας και του εμβρύου. Οι αναστολείς του μεταρρεπτικού ενζύμου ή οι ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης δεν επιτρέπεται να χρησιμοποιηθούν στη διάρκεια της εγκυμοσύνης.

Νεφρική λειτουργία

Για να μειωθεί ο κίνδυνος ή να καθυστερήσει η εξέλιξη σε νεφροπάθεια πρέπει να καταβληθεί προσπάθεια για άριστη ρύθμιση του σακχαρώδη διαβήτη και της υπέρτασης. Γίνεται κάθε χρόνο προσδιορισμός της αποβολής λευκωματίνης στα ούρα, στο διαβήτη τύπου 1 μετά τα πρώτα 5 έτη και στο διαβήτη τύπου 2 από τη διάγνωση. Επίσης, γίνεται κάθε χρόνο μέτρηση της κρεατινίνης ορού και χρησιμοποίησή της για τον υπολογισμό της νεφρικής κάθαρσης της κρεατινίνης με τη βοήθεια γνωστών τύπων.

Θεραπεία: Σε άτομα με μικρολευκωματινουρία ή λευκωματινουρία χορηγούνται αναστολείς του μεταρρεπτικού ενζύμου ή ανταγωνιστές της αγγειοτασίνης. Μειώνεται η πρόσληψη πρωτεΐνης σε 0.8-1 γραμμάρια/kg σωματικού βάρους την ημέρα. Εντατικοποιείται η ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη και μειώνεται η αρτηριακή πίεση σε επίπεδα < 125/75 mmHg. Έχει βρεθεί ότι η διατήρηση της αρτηριακής πίεσης κάτω από 125/75 mmHg μειώνει δραματικά την έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας. Επίσης, βοηθά στη νεφρική προστασία η μείωση των επιπέδων της χοληστερόλης με τη βοήθεια των στατινών, που είναι αποτελεσματικά φάρμακα για τη μείωση της LDL χοληστερόλης και του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου. ■

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]



ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ

Ιατρός

**ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΓΕΝΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΚΑΙ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ**

- Κύριος συγγραφέας: Κατσιλάμπρος Νικόλαος Δ. • Ημερομηνία έκδοσης: 11/2007
- Εκδοτικός οίκος: Αρχιπέλαγος • Σελίδες: 103 • ISBN: 9789607911063
- Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.books.gr>

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί μια νόσο που πλήττει και αφορά όλο και περισσότερους ανθρώπους ανά τον κόσμο, καθώς η συχνότητά του διαρκώς αυξάνεται. Η αντιμετώπισή του απαιτεί την άριστη συνεργασία του γιατρού και του ασθενή και συχνά και του περιβάλλοντος του τελευταίου. Ο καθηγητής Νικόλαος Δ. Κατσιλάμπρος και οι συνεργάτες του από την Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών αλλά και από το Διαβητολογικό Κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Λαϊκό» συνέγραψαν το βιβλίο αυτό με στόχο να δώσουν μια ολοκληρωμένη, σαφή και ευνόητη για το μη ειδικό εικόνα του σακχαρώδους διαβήτη. Με δεδομένο ότι όσο καλύτερα γνωρίζει κανείς την ασθένειά του τόσο περισσότερα θα μπορεί να πράξει, ώστε και να την αντιμετωπίσει αλλά και να προλάβει και να αποφύγει τις μελλοντικές επιπλοκές, το βιβλίο αυτό θα αποτελέσει ιδιαίτερα χρήσιμο εγχειρίδιο για κάθε διαβητικό αλλά και πιθανώς και για την οικογένειά του.

**Ο ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΗΜΕΡΑ
100 ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΑΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΟΥΝ**

- Συγγραφείς: Γαλλική Ένωση Διαβητικών
- Εκδοτικός οίκος: Βασδέκης • ISBN: 9789607370044
- Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.books.gr>

Η ίδια βασική αρχή ότι η γνώση στηρίζει την υγεία χαρακτηρίζει και το δεύτερο αυτό βιβλίο, συγγραφείς του οποίου είναι 100 ειδικοί της Γαλλικής Ένωσης Διαβητικών. Η διαβητική νόσος απαιτεί την ενεργό συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στη θεραπεία και την πρόληψη και έτσι η καλύτερη ενημέρωση του ασθενή θα έχει ως αποτέλεσμα και την επιτυχεστέρα αντιμετώπιση της νόσου. Οι συγγραφείς δίνουν με εγκυρότητα απαντήσεις στα πιο συχνά και πιο καιρία ερωτήματα και προσπαθούν με κατανοητό τρόπο να λύσουν τις συνήθεις απορίες των ασθενών σε θέματα όπως η αιτιοπαθογένεια του διαβήτη, οι διάφορες μορφές του, η πρώτη διάγνωση, η κλινική εικόνα, οι άμεσες και οι μακροπρόθεσμες επιπλοκές, ο τρόπος πρόληψης και αποφυγής αυτών, τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα, τα αντιδιαβητικά δισκία, τα είδη ινσουλίνης, ο τρόπος παρακολούθησης και αξιολόγησης της επάρκειας της θεραπείας, οι ανεπιθύμητες ενέργειες της θεραπείας κ.τ.λ.

**TEXTBOOK OF
DIABETES &
PREGNANCY
2η ΕΚΔΟΣΗ**

- Συγγραφείς: Moshe Hod, Lois G. Jovanovic • Ημερομηνία έκδοσης: 3/2008 • Εκδοτικός οίκος: CRC Press • Σελίδες: 520
- ISBN-13: 9780415426026
- Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.crcpress.com>

Ο διαβήτης της κύησης αποτελεί μια συχνή και οξεία αυξανόμενη αντότητα. Μέσα από έρευνες και μελέτες έχει υπολογιστεί ότι σήμερα στις ΗΠΑ το 3%-7% των εγκύων πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη κύησης. Τα έμβρυα αυτά διατρέχουν ελαφρά μεγαλύτερο κίνδυνο να παρουσιάσουν προβλήματα ή να εμφανίσουν κάποιες συγγενείς διαταραχές κατά τη διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής τους. Το βιβλίο αυτό προσπαθεί να δώσει μια έγκυρη, σύγχρονη και ολοκληρωμένη εικόνα για την επιδημιολογία, την παθοφυσιολογία και την κλινική αντιμετώπιση του διαβήτη κύησης. Στα κεφάλαιά του αναπτύσσονται θέματα όπως η φαρμακευτική αγωγή, οι αντλίες ινσουλίνης, η υπογλυκαιμία, ο ρόλος των υπερήχων στον καθορισμό της ημερομηνίας τοκετού, οι συγγενείς ανωμαλίες, η ανάπτυξη μεταβολικού συνδρόμου ή σακχαρώδους διαβήτη στη μητέρα μετά την εμφάνιση διαβήτη κύησης, ψυχοκοινωνικές επεκτάσεις του θέματος κ.ά.

**ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1, ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΘΕΡΑΠΕΙΑ
ΚΑΙ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ
ΠΡΑΞΗ**

- Συγγραφείς: Τζαντ Μούσλεχ, Έφφ Ευστρατίου
- Ημερομηνία έκδοσης: 3/2008 • Εκδοτικός οίκος: Γράμμα

Το βασικό θέμα που πραγματεύεται το συγκεκριμένο βιβλίο είναι η σχέση της μεσογειακής διατροφής και της ρύθμισης της θεραπείας με ινσουλίνη στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, με στόχο την καλύτερη αντιμετώπιση της πάθησής τους. Το βιβλίο αποτελείται από τρία κύρια μέρη. Στο πρώτο μέρος αναφέρεται η θεραπεία με αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, ο υπολογισμός των αρχικών απαιτήσεών της, η χρήση της κατά την παιδική και εφηβική ηλικία, κατά την κύηση και κατά την άσκηση. Επίσης, αναφέρονται πιθανά προβλήματα μη καλού γλυκαιμικού ελέγχου, πιθανά αίτιά τους, καθώς και η αντιμετώπισή τους. Το δεύτερο μέρος περιέχει τις βασικές γνώσεις και αρχές της σωστής διατροφής για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, βασισμένες στον παραδοσιακό μεσογειακό τρόπο διατροφής. Τέλος, το τρίτο μέρος περιέχει πίνακες τροφίμων, γνωστών ελληνικών και ξένων εταιρειών τροφίμων με τη θρεπτική ανάλυσή τους και τη γευστική ινσουλίνη που απαιτείται κατά την κατανάλωσή τους από άτομα με διαβήτη.

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: τι είναι, πώς δημιουργείται, πώς αντιμετωπίζεται

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (Δ.Α.) είναι η σοβαρότερη επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη (Σ.Δ.) στον ανθρώπινο οφθαλμό, εφόσον ευθύνεται για το 20% του συνόλου των τυφλών μεταξύ των ηλικιών 20 έως 74 ετών.

ΔΡ ΜΑΡΙΑΝΝΑ ΤΣΙΡΟΥ

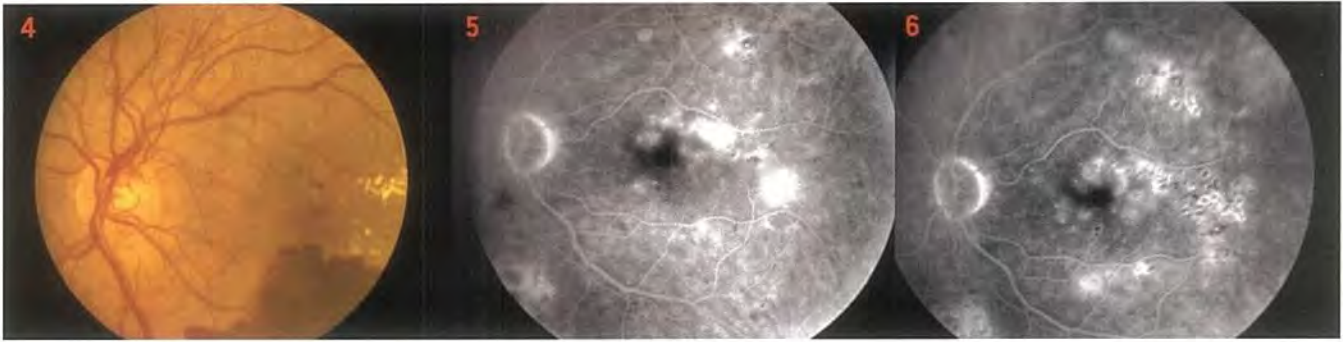
Χειρουργός Οφθαλμίατρος,

Συνεργάτης ΟΜΜΑ - Οφθαλμολογικό Ινστιτούτο Αθηνών Α.Ε.

