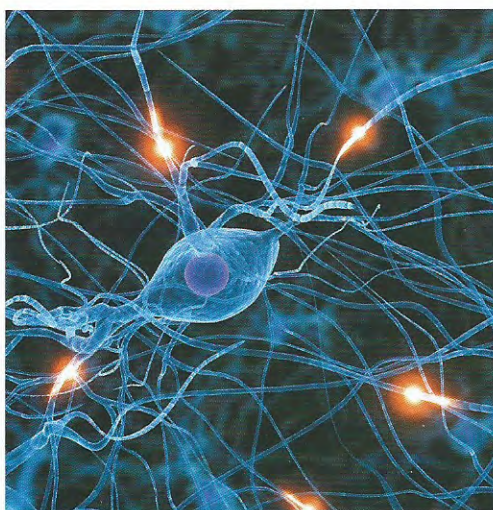
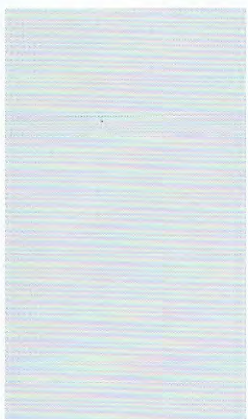
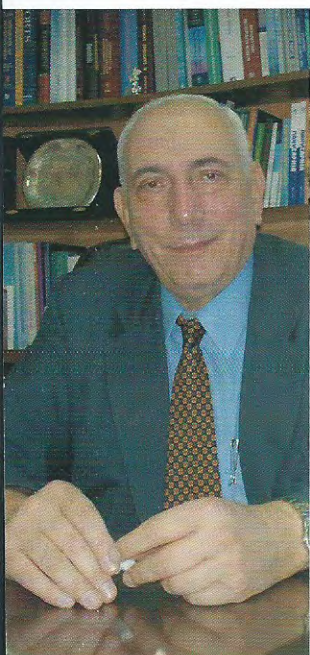
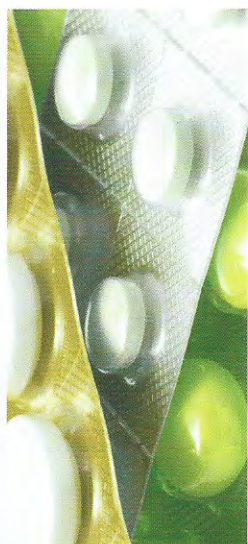


[ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ] Η συνεργασία στην οικογένεια για τη ρύθμιση του διαβήτη

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Νικόλαος Κατσιλάμπρος: Ο ευγενής λειτουργός του διαβήτη
- Το παγκόσμιο κόστος του αρρυθμιστου διαβήτη
- Οι κατηγορίες των αντιδιαβητικών δισκίων στο Σ.Δ. τύπου 2
- Η διαβητική νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
&
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ



ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ-ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2008 - ΤΕΥΧΟΣ 6



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Ε.ΚΕ.ΔΙ



International
Diabetes
Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Βαγγέλης Τσερές

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

jpergiaili@anathesis.gr

Art Director

Χρήστος Γεωργίου

cgeorgiou@anathesis.gr

Σύνταξη

Γιώργος Καραχάλιος

Μαρία Γαρτσιώτη

Κάτια 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@eladi.org,
jpergiaili@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, ΠΓΝ «Αττικόν»

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

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

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μητράκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

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

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

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

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 Ουίμ 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 Τεντοδούρης, 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



ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ νέες τεχνολογίες στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

4 ΠΡΟΟΙΜΙΟ
Δημήτριος Π. Χιώτης Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

6 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Σωτήριος Α. Ράπτης
Μια εκ βαθέων συζήτηση με τον ευγενή
λειτουργό του διαβήτη

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

16 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ
Πόσο εύκολα μπορούν τα άτομα με διαβήτη να
προμηθευτούν προϊόντα νέας τεχνολογίας;

18 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ
Το έργο της ΕΛΟΔΙ για τα άτομα με διαβήτη

20 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ

- Σακχαρώδης διαβήτης και νόσος του θυρεοειδούς
- Σακχαρώδης διαβήτης και αισθητική

24 ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
Οι νέες τεχνολογίες στη φαρέτρα των γιατρών για
την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

26 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
Η διάγνωση και η πρόληψη του σακχαρώδους
διαβήτη

28 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Τα αντιδιαβητικά δισκία στο σακχαρώδη διαβήτη
τύπου 2

30 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Το παγκόσμιο κόστος του αρρυθμισμού διαβήτη



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ αισθητική και σακχαρώδης διαβήτης



ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ η σωστή διατροφή για την πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη και των καρδιαγγειακών παθήσεων

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

38 ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ
Αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης

40 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

42 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
Στεφανιαία νόσος στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη (1ο μέρος)



44 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Αντιμετώπιση στο σχολείο του παιδιού και εφήβου με σακχαρώδη διαβήτη

46 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ
Η συνεργασία στην οικογένεια για τη ρύθμιση του διαβήτη

50 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
«Ο διαβήτης δεν θα με σταματήσει ποτέ απ' το να προσπαθώ να πετύχω τους στόχους που θέτω»

54 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
Διαβητική νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος

56 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ
Σακχαρώδης διαβήτης και καρδιαγγειακά νοσήματα: ποια είναι η κατάλληλη διατροφή;

60 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
Ήπια άσκηση μέσα από χειμερινές αποδράσεις στην Ελλάδα

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

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
συνδυάστε την άσκηση μέσα από χειμερινές αποδράσεις στην Ελλάδα



Δημήτριος Π. Χιώτης
Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Αγαπητοί αναγνώστες,

Πέρασε κιόχλας ένας χρόνος. Εντός ολίγου εκπνέει το 2008 και ανατέλλει το νέο έτος. Τι θα αλλιάξει στη ζωή μας; Από εμάς εξαρτάται. Αν βάλουμε μικρούς, ρεαλιστικούς στόχους, το πιθανότερο είναι ότι θα καταφέρουμε να τους πραγματοποιήσουμε. Ας ξεκινήσουμε από την υγεία μας – ψυχική και σωματική. Να υποσχεθούμε στον εαυτό μας –και να το τηρήσουμε– ότι θα αγχωνόμαστε λιγότερο, θα ασκούμε λίγο περισσότερο και, αναμφίβοη, θα προσπαθήσουμε να διατηρήσουμε το σάκχαρό μας όσο γίνεται πιο κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα.

Περισσότερο όμως και από τον ίδιο μας τον εαυτό οφείλουμε να σκεφτούμε τα παιδιά μας. Ας προσπαθήσουμε όηοι να «ξορκίσουμε» το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δίνοντας βάση στη σωστή διατροφή των παιδιών μας. Να τα βοηθήσουμε να υιοθετήσουν έναν υγιεινό τρόπο διατροφής και να τους εξηγήσουμε τα οφέηη της συστηματικής άσκησης για την υγεία και τη σωστή τους ανάπτυξη. Για να γίνει αυτό θα πρέπει να αποτελέσουμε εμείς οι ίδιοι το πρότυπό τους. Πώς μπορούμε να πείσουμε έναν έφηβο να τρώει υγιεινά, όταν εμείς οι ίδιοι επιλέγουμε τις «πληστικές» τροφές και τα ανθυγιεινά ανακ;

Πέρα όμως από τις ατομικές μας προσπάθειες για να βελτιώσουμε την ποιότητα της ζωής μας, ας ευχηθούμε ότι και η ίδια η πολιτεία θα σταθεί αρωγός μας προς την ίδια κατεύθυνση. Ας εηπίσουμε το 2009 να υπάρξει από την πλευρά της πολιτείας πιο εντατικοποιημένη προσπάθεια για την άρτια στεηλέωση των διαβητολογικών ιατρείων με το απαιτούμενο ιατρικό και παραϊατρικό προσωπικό, το οποίο θα διακατέχεται από ομαδικό πνεύμα συνεργασίας, με σκοπό να παρακολουθεί συστηματικά τα άτομα με διαβήτη, ώστε να εξασφαλίσουν για ηλογαριασμό τους μακροχρόνια ρύθμιση.

Ύστερα από τη σωστή αυτή ρύθμιση τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη εξασφαλίζουν μείωση των επιπλοκών που συνδέονται με το σακχαρώδη διαβήτη (καρδιαγγειακά νοσήματα, μικροαγγειοπάθεια, νευροπάθεια, νεφροπάθεια κ.ηη.), καθώς και της πολυφαρμακίας που συνδέεται με την παρουσία των συνοδών αυτών νοσημάτων. Αηηά και το ίδιο το κράτος προσκομίζει σημαντικά οικονομικά οφέηηα από τη σωστή ρύθμιση των ατόμων με διαβήτη. Ο δρ Α. Μελιδώνης, μέσα από το άρθρο του σχετικά με το κόστος του αρρυθμιστου διαβήτη, θα σας κατατοπίσει ηηετομερώς για το συγκεκριμένο θέμα.

Οι ευχές δεν τελειώνουν ποτέ. Δεν στερεύει το μυαλό από ιδέες που θα μπορούσαν να κάνουν τη ζωή μας ακόμη καλύτερη. Όηοι μέσα μας έχουμε τη φηόγα που καίει, με σκοπό να ζεσταίνει τις καρδιές μας και να μας χαρίζει την ηηπίδα ότι υπάρχει τρόπος για να ζούμε καλύτερα. Ας ευχηθούμε το 2009 η φηόγα να γίνει ακόμη πιο δυνατή και όηοι μας να βρούμε αυτό τον τρόπο που θα μας βοηθήσει να εδραιώσουμε το χαμόγελο στα χείηηη.

Χρόνια Ποηηά σε όηους με υγεία και κάθε προώπηηική ευτυχία!





Contour™

Η ΛΥΣΗ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΜΕΤΡΗΣΗ ΣΑΚΧΑΡΟΥ. ΖΗΤΗΣΤΕ ΤΟ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ ΣΑΣ.



Η ζωή γίνεται καλύτερη.

Ρυθμίστε το σάκχαρό σας με τη νέα γενιά μετρητών της Bayer CONTOUR®, που ενσωματώνουν την τεχνολογία ΧΩΡΙΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ™.

Η τεχνολογία ΧΩΡΙΣ ΚΩΔΙΚΟΠΟΙΗΣΗ™ (αυτόματη μέτρηση) παρέχει στο χρήστη μοναδικά πλεονεκτήματα, όπως:

- Ακριβείς και αξιόπιστες μετρήσεις
- Ελαχιστοποίηση των κινδύνων στη ζωή των ατόμων με διαβήτη, που μπορεί να προκύψουν από επαναλαμβανόμενες λανθασμένες δόσεις ινσουλίνης - ειδικά όταν δεν έχει προηγηθεί σωστή εκπαίδευση στη χρήση μετρητών που απαιτούν κωδικό ή έχει γίνει λάθος κωδικοποίηση του μετρητή πριν τη μέτρηση (όπως απέδειξε πρόσφατη μελέτη*, Μάρτιος 2007).
- απευθείας μέτρηση - όλα γίνονται αυτόματα - χωρίς την ανάγκη πρόσθετης κωδικοποίησης του μετρητή από το χρήστη.

* Μελέτη Raine CH, J Diabetes Sci Technol, March 2007.



ΑΠΛΑ ΤΟ ΚΑΛΥΤΕΡΟ



CONTOUR®.
Τώρα ακόμα καλύτερο.

ΑΝΟΙΧΤΗ ΓΡΑΜΜΗ ΔΙΑΒΗΤΗ
801 11 40200

 **simplewins™**

απλές **νίκες**



Bayer HealthCare
Diabetes Care

Bayer Ελλάς ABEE
Τομέας Προϊόντων Διαβήτη:
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι

Γραφείο Β. Ελλάδας:
Κ. Αποστόλων (Ιδ. οδός)
555 10 Πυλαία Θεσ/νίκης

[ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ]

Ο ευγενής λειτουργός του διαβήτη

ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΑΛΙΩΤΟΥ

Το ραντεβού μας είχε οριστεί στο σπίτι του, στην πλατεία Μαβίλη. Με υποδέχτηκε η σύζυγός του με ένα πλατύ χαμόγελο και απaráμιλλη ευγένεια. Κι ενώ περίμενα στο γραφείο του, ρίχνοντας μια τελευταία ματιά στις ερωτήσεις που είχα ετοιμάσει να του υποβάλω, άκουσα βηματισμούς στο διάδρομο και κατάλαβα πως ο καθηγητής κ. Ν. Κατσιλάμπρος κατευθυνόταν προς το μέρος μου. Μόλις τον αντίκρισα, ένιωσα ένα δέος. Δεν ήταν μόνο το παράστημά του που ορθωνόταν μπροστά μου μεγαλοπρέπως, με κυριέυε η σκέψη ότι ο συγκεκριμένος άνθρωπος ήταν, αναμφίβολα, μια μεγάλη προσωπικότητα στην παγκόσμια ιατρική κοινότητα. Η συνεισφορά του στο κομμάτι της έρευνας, τόσο του σακχαρώδους διαβήτη όσο και της παχυσαρκίας και του μεταβολισμού, η συμμετοχή του σε δεκάδες εγχώριες και διεθνείς επιστημονικές εταιρείες, το πλούσιο συγγραφικό του έργο δεν θα μπορούσαν να με αφήσουν ανέγγιχτη. Ξεκινώντας τη συνέντευξη ένα ακόμη στοιχείο με εντυπωσίασε: πόσο σωστά χειριζόταν τη γλώσσα και πόσο καλὰ συγκροτημένες ήταν οι σκέψεις του, ώστε να διηγείται ακατάπαυστα και λεπτομερώς την πορεία της ζωής του και το έργο του όλα αυτά τα χρόνια της μεγαλοπρεπούς καριέρας του.

Κύριε Κατσιλάμπρο, είστε ένας από τους πλέον εξέχοντες επιστήμονες στο χώρο του διαβήτη. Ποια στιγμή στην ακαδημαϊκή σας πορεία ξεχωρίζετε μέχρι σήμερα;

Η στιγμή που ξεχωρίζω στην καριέρα μου είναι όταν έγινα τακτικός καθηγητής, όχι γιατί το αξίωμα «περιποιεί τιμήν», εξάλλου τα έργα είναι αυτά που κρίνουν τον καθένα μας ανεξαρτήτως αξιώματος. Ο λόγος είναι ότι οι δυνατότητες που δίνονται στον τακτικό καθηγητή είναι μεγαλύτερες. Πράγματι, ευτύχησα ως πρώτης βαθμίδας

καθηγητής να μπορέσω να δημιουργήσω θέσεις για έξι συνεργάτες, να φροντίσω ώστε να εκπαιδευτούν 120 άτομα στο διαβήτη, στο διαβητολογικό κέντρο, να εξοπλίσω την κλινική με σημαντικά όργανα για την έρευνα και την εκπαίδευση και να γίνουν αρκετές δημοσιεύσεις σε πολύ έγκριτα περιοδικά, να εκδώσω μαζί με τους συνεργάτες μου ορισμένα βιβλία τα οποία απευθύνονται τόσο σε διαβητικά άτομα όσο και σε γιατρούς, σε ό,τι αφορά το σακχαρώδη διαβήτη. □





παγκόσμια ημέρα διαβήτη
14 Νοεμβρίου

Το ταξίδι στην Ελλάδα για να... αηλιάξουμε το διαβήτη δεν θα σταματήσει ποτέ



Θεσσαλονίκη
16-19/10



Βόλος
20/10



Αθήνα
21-28/10



Πάτρα
29-30/10

- 13407** επισκέψεις
- 9856** μετρήσεις σακχάρου
- 3687** υπογραφές υποστήριξης για τον ΟΗΕ
- 8** συνδιοργανωτές
- 5** υποστηρικτές
- 8** χορηγοί επικοινωνίας
- 1** αιγίδα

Ευχαριστούμε

Με την υποστήριξη των:

Χορηγοί επικοινωνίας:

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.
Αλ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τριάδας 65, 153 43 Αγία Παρασκευή, τηλ.: 210 60 71 600
Αδριανουπόλεως 22, 551 53 Καλαμαριά, τηλ.: 2310 805 555
<http://www.novonordisk.gr>
www.diabetes-in-greece.gr





Ο καθ. κ. Ν. Κατσιλάμπρος στο γραφείο του

Ποιο ήταν το έναυσμα που σας ώθησε να ασχοληθείτε με το σακχαρώδη διαβήτη;

Κατά κάποιον τρόπο, δεν είχα οδό διαφυγής. Αρκεί να σας πω ότι ο πατέρας μου, ο παππούς μου, η αδελφή μου ήταν όλοι τους γιατροί. Παρ' όλα αυτά όμως, μου άρεσαν οι βιολογικές επιστήμες και είχα κάποια κλίση σε αυτές. Η ενασχόλησή μου με το διαβήτη ήταν συμπτωματική. Ακούστε πώς ήρθαν τα πράγματα: Ήμουν στη Θεραπευτική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, στο Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα», ως πανεπιστημιακός βοηθός υπό τον αείμνηστο καθηγητή μας Βασίλειο Μαλάμο. Επρόκειτο για ένα εξαιρετικό επιστήμονα, αλλά παράλληλα ήταν και

μία πολύ αυστηρή φυσιογνομία, τόσο ως προς τον εαυτό του όσο και ως προς τους άλλους. Εκείνη την εποχή, εκτός της Παθολογίας, ασχολούμουν και ερευνητικά με την Καρδιολογία, με τον καθηγητή Σπ. Μουλόπουλο. Τότε συνηθιζόταν κάποια στιγμή να σταματάμε τη θητεία μας ως πανεπιστημιακών βοηθών και να πηγαίνουμε για περαιτέρω μετεκπαίδευση στο εξωτερικό. Ένα πρωί ήέω στον καθηγητή Β. Μαλάμο: «Κύριε καθηγητά, νομίζω πως έφτασε η στιγμή να πάω κι εγώ στο εξωτερικό». Εκείνος με ρώτησε: «Και τι θέλεις να κάνεις;». Κι εγώ του απάντησα: «Όπως γνωρίζετε, ασχολούμαι ερευνητικά με την Καρδιολογία». Μου ήέει

λοιπόν: «Θέλεις να γίνεις ένας από τους πολλούς; Γιατί δεν θέλεις να ασχοληθείς με το διαβήτη;». Εγώ εν τω μεταξύ είχα και μια κλίση προς τη Βιοχημεία. Του απαντώ, λοιπόν, φοβούμενος μήπως ανακληθεί η προδιάθεση του καθηγητή να φύγω για το εξωτερικό: «Ευχαρίστως». Έτσι, λοιπόν, βρέθηκα με υποτροφία στο Ίδρυμα Humboldt της Γερμανίας, υπό τον καθηγητή Ernst Pfeiffer. Στη Γερμανία ασχολήθηκα καταρχήν ερευνητικά με βιοσύνθεση ινσουλίνης, με έκκριση ινσουλίνης, αλλά και με προγράμματα τα οποία πρότεινα εγώ ο ίδιος, στην αρχή με κάποια δυσφορία των ανωτέρων μου, όπως τον πειραματικό διαβήτη και την έκκριση γλυκαγόνου, την ινσουλινοέκκριση στον πειραματικό υποθυρεοειδισμό και άλλα θέματα. Όταν όμως είδαν οι ανώτεροί μου γερμανοί συνάδελφοι ότι όλες αυτές οι προσπάθειες απέδιδαν καρπούς, αντιμετώπισαν με συμπάθεια το ατομικό μου έργο, που γινόταν πλέον παράλληλα με το ερευνητικό πρόγραμμα στο οποίο είχα ενταχθεί με εντολή τότε του καθηγητή Pfeiffer. Έπειτα από μια διατία, χάρη στην πολύτιμη συνδρομή του αείμνηστου Χ. Αντωνιάδη, πήγα στην Joslin Clinic της Βοστώνης, όπου ασχολήθηκα περισσότερο με κλινικό διαβήτη, αλλά παράλληλα και με κλινική έρευνα στο σακχαρώδη διαβήτη. Επιστρέφοντας πίσω, παρέμεινα για ένα χρόνο στο Νοσοκομείο Λοιμωδών Νόσων και στη συνέχεια υπό τον καθηγητή κ. Γ. Δαίκο στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο, όπου αναπτύξαμε το διαβήτη.

Ποιες ήταν οι δυσκολίες που συναντήσατε στην προσπάθειά σας να ιδρύσετε το Διαβητολογικό Ιατρείο στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο;

Οι δυσκολίες ήταν μεγάλες. Αρκεί να φανταστείτε ότι εκείνη την εποχή (1974-1975) έκανα εξωτερικό ιατρείο δύο φορές την εβδομάδα με πολύ δύσκολες συνθήκες. Το ιατρείο διαρκούσε από τις 8.00 έως τις 11.30. Στις 11.30 ακριβώς ερχόταν ο ρευματολόγος, που ήταν και ιεραρχικά ανώτερός μου, άνοιγε την πόρτα και μου έλεγε: «Κατσιλάμπρο, η ώρα είναι 11.30». Να φανταστείτε εκείνη την εποχή προσπαθούσα να εξασφαλίσω μια νοσηλεύτρια, ώστε να ασχολείται με την εκπαίδευση των διαβητικών ατόμων,

πράγμα το οποίο ήταν πρακτικά άγνωστο σε εμάς εκείνη τη εποχή. Για έναν ολόκληρο χρόνο, θυμάμαι, ήμουν μεταξύ του διευθυντή του νοσοκομείου και της διευθύνουσας, όπου ο ένας με έστελνε στον άλλο και το πρόβλημα δεν λυνόταν. Η λύση τελικά δόθηκε έπειτα από τεράστια επίμονη από την πλευρά μου. Για την εποχή κάτι τέτοιο θεωρούνταν πολύ μεγάλο κατόρθωμα.