Δ.Α. οφείλεται στην προσβολή των μικρών αγγείων, των τριχοειδών του αμφιβληστροειδούς και, ως εκ τούτου, είναι μια μικροαγγειοπάθεια, η οποία εμφανίζεται στο 50% των ασθενών με διάρκεια νόσησης 15 έτη και πλέον. Η μείωση της όρασης οφείλεται στην προσβολή της ωχράς στο κέντρο του αμφιβληστροειδούς και είναι η συχνότερη αιτία μείωσης της οπτικής οξύτητας στη Δ.Α., εφόσον το 40% των διαβητικών εμφανίζει προσβολή του κέντρου της ωχράς. Ο κύριος παθοφυσιολογικός μηχανισμός (Εικόνα 1) που δημιουργεί τη Δ.Α. οφείλεται: α) στην προοδευτική απόφραξη των τριχοειδών, η οποία οδηγεί σε ισχαιμία του αμφιβληστροειδούς χιτώνα και β) στην αυξημένη διαπερατότητα των τριχοειδών, η οποία δημιουργεί οίδημα στην ωχρά κηλίδα και στον αμφιβληστροειδή, αιμορραγίες και εξιδρώματα. Οι αλληλώσεις αυτές είναι ορατές και ελέγχονται από τον οφθαλμίατρο με οφθαλμοσκόπηση (βιομικροσκόπηση του βυθού) και με φλοουοροαγγειογραφία βυθού (Εικόνα 2), με την οποία εντοπίζουμε ποια τριχοειδή έχουν προσβληθεί και εμφανίζουν διαρροές στο βυθό των πασχόντων, σε ποια θέση και έκταση, οπότε εφαρμόζουμε την ανάλογη μορφή φωτοπηξίας με ακτίνες laser. Τα ευρήματα αυτά συνιστούν την απλή διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια του υποστρώματος (Εικόνα 3) ή τη μη παραγωγική μορφή. Εάν ο Σ.Δ. δεν ελέγχεται

ικανοποιητικά στο 24ωρο και όλες τις ημέρες του χρόνου οι αλληλώσεις αυτές εξελίσσονται στη βαρύτερη μορφή προσβολής του αμφιβληστροειδούς χιτώνα, στην παραγωγική μορφή της Δ.Α. (Εικόνα 4), η οποία χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη παθολογικών νεοαγγείων στο βυθό των πασχόντων. Η έκταση και η θέση των παθολογικών αυτών νεοαγγείων προσδιορίζει και τη βαρύτητα της προσβολής, η οποία απαιτεί επείγοντως εκτεταμένη φωτοπηξία με laser του αμφιβληστροειδούς, λόγω του μεγάλου κινδύνου εξέλιξης, εφόσον δεν αντιμετωπιστεί, σε δευτεροπαθή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς εξ έλλεως από τα παθολογικά νεοαγγεία. Η θεραπεία με ακτίνες laser στη διαβητική ωχροπάθεια μειώνει τον κίνδυνο μείωσης της οπτικής οξύτητας κατά 50%-60% και αυξάνει τη δυνατότητα βελτίωσής της στο 40% των θεραπευθέντων. Στο εστιακό οίδημα της ωχράς εφαρμόζεται εστιακή φωτοπηξία με laser στις θέσεις των παθολογικών διαρροών (Εικόνα 5), η οποία μειώνει τις διαρροές (Εικόνα 6). Στο διάχυτο οίδημα της ωχράς στην παραγωγική Δ.Α. (Εικόνα 7) εφαρμόζεται εκτεταμένη φωτοπηξία του αμφιβληστροειδούς και στην περιοχή της ωχράς, με αποτέλεσμα τη μείωση των διαρροών (Εικόνα 8). Στην παραγωγική μορφή της ΔΑ (Εικόνα 9), η εκτεταμένη φωτοπηξία με laser (Εικόνα 10) του αμφιβληστροειδούς αποσκοπεί στην υποστρόφη (ρίκνωση) της αμφιβληστροειδικής νεοαγγείωσης και μειώνει κατά 50% την πιθανότητα σοβαρής μείωσης της όρασης, όπως απέδειξαν μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες στην Αμερική, στην Ευρώπη, αλλιά και ελληνικές μελέτες τα τελευταία 30 χρόνια. Σε περιπτώσεις κατά τις οποίες η φωτοπηξία με laser δεν επιτύχει να αναστείλει

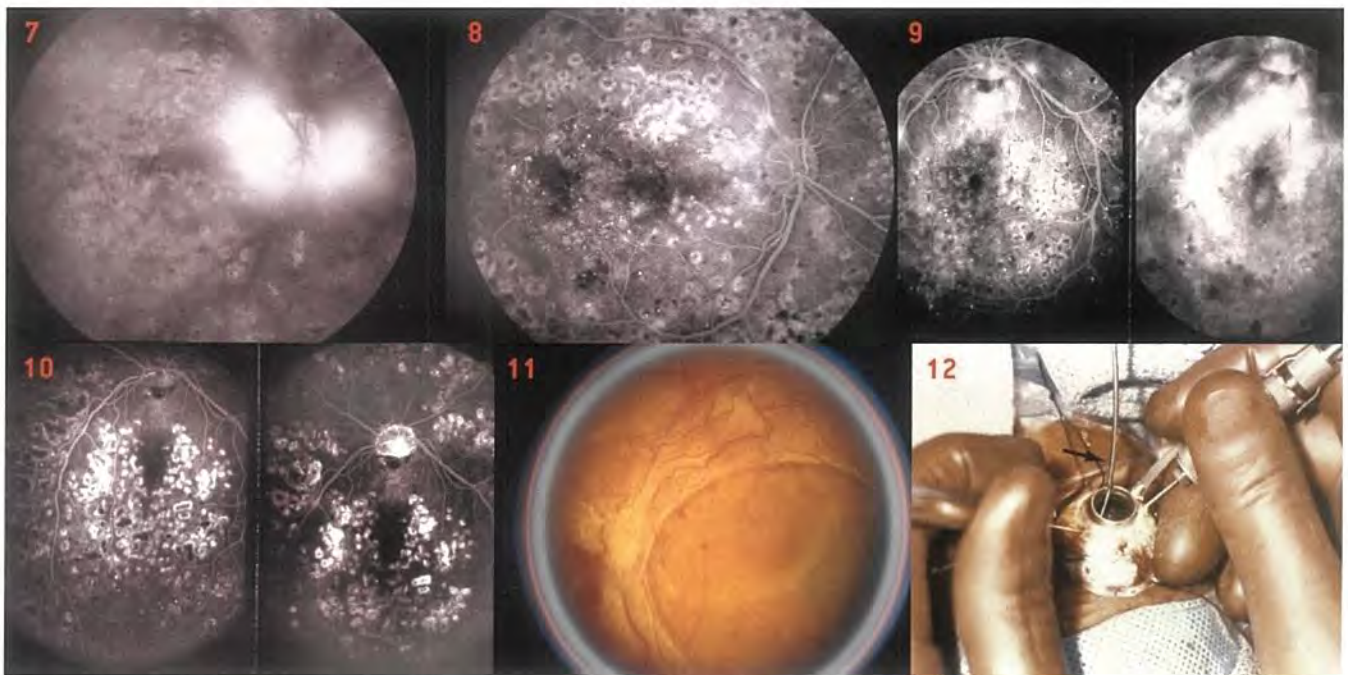




την εξέλιξη της Δ.Α., με αποτέλεσμα την πρόκληση μεγάλης αιμορραγίας του υαλοειδούς στην κοιλότητα του οφθαλμού (Εικόνα 11), η οποία οδηγεί σε απώλεια της όρασης, όταν συνδυαστεί και με ηλικιακή αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς,

γίνεται χειρουργική επέμβαση, η λεγόμενη υαλοειδεκτομή, σε συνδυασμό με ενδοφωτοπηξία (Endolaser) κατά την ώρα χειρουργείου (Εικόνα 12). Η υαλοειδεκτομή βελτίωσε κατά 60% την όραση των παλαιότερα θεωρούμενων τυφλών διαβητικών στις περιπτώσεις αυτές. Ωστόσο, παρά τις προόδους της βιοϊατρικής τεχνολογίας, ο Σ.Δ. εξακολουθεί να οδηγεί πολλούς διαβητικούς ασθενείς στην τύφλωση ή σε πολύ σοβαρή μείωση της οπτικής οξύτητας σε ολόκληρο τον πλανήτη και ιδιαίτερα στις αναπτυγμένες χώρες. Αν και εισήλθαμε στον 21ο αιώνα, η ρήση του μεγάλου έλληνα γιατρού, του πατέρα της Ιατρικής, του κώου Ιπποκράτη, ότι «Το προλαμβάνειν μείζον εστί του θεραπεύειν», εξακολουθεί να αποτελεί τη βάση της πρόληψης της τυφλότητας από τη Δ.Α. Όλοι οι διαβητικοί πέντε έτη μετά τη διάγνωση του Σ.Δ. τους (τύπος I και II) πρέπει κάθε χρόνο να υποβάλλονται σε προληπτικό οφθαλμολογικό έλεγχο του βυθού, διότι η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της Δ.Α. έχει καλύτερα αποτελέσματα ως προς τη διατήρηση της χρήσιμης οπτικής οξύτητας σε όλες τις μορφές της. ■

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μια μικροαγγειοπάθεια, η οποία εμφανίζεται στο 50% των ασθενών με διάρκεια νόσησης 15 έτη και πλέον.



Το αίσθημα της ηττοπάθειας και η κατάθλιψη στο διαβήτη τύπου 1

Η κατάθλιψη παραμονεύει σε κάθε στιγμή της ζωής και σε κάθε ηλικία, ενώ αποτελεί προσωπικό, οικογενειακό αλλά και κοινωνικό πρόβλημα. Στην περίπτωση του διαβήτη, η κατάθλιψη απορυθμίζει τη γλυκαιμική ισορροπία και η αντιμετώπισή της επιβάλλεται!

Μην ξεχνάτε: η κατάθλιψη έχει άριστη πρόγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.