Ως αντιπρόεδρος του ΕΚΕΔΙ, μιλήστε μας λίγο για τις δραστηριότητες του κέντρου και τη συνεισφορά του στο χώρο του διαβήτη.

Νομίζω ότι η συνεισφορά του ΕΚΕΔΙ είναι σημαντική. Πάντα λέμε ότι κάτι μπορεί να υπάρξει και καλύτερο – σε αυτό δεν χωρά αμφιβολία. Ωστόσο, θα πρέπει να προσβλέπουμε τη θετική πλευρά, η οποία δεν είναι καθόλου ευκαταφρόνητη. Κατ' αρχάς, το ΕΚΕΔΙ διαδραματίζει σημαντικό ερευνητικό ρόλο και έχουν ήδη προκύψει αξιόλογες ερευνητικές προσπάθειες. Δεύτερον, παίζει εκπαιδευτικό προς τους γιατρούς ρόλο και έχουν γίνει οκτώ ολιγά σεμινάρια. Έπειτα, έχουν δοθεί υποτροφίες για συναδέλφους – τόσο εντός όσο και εκτός των συνόρων της χώρας μας. Τέλος, έχουν γίνει ορισμένες προσπάθειες, οι οποίες ίσως πρέπει να ενδυναμωθούν περαιτέρω για την εκπαίδευση των διαβητικών ατόμων. Φυσικά, το ΕΚΕΔΙ συνεργάζεται και με την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία αλληλά και με τους συνδέσμους των διαβητικών ατόμων – και ιδιαίτερα με την ΕΛΟΔΙ, η οποία εκπροσωπείται από το συνάδελφο κ. Δ. Χιώτη.

Μια από τις αγαπημένες σας ενασχολήσεις είναι και η συγγραφή βιβλίων. Το τελευταίο σας βιβλίο, που εκδόθηκε το Νοέμβριο του 2007, με τίτλο «Σακχαρώδης Διαβήτης: Γενική θεώρηση και Νεότερες Θεραπευτικές Εξελίξεις», αποτελεί μια συλλογική προσπάθεια της κλινικής σας να διαφωτίσει το διαβητικό ασθενή γύρω από την πάθησή του. Πόσο εύκολο είναι τελικά να συμμορφωθούν τα άτομα με διαβήτη στις οδηγίες του θεράποντα ιατρού τους και πόσο δύσκολο είναι για το θεράποντα ιατρό να τους πείσει να συμμορφωθούν με τις οδηγίες του, για να πετύχουν την καλύτερη ρύθμιση;



Ο καθ. κ. Ν. Κατσιλάμπρος κατά τη διάρκεια ομιλίας του στην επιστημονική ημερίδα του συλλόγου «Γλυκιά Ισορροπία»

Αν κανείς ανακαλύψει κάποιο τρόπο ή μέθοδο φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική, όπου ένα παχύσαρκο άτομο θα μπορεί να προσηλώνεται επί μακρόν και ανώδυνα σε μια δίαιτα, θα τύχει όχι ενός Νόμπελ αλλά θα είναι ο δεύτερος Νεύτων!

Πραγματικά, η συγγραφή βιβλίων είναι μια πολύ αγαπημένη μου ενασχόληση. Θεωρώ ότι αποτελούν σημαντικό βοήθημα στην έγκυρη πληροφόρηση των ατόμων με διαβήτη. Ωστόσο, η ροή των γεγονότων στο χώρο είναι τόσο γρήγορη που σε κάποιο βιβλίο είχαμε περιλάβει την ανθρώπινη ινσουλίνη και ένα μήνα αργότερα η ανθρώπινη ινσουλίνη αποσύρθηκε από την κυκλοφορία. Πέρα από τη συγγραφή βιβλίων όμως, επιτρέψτε μου να αναφέρω ότι αποτελεί μεγάλη τιμή για μένα το γεγονός ότι είμαι στην εκδοτική επιτροπή ξένων περιοδικών στο διαβήτη, συμπεριλαμβανομένου του γνωστού αμερικανικού περιοδικού «Diabetes Care». Σε ό,τι αφορά τη συμμόρφωση των ασθενών που με ρωτάτε, υπάρχουν δύο δυσκολίες στην πράξη: η μία είναι στο θέμα της έναρξης ινσουλίνης όταν χρειάζεται. Παλιότερα, βέβαια, αντιμετωπίζαμε μεγαλύτερες δυσκολίες. Πλέον, λόγω της επιμόρφωσης των διαβητικών ατόμων, η δυσκολία είναι μικρότερη, κάτι το οποίο οφείλεται, βέβαια, και στα τεχνικά μέσα που επιτρέπουν στις μέρες μας πιο ανώδυνες ενέσεις ινσουλίνης. Η δεύτερη δυσκολία που υπάρχει –και είναι πολύ μεγάλη– αφορά τα διαβητικά άτομα τύπου 2, τα οποία σε μεγάλο ποσοστό είναι παχύσαρκα και η απισχναντική δίαιτα απώλειας βάρους τηρείται με δυσκολία. Αυτό, βέβαια, αποτελεί ένα διεθνές φαινόμενο και πιστεύω ότι, αν κανείς ανακαλύψει κάποιο τρόπο ή μέθοδο φαρμακευτική ή μη φαρμακευτική, όπου ένα παχύσαρκο άτομο θα μπορεί να προσηλώνεται επί μακρόν και ανώδυνα σε μια δίαιτα, θα τύχει όχι ενός Νόμπελ αλλά θα είναι ο δεύτερος Νεύτων!

Ποια θα ήταν η συμβουλή που θα δίνετε στους γιατρούς σε ό,τι αφορά την προσέγγιση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη; Χρειάζονται ιδιαίτεροι και ειδικευμένοι χειρισμοί ειδικά στις περιπτώσεις των νεοδιαγνωσθέντων ασθενών;

Η σύγχρονη Ιατρική έχει σωρεία διγνωστικών και θεραπευτικών μέσων. Οποιοδήποτε αυτά είναι χρήσιμα, αρκεί κανείς να ξέρει να τα χρησιμοποιεί σωστά και στον κατάλληλο χρόνο. Δεν

μπορεί, για παράδειγμα, να πηγαίνω σε έναν καρδιολόγο και, προτού με εξετάσει κλινικά, να μου βάζει το υπερηχογραφικό μηχάνημα. Γίνονται μεγάλα λάθη κατ' αυτό τον τρόπο. Το κυριότερο όργανο του κλινικού ιατρού παραμένει το αφτί του. Πρέπει πρώτα να ακούσει τον άρρωστο και να τον αφήσει να μιλήσει. Γι' αυτό απαιτείται χρόνος και υπομονή, αλλά και μαεστρία από την πλευρά του κλινικού ιατρού. Αυτό, βέβαια, είναι χάρισμα, αλλά σε ένα ποσοστό καλλιεργείται κιόχλας. Η σύσταση είναι: ακούτε τους αρρώστους και μη βιάζεστε να αναγράψετε φάρμακο. Για παράδειγμα, μπορεί κανείς να προσέλθει με υψηλά σάκχαρα και αυτά να οφείλονται σε προηγηθείσες υπογλυκαιμίες. Η υπογλυκαιμία πολλές φορές οδηγεί σε μια αντιδραστική υπεργλυκαιμία. Αν δεν ακούσουμε τον ασθενή μας και αμέσως αυξήσουμε π.χ. τη δόση της ινσουλίνης, θα δράσουμε σε βάρος της υγείας του αρρώστου. Αυτή είναι η κυριότερή μου σύσταση.

Το 1922 αποτελεί μια χρονιά ορόσημο για την ιστορία του διαβήτη, αφού τότε ανακαλύφθηκε η ινσουλίνη. Από τότε έχουν περάσει 86 ολόκληρα χρόνια. Κατά τη διάρκεια όλων αυτών των χρόνων και μέχρι σήμερα ποια επιτεύγματα αποτελούν, κατά τη γνώμη σας, σημαντικές ανακαλύψεις στο χώρο του διαβήτη;

Τα επιτεύγματα αυτά είναι κυρίως η ανάπτυξη της ανθρώπινης ινσουλίνης και μετέπειτα χρονικά τα ανάλογα της ινσουλίνης, γιατί αυτά επιτρέπουν στον ινσουλινοθεραπευόμενο διαβητικό να ρυθμίζει κατά τέτοιον τρόπο την ινσουλινοθεραπεία του ώστε να έχει τις λιγότερες δυνατές υπεργλυκαιμίες, ώστε να προστατεύεται περισσότερο από τις επιπλοκές. Το δεύτερο είναι ότι κάνει τη ζωή του πιο άνετη. Όταν κανείς π.χ. κάνει το ανάλογο ινσουλίνης αμέσως πριν από την ώρα του φαγητού και δεν χρειάζεται να το κάνει μία ώρα πιο πριν είναι σημαντικό, αν το αναγάγεις σε μια ολόκληρη ζωή με τρία γεύματα την ημέρα. Βέβαια, υπήρξε και σημαντική πρόοδος στα αντιδιαβητικά δισκία. Εκεί θα έλεγα ότι πρέπει να είμαστε επιφυλακτικοί με τα νεότερα δισκία, γιατί υπάρχει μια προσδοκία ότι ενδεχομένως θα βοηθήσουν



Ο καθ. κ. Ν. Καταϊλάρης κατά τη διάρκεια διδασκαλίας του στα αμφιθέατρο του Πανεπιστημίου Αθηνών

στη διατήρηση ή και την αναπαραγωγή των β κυττάρων του παγκρέατος. Κάτι τέτοιο όμως θα πρέπει να αποδειχτεί και για να αποδειχτεί απαιτείται χρόνος. Μπορεί να είναι μια μεγάλη πρόοδος των ορισμένων νεότερων αντιδιαβητικών δισκίων.