ΔΡ ΕΛΙΝΑ ΓΚΙΚΑ

Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια
Εκπαιδευτρια Νεανικού Διαβήτη

Ο όρος «κατάθλιψη» περιλαμβάνει δύο τελείως διαφορετικές εμπειρίες. Η πρώτη ορίζεται από περιστασιακές περιόδους κακόκεφης διάθεσης, ευερεθιστότητας, άγχους και γενικά αίσθηση ψυχικής αποδιοργάνωσης. Αυτά τα συμπτώματα κατάθλιψης είναι συνήθως βραχυπρόθεσμα και χωρίς επιπτώσεις. Μια άσχημη μέρα ξεπερνιέται με μια όμορφη και η ζωή συνεχίζεται! Η δεύτερη περίπτωση αναφέρεται στην εξαιρετικά σοβαρή κατάθλιψη, πολλές φορές επικίνδυνη, ακόμα και απειλητική για τη ζωή του ατόμου. Αυτού του είδους η κατάθλιψη ονομάζεται μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Η διαταραχή αυτή ακολουθείται από μια σειρά κλινικών συμπτωμάτων αφενός ψυχικών (θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος κ.τ.λ.) και αφετέρου οργανικών (όπως κόπωση και διαταραχές ύπνου). Η σοβαρότητα της διαταραχής ορίζεται από την ένταση, τη διάρκεια των κλινικών συμπτωμάτων, την αποδιοργάνωση της καθημερινότητας του ατόμου και τις επιπτώσεις στις διαπροσωπικές του σχέσεις και την κοινωνικότητά του.

Ο διαβήτης, όπως κάθε χρόνια ασθένεια, συνοδεύεται από ψυχολογική πίεση και άγχος. Απαιτεί καθημερινό αγώνα για καλή γλυκαιμική ισορροπία και ρύθμιση, μετρήσεις, ενέσεις, κάποιους διαιτητικούς περιορισμούς αλλά και επιβεβλημένη φυσική δραστηριότητα. Όλα αυτά τα χαρακτηριστικά φαντάζουν σαν ένα σκοτεινό σύννεφο, διακριτικό αλλά ποτέ απόν. Είναι φυσιολογικό κάποια περίοδο στο πέρασμα των χρόνων το παιδί, ο έφηβος ή ο νεαρός ενήλικας με διαβήτη τύπου 1 να βιώσει το αίσθημα της απογοήτευσης, της ηττοπάθειας, της θλίψης και του άγχους για το παρόν και το μέλλον του.

Μπορούν τα παιδιά με διαβήτη πράγματι να υποφέρουν από κατάθλιψη;

Παρατηρούμε σπάνια κατάθλιψη πριν από την προεφηβεία, δηλαδή πριν από τα 11 ή τα 12 χρόνια ενός παιδιού με διαβήτη. Ωστόσο, δεν μπορούμε να αποκλείσουμε το ενδεχόμενο μιας τέτοιας σπάνιας περίπτωσης. Ο χαρακτήρας και η προσωπικότητα του παιδιού συνεχίζουν να διαμορφώνονται. Η σχέση των

γονιών με το διαβήτη του παιδιού αλλά και η σχέση τους με το παιδί παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Για παράδειγμα, μια ανώριμη συμπεριφορά ή/και αντιμετώπιση του διαβήτη από τους γονείς δημιουργεί στο παιδί ανασφαλή συναισθήματα. Επίσης, η υπερβολική ενασχόληση των γονιών με το διαβήτη του παιδιού, μια καταπιεστική συμπεριφορά, η έντονη διαφοροποίησή του στο σχολικό περιβάλλον είναι παράγοντες που δημιουργούν στο παιδί το αίσθημα του «στιγματισμού» του άρρωστου παιδιού στο οποίο το παιδί εγκλωβίζεται ψυχικά. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί στο τέλος της παιδικής ηλικίας, αρχές της προεφηβείας, δηλαδή περίπου στην ηλικία των 12 ετών. Επειδή ένα παιδί μπορεί κάποιες φορές να είναι θλιμμένο, δεν σημαίνει αυτόματα ότι πάσχει από κατάθλιψη. Η παιδική κατάθλιψη διαφέρει από την κατάθλιψη ενός εφήβου ή ενός νεαρού ενήλικα ως προς τη μορφή και τη βαρύτητα.

Τα πιο συχνά συμπτώματα της παιδικής κατάθλιψης είναι:

- Έντονη και παρατεταμένη θλίψη
- Ηττοπάθεια, αίσθημα ενοχής
- Αστάθεια διάθεσης, κόπωση και έλλειψη ενέργειας
- Απώλεια ενδιαφέροντος για κοινωνικές δραστηριότητες
- Διατροφικές διαταραχές, βουλημικά ή ανορεκτικά επεισόδια
- Διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, αϋπνίες ή υπερβολικές ώρες ύπνου
- Δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής
- Ευερεθιστότητα ή θυμός.

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να συνοδεύονται από ψυχοσωματικά συμπτώματα, όπως συχνόι πονοκέφαλοι και πονόκοιλοι, που δεν συνδέονται με τη γλυκαιμική απορύθμιση του διαβήτη (υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία). Θα πρέπει να αναφερθεί ότι τα περισσότερα παιδιά που εμφανίζουν καταθλιπτικά συμπτώματα είναι παιδιά που αντικατοπτρίζουν τα συναισθήματα των γονιών τους. Τα παιδιά αντανακλούν την κατάσταση της οικογένειας. Πολλές φορές οι γονείς οι οποίοι δεν έχουν αποδεχτεί το διαβήτη του παιδιού τους ή δεν έχουν ακόμη προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση της ζωής τους «κληροδοτούν» προσωρινά την κακή τους διάθεση και ψυχολογία στα παιδιά τους. Επίσης, τα παιδιά είναι πιθανόν να κουραστούν από τις καθημερινές απαιτήσεις του διαβήτη, από την αυτο-φροντίδα που αποκτούν σε πρώιμη ηλικία. Η άφιξη της ασθένειας στη ζωή του παιδιού αποτελεί ένα τραυματικό γεγονός αλλά και ένα σημείο αναφοράς στη ζωή του. Το παιδί αναφέρεται χρονολογικά στο «πριν» και στο «μετά» το διαβήτη με νοσταλγία για το «πριν» διάστημα και μελαγχολία για το «μετά». Κάθε πρόβλημα που προκύπτει μπορεί να συνδέεται στο μυαλό του παιδιού με το διαβήτη του και να τον θεωρεί υπεύθυνο. Γνωρίζοντας τη μονιμότητα του διαβήτη στη ζωή του, το παιδί παραιτείται και κλείνεται στον εαυτό του.



Πρέπει να αναφέρουμε επίσης ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορεί να μη συνδέονται απαραίτητα με το διαβήτη αλλά να πηγάζουν από το οικογενειακό περιβάλλον του παιδιού, όπως αιφνίδια απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου, ενδο-οικογενειακές συγκρούσεις, αλλαγές στην οικογενειακή δομή, όπως διαζύγιο γονέων ή δεύτερος γάμος κάποιου από τους δύο γονείς. Η ψυχολογική στήριξη και αντιμετώπιση επιβάλλονται.

Αντιμέτωπιση της κατάθλιψης

Η ψυχοθεραπεία βοηθά να κατανοήσει το παιδί συναισθήματα, συμπεριφορές και ιδέες που τροφοδοτούν την κατάθλιψη του. Να καταλάβει, να συγκεκριμενοποιήσει και να ταξινομήσει ψυχικά τα προβλήματα της ζωής. Τους ειδικούς χειρισμούς που επιβάλλει ο διαβήτη και την ψυχική πίεση που πιθανόν να αισθάνεται από το διαβήτη του. Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να αποδεχτεί το παιδί την ιδιαιτερότητά του και τη διαφορετικότητά του σχετικά με τους συνανθρώπους του.

Η ψυχοθεραπεία βοηθά στην επανάκτηση του ελέγχου και της ευχαρίστησης στη ζωή! Τα παιδιά μαθαίνουν να χρησιμοποιούν τακτικές ώστε να αντιμετωπίζουν δυναμικά και ρεαλιστικά τα όποια «προβλήματα» εμφανίζονται στη ζωή τους.

Να θυμάστε...

Η ζωή του παιδιού είναι συνυφασμένη με τη ζωή της οικογένειας. Για το λόγο αυτό, σε περίπτωση που η συμπεριφορά του παιδιού σας έχει διαφοροποιηθεί και σας ανησυχεί, πρώτα οι γονείς θα πρέπει να απευθυνθείτε σε ειδικό ψυχολόγο για να μπορέσετε να χειριστείτε την κατάσταση και έπειτα να απευθύνετε το παιδί. ■

Όταν ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια αλλά τρόπος ζωής

«Τελικά, αν δεν είχα διαβήτη, θα ήμουν η Σόφη που είμαι σήμερα;» Ακούγοντας κάποιος τη Σοφία να μιλάει για το διαβήτη, αρχίζει ν' αναρωτιέται πόση δύναμη χρειάζεται ένας άνθρωπος για να αντεπεξέλθει σε ό,τι έχει να αντιμετωπίσει. «Μην προβληματίζεσαι», διαβάσει τη σκέψη μου, «πάντα έβασα πιο πάνω τα "θέλω" μου ακόμη και από το διαβήτη. Απλώς μαθαίνεις να αξιοποιείς ό,τι βρεθεί στο δρόμο σου. Βρίσκεις τη χρυσή τομή και γίνεσαι καλύτερη». Η Σοφία Μανέα είναι 29 χρόνων. Από μικρή έμαθε ότι η ζωή μπορεί να έχει κάνει το δικό της προγραμματισμό, αλλά είναι στο δικό μας χέρι το πώς θα κάνουμε αυτό που θέλουμε.



 ΚΑΤΙΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ

Η Σοφία έκανε την πρώτη γνωριμία με το διαβήτη σε ηλικία 11 ετών. «Εμφανίστηκε το 1991, ήμουν τότε μαθήτρια στην έκτη δημοτικού»...

Δεν υπάρχει ακόμα ουσιαστική θεραπεία για το διαβήτη. Κάθε μέρα είναι μια καλή σχεδιασμένη μέρα. Κάθε μέρα είναι ένας προγραμματισμός για το διαβήτη, την τροφή, την άσκηση και την ινσουλίνη.

«Είκοσι τέσσερις ώρες τη μέρα. Επτά μέρες την εβδομάδα, 365 ημέρες το χρόνο. Ο Διαβήτης δεν κοιμάται ποτέ. Προσπάθησα

να αθροίσω όλες τις μετρήσεις και έχασα το λογαριασμό!».

Όταν η Σοφία μπήκε στο νοσοκομείο, όπου και διαγνώστηκε η πάθηση, ήταν ένα τυπικό κοριτσάκι της ηλικίας της. «Έκανα φανατικά αθλητισμό. Δραστηριότητες που σταμάτησα εντελώς ξαφνικά, όταν άρχισα να αισθάνομαι εξαντλημένη, να χάνω πολλή κιλά και να πίνω συνεχώς νερό. Αν και οι γονείς μου δεν ανησυχούσαν ιδιαίτερα –πίστεψαν ότι έμπαίνα στην εφηβεία και το σώμα μου και η διάθεσή μου άλλαζαν–, αποφάσισαν να με πάνε για εξετάσεις. Τότε μου ανίχνευσαν το διαβήτη. Ήμουν τυχερή, βέβαια, γιατί δεν εισήχθη σε κωματώδη κατάσταση. Θυμάμαι ότι το μόνο που με είχε επηρεάσει αρνητικά ήταν οι άσχημες συνθήκες μέσα στο νοσοκομείο. Ο γιατρός και οι νοσηλεύτες δεν είδαν το περιστατικό ως κάτι πρωτόγνωρο για ένα παιδί αλλά ως κάτι συνηθισμένο. Τότε άρχισα να αντιλαμβάνομαι ότι αν δεν αντιμετωπίσω το διαβήτη με τις δικές μου δυνάμεις, θα έμενα για πολύ καιρό εγκλωβισμένη στο άσχημο αυτό περιβάλλον του νοσοκομείου – και εγώ, και οι γονείς μου».

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί πολύ το ποσοστό των παιδιών που πάσχουν από διαβήτη. Ο διαβήτης αποτελεί μια από τις πιο συχνές χρόνιες παιδικές παθήσεις και προσβάλλει παιδιά κάθε ηλικίας, συμπεριλαμβανομένων των βρεφών και των νηπίων. «Ούτε οι δικοί μου άνθρωποι ούτε και το φιλικό μου περιβάλλον δεν με αντιμετώπισαν διαφορετικά. Άλλαξα εν μέρει το πρόγραμμά μου, αλλά έτσι κι αλλιώς ήμουν πάντα δραστήρια και τρεφόμενοι σωστά. Αν και στο λύκειο, με τις πανελληνίες εξετάσεις προ των πυλών, αποσυντονίστηκα λίγο, στη συνέχεια κατάφερα και μπήκα σε μια σειρά. Δεν άφησα ποτέ να φανεί ότι ο διαβήτης είναι πρόβλημα ή καλύτερα εμπόδιο, δε στερήθηκα εξόδους, εφηβικά πάρτυ ή εκδρομές. Πώς, λοιπόν, να με δει διαφορετικά κάποιος;».

Ακόμα κι όταν η πίεση είναι ασφυκτική, το μόνο που μπορεί να κάνει ένας διαβητικός είναι να ελέγχει τον εαυτό του: «Αρκετές φορές στο μπάσκετ, όπου κάναμε έντονη προπόνηση, έπρεπε να σταματήσω για να αντιμετωπίσω υπογλυκαιμία! Πολύ συ-

χνά χρειάστηκε να φάω μπροστά στις υπόλοιπες κοπέλες τη ζάχαρη και, όταν με ρωτούσαν τι είναι αυτό, τους απαντούσα, αστεειύμενη, ότι είναι δύναμή μου για να συνεχίσω!».

Ο έλεγχος, ο προγραμματισμός, είναι κοινός τόπος για εκείνους που έχουν διαβήτη. «Εδώ και 18 χρόνια που έχω διαβήτη ποτέ δεν έχω πέσει σε κώμα από υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία, ποτέ δεν έφτασα στα όρια. Προφανώς και υπήρχαν μέρες που έκανα ατασθαλίες. Όλοι έχουμε κάνει τις ζαβολιές μας. Δεν χάλασε κι ο κόσμος. Απλώς ξέρουμε ότι δεν πρέπει να μας γίνει βίωμα και να χάσουμε “την μπάλα”. Γιατί ο διαβήτης δεν σου χρωστάει. Αν δεν προσέξεις, θα το πληρώσεις».

Αφού πέρασε στο Πολυτεχνείο, συμμετείχε με τους συμφοιτητές της σε πολλά ταξίδια και δραστηριότητες. «Πήγα στην Κούβα, την Κίνα, έκανα το γύρο της Ιταλίας. Ποτέ δεν σκέφτηκα ότι κάτι κακό θα συμβεί – ούτε εγώ ούτε οι γονείς μου. Ακριβώς διότι έμαθα να έχω τον έλεγχο. Δυσκολίες, βέβαια, υπήρχαν. Στο αεροδρόμιο, για παράδειγμα, στον έλεγχο, σε κάποιο ταξίδι, δεν αναγνώρισαν τα σκευάσματα που είχα μαζί μου, κράτησαν την ινσουλίνη, πέρασαν την πένα μου μέσα από ακτίνες και την απορύθμισαν. Όταν έφτασα στον προορισμό μου, δεν μπορούσα να τη λειτούργησω. Αλλά δεν ήρθε και το τέλος του κόσμου. Υπάρχουν τρόποι».

Πώς αντιμετωπίζει όμως ο κοινωνικός περίγυρος μια ασθένεια σαν το διαβήτη; Πώς έχει περάσει στη συνείδηση του απλού ανθρώπου; «Στη σχολή μου, όταν κάποιος μάθαινε ότι έχω διαβήτη, στην αρχή παραξενευόταν. Οι περισσότεροι έμαθαν μέσω εμού τι εστί διαβήτης και άρχισαν να “απομυθοποιούν” τον άνθρωπο που είχαν στο νου τους ως διαβητικό: ένα άτομο καχεκτικό, αδύναμο, που όταν γεράσει θα του κόψουν το πόδι. Έβλεπαν στο πρόσωπό μου ένα εντελώς διαφορετικό προφίλ ανθρώπου με διαβήτη και αυτό ήταν μια νίκη».

Αν και στην αρχή η Σοφία αντιμετώπιζε το διαβήτη μόνη της, με τη βοήθεια των δικών της ανθρώπων, πολύ σύντομα ενημερώθηκε για την ύπαρξη ενός συλλόγου στον οποίο άρχισε να συμμετέχει. Αυτό στάθηκε εφαλτήριο για τη στάση που έχει μέχρι τώρα. Μέσα από πολύχρονη εθελοντική εργασία αποφάσισε να πάρει τα ντάνια στα χέρια της και να δραστηριοποιηθεί περαιτέρω, ούτως ώστε να βοηθήσει γύρω από την ενημέρωση του κόσμου. Πρόσφατα εξελέγη πρόεδρος στην Πανελλήνια Ένωση Κατά του Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΑΝΔ), η οποία είναι μέλος της ΕΛΟΔΙ (Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη) και έχει πολύπλευρο αντικείμενο. «Βασικός σκοπός μας είναι η συμπαράσταση των παιδιών που πάσχουν από νεανικό (ινσουλινοεξαρτώμενο) διαβήτη τύπου Ι». Η ΠΕΑΝΔ είναι το πρώτο σωματείο που ιδρύθηκε για το νεανικό διαβήτη και σήμερα αριθμεί περίπου 4.000 μέλη. Όλοι είμαστε εθελοντές και προσφέρουμε την ψυχή μας. Σκοπός της ΠΕΑΝΔ είναι να επιλύει προβλήματα της καθημερινότητας, να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη –ειδικά στους νεοδιαγνωσθέντες–, να πραγματοποιεί σεμινάρια για την ενημέρωση του κοινού, να κάνει εκδηλώσεις».

Μαθαίνεις να αξιοποιείς ό,τι βρεθεί στο δρόμο σου. Βρίσκεις τη χρυσή τομή και γίνεσαι καλύτερη

δυσκολίες. Όλα αυτά αναγκάζουν το διαβητικό να θάβει το πρόβλημα και να μην ανοίγεται. Υπάρχει παραπληροφόρηση, και αυτό είναι κάτι που επιθυμούμε, ως ένωση, να ανατρέψουμε. Θέλουμε να “εξαναγκάσουμε” την κοινωνία να ανοίξει τα μάτια και τα αφτιά της και να δαχτεί αυτούς τους ανθρώπους – ειδικά τα μικρά παιδιά που δεν έχουν ακόμη αναπτύξει τις άμυνές τους».

Αν και η ίδια δηλώνει πως στη δική της εργασία έχει σταθεί τυχερή, δεν συμβαίνει το ίδιο παντού. «Εγώ απολαμβάνω της πλήρους αποδοχής από το εργασιακό μου περιβάλλον. Εννοείται, βέβαια, πως κι εγώ είμαι σωστή και υπεύθυνη απέναντι στις υποχρεώσεις μου. Έχω παρατηρήσει ωστόσο πως η προκατάληψη κυριαρχεί, ιδίως στην επαρχία και τις νησιωτικές περιοχές».

Παρά τις όποιες δυσκολίες, τα προβλήματα και την καχυποψία της κοινωνίας, η Σοφία παραμένει αισιόδοξη και χαμογελαστή: «Ο διαβήτης με σημάδεψε, αλλά όχι με την έννοια που οι υπόλοιποι πιστεύουν. Έχοντας να κάνω με το διαβήτη, έμαθα να είμαι υπεύθυνη και οργανωμένη, να βάζω στόχους. Τα φάρμακα εξελίσσονται διαρκώς, πάντα θα δοκιμάζουμε το καινούριο. Όπως και να ‘χει, έχει αποδειχθεί ότι είμαστε δυνατοί: είμαστε ένα βήμα πιο μπροστά γιατί έχουμε μάθει να παίρνουμε τη ζωή μας στα χέρια μας, να ζούμε το σήμερα στοχεύοντας το μέλλον».