Ας μιλήσουμε λίγο για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει το γεγονός ότι αποτελεί μια από τις επιδημίες του σύγχρονου κόσμου. Πού οφείλεται η αλματώδης εξάπλωσή του και τι μπορεί να κάνει ο καθένας από εμάς για να προλάβει την εμφάνιση της συγκεκριμένης νόσου;

Αυτό που χρειάζεται είναι μια πολύπλευρη αντιμετώπιση: το άτομο ως άτομο, η οικογένεια ως οικογένεια, τα σχολεία, η πολιτεία. Η πολιτεία θα πρέπει να προάγει το σωστό τρόπο διαβίωσης, προωθώντας τη φυσική δραστηριότητα. Γιατί να μην υπάρχουν, για παράδειγμα, περισσότερα κολυμβητήρια; Γιατί να μην υπάρχουν περισσότεροι πεζόδρομοι; Γιατί να μην

αναπτύσσονται περισσότεροι ποδηλατόδρομοι; Σε ό,τι αφορά τη διατροφή, παρότι έχουμε δημοκρατία, θα πρέπει κατά τη γνώμη μου το κράτος να γίνει λίγο πιο αυστηρό στα θέματα ελέγχου των τροφίμων αλλά και στη διαφήμιση των τροφίμων που κυκλοφορούν. Θα πρέπει να ενδυναμωθεί περαιτέρω η προσπάθεια της πολιτείας στην υιοθέτηση από το κοινό της μεσογειακής διατροφής. Είμαι λιγάκι ευαίσθητος σε αυτό, γιατί έχω ασχοληθεί αρκετά με τον τομέα της διατροφής στο διαβήτη και στο μη διαβήτη. Κατ' αυτή την έννοια, με τη συνεπικουρία πολλών ανθρώπων έχουμε ιδρύσει το Ινστιτούτο Μελέτης των Νόσων Θρέψης.

Νέες φαρμακευτικές ουσίες περιέχονται πλέον στη φαρέτρα των φροντιστών του διαβήτη. Τι υπόσχεται το μέλλον για τη θεραπεία της νόσου σε ό,τι αφορά το κομμάτι της φαρμακευτικής αντιμετώπισης και πόσο κοντά είμαστε στις μεταμοσχεύσεις νησιδίων παγκρέατος και το τεχνητό πάγκρεας;

Σε ό,τι αφορά τη διατροφή, θα πρέπει το κράτος να γίνει λίγο πιο αυστηρό στα θέματα ελέγχου των τροφίμων αλλά και στη διαφήμιση των τροφίμων που κυκλοφορούν

Σε ό,τι αφορά τις μεταμοσχεύσεις νησιδίων, θα έλεγα ότι υπάρχει πληθώρα περαιτέρω διερεύνησης και μάλλον κατευθύνεται περισσότερο στο να δίδονται τέτοια φάρμακα ώστε να διατηρείται το μόσχευμα και να μην απορρίπτεται από τον οργανισμό. Στο «Λαϊκό» Νοσοκομείο οι προσπάθειες του καθηγητή κ. Κωστάκη και του κ. Καρατζά, έπειτα από μια χρονοβόρο διαδικασία, έπιασαν τόπο και έχει εγκριθεί από το κράτος η ταμειακή κάλυψη των εξόδων μιας μεταμόσχευσης νησιδίων παγκρέατος. Σε συνεργασία με τους δύο αυτούς επιφανείς επιστήμονες, οι συνεργάτες μου κι εγώ είμαστε έτοιμοι να πραγματοποιήσουμε την πρώτη μεταμόσχευση νησιδίων. Βέβαια, σε βάθος χρόνου αυτές οι μεταμοσχεύσεις δεν είναι άκρως επιτυχημένες. Αν όμως δεν προσπαθήσει κανείς, δεν βελτιώνονται τα πράγματα. Οι διεθνείς προοπτικές προς αυτή την κατεύθυνση είναι πολύ θετικές. Σε ό,τι αφορά το τεχνητό πάγκρεας, πρόκειται για μια παλιά ιστορία. Κι εκεί η πρόοδος είναι σημαντική, αλλά προσκόπτε το θέμα στο ηλεκτρόδιο, το οποίο ανιχνεύει τις μεταβολές του σακχάρου. Ο οργανισμός κατά κάποιον τρόπο αδρανοποιεί αυτό το ηλεκτρόδιο και δεν το αφήνει να δουλέψει πάνω από μερικές μέρες. Πάντως, και σε αυτό το κομμάτι αναμένεται μεγάλη πρόοδος, παρότι είναι ήδη πολλά χρόνια που γίνεται αυτή η προσπάθεια, αρχικά στον Καναδά, αλλά και στο Πανεπιστήμιο του Ουίλμ, στη Γερμανία.

Οι γονιδιακές θεραπείες ακούγεται ότι σύντομα θα εισέλθουν και στο χώρο του διαβήτη. Ποια είναι η γνώμη σας πάνω στο θέμα;

Πρόκειται για μια καθαρά πειραματική προσπάθεια. Κάθε γονιδιακή θεραπεία είναι προς το παρόν συζητήσιμη, γιατί

οι πρώτες προσπάθειες που έχουν γίνει σε άλλα όργανα για άλλες καταστάσεις εκτός από το διαβήτη, δεν υπήρξαν πάντα επιτυχείς και, εκτός τούτου, αναπτύχθηκαν και νεοπλάσματα. Είναι μια προσδοκία του μέλλοντος, αλλά δεν αποτελεί μια άμεση λύση. Δεν θέλω να είναι πεσιμιστής, αλλά δεν πρέπει να δίνουμε στον κόσμο φρούδες ελπίδες.

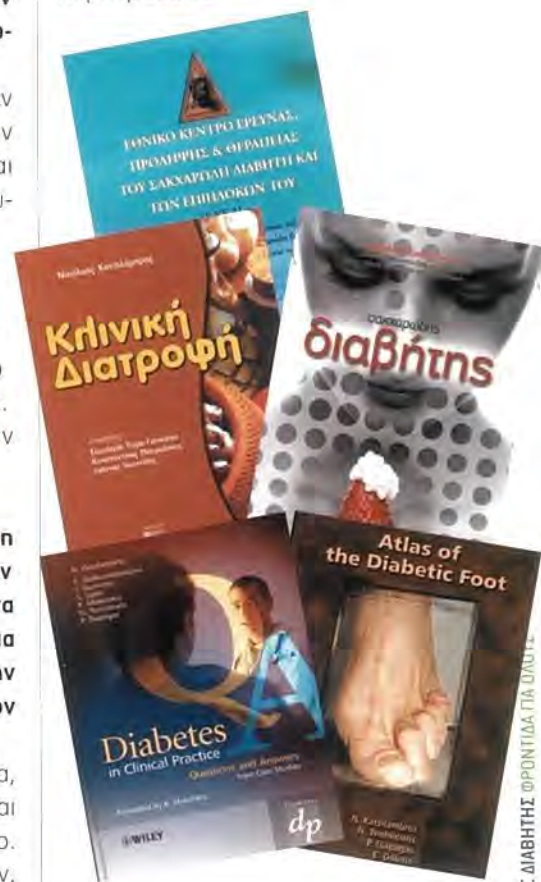
Όλα αυτά τα χρόνια της ιατρικής σας πορείας πόσο κοντά αισθανθήκατε την πολιτεία ως αρωγό στο έργο και την προσπάθειά σας;

Δεν μπορώ να πω ότι το κράτος δεν στήριξε ορισμένες προσπάθειες. Ας μην είμαστε αγνώμονες. Αλλά όφειλε και όφειλε η προσπάθεια να είναι μεγαλύτερη και πιο συνεχής και συνεπής. Δεν μπορεί να αλλιάξει ο κάθε υπουργός και να αλλιάζουν τα δεδομένα. Πρέπει να διαγραφεί μια μακροχρόνια πολιτική τακτική, η οποία να μην αφορά μόνο τον κ. Κατσιλάμπρο ή επιλεκτικά τον κ. Κατσιλάμπρο και οι αποφάσεις να μην είναι περιστασιακές.

Πόσο καλά οργανωμένα είναι, κατά τη γνώμη σας, τα διαβητολογικά κέντρα στην Ελλάδα και τι πιστεύετε ότι χρειάζεται να αλλιάξει από την πλευρά της πολιτείας για την πιο εύρυθμη λειτουργία τους και την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ατόμων με διαβήτη;

Σε ό,τι αφορά τα διαβητολογικά κέντρα, κατά τη γνώμη μου, το κράτος χρειάζεται να τα υποστηρίξει σαφώς περισσότερο. Ένα πολύ απλό πράγμα, μεταξύ άλλων, που δεν υπάρχει σε όλο το ΕΣΥ και είναι απαραίτητο είναι η γραμματειακή υποστήριξη. Και δεν μιλάω για μια γραμματέα

που θα είναι μια απλή δακτυλογράφος, αλλά θα βοηθήσει στην επικοινωνία του κέντρου με το περιβάλλον, με τους άλλους γιατρούς. Επίσης, η γραμματεία θα πρέπει να καταχωρεί ηλεκτρονικά τα δεδομένα του ασθενή, ώστε να υπάρχουν ανά πάσα στιγμή όλα τα στοιχεία που χρειάζονται προς όφελος των αρρώστων αλλά και της έρευνας γενικότερα. Κάτι ακόμη: πιστεύω ότι θα πρέπει η Γνωμοδοτική Επιτροπή του υπουργείου, στην οποία έχω την τιμή να ανήκω με την προεδρία του καθηγητή κ. Σ. Ράπτη, να μπορεί να κρίνει την ποιότητα της επιστημονικής απόδοσης των ατόμων και να έχει τη δυνατότητα να καταργήσει ή και να ενδυναμώσει ένα κέντρο το οποίο είναι παραγωγικότερο. Δεν εργάζονται όλοι το ίδιο, ούτε αποδίδουν το ίδιο. Οπότε δεν μπορούμε να τους βάλουμε όλους στο ίδιο καζάνι. Αυτό, εξάλλου, θα πει αξιοκρατία, αυτό θα πει δημοκρατία. ■



Μερικά από τα βιβλία που έχει συγγράψει ο καθ. κ. Ν. Κατσιλάμπρος



ΙΝΣΟΥΛΙΝΟΠΑΡΑΓΩΓΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΑΠΟ ΑΡΧΕΓΟΝΑ ΒΛΑΣΤΙΚΑ ΚΥΤΤΑΡΑ ΠΟΝΤΙΚΟΥ



Μια ομάδα ερευνητών από το Ινστιτούτο Ιατρικής Βιολογίας της Σιγκαπούρης και από την Ιατρική Σχολή της Σιγκαπούρης ανακάλυψαν έναν τρόπο παρασκευής μεγάλου αριθμού ινσουλινοπαραγωγών κυττάρων, όπως ανακοίνωσαν σε δύο δημοσιεύσεις τους σε έγκυρο περιοδικό το καλοκαίρι του 2008 [(i) Generating mESC-derived insulin-producing cell lines through an intermediate lineage-restricted progenitor line. Stem Cell Research 2008, on line δημοσίευση 08/08/08, (ii) Derivation of functional insulin-producing lines from primary mouse embryo culture. Stem Cell Research 2008, on line δημοσίευση 31/07/08, συγγραφείς: Li GD a,*, Luo R a, Zhang J a, Yeo KS b, Xie F et al].