Και ίσως έτσι είναι. «Εσύ θα ξυπνήσεις το πρωί, θα ετοιμαστείς και θα πας στη δουλειά σου. Εγώ θα χρειαστεί να κάνω ένα-δύο πράγματα επιπλέον. Αυτό δεν με καθιστά λιγότερο ικανή από σένα. Όλα γίνονται, όλα ξεπερνιούνται, δεν θεωρώ ότι κάτι κακό μου έτυχε. Δεν μπορώ να πω ότι, επειδή έχω διαβήτη, θα περιοριστώ και δεν θα κάνω κάτι που θέλω. Είναι πολλοί που έχουν προσαρμοστεί με την κατάσταση. Αλλά αυτοί που κλείνονται στο καβούκι τους απλώς δεν έχουν αξιολογήσει την πραγματικότητα». ■

Το μεγαλύτερο πρόβλημα το έχει αντιμετωπίσει από την πλευρά των κρατικών φορέων. Όσο κι αν φαίνεται απίθανο, η ίδια δηλώνει ότι συμβαίνει. «Παρόλο που στην Ευρώπη η κάθε πάθηση αξιολογείται διαφορετικά, στη χώρα μας ο διαβητικός αντιμετωπίζεται ως άτομο με ειδικές ανάγκες. Υπάρχουν περιπτώσεις που δημοτικό σχολείο δεν έχει δαχτεί να κάνει εγγραφή σε παιδί με διαβήτη. Ακόμη και στην εύρεση εργασίας πολλοί αντιμετωπίζουν

Όταν το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη αρρωσταίνει

Κάθε παιδί με σακχαρώδη διαβήτη, όπως και κάθε άλλο παιδί της ηλικίας του, εκτίθεται σε πολλές ιογενείς κυρίως λοιμώξεις κατά τη διάρκεια μιας χρονιάς. Είναι γνωστό ότι νεαρότερης ηλικίας παιδιά, όπως τα νήπια, περνούν πιο συχνά ιογενείς λοιμώξεις, είτε επειδή τα ίδια πηγαίνουν σε παιδικό σταθμό είτε γιατί τα μεγαλύτερά τους αδελφάκια φέρνουν λοιμώξεις από το δικό τους κοινωνικό περίγυρο.

ΔΡ. ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN

MD, Παιδίατρος, Παιδοενδοκρινολόγος-Διαβητολόγος
Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας - Νεανικού Διαβήτη,
Α' Παιδιατρική Κλινική - Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Ένα παιδί με καλά ρυθμισμένο σακχαρώδη διαβήτη δεν είναι πιο ευάλωτο σε ιώσεις και δεν θα πρέπει να ανησυχούμε ότι αρρωσταίνει πιο συχνά από τα συνομήλικά του παιδιά. Απλώς δικαιούται και αυτό να περάσει τις λοιμώξεις που τα περισσότερα παιδιά περνούν στις μικρές ηλικίες.

Οι μέρες μιας εμπύρετης λοίμωξης

Συνήθως μια λοίμωξη τόσο λόγω του πυρετού αλλά και λόγω της ίδιας της λοίμωξης (π.χ. βρογχίτιδα, αμυγδαλίτιδα, ωτίτιδα κ.λπ.) αυξάνει τις ανάγκες του οργανισμού σε ινσουλίνη. Κατά τις μέρες αυτές, λοιπόν, θα πρέπει να γίνεται συχνότερα ο έλεγχος του σακχάρου αίματος και να προσαρμόζονται ανάλογα οι δόσεις της ινσουλίνης. Πολύ συχνά οι γονείς διαπιστώνουν τις ψηλές τιμές σακχάρου στη διάρκεια μιας εμπύρετης λοίμωξης, αλλά επειδή ξέρουν την αιτία της υπεργλυκαιμίας, δεν σπεύδουν να ανεβάσουν ανάλογα τις δόσεις ινσουλίνης. Ο οργανισμός όμως δεν είναι ανάγκη να βρίσκεται για μεγάλο διάστημα σε έντονη υπεργλυκαιμία, απλώς γιατί ξέρουμε ότι η αιτία είναι μια λοίμωξη. Αντίθετα, θα πρέπει να αυξάνουμε τις δόσεις της ινσουλίνης στη φάση της εμπύρετης λοίμωξης όσο χρειάζεται για να αντιμετωπιστούν οι ψηλές τιμές σακχάρου και να θυμόμαστε να τις ελαττώσουμε και πάλι μόλις οι αυξημένες ανάγκες λόγω λοίμωξης υποχωρήσουν. Επιπλέον, πέρα από τη συχνή μέτρηση σακχάρου αίματος στη φάση μιας εμπύρετης λοίμωξης με έντονη υπεργλυκαιμία, είναι απαραίτητος και ο έλεγχος κετονών στο αίμα ή στα ούρα, ώστε να διαπιστωθεί αν το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο απορρύθμισης. Σε περίπτωση που παράλληλα με την υπεργλυκαιμία, δηλαδή π.χ. τιμές σακχάρου >250mg/dl, επιβεβαιωθεί και η παρουσία οξόνης, τότε «χτυπά το καμπανάκι κινδύνου» και θα πρέπει να δώσουμε απαραίτητα διορθωτικές δόσεις ινσουλίνης για να αποφευχθεί η απορρύθμιση. Η ύπαρξη κετονών σε περίπτωση έντονης υπεργλυκαιμίας υποδηλώνει ότι ο οργανισμός έχει αρκετό σάκχαρο αλλά δεν είχε αρκετή



ισουιλίνη για να μπορέσει να χρησιμοποιήσει το σάκχαρο για παραγωγή ενέργειας, με αποτέλεσμα να κινητοποιεί λίπη και να κινδυνεύει από οξέωση.

Ένα άλλο θέμα που απασχολεί τους γονείς, όταν ένα διαβητικό παιδί αρρωσταίνει, είναι κατά πόσο το διαβητικό παιδί επιτρέπεται να πάρει αντιβίωση. Είναι σαφές, όπως και σε κάθε λοίμωξη της παιδικής ηλικίας, ότι τις περισσότερες φορές πρόκειται για ιογενείς λοιμώξεις, οι οποίες θα κάνουν τον κύκλο τους και θα περάσουν και καμία αντιβιοτική θεραπεία δεν χρειάζεται για την αντιμετώπισή τους. Θα πρέπει να θυμόμαστε ότι το αντιβιοτικό έχει μόνο θέση στις μικροβιακές λοιμώξεις και ότι δεν είναι συνώνυμο του αντιπυρετικού, δηλαδή δεν δίνεται για αντιμετώπιση του πυρετού αλλά μόνο για αντιμετώπιση μικροβιακού αιτίου μιας λοίμωξης. Έτσι, λοιπόν, αν ένα διαβητικό παιδί έχει απλώς μια ίωση, δεν χρειάζεται να πάρει αντιβίωση. Αν όμως έχει μικροβιακή λοίμωξη, επιτρέπεται και μάλιστα επιβάλλεται να πάρει αντιβιοτική θεραπεία, πάντοτε έπειτα από συνεννόηση με το θεράποντα ιατρό του.

Οι μέρες μιας γαστρεντερίτιδας

Αντίθετα, αν το παιδί παρουσιάζει π.χ. μια γαστρεντερίτιδα και έχει εμέτους και διάρροια, εφόσον χάνει θερμίδες και συχνά έχει μειωμένη όρεξη, μπορεί να φτάσει σε υπογλυκαιμία. Στις περιπτώσεις αυτές ελαττώνουμε τη δόση της ινσουλίνης και μετράμε και πάλι συχνότερα το σάκχαρο του αίματος, ώστε να προλάβουμε και να αντιμετωπίσουμε κατάλληλα πιθανή υπογλυκαιμία. Εάν όμως έχει ήδη χορηγηθεί η δόση της ινσουλίνης και μετά εκδηλωθούν τα συμπτώματα, θα πρέπει οι μετρήσεις να είναι συχνότερες ώστε να δίνονται εναλλακτικά σακχαρούχα ροφήματα για την αποφυγή της υπογλυκαιμίας. Εάν, βέβαια, το παιδί δεν μπορεί να συγκρατήσει τίποτα από το στόμα, τότε συνιστάται νοσηλεία στο πλησιέστερο νοσοκομείο ή κέντρο υγείας για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών, για αποφυγή τόσο αφυδάτωσης όσο και βαρύτερης υπογλυκαιμίας. Θα πρέπει και στην περίπτωση εμέτων και ανεπαρκούς λήψης τροφής να θυμόμαστε να ελέγχουμε το αίμα και τα ούρα για πιθανή ύπαρξη κετονών. Στην περίπτωση υπογλυκαιμίας, η παρουσία κετονών υποδηλώνει ότι ο οργανισμός δεν έχει σάκχαρο να



χρησιμοποιήσει για την παραγωγή ενέργειας και αναγκάζεται να κινητοποιήσει λίπη, δηλαδή βρίσκεται σε κατάσταση πείνας και χρειάζεται τροφή, δηλαδή υδατάνθρακες, για να καλύψει τις ανάγκες του. Ενώ, όπως προαναφέρθηκε, η ύπαρξη κετονών σε περίπτωση έντονης υπεργλυκαιμίας υποδηλώνει ότι ο οργανισμός είχε αρκετό σάκχαρο, αλλά δεν είχε αρκετή ινσουλίνη για να μπορέσει να χρησιμοποιήσει το σάκχαρο που κυκλοφορούσε στο αίμα.

Θα πρέπει να θυμόμαστε πάντως ότι σε ένα διαβητικό παιδί η εμφάνιση εμέτων, κυρίως όταν δεν συνοδεύεται από διάρροιας, μπορεί να μην είναι εκδήλωση γαστρεντερίτιδας αλλά έκφραση απορρύθμισης, δηλαδή διαβητικής κετοξέωσης. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται συχνός έλεγχος του σακχάρου αίματος και χορήγηση της αναγκαίας ποσότητας ινσουλίνης, για να αποφευχθεί επιδείνωση, η οποία θα οδηγήσει το παιδί σε μια νέα νοσηλεία.

Συνοψίζοντας, κάθε διαβητικό παιδί, όπως και κάθε άλλο παιδί της ηλικίας του, δικαιούται και μπορεί να περάσει μια λοίμωξη, η οποία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι κάτι απλό που περνά χωρίς κανένα πρόβλημα και χωρίς ανάγκη αντιβιοτικής θεραπείας. Κύριο μέλημα στην αντιμετώπιση κάθε διαβητικού παιδιού σε φάση κάποιας αρρώστιας είναι η συχνή μέτρηση του σακχάρου αίματος, με σκοπό την προσαρμογή των δόσεων ινσουλίνης και των αντίστοιχων γευμάτων, ώστε να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου αίματος όσο γίνεται μέσα στα φυσιολογικά όρια, χωρίς κίνδυνο υπερ- ή υπογλυκαιμίας. ■

Σε ένα διαβητικό παιδί η εμφάνιση εμέτων μπορεί να μην είναι εκδήλωση γαστρεντερίτιδας αλλά έκφραση απορρύθμισης, δηλαδή διαβητικής κετοξέωσης

Μεσογειακή διατροφή και σακχαρώδης διαβήτης 1

Ο διαβήτης αποτελεί μια από τις παθήσεις στις οποίες η ενεργός συμμετοχή του ασθενή διαδραματίζει αποφασιστικό ρόλο στην επιτυχή αντιμετώπιση της μακροχρόνιας αυτής πάθησης, της οποίας απαραίτητη προϋπόθεση είναι η σωστή διατροφή.



ΕΦΗ ΕΥΣΤΡΑΤΙΟΥ

Διατολόγος

Επιστημονική συνεργάτις Δ' Παιδιατρικής Κλινικής ΑΠΘ
Νασοκομείο «Παπαγεωργίου»

Στο διαβήτη τύπου 1 η επίτευξη καλού γλυκαιμικού ελέγχου βασίζεται, κυρίως, στον επιτυχή συνδυασμό-συχρονισμό ινσουλίνης και τροφίμων.

Η συμβατική ινσουλινοθεραπεία (1- 2 ενέσεις την ημέρα) απαιτεί σταθερές ώρες γευμάτων, σταθερές ποσότητες αυτών και ιδιαίτερα υδατανθράκων.

Η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία (3-4 ενέσεις την ημέρα) και οι αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης (basal - bolus) παρέχουν ευελιξία στο χρόνο λήψης γευμάτων και στην ποσότητα αυτών. Ο υπολογισμός της γευματικής ινσουλίνης (bolus) γίνεται με βάση το γεύμα που πρόκειται να καταναλωθεί (περιεκτικότητα αυτού σε υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη) και προϋποθέτει άριστη εκπαίδευση πάνω στις ομάδες τροφίμων και ιδιαίτερα στα ισοδύναμα υδατανθράκων.

Η προσαρμογή της ινσουλίνης στη ζωή του διαβητικού ατόμου και όχι το αντίθετο και η ελευθερία που παρέχουν η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία και οι αντλίες ινσουλίνης στις επιλογές των τροφίμων μπορεί να οδηγήσουν σε κατάχρηση αυτής, με αποτέλεσμα την ανεξέλεγκτη κατανάλωση τροφίμων που μέχρι πρότινος ήταν «απαγορευμένα».

Η εντατικοποιημένη ινσουλινοθεραπεία και η αντλία ινσουλίνης δεν είναι συνώνυμη με τη διατροφική αναρχία.

Οι κανόνες υγιεινής διατροφής ισχύουν για όλους τους διαβητικούς ασθενείς, ανεξάρτητα από το σχήμα της ινσουλινοθεραπείας που ακολουθούν.

Ποιοι είναι αυτοί οι κανόνες; Τρώτε ποικιλία τροφίμων - τρώτε με μέτρο - τρώτε υγιεινά!

Ακολουθήστε το μοντέλο της μεσογειακής διατροφής!

Η μεσογειακή διατροφή, η οποία παριστάνεται σχηματικά με τη γνωστή πυραμίδα, καλύπτει τις θρεπτικές απαιτήσεις όλου του πληθυσμού – διαβητικού και μη. Η ευεργετική επίδραση της μεσογειακής διατροφής στην υγεία αλλά και στη δημιουργία ενός ισχυρού ανοσοποιητικού συστήματος είναι πολύ μεγάλη.

Επιμηκύνει τη διάρκεια ζωής και προστατεύει τον ανθρώπινο οργανισμό από καρδιαγγειακές παθήσεις και διάφορες μορφές καρκίνου.

Τα κύρια χαρακτηριστικά αυτού του «προστατευτικού» μοντέλου διατροφής είναι:

- Αυξημένη κατανάλωση φρέσκων φρούτων και λαχανικών, οσπρίων, ψωμιού, δημητριακών κ.λπ.
- Μέτρια κατανάλωση ελαιόλαδου
- Αυξημένη κατανάλωση ψαριών
- Περιορισμένη πρόσληψη κόκκινου κρέατος, γλυκισμάτων και έτοιμων φαγητών

Οι διατροφικές οδηγίες που προτείνονται από την ADA (American Diabetes Association - 2006) στηρίζονται στην πυραμίδα της μεσογειακής δίαιτας και έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά: Για να επιτευχθούν οι παραπάνω στόχοι η ημερήσια κατανάλωση τροφίμων πρέπει να περιλαμβάνει:

ΕΝΕΡΓΕΙΑ	ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΘΕΡΜΙΔΕΣ ΓΙΑ ΑΠΟΚΤΗΣΗ Ή ΔΙΑΤΗΡΗΣΗ ΕΠΙΘΥΜΗΤΟΥ ΒΑΡΟΥΣ	
Υδατάνθρακες	50%-55%	ολικής θερμιδικής πρόσληψης
Πρωτεΐνες	15%-20%	>>>
Λίπη	25%-30%	>>>
Κορεσμένα λιπαρά οξέα	< 7%	>>>
Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα	> 10%	
Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα	< 10%	
Χοληστερόλη	< 200mgr/ημέρα	
Φυτικές ίνες	25-35 gr/ημέρα	ή 14 gr/1.000 θερμίδες
Na	≤ 2.400mgr/ημέρα	>>>

Συστήνεται τακτική φυσική δραστηριότητα

Από την ομάδα του ψωμιού και των δημητριακών 6-11 ισοδύναμα Προτιμώνται οι σύνθετοι υδατάνθρακες (ψωμί - δημητριακά ολικής άλεσης - όσπρια) και τρόφιμα με χαμηλό γλυκαιμικό δείκτη.

Από την ομάδα των λαχανικών 3-5 ισοδύναμα

Από την ομάδα των φρούτων 2-4 ισοδύναμα Προτιμώνται τα ώμα και άκοπα λαχανικά και φρούτα όχι πολύ ώριμα και πολύ μεγάλα, όπου είναι δυνατόν αυτά να καταναλώνονται με τη φλούδα τους.

Από την ομάδα του κρέατος 4-6 ισοδύναμα Προτιμώνται τρόφιμα από την κατηγορία των τελείως άπαχων έως και μέσης περιεκτικότητας σε λίπος, για να είναι μειωμένη η πρόσληψη των κορεσμένων λιπαρών οξέων.

Συνιστάται η κατανάλωση κόκκινου κρέατος να μην υπερβαίνει την 1 φορά την εβδομάδα, γιατί η υπερκατανάλωσή του έχει συνδεθεί με εκδήλωση καρδιαγγειακών παθήσεων.

Επιτρέπεται η κατανάλωση πουλερικών έως 2 φορές την εβδομάδα, χωρίς το δέρμα τους.

Τα ψάρια πρέπει να καταναλώνονται τουλάχιστον 2 φορές την εβδομάδα, γιατί είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα, τα οποία είναι ευεργετικά για την καρδιά και τα αγγεία.


Τα αυγά δεν πρέπει να ξεπερνούν τα 2-3 την εβδομάδα, γιατί ο κρόκος τους περιέχει μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης.

Από την ομάδα του γάλακτος 2-3 ισοδύναμα Προτιμώνται αυτά που έχουν χαμηλή περιεκτικότητα σε λίπος.

Από την ομάδα του λίπους 6-12 ισοδύναμα Συνιστάται κυρίως η κατανάλωση ελαιόλαδου, που, λόγω της μοναδικής του σύνθεσης σε μονοακόρεστα λιπαρά οξέα, αποτελεί την καλύτερη πηγή λίπους για τον οργανισμό.

Στη συνέχεια δίνεται ένα παράδειγμα μιας παραδοσιακής μεσογειακής συνταγής, καθώς και ο υπολογισμός της γευματικής ισοουλίνης που απαιτείται για την κάλυψη της αναγραφόμενης μερίδας, με διάφορες αναλογίες ισοουλίνης: υδατανθράκων.

Παράδειγμα 1 Εάν ένα άτομο έχει μια αναλογία ισοουλίνης : υδατανθράκων, 1 μονάδα : 1 ισοδύναμο υδατανθράκων (15 gr υδατάνθρακες), δηλαδή χρειάζεται 1 μονάδα ισοουλίνης για να καλύψει 15 gr υδατάνθρακες και πρόκειται να καταναλώσει μία μερίδα μελιτζάνες ιμάμ – 300 gr ,πρέπει να κάνει 1,9 μονάδες.

Παράδειγμα 2 Εάν ένα άτομο έχει μια αναλογία ισοουλίνης : υδατανθράκων, 2 μονάδες : 1 ισοδύναμο υδατανθράκων (15 gr υδατάνθρακες), δηλαδή χρειάζεται 2 μονάδες ισοουλίνης για να καλύψει 15 gr υδατάνθρακες και πρόκειται να καταναλώσει μία μερίδα μελιτζάνες ιμάμ – 300 gr, πρέπει να κάνει 3,1 μονάδες. 