Με τη βοήθεια εμβρυονικών βλαστικών κυττάρων ποντικού κατέστη δυνατή η παραγωγή κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη σε όση ποσότητα επιθυμείται, γεγονός ανεκτίμητης αξίας, καθώς η απομόνωση β-κυττάρων από το πάγκρεας είναι ιδιαίτερα δύσκολη και δεν επιτρέπει την απόκτηση απεριόριστης ποσότητας. Τα κύτταρα που παράγονται με αυτό τον τρόπο φαίνεται να έχουν την ίδια δομή με τα κύτταρα του παγκρέατος του ποντικού σε υπο-κυτταρικό επίπεδο. Και η λειτουργία τους όμως προσομοιάζει στα β-κύτταρα, καθώς διαπιστώθηκε ότι όταν ένα ποντίκι με υψηλά επίπεδα γλυκόζης δεχτεί μεταμόσχευση με τα κύτταρα αυτά, η γλυκόζη ορού επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Η αφαίρεσή τους στη συνέχεια οδηγεί και πάλι σε απορρύθμιση και επάνοδο των επιπέδων γλυκόζης στα αρχικά υψηλά επίπεδα. Ιδιαίτερα σημαντικό είναι επίσης το γεγονός ότι διατηρούν την ιδιότητά τους να παράγουν γλυκόζη σε

βάθος χρόνου. Επιπρόσθετα, διαπιστώθηκε ότι η μεταμόσχευση των θυγατρικών παγκρεατικών κυττάρων δεν συνοδεύεται από την ανάπτυξη τερατώματος, μια επιπλοκή που εμφανίζεται συχνά όταν χρησιμοποιούνται εμβρυονικά βλαστικά κύτταρα.

Ως γνωστόν, τα β-κύτταρα βρίσκονται στα νησίδια Langerhans του παγκρέατος και παράγουν ινσουλίνη και η καταστροφή τους αποτελεί τη βασική αιτία ανάπτυξης διαβήτη τύπου 1. Καθώς η έρευνα για τη θεραπεία του διαβήτη έχει στραφεί προς την κατεύθυνση αποκατάστασης της πρωταρχικής αυτής διαταραχής, τα παραπάνω δεδομένα είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρα αν μπορούν να εφαρμοστούν και στον άνθρωπο. Όσον αφορά το Ινστιτούτο Ιατρικής Βιολογίας (IMB - Institute of Medical Biology), αυτό ανήκει στο φορέα A*STAR (Agency for Science, Technology and Research) της Σιγκαπούρης, περισσότερες πληροφορίες για τον οποίο μπορεί κανείς να βρει στην ιστοσελίδα www.a-star.edu.sg. Η Ιατρική Σχολή της Σιγκαπούρης ανήκει μαζί με την Οδοντιατρική Σχολή και το Εθνικό Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο στο Εθνικό Πανεπιστημιακό Σύστημα Υγείας (NUHS - National University Health System), υπό κοινή δομή και διοίκηση (**περισσότερες πληροφορίες: www.nuhs.edu.sg**).

ΑΠΕΝΕΡΓΟΠΟΙΗΣΗ ΓΟΝΙΔΙΟΥ ΣΥΝΕΙΣΦΕΡΕΙ ΣΤΗΝ ΕΠΙΤΥΧΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΝΗΣΙΔΙΑΚΩΝ ΚΥΤΤΑΡΩΝ

Σύμφωνα με έρευνα που πρόκειται να δημοσιευτεί στα μέσα Δεκεμβρίου στο περιοδικό «ACS' Molecular Pharmaceuticals», μια ομάδα επιστημόνων κατάφερε να υπερπηδήσει το εμπόδιο της απόρριψης μεταμοσχευμένων νησιδιακών κυττάρων που χρησιμοποιούνται στη θεραπεία του ινσουλινοεξαρτώμενου διαβήτη. Σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα που συνοδεύουν τη μεταμόσχευση παγκρεατικών ινσουλινοπαραγωγών κυττάρων σε διαβητικούς τύπου 1 και την καθιστούν αναποτελεσματική είναι η απόρριψή τους από το ανοσοποιητικό σύστημα του δέκτη. Προηγούμενες μελέτες υποδεικνύουν ότι ένα συγκεκριμένο ένζυμο, το caspase-3, παίζει κείριο ρόλο στην καταστρεπτική διαδικασία. Στην παρούσα μελέτη οι ερευνητές τροποποίησαν το γενετικό υλικό των προς μεταμόσχευση κυττάρων, ώστε να απενεργοποιηθεί το ένζυμο, και στη συνέχεια τοποθέτησαν τα τροποποιημένα κύτταρα στους νεφρούς ποντικών με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Διαπιστώθηκε επάνοδος των επιπέδων γλυκόζης στο φυσιολογικό, ενώ η απομάκρυνση των μεταμοσχευμένων κυττάρων οδήγησε σε εκ νέου απορρύθμιση, υποδηλώνοντας έτσι τη λειτουργικότητά τους. Το πλήρες άρθρο μπορεί κανείς να βρει στην ακόλουθη διεύθυνση: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/130727.php>.

Θετικές ενδείξεις για την εισπνεόμενη ινσουλίνη Afresa της MannKind

Η εταιρεία MannKind Corporation ανακοίνωσε τα θετικά αποτελέσματα των μελετών που διεξήγαγε με το φάρμακο Afresa, τα οποία προτίθεται να δημοσιεύσει επίσημα περί τα μέσα Δεκεμβρίου.

Το Afresa είναι μια υπερταχείας δράσης μορφή εισπνεόμενης ινσουλίνης. Τα σωματίδια του φαρμάκου είναι εξαιρετικά ευαίσθητα στις αλλαγές του pH και, ερχόμενα σε επαφή με το πνευμονικό παρέγχυμα, αυτομάτως διαλύονται και απελευθερώνουν μονομερή ινσουλίνης. Μέσω του εκτεταμένου δικτύου κυψελιδοτριχοειδικών μεμβρανών, τα μονομερή εισέρχονται ταχέως στην κυκλοφορία. Τα μέγιστα επίπεδα στο αίμα επιτυγχάνονται 12 με 14 λεπτά μετά την εισπνοή, μιμούμενα έτσι τη φυσιολογική μεταγευματική έκκριση ινσουλίνης που παρατηρείται σε υγιή άτομα και ανεπαρκή σε άτομα με διαβήτη.

Η μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε αφορούσε τον έλεγχο της ασφάλειας του Afresa για το πνευμονικό παρέγχυμα. Σε ένα σύνολο 2.000 ασθενών με διαβήτη τύπου 1 και 2 που έλαβαν Afresa δεν παρατηρήθηκε καμία ανεπιθύμητη ενέργεια στους πνεύμονες των ασθενών ύστερα από 2 χρόνια θεραπείας. Στη δεύτερη μελέτη συγκρίθηκε η αποτελεσματικότητα της ταυτόχρονης χορήγησης εισπνεόμενης ινσουλίνης με μια ινσουλίνη μακράς δράσης σε σχέση με το σύνθετο σχήμα της δις ημερησίας ένεσης μίγματος ταχείας και μέσης δράσης ινσουλίνης. Φαίνεται ότι έπειτα από 52 εβδομάδες θεραπείας η βελτίωση των τιμών της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, που αποτελεί δείκτη μακροπρόθεσμης ρύθμισης του διαβήτη, ήταν ανάλογη και στις δύο ομάδες ασθενών.

Τα παραπάνω αποτελέσματα είναι ενθαρρυντικά, καθώς υπόσχονται μια πρόσθετη εναλλακτική θεραπείας του διαβήτη. Η εταιρεία ευελπιστεί ως τις αρχές του 2009 να είναι έτοιμη να καταθέσει αίτηση έγκρισης από τον FDA. Πληροφορίες για τη MannKind Corporation και τις δραστηριότητές της μπορεί κανείς να αναζητήσει στο δικτυακό της τόπο (<http://www.mannkindcorp.com>).

ΟΙ ΕΓΚΥΟΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΕΧΟΥΝ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ ΕΠΙΠΕΔΑ Α-ΦΕΤΟΠΡΩΤΕΪΝΗΣ

Η μέτρηση της α-φετοπρωτεΐνης (AFP) στον ορό εγκύων γυναικών κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με το έμβρυο. Συγκεκριμένα, χαμηλά επίπεδα της AFP συνδέονται με αυξημένη πιθανότητα για σύνδρομο Down (τρισωμία 21), ενώ οι υψηλές τιμές AFP σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ελλειπούς σύγκλεισης και ελλειμμάτων του νωτιαίου σωλήνα.

Βάσει των σημερινών διαθέσιμων ερευνητικών δεδομένων, οι έγκυοι γυναίκες που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη έχουν χαμηλότερα επίπεδα α-φετοπρωτεΐνης. Η τακτική που ακολουθείται είναι η διόρθωση προς τα πάνω κατά 20% των τιμών της AFP σε διαβητικές τύπου 1 γυναίκες, ενώ υπάρχει διχογνωμία για το κατά πόσον πρέπει να εφαρμόζεται η διόρθωση αυτή και σε διαβητικές τύπου 2 γυναίκες, καθώς και για το αν η τιμή της AFP πρέπει να διορθώνεται και με βάση το βάρος.

Ερευνητές από το Memorial Hospital της Νέας Υόρκης μελέτησαν γυναίκες που υποβλήθηκαν σε μέτρηση της AFP κατά το δεύτερο τρίμηνο της κύησης, εκ των οποίων 77 έπασχαν από διαβήτη τύπου 1, 75 από διαβήτη τύπου 2, ενώ συμμετείχαν και 304 μη διαβητικές γυναίκες. Οι κατώτερες τιμές του δείκτη διέφεραν σημαντικά ανάμεσα στις τρεις ομάδες. Ύστερα από διόρθωση ως προς το βάρος, οι δύο ομάδες διαβητικών εγκύων είχαν παρόμοιες τιμές, οι οποίες όμως ήταν αισθητά χαμηλότερες σε σχέση με αυτές των μη διαβητικών γυναικών. Περαιτέρω διόρθωση κατά 10% στις διαβητικές γυναίκες σχεδόν εκμηδένισε τις διαφορές ανάμεσα στις ομάδες, το συνήθως χρησιμοποιούμενο 20% είχε ως αποτέλεσμα υπερδιόρθωση των τιμών AFP.

Οι ερευνητές καταλήγουν ότι η διόρθωση των τιμών ως προς το βάρος και εν συνεχεία κατά 10% σε όλες τις διαβητικές εγκύους πιθανώς να ελαχιστοποιήσει τα ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα για σύνδρομο Down, κάτι που όμως πρέπει να επιβεβαιωθεί με νέα, μεγαλύτερη μελέτη.



ΠΑΡΟΜΟΙΑ Η ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ Η ΧΩΡΙΣ ΝΟΣΟ ΤΟΥ PARKINSON

Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευτεί πολλά και αντικρουόμενα συμπεράσματα σχετικά με τη σχέση ανάμεσα στο διαβήτη και τη νόσο Parkinson, και συγκεκριμένα με το κατά πόσον άτομα με νόσο Parkinson βρίσκονται σε υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη. Για τη διαλεύκανση του αμφιλεγόμενου αυτού ζητήματος μια ομάδα βρετανών ερευνητών βασίστηκε στο Βρετανικό Αρχείο Γενικής Ιατρικής (UK-based General Practice Research Database) και συνέκρινε τον επιπολασμό του διαβήτη ανάμεσα σε 3.637 ασθενείς με νόσο Parkinson και σε ισάριθμα άτομα χωρίς νόσο Parkinson. Επιπρόσθετα, έγινε προσπάθεια ποσοτικής εκτίμησης της επίπτωσης του διαβήτη σε προηγουμένως μη διαβητικούς παρκινσονικούς ασθενείς.

Διαπιστώθηκε ότι ο επιπολασμός του διαβήτη ήταν παρόμοιος στις δύο ομάδες. Συνολικά 106 μη διαβητικά άτομα παρουσίασαν διαβήτη στην πορεία της ζωής τους, εκ των οποίων το 33% έπασχε από νόσο Parkinson, ενώ το υπόλοιπο 67% δεν είχε ιστορικό νόσου Parkinson. Η επιμέρους ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι μόνο οι παρκινσονικοί ασθενείς που βρίσκονταν υπό θεραπεία με λεβοντόπα ήταν αυτοί που βρίσκονταν σε μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη.

ΜΕΙΩΜΕΝΗ ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΣΕ ΝΕΑΡΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1



Ο διαβήτης είναι, δυστυχώς, μια μεταβολική διαταραχή που επηρεάζει διάφορα συστήματα και συνοδεύεται από οξείες και χρόνιες επιπλοκές. Η καλή ρύθμιση του διαβήτη με ικανοποιητικό έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης του αίματος με διάφορες φαρμακευτικές και μη παρεμβάσεις αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο στην αντιμετώπιση της νόσου. Υπάρχουν –παρ’ όλα αυτά– και επιπλοκές του διαβήτη που δεν είναι σίγουρο ότι μπορούν να αποφευχθούν με τον επαρκή γλυκαιμικό έλεγχο.

Μια ομάδα ερευνητών από τις ΗΠΑ έχει ήδη δημοσιεύσει μια μελέτη, βάσει της οποίας γυναίκες ηλικίας 13 έως 35 ετών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 έχουν σε σύγκριση με συνομήλικες υγιείς γυναίκες χαμηλότερη οστική πυκνότητα. Στο τεύχος Σεπτεμβρίου του περιοδικού «Diabetes Care» η ίδια ομάδα ανακοίνωσε ότι έπειτα από 2 χρόνια follow-up του παραπάνω πληθυσμού οι διαβητικές γυναίκες συνεχίζουν να έχουν συγκριτικά χαμηλότερη οστική πυκνότητα, ιδιαίτερα όσες ήταν άνω των 20 ετών.

Στη μελέτη συμμετείχαν 63 γυναίκες με διαβήτη τύπου 1 και 85 υγιείς γυναίκες αντίστοιχης ηλικίας στις οποίες μετρήθηκε η οστική πυκνότητα με τη μέθοδο DEXA (dual-energy X-ray absorptionmetry) στην αρχή, καθώς και έπειτα από δύο έτη. Κατά τη δεύτερη εξέταση της οστικής πυκνότητας μετρήθηκαν επίσης τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, του παράγοντα IGF-1, της πρωτεΐνης IGF-BP3 (IGF binding protein3), της οστεοκαλσίνης ορού και του ουρικού Ν-τελοπεπτιδίου.

Ύστερα από δύο χρόνια οι διαβητικές γυναίκες άνω των 20 εξακολούθησαν να έχουν χαμηλότερη οστική πυκνότητα από τον πληθυσμό ελέγχου, ακόμα και μετά την εξομείωση ως προς το δείκτη μάζας σώματος (BMI), την ηλικία και τη χρήση αντισυλληπτικών δισκίων. Επιπρόσθετα, δεν αναδείχθηκε συσχέτιση ανάμεσα στην οστική πυκνότητα και το γλυκαιμικό έλεγχο, τους αυξητικούς παράγοντες ή τους δείκτες του οστικού μεταβολισμού. Στις νεότερες των 20

ετών γυναίκες η παραπάνω διαφορά δεν ήταν στατιστικά σημαντική. Οι περιορισμοί της μελέτης περιλαμβάνουν το μικρό δείγμα, το γεγονός ότι ο πληθυσμός ελέγχου προερχόταν από συγκεκριμένες κοινότητες και πιθανώς να μην είναι αντιπροσωπευτικός του συνόλου των γυναικών, ενώ, τέλος, η χρήση στατιστικών μεθόδων με την ταυτόχρονη εμπλοκή πολλοπλών παραμέτρων πιθανώς να επηρεάζουν τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

Ανεπαρκής η πρωτογενής πρόληψη του καρδιαγγειακού κινδύνου



Είναι γνωστό ότι ο αποτελεσματικότερος τρόπος επίτευξης της καλής υγείας είναι η πρόληψη, με σκοπό την αποφυγή ή την ελαχιστοποίηση των παραγόντων που ενοχοποιούνται για την ανάπτυξη μιας νόσου. Η πρόληψη της καρδιαγγειακής νόσου περιλαμβάνει, σύμφωνα με τις διεθνείς οδηγίες, υιοθέτηση ενός συγκεκριμένου τρόπου ζωής και ενδεχομένως συμμόρφωση σε κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή, με απώτερο στόχο να εξαλειφθούν οι παράγοντες κινδύνου, συχνότεροι εκ των οποίων είναι το κάπνισμα, η υπέρταση, η παχυσαρκία, η δυσλιπιδαιμία και ο διαβήτης. Για την εκτίμηση της αποτελεσματικότητας της πρόληψης

διεξήχθη μια μεγάλη μελέτη, η EUROASPIRE III, στην οποία συμμετείχαν κέντρα από 12 χώρες. Μελετήθηκαν τα ιστορικά 5.687 ασθενών υψηλού κινδύνου (άτομα 80 ετών ή και νεότερα χωρίς ιστορικό στεφανιαίας νόσου ή αρτηριοσκλήρυνσης, στους οποίους είχε γίνει έναρξη αντιυπερτασικής, αντιλιπιδαιμικής ή αντιδιαβητικής αγωγής) και εν συνεχεία πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις στο 75% αυτών, ώστε να εκτιμηθεί ο βαθμός επίτευξης των θεραπευτικών στόχων.

Τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά. Από τους καπνιστές μόλις ένα 10% είχε διακόψει το κάπνισμα, ενώ 50% του συνόλου ήταν υπέρβαρο και 80% είχε αρτηριακή πίεση και επίπεδα λιπιδίων ανώτερα των αποδεκτών ορίων. Μεταξύ των διαβητικών ασθενών μόνο το 27% είχε τα επιθυμητά επίπεδα γλυκόζης νηστείας, ενώ οι μισοί περίπου διαβητικοί είχαν μη ικανοποιητικό μακροπρόθεσμο γλυκαιμικό έλεγχο, όπως αυτός φαίνεται από τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Η αιτία για την παραπάνω στατιστική δεν ήταν μόνο η ελλιπής συμμόρφωση από πλευράς των ασθενών. Διαπιστώθηκε ότι, δυστυχώς, η συνταγογράφηση των κατάλληλων φαρμάκων, π.χ. των στατινών, δεν γίνεται στο βαθμό που απαιτείται, ενώ δεν δίνονται από τους θεράποντες ιατρούς ακριβείς οδηγίες για την τροποποίηση του τρόπου διαβίωσης και την υιοθέτηση υγιεινών συνθηκών, παρόλο που οι διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες είναι μεταφρασμένες σε όλες τις ευρωπαϊκές γλώσσες. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι οι ασθενείς επιθυμούν να μάθουν τον κίνδυνο που διατρέχουν αλλά οι ίδιοι τον υποεκτιμούν, καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό φαίνεται να πιστεύει ότι δεν έχει υψηλότερο κίνδυνο από το μέσο όρο των υγιών ατόμων της ηλικίας του. Μεγαλύτερο προβληματισμό προκαλεί το γεγονός ότι ακόμα και τα αποτελέσματα αυτά μάλλον ωραιοποιούν την πραγματικότητα, καθώς τα στοιχεία έχουν προκύψει από επιλεγμένα κέντρα, όπου δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην πρόληψη.

ΕΜΦΥΤΕΥΟΜΕΝΟ ΜΙΚΡΟΤΣΙΠ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΕΠΙΠΕΔΩΝ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Η εταιρεία VeriChip Corporation ασχολείται με την κατασκευή συστημάτων για ιατρική χρήση, το γνωστότερο εκ των οποίων είναι το VeriMed Health Link System, που σχεδιάστηκε για την άμεση και ακριβή αναγνώριση ατόμων που προσέρχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών και δεν έχουν τις αισθήσεις τους. Σε συνεργασία με την εταιρεία κατασκευής τεχνικών υποδοχέων για ερευνητική και εμπορική χρήση Receptors LLC, αραματίστηκε την κατασκευή ενός νέου προϊόντος για τη μέτρηση της γλυκόζης χωρίς βελόνα. Πρόκειται για ένα εμφυτεύσιμο στον ασθενή σύστημα που αποτελείται από ένα μικροτσιπ με δυνατότητα ανίχνευσης της γλυκόζης μέσω σαρωτή, με σκοπό την αποφυγή της επώδυνης συχνής μέτρησης της γλυκόζης με σταγόνα αίματος.