ΜΕΛΙΤΖΑΝΕΣ ΙΜΑΜ

Υλικά

- 1.000 gr μελιτζάνες
- 300 gr ντομάτες, πολτοποιημένες
- 200 gr κρεμμύδια, ψιλοκομμένα
- 100 gr ντομάτες (σε φέτες)
- 70 gr ελαιόλαδο
- 30 gr μαϊντανός (ψιλοκομμένος)
- 5 gr σκόρδο (ψιλοκομμένο)
- 2 gr αλάτι (1/3 κουταλι. γλυκού)

Εκτέλεση

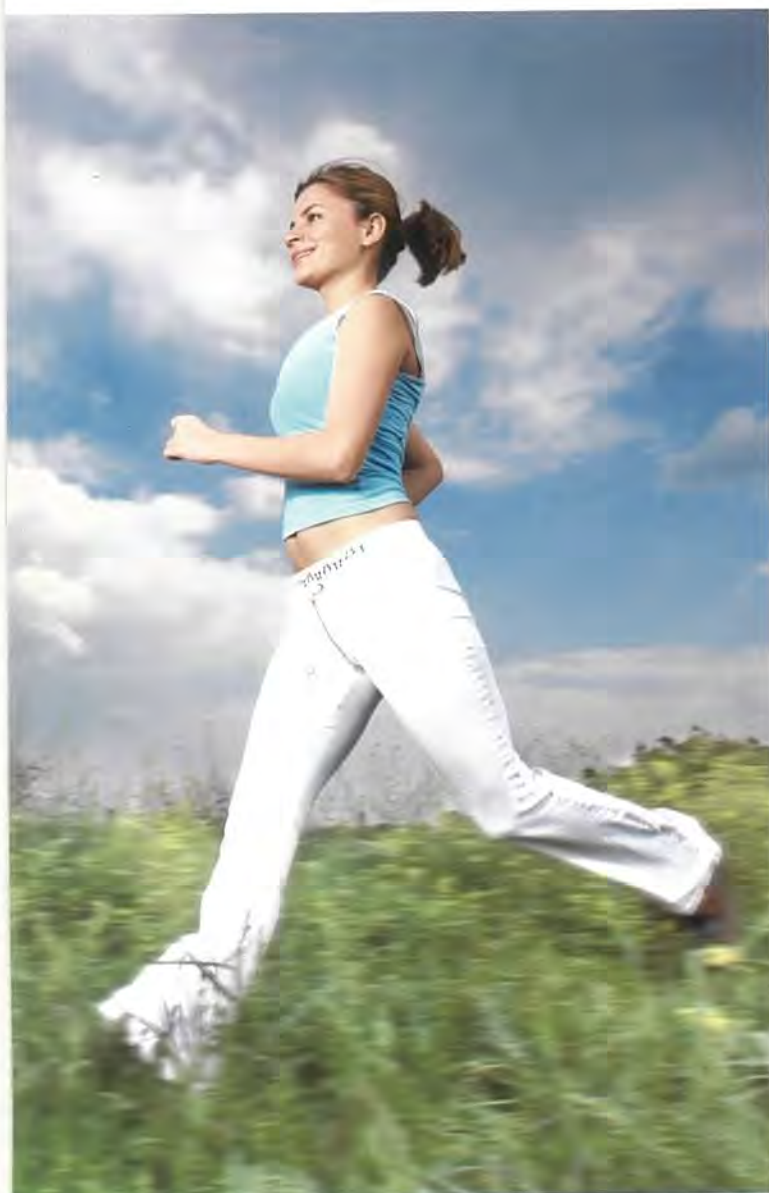
- Χαράζουμε τις μελιτζάνες κατά μήκος από τη μία πλευρά και τις βυθίζουμε σε αλατόνερο για 1 ώρα, για να ξεπικρίσουν.
- Στη συνέχεια τις ξεπλένουμε, τις στραγγίζουμε, τις αλείφουμε με ελάχιστο ελαιόλαδο και τις ψήνουμε στο φούρνο με την ανοικτή πλευρά προς τα επάνω, έως ότου μαλακώσουν.
- Σε μια αντικαθητική κασαρόλα σοτάρουμε ελαφρά τα κρεμμύδια και το σκόρδο με ελάχιστο ελαιόλαδο.
- Κατόπιν ρίχνουμε τις πολτοποιημένες ντομάτες, το μαϊντανό, το αλάτι, το υπόλοιπο ελαιόλαδο, ανακατεύουμε ελαφρά και αφήνουμε να αιγοβράσουν για 10 λεπτά.

Γεμίζουμε τις μελιτζάνες με αυτό το μίγμα, τις σκεπάζουμε με τις φέτες ντομάτας και ψήνουμε σε μέτριο φούρνο για 30 λεπτά περίπου. Μερίδες: 5

1 μερίδα μελιτζάνες ιμάμ 300 gr			Υπολογισμός γευματικής ισοουλίνης		
Θρεπτικά συστατικά	ΙΣΔ		1 μ.: 1 ισ. υδ.	1,5 μ.: 1 ισ. υδ.	2 μ.: 1 ισ. υδ.
Ενέργεια (θερμίδες)	186				
Υδατάνθρακες (gr)	17.6	1.2	1.2 Μονάδες	1.8 Μονάδες	2.4 Μονάδες
Πρωτεΐνες (gr)	3.0	0.2	0.7 Μονάδες		
Λίπη (gr)	13.0	2.6			
Κορεσμένα λιπαρά οξέα (gr)	1.8		Σύνολο μονάδων		
Μονοακόρεστα λιπαρά οξέα (gr)	9.2		1.9	2.5	3.1
Πολυακόρεστα λιπαρά οξέα (gr)	1.3				
Χοληστερόλη (mgr)	0.0				
Φυτικές ίνες (gr)	6.0				
Na (mgr)	152.0				

Η άθληση σε άτομα με διαβήτη τύπου 2

Για δεκαετίες η άσκηση έχει θεωρηθεί –και πράγματι είναι– ο ακρογωνιαίος λίθος για τη θεραπευτική αντιμετώπιση του διαβητικού ατόμου παράλληλα με τη δίαιτα. Η συμβολή της στη θεραπευτική αντιμετώπιση θεωρείται ιδιαίτερης σημασίας, διότι βελτιώνει τη γλυκαιμική ρύθμιση, μειώνει τους παράγοντες καρδιοαγγειακού κινδύνου, συντελεί στην απώλεια βάρους, συμβάλλει στην ευκαμψία των αρθρώσεων και μειώνει το άγχος. Πιο συγκεκριμένα, μειώνει τα επίπεδα του σακχάρου, της αρτηριακής πίεσης, μειώνει την «κακή» χοληστερόλη και αυξάνει την «καλή».



 **ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Ν. ΜΑΥΡΟΓΙΑΝΝΑΚΗ¹, ΗΛΙΑΣ Ν. ΜΥΓΔΑΛΗΣ²**

¹Παθολόγος - Επιμελήτρια Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Γενικό Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»

²Παθολόγος - Διευθυντής Β' Παθολογικής Κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Γενικό Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»

Έναρξη της άσκησης στο διαβήτη πρέπει να γίνεται σταδιακά, με βαθμιαία αύξηση του χρόνου και της έντασής της. Ο τύπος, η διάρκεια και η ένταση της άσκησης που είναι κατάλληλη για κάθε διαβητικό άτομο εξαρτώνται από την ηλικία, τη γενική κατάσταση του και την ύπαρξη ή μη επιπλοκών του διαβήτη. Πρέπει πάντα να εκτιμάται από το θεράποντα ιατρό η ποιότητα της ρύθμισης του διαβητικού και η ύπαρξη ή μη επιπλοκών του διαβήτη. Εάν ο διαβητικός επιθυμεί να ακολουθήσει πρόγραμμα εντατικότερης άσκησης ή αν υπάρχει υπόνοια καρδιοαγγειακής νόσου, πρέπει να προηγηθεί καρδιολογική εκτίμηση.

Η έναρξη της άσκησης στη μέση ηλικία και σε άτομα που δεν είναι συνθισμένα από νεαρή ηλικία σ' αυτή δεν είναι ακίνδυνη. Στις περιπτώσεις αυτές συστήνεται μέτρια αύξηση της κινητικότητας, με καθημερινό περπάτημα σε κανονικό ρυθμό. Γενικά ο καλύτερος τρόπος άσκησης για το διαβητικό είναι το περπάτημα, διάρκειας μισής με μία ώρα την ημέρα, η αποβίβαση από τα μέσα μαζικής μεταφοράς δύο στάσεις νωρίτερα από τον τελικό προορισμό και το περπάτημα, η χρησιμοποίηση σκάλας αντί για ανελκυστήρα, η συστηματική φροντίδα του κήπου. Πιο έντονη άσκηση, όπως ποδήλατο, τρέξιμο, κολύμπι ή συμμετοχή σε διάφορα αθλήματα, καθορίζεται από το θεράποντα ιατρό. Πρέπει να τονιστεί ότι δεν είναι απαραίτητο να πραγματοποιείται η άσκηση μόνο στο πλαίσιο ενός σχεδιασμένου προγράμματος.

Η ευεργετική της επίδραση δεν διαρκεί πέραν των 36 ωρών, επομένως πρέπει να γίνεται καθημερινά ή το πολύ κάθε δεύτερη μέρα. Περπάτημα 30 λεπτά την ημέρα είναι επαρκές για τα περισσότερα άτομα. Οι συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας είναι μέτριας έντασης αεροβική άσκηση, τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα, κατανεμημένη τουλάχιστον 3 ημέρες την

εβδομάδα και όχι περισσότερο από 2 συνεχόμενες ημέρες χωρίς φυσική δραστηριότητα.

Γενικά, αν ο διαβητικός τύπου 2 νιώθει καλά, δεν υπάρχει λόγος αναβολής της άσκησης, μόνο λόγω της ύπαρξης υπεργλυκαιμίας. Όταν το σάκχαρο αίματος είναι περισσότερο από 400 mg/dl ή όταν το σάκχαρο αίματος είναι περισσότερο από 250 mg/dl και ο έλεγχος για οξόνη στα ούρα είναι θετικός, η άσκηση αναβάλλεται.

Ο ινσουλινοθεραπευόμενος διαβητικός καλό είναι να αποφεύγει να ασκείται την ώρα αιχμής της δράσης της ινσουλίνης, γιατί μπορεί να οδηγηθεί σε υπογλυκαιμία, αν δεν λάβει πρόσθετους υδατάνθρακες. Πιθανόν να χρειαστεί μείωση της μετά την άσκηση δόσεως ινσουλίνης, ακόμα και των δόσεων της επόμενης ημέρας.

Υπογλυκαιμία

Στα άτομα που κάνουν ινσουλίνη ή/και ινσουλινοεκκριταγωγά η φυσική δραστηριότητα μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία, αν η δόση του φαρμάκου ή η κατανάλωση υδατανθράκων δεν τροποποιηθεί.

Πρέπει να συνιστάται η άσκηση να γίνεται συντροφιά με άτομο που γνωρίζει την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας.

Ο διαβητικός πρέπει να έχει πάντα μαζί του υδατάνθρακες σε ταχέως απορροφήσιμη μορφή (κατά προτίμηση σε υγρή μορφή, αλλιά και μπισκότα, καραμέλλες) κατά τη διάρκεια της άσκησης. Όταν το σάκχαρο αίματος πριν την άσκηση είναι λιγότερο από 100 mg/dl, πρέπει να προηγείται της άσκησης μικρό γεύμα (επιπρόσθετοι υδατάνθρακες). Όταν π.χ. πρόκειται να ακολουθήσει ενδιάμεση διάρκεια και μέτριας έντασης άσκηση και το σάκχαρο αίματος είναι λιγότερο από 100 mg/dl, πρέπει να λάβει προηγουμένως ένα φρούτο και μία φέτα ψωμί, αν το σάκχαρο είναι 100-240 mg/dl, πρέπει να λάβει προηγουμένως ένα φρούτο ή μία φέτα ψωμί, ενώ αν είναι περισσότερο από 240 mg/dl, δεν πρέπει να προηγηθεί μικρογεύμα.