Για την επίτευξη της μέτρησης απαιτούνται δύο «σκέλη»: αφενός, η δυνατότητα του υποδοχέα για επιλεκτική ανίχνευση της γλυκόζης και, αφετέρου, η εκπομπή κατάλληλου σήματος, ώστε η μέτρηση να μεταφράζεται σε αριθμητική απόδοση των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Η VeriChip ανακοίνωσε την επιτυχή κατασκευή ενός μικροτσιπ ικανού να ανιχνεύει τη γλυκόζη, του RFID, καθώς και το σχεδιασμό του συστήματος που θα υλοποιήσει τελικά την πρωτοπόρο ιδέα της μη επεμβατικής μέτρησης της γλυκόζης. Η επόμενη φάση του προγράμματος θα περιλαμβάνει την τελειοποίηση των επιμέρους συστατικών, την ανάπτυξη ενός ηλεκτρονικού συστήματος μεταφοράς και καταγραφής του σήματος του υποδοχέα και, φυσικά, την εφαρμογή στον ανθρώπινο οργανισμό, για τον έλεγχο της συμβατότητας και τη διασφάλιση in vivo της αποτελεσματικότητας.

Αναλυτικές πληροφορίες τεχνικού περιεχομένου και σχεδιασμού, καθώς και όλο το πλάνο του προγράμματος συζητώνται αναλυτικά στις ιστοσελίδες των εταιρειών (<http://www.receptorsllc.com> και <http://www.verichipcorp.com>).



Η νέα τεχνολογία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1:

πόσο εύκολη είναι η πρόσβαση στους ασθενείς;



ΓΙΑΝΝΗΣ ΓΑΒΡΙΑΤΟΠΟΥΛΟΣ

Υπεύθυνος Τμήματος διαβήτη
της Medtronic Ελλάς

Τα τελευταία χρόνια οι χρόνιες παθήσεις βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τόσο των συστημάτων υγείας των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης όσο και μεγάλων φαρμακευτικών και τεχνολογικών εταιρειών. Στόχος είναι, από τη μια πλευρά, η πρόληψη, η βελτίωση της ποιότητας ζωής και η θεραπεία των νοσημάτων και, από την άλλη, ο έλεγχος των δαπανών που απειλούν τη βιωσιμότητα των ασφαλιστικών Ταμείων.

Ο σακχαρώδης διαβήτης συχνά αναφέρεται ως «η σύγχρονη μάστιγα» που

προσβάλλει όλο και περισσότερο κόσμο στις αναπτυγμένες χώρες. Η Ελλάδα δεν αποτελεί εξαίρεση. Περίπου 500.000 συμπατριώτες μας πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και σε άλλους 300.000 περίπου η ασθένεια δεν έχει ακόμα διαγνωστεί. Οι επιπλοκές, τα φάρμακα, τα διαγνωστικά μέσα και οι διοργανωτικές εξετάσεις αιμορραγούν καθημερινά τα ασφαλιστικά Ταμεία της χώρας μας.

Ο διαβήτης τύπου 1 αποτελεί το 5% του συνόλου των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στη χώρα μας και αφορά κυρίως τα νέα άτομα. Κάθε χρόνο περίπου 500 παιδιά εμφανίζουν τη νόσο και ο επιπολασμός της αυξάνεται με ποσοστό 3% κάθε χρόνο. Ο νεανικός διαβήτης βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας και ανάπτυξης νέων τεχνολογιών για την καλύτερη αντιμετώπισή του και στην Ελλάδα 1.000 περίπου νέοι απολαμβάνουν τη βοήθεια της τεχνολογίας (αντλίες ινσουλίνης, συστήματα συνεχούς καταγραφής) στην καθημερινή τους ρύθμιση.

Ωστόσο, η εφαρμογή της τεχνολογίας έχει κόστος. Αποτελεί την πιο ακριβή θεραπεία στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 1, εντούτοις πλέον όλες οι μελέτες συμφωνούν ότι αποτελεί την πιο ολοκληρωμένη θεραπεία σε ό,τι αφορά την ποιότητα ζωής και την καλύτερη

ρύθμιση και προφύλαξη από τις μακροχρόνιες επιπλοκές. Τα υπογλυκαιμικά επεισόδια αποτελούν τον υπ' αριθμόν ένα παράγοντα που εμποδίζει τα άτομα με διαβήτη να αποδώσουν στις καθημερινές τους δραστηριότητες (εργασία, σχολείο). Μαζί με τις μακροχρόνιες επιπλοκές και τη διαβητική κετοξέωση αποτελούν τις κυρίες αιτίες εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Το κόστος αυτών των προβλημάτων δεν έχει αξιολογηθεί ποτέ στη χώρα μας, στις χώρες όμως που έχει αξιολογηθεί αποτελεί το σημαντικότερο παράγοντα επιβάρυνσης των ασφαλιστικών Ταμείων.

Πόσο εύκολο είναι όμως σήμερα οι νέοι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 να έχουν πρόσβαση στη νέα τεχνολογία; Είναι σημαντικό πρωτίστως να τονιστεί ότι η απόφαση για τη χρήση αντλίας στη ρύθμιση του διαβήτη απαιτεί τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού και του ίδιου του ατόμου με διαβήτη. Από εκεί και πέρα, απαιτείται ειδική γνωμάτευση που να αιτιολογεί την αναγκαιότητα τοποθέτησης της αντλίας ινσουλίνης από το διαβητολογικό κέντρο που παρακολουθεί τον ασθενή. Ο φάκελός του διαβιβάζεται μέσω του ασφαλιστικού Ταμείου σε ειδική επιτροπή του υπουργείου Υγείας, το ΚΕΣΥ, και από τη στιγμή που πληρούνται

Ο νεανικός διαβήτης βρίσκεται στο επίκεντρο της έρευνας και ανάπτυξης νέων τεχνολογιών για την καλύτερη αντιμετώπισή του και στην Ελλάδα 1.000 περίπου νέοι απολαμβάνουν τη βοήθεια της τεχνολογίας στην καθημερινή τους ρύθμιση



οι προϋποθέσεις εφαρμογής της αντλίας, το αίτημα εγκρίνεται και η αντλία και τα αναλώσιμα υλικά καλύπτονται από το ασφαλιστικό Ταμείο.

Η αντλία ινσουλίνης κάτω από αυτές τις προϋποθέσεις καλύπτεται από όλα τα Ταμεία.

Η ποιότητα, με στόχο τον εξορθολογισμό των δαπανών, προχώρησε εδώ και ένα χρόνο στην ενοποίηση των ασφαλιστικών Ταμείων. Αυτή η πρωτοβουλία θα οδηγήσει θεωρητικά και στην απλοποίηση των διαδικασιών. Αυτό προς το παρόν δεν έχει επιτευχθεί σε ό,τι αφορά τη χορήγηση των αναλώσιμων υλικών και των συσκευών που είναι αναγκαίες για τα άτομα με διαβήτη. Παρά την ενοποίηση των Ταμείων, οι κανονισμοί παραμένουν διαφορετικοί (διαφορετικές παροχές, διαφορετικές διαδικασίες) και σε πολλές περιπτώσεις γινόμαστε μάρτυρες μεγάλης ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων λόγω της άγνοιας των υπαλλήλων ως προς τις διαδικασίες χορήγησης.

Τα κύρια προβλήματα που παρουσιάζονται σε καθημερινό επίπεδο είναι τα ακόλουθα:

- Μέσος χρόνος έγκρισης της αντλίας 4 μήνες.
- Υπερβολική καθυστέρηση πληρωμής αναλώσιμων από ΟΠΑΔ και ΟΓΑ.
- Τρεις διαφορετικοί κανονισμοί με διαφορετικές παροχές σε ενοποιημένο Ταμείο (π.χ. ΟΠΑΔ, ΤΙΔΚΥ, ΤΣΑΥ).

.....

Παρά την ενοποίηση των Ταμείων, οι κανονισμοί παραμένουν διαφορετικοί και συχνά γινόμαστε μάρτυρες μεγάλης ταλαιπωρίας των ασφαλισμένων λόγω της άγνοιας των υπαλλήλων ως προς τις διαδικασίες χορήγησης

.....

- Άγνοια υπαλλήλων και πολλές φορές ανάρμοστη συμπεριφορά στις ερωτήσεις ασθενών για το τι δικαιούνται σε υλικά.

Το νέο σύστημα είναι σαφώς πολύ νωρίς για να κριθεί. Τα προβλήματα των ασθενών όμως είναι πολλές φορές μεγάλα, παρόλο που έχουν ακολουθήσει όλες τις πρέπουσες διαδικασίες.

Ο διαβήτης τύπου 1 αφορά άτομα νέα σε ηλικία και ο πρωταρχικός στόχος οφείλουμε να είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη ένταξή τους σε όλες τις κοινωνικές και επαγγελματικές δραστηριότητες. Ο λόγος είναι ότι έχουν όλη τη ζωή μπροστά τους και το κράτος έχει μόνο να κερδίσει από τη βελτιστοποίηση της ρύθμισής τους και της ζωής τους.

Η εταιρεία Medtronic, πρωτοπόρος στην ανάπτυξη της νέας τεχνολογίας στο διαβήτη τα τελευταία 20 χρόνια, έχει θέσει ως στόχο την ανάπτυξη και τελειοποίηση του τεχνητού παγκρέατος στα επόμενα χρόνια. Ήδη σειρά από νεωτεριστικά προϊόντα, όπως οι «έξυπνες αντλίες», τα συστήματα συ-

νεχούς καταγραφής γλυκόζης, έχουν κυκλοφορήσει στη χώρα μας με εξαιρετικά ελπιδοφόρα αποτελέσματα.

Η ανάπτυξη του Internet επιτρέπει και την ηλεκτρονική παρακολούθηση, όπου ο ασθενής «κατεβάζει» τα δεδομένα της αντλίας του, ο γιατρός χρησιμοποιώντας τον κωδικό του ασθενή τα αξιολογεί σε πραγματικό χρόνο και δίνει τις ανάλογες οδηγίες.

Η επιτυχία αυτών των συστημάτων στηρίζεται στο τρίπτυχο:

- Προσπάθεια και θέληση από τον ασθενή
- Βέλτιστη παρακολούθηση από το γιατρό
- Καλή εκπαίδευση

Όταν αυτό το τρίπτυχο λειτουργεί, η νέα τεχνολογία προσφέρει πολλές λύσεις στην καθημερινότητα των ατόμων με διαβήτη και τα προετοιμάζει για το ακόμα καλύτερο μέλλον που έρχεται, ενώ στοχεύει σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα θεραπείας. ■



Το έργο της ΕΛΟΔΙ

Στη χώρα μας εδώ και αρκετά χρόνια υπάρχουν σύλλογοι διαβητικών ατόμων – τόσο για παιδιά και εφήβους όσο και για ενήλικους. Οι σύλλογοι αυτοί βρίσκονται κυρίως στην Αθήνα, αλλά υπάρχουν και αρκετοί άλλοι σύλλογοι σε μεγάλες πόλεις της Ελλάδας.



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ Π. ΧΙΩΤΗΣ

παιδίατρος - ενδοκρινολόγος

Για τον καλύτερο συντονισμό του έργου των συλλόγων κρίθηκε αναγκαίο να δημιουργηθεί μια ομοσπονδία. Στην πορεία όμως των διαβουλεύσεων προέκυψαν δύο: η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και η Πανελλήνια Ομοσπονδία Σωματείων/Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΔΙΑ).

Η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) ιδρύθηκε το Σεπτέμβριο του 1997 από την ένωση των τεσσάρων μεγαλύτερων σωματείων της χώρας: την Πανελλήνια Ένωση Διαβητικών (ΠΕΔ), που ήταν ο πρώτος και μοναδικός σύλλογος ατόμων με διαβήτη, την Πανελλήνια Ένωση Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΑΝΔ), το Σύλλογο Φίλων του Παιδιού και Εφήβου με Ενδοκρινολογικό Πρόβλημα «Ο Γαληνός» και την Πανηπειρωτική Ένωση για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ). Λίγο αργότερα προστέθηκαν και άλλοι σύλλογοι από διάφορα μεγάλα διαμερίσματα της ελληνικής επικράτειας.

Για αρκετά χρόνια η έδρα της ΕΛΟΔΙ ήταν στα Ιωάννινα και πρόεδρος της ήταν ο κ. Γεώργιος Φλώρος. Αργότερα, για λειτουργικούς λόγους, αποφασίστηκε η μεταφορά της έδρας στην Αθήνα. Την προεδρία τότε ανέλαβε ο κ. Χρήστος Μπαρτσόκας, καθηγητής Παιδιατρικής και ιδρυτής του Συλλόγου Πανελληνίας Ένωσης Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη. Πρόσφατα, μετά τη λήξη της θητείας του κ. Μπαρτσόκα, εξελέγη πρόεδρος ο γράφων.



Πίστη της ΕΛΟΔΙ, όπως και της παγκόσμιας διαβητικής κοινότητας, είναι ότι τα άτομα με διαβήτη δεν είναι άτομα με ειδικές ανάγκες

Η ΕΛΟΔΙ είναι πλήρες μέλος της Παγκόσμιας Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (International Diabetes Federation - IDF) από το Νοέμβριο του 2000.

Οι σκοποί της ΕΛΟΔΙ εστιάζονται στην:

- Ανάπτυξη στενής συνεργασίας με τις αρχές, τα νοσηλευτικά και πνευματικά ιδρύματα, με σκοπό τη βελτίωση της υγείας και της περίθαλψης των ατόμων με διαβήτη.
- Ίδρυση νέων διαβητολογικών ιατρείων και κέντρων σε όλη την Ελλάδα.

- Εναρμόνιση κοινής πολιτικής των ασφαλιστικών φορέων για την πλήρη κάλυψη των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης.
- Παροχή τυχόν επιδομάτων στα άτομα με διαβήτη.
- Υποστήριξη αυτών σε θέματα Παιδείας, εργασίας, στράτευσης κ.λπ.
- Ενημέρωση και, κυρίως, στην ενδυνάμωση των ατόμων με διαβήτη και των οικογενειών τους, ότι μπορούν να ζήσουν με το σακχαρώδη διαβήτη μια φυσιολογική ζωή με επιτυχίες και χωρίς επιπλοκές και προβλήματα.

Πίστη της ΕΛΟΔΙ, όπως και της παγκόσμιας διαβητικής κοινότητας, είναι ότι **τα άτομα με διαβήτη δεν είναι άτομα με ειδικές ανάγκες.**

Δραστηριότητες:

- Διοργανώνει κάθε 2 χρόνια πανελλήνια συνέδρια με τη συμμετοχή όλων των κορυφαίων επιστημόνων του χώρου.
- Πραγματοποιεί σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας ενημερωτικές ημερίδες (σεμινάρια), σε επαφή με τοπικούς συλλόγους παιδιών, εφήβων και ενηλίκων με σακχαρώδη διαβήτη.
- Συμμετέχει ενεργά στο Δ.Σ. του Εθνικού Κέντρου Έρευνας, Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ).
- Είναι μέλος της Εθνικής Γνωμοδοτικής Επιτροπής για το Σακχαρώδη Διαβήτη του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.
- Με παρεμβάσεις της στα διάφορα υπουργεία εξασκεί συνεχώς πιέσεις, ώστε τα παιδιά να εγγράφονται και να φοιτούν κανονικά στα σχολεία, δημόσια και ιδιωτικά, χωρίς εξαιρέσεις, να προσφέρονται στις σχολικές καντίνες κατάλληλα τρόφιμα, να στρατεύονται όσοι από τους νέους το επιθυμούν, ενώ, τέλος, μεριμνά για μεγαλύτερο ποσοστό εργασιακής απασχόλησης των ατόμων με διαβήτη, γιατί όλα αυτά συμβάλλουν στην καλύτερη κοινωνική τους ένταξη.
- Συνεργάζεται με πολλές ομοσπονδίες από την Ευρώπη και την Κύπρο για την από κοινού αντιμετώπιση των προβλημάτων των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.
- Σε επιστημονικό επίπεδο, συνεργάζεται με την Ελληνική Ενδοκρινολογική Εταιρεία, την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία και την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία Βορείου Ελλάδας, καθώς και με άλλες επιστημονικές εταιρείες.

Η ομοσπονδία μας πιστεύει ότι η παγκόσμια απειλή του διαβήτη αντιμετωπίζεται κυρίως μέσω της **εκπαίδευσης** και της **ευαισθητοποίησης** όλων των εμπλεκόμενων. Γι' αυτό πραγματοποιεί σειρά

Η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη πιστεύει ότι η παγκόσμια απειλή του διαβήτη αντιμετωπίζεται κυρίως μέσω της εκπαίδευσης και της ευαισθητοποίησης όλων των εμπλεκόμενων. Γι' αυτό πραγματοποιεί σειρά ενημερωτικών εκδηλώσεων, τόσο στην Αθήνα όσο και στην περιφέρεια

ενημερωτικών εκδηλώσεων, τόσο στην Αθήνα όσο και στην περιφέρεια.

Το 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο για το Διαβήτη πραγματοποιήθηκε από τις 18 έως τις 19 Οκτωβρίου 2008 στο ξενοδοχείο Aldemar, στη Σκαφιδιά Ηλείας, με μεγάλη συμμετοχή. Τα άτομα με διαβήτη ενημερώθηκαν για τις τρέχουσες εξελίξεις στην αιτιοπαθогένεια και αντιμετώπιση του διαβήτη, καθώς και για τις μελλοντικές προβλέψεις.

Η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), στο πλαίσιο της έγκαιρης και σωστής ενημέρωσης, εκδίδει 2μηνιαίο περιοδικό «Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για Όλους», που διανέμεται δωρεάν σε όλα τα διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία της Ελλάδας, καθώς και σε γιατρούς και νοσηλευτές υγείας και όλους τους φορείς που εμπλέκονται στην αντιμετώπιση και πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη. Σ' αυτό αρθρογραφούν επιστήμονες καταξιωμένοι και με μακροχρόνια εμπειρία στο σακχαρώδη διαβήτη.

Η καμπάνια του Παγκόσμιου Οργανισμού για το Διαβήτη (IDF) είναι **«Ενωμένοι ενάντια στο διαβήτη»**. Έχει καθορίσει τη 14η Νοεμβρίου ως Ημέρα Ένωσης Ενάντια στο Διαβήτη και υποστηρίζεται από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών. Προσκαλεί όλα τα κράτη-μέλη των Ηνωμένων Εθνών να προσέχουν την ημέρα αυτή και να αναπτύσσουν **εθνικές στρατηγικές** για την **πρόληψη, αντιμετώπιση** και **θεραπεία** του σακχαρώδους διαβήτη.

Όλοι μας θα πρέπει να στηρίξουμε την προσπάθεια αυτή, για να βελτιώσουμε την ποιότητα ζωής των ατόμων με διαβήτη.

Η έδρα της ΕΛΟΔΙ είναι στην Αθήνα, 3ης Σεπτεμβρίου 90, πλατεία Βικτωρίας, Τ.Κ. 104 34, * τηλ.: 210 8233954, * fax: 210 8217444, * e-mail: chiotisd@hotmail.com. * Web site: www.elodi.org. ■



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ
ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Σακχαρώδης διαβήτης και νόσοι του θυρεοειδούς αδένου

Από τις παρατηρήσεις και τις μελέτες που έχουν γίνει προκύπτει ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 έχουν σε ποσοστό 15%-30% και κάποιο νόσημα του θυρεοειδούς αδένου.



Τα ποσοστά αυτά είναι κατά πολύ υψηλότερα από αυτά που παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό. Ο λόγος που συμβαίνει αυτό το γεγονός είναι γιατί ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 οφείλεται σε διαταραχή της αυτοανοσίας, δηλαδή της άμυνάς μας, και τα άτομα που έχουν τέτοιες διαταραχές εύκολα εμφανίζουν και κάποιο άλλο αντίστοιχο νόσημα σε άλλο όργανο, όπως και στην προκειμένη περίπτωση στο θυρεοειδή αδένου. Αυτά τα νοσήματα του θυρεοειδούς που θα αναλύσουμε πιο κάτω είναι ο υποθυρεοειδισμός από χρόνια λεμφοκυτταρική θυρεοειδίτιδα ή θυρεοειδίτιδα Hashimoto, ο υπερθυρεοειδισμός από τοξική διάχυτη βρογχοκήλη ή νόσο Graves και η θυρεοειδίτιδα που παρατηρείται μετά τον τοκετό.

Υποθυρεοειδισμός από θυρεοειδίτιδα Hashimoto

Υποθυρεοειδισμός είναι η κλινική κατάσταση όπου ο θυρεοειδής αδένος αδυνατεί να παράγει τις απαιτούμενες

στάθμες των ορμονών που χρειάζεται ο οργανισμός μας, με αποτέλεσμα όλος ο μεταβολισμός να υπολειτουργεί. Ο υποθυρεοειδισμός παρουσιάζεται με ένα πλήθος συμπτωμάτων που κυριότερά του είναι η εύκολη κούραση, η υπνηλία, η βραδυκαρδία, η αύξηση σωματικού βάρους, η δυσκοιλιότητα, η δυσανεξία στο ψυχρό, το ξηρό δέρμα και πολλά άλλα. Στο γενικό πληθυσμό ο υποθυρεοειδισμός παρουσιάζεται σε ποσοστό 5%-10% και