Σημαντικό στοιχείο για την πρόληψη υπογλυκαιμίας είναι να προσδιορίζει το σάκχαρό του αμέσως μετά αλλιά και αρκετές ώρες μετά την άσκηση, ώστε να αποφεύγει πιθανή υπογλυκαιμία, λαμβάνοντας επιπλέον υδατάνθρακες. Υπογλυκαιμία μπορεί να συμβεί και όψιμα, ώρες μετά το τέλος της άσκησης αλλιά και την επόμενη ημέρα, λόγω της συνεχόμενης απορρόφησης γλυκόζης από τους μύς που έχουν ασκηθεί.

Καλό είναι να αποφεύγεται η χρήση αλκοόλ μετά την άσκηση, γιατί μπορεί να επιτείνει πιθανή υπογλυκαιμία.

Επιπλέον, πάντα θα πρέπει να θυμάται ο διαβητικός ότι η άσκηση προκαλεί ιδρώτα και ταχυκαρδία, όπως και η υπογλυκαιμία και μπορεί να συγκαλυφθούν τα σημεία που προειδοποιούν για την εμφάνιση υπογλυκαιμίας. Η προσωπική εμπειρία και οι συχνοί έλεγχοι του σακχάρου αίματος επιτρέπουν σε κάθε άτομο να προσαρμόζει τις βασικές αρχές στη δική του ξεχωριστή περίπτωση. □



Ο τύπος, η διάρκεια και η ένταση της άσκησης που είναι κατάλληλη για κάθε διαβητικό άτομο εξαρτώνται από την ηλικία, τη γενική κατάστασή του και την ύπαρξη ή μη επιπλοκών του διαβήτη.



Άσκηση παρουσία χρόνιων επιπλοκών διαβήτη

Αμφιβληστροειδοπάθεια: Σε παρουσία διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας ή σοβαρής μη-παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας, καλό είναι να αποφεύγεται η έντονη άσκηση (π.χ. βάρος) λόγω του κινδύνου πρόκλησης αιμορραγίας ή αποκόλλησης του αμφιβληστροειδούς.

Περιφερική νευροπάθεια: Σε παρουσία σοβαρής περιφερικής νευροπάθειας, το τρέξιμο δεν αποτελεί καλή επιλογή, είναι καλύτερο να ενθαρρύνεται το άτομο για δραστηριότητες όπως το κοχύμπι, η ποδηλασία ή ασκήσεις των άκρων.

Νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος: Τα άτομα με νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος οπωσδήποτε πρέπει να υποβάλλονται σε καρδιολογικό έλεγχο πριν την έναρξη πιο έντονης φυσικής δραστηριότητας από τη συνήθη.

Μικρολευκωματοουρία και νεφροπάθεια: Η φυσική δραστηριότητα μπορεί να αυξήσει την αποβολή λευκώματος από τα ούρα. Δεν υπάρχουν δεδομένα από κλινικές μελέτες που να δείχνουν ότι η συστηματική άσκηση αυξάνει το ποσοστό προόδου της διαβητικής νεφροπάθειας. Μάλλον δεν χρειάζεται κάποιος ειδικός περιορισμός για τους διαβητικούς με διαβητική νεφροπάθεια.

Γενικές οδηγίες

1. Η άσκηση πρέπει να είναι ευχάριστη
2. Χρειάζεται ενθάρρυνση από την οικογένεια
3. Η ώρα της άσκησης πρέπει να είναι βολική
4. Πώς να ξεκινήσει κάποιος την άσκηση;
 - Με αργούς ρυθμούς
 - Βάζοντας στόχους πραγματοποιήσιμους
 - Ακολουθώντας το πρόγραμμα με κάποιο φίλο
 - Καταγράφοντας τα οφέλη (βάρος, τιμές σακχάρου κ.λπ.), ώστε να αποτελούν κίνητρο για τη συνέχιση.
5. Ποιο είδος άσκησης μπορεί να βοηθήσει;

Ό,τι αρέσει ή βολεύει περισσότερο τον καθένα, ώστε να μπορεί να ακολουθήσει αυτό τον τρόπο ζωής μακροχρόνια. Η αύξηση της καθημερινής δραστηριότητας μπορεί να επιτευχθεί αν:

 - ανεβαίνει με τις σκάλες αντί για ανελκυστήρα
 - κατεβαίνει από το μέσο μαζικής μεταφοράς 1-2 στάσεις χωρίτερα από τον προορισμό και περπατά
 - φροντίζει συστηματικά τον κήπο του
 - πλένει μόνος το αυτοκίνητο.

Μερικές δραστηριότητες που μπορεί να κάνει κανείς για να αυξήσει την αερόβια άσκηση είναι:

- το γρήγορο βάδισμα
- το κοχύμπι
- το ποδήλατο
- χορός
- το τένις ή όποιο άλλο άθλημα. ■

Γενικά ο καλύτερος τρόπος άσκησης για το διαβητικό είναι το περπάτημα, διάρκειας μισής με μία ώρα την ημέρα

σχεδιασμός & υπηρεσίες παραγωγής

Βιβλία
Περιοδικά
Ειδικές Εκδόσεις
Newsletters
Εταιρική Ταυτότητα
Flyers
Annual Reports
House Organs



creativity never stops

υπηρεσίες υποστήριξης

Διαχωρισμοί
Δοκίμια
Εκτυπώσεις (ψηφιακές-κυλινδρικές-offset)
Βιβλιοδεσίες
Μεταξοτυπίες
Ειδικές Κατασκευές
Επεξεργασία Φωτογραφίας
Τελική Μακέτα

anathesis
Creative Publications

Μεσογείων 36, 115 27 Αθήνα
T 210 7487777, F 210 7488995
e-mail: info@anathesis.gr

Μας ρωτάτε - Σας απαντάμε

■ Μπορεί ένα διαβητικό παιδί να ταξιδέψει με αεροπλάνο;

Φυσικά και ένα διαβητικό παιδί, όπως κάθε άλλο φυσιολογικό παιδί, μπορεί να ταξιδέψει με αεροπλάνο. Απλώς, με τους νέους κανονισμούς ασφαλείας κατά την πτήση (έλεγχος μεταφοράς υγρών, αιχμηρών αντικειμένων κ.λπ.), είναι καλύτερα να έχει ένα επίσημο έγγραφο από το θεράποντα ιατρό του που να βεβαιώνει ότι πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη και είναι απαραίτητο να μεταφέρει μαζί του τα σιτάρια ή τις σύριγγες ινσουλίνης, το μετρητή σακχάρου του, υγρά μαντιλάκια οιοσπνεύματος και, για την περίπτωση υπογλυκαιμίας, ένεση γλυκαγόνης, ώστε να μην παρουσιαστεί πρόβλημα κατά τον έλεγχο των χειραποσκευών.



■ Επηρεάζονται οι τιμές σακχάρου από τον έμμηνο ρύση;

Πολλά κορίτσια λίγο πριν τις μέρες της εμμήνου ρύσης (περιόδου) ή και τις 2-3 πρώτες μέρες της παρουσιάζουν ψηλότερες τιμές σακχάρου και χρειάζονται προσαρμογή των δόσεων ινσουλίνης. Είναι ένα συχνό, φυσιολογικό φαινόμενο και δεν θα πρέπει να μας ανησυχεί.

■ Να αφήσω το διαβητικό παιδί μου να πάει στην τριήμερη εκδρομή με την τάξη του;

Κάθε διαβητικό παιδί έχει δικαίωμα να συμμετέχει στις χαρές της ηλικίας του. Συνήθως όταν νιώθει ότι είναι μόνο του υπεύθυνο για τη ρύθμισή του, προσέχει περισσότερο απ' όσο όταν είναι σπίτι και ξέρει ότι η μαμά θα ασχοληθεί έτσι κι αλλιώς με τον έλεγχό του. Θα πρέπει, πάντως, να θυμόμαστε ότι η αυτονομία είναι μια δυναμική, προοδευτική πορεία σε όλα τα χρόνια αντιμετώπισης του διαβητικού παιδιού και τόσο οι γονείς όσο και η ομάδα των θεραπειών θα πρέπει σιγά σιγά να αφήνουν περισσότερη αυτοδυναμία στο ίδιο το παιδί για τη ρύθμιση του σακχάρου του και οι γονείς –παρά τις ανησυχίες τους– να υποχωρούν από το ρόλο του κύριου πρωταγωνιστή στη λήψη των αποφάσεων, στο ρόλο του συμβούλου, που θα βοηθήσει το παιδί και τον έφηβό τους στη δική του απόφαση για το σάκχαρό του, συμβουλευόμενος, όχι επιβιάζοντας.



■ Επιτρέπεται ο αθλητισμός στο διαβήτη;

Όχι απλώς επιτρέπεται, αλλά επιβιβάζεται. Η συστηματική σωματική άσκηση είναι απαραίτητη συνιστώσα στην καλή ρύθμιση του διαβήτη και κάθε άτομο με διαβήτη πρέπει να αθλείται συστηματικά, έστω κι αν το φορτωμένο καθημερινό πρόγραμμα δεν αφήνει περιθώρια για οργανωμένη συμμετοχή σε ομάδες. Η άσκηση μπορεί θαυμάσια να γίνεται ως μέρος της καθημερινότητας αυτής, όπως καθημερινό περπάτημα, παρκάρισμα του αυτοκινήτου και χρήση του μετρό κ.λπ. Επίσης, στα παιδιά και τους εφήβους η συμμετοχή στο μάθημα της γυμναστικής δεν θα πρέπει να αποφεύγεται για κίνδυνο υπογλυκαιμίας αλλά να ενθαρρύνεται, γιατί συμβάλλει στην ευεξία, την ψυχική ισορροπία και στις καλύτερες τιμές σακχάρου αίματος. ❏

Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας

στο e-mail: jpergialiotou@anathesis.gr

ή στο fax 210-7488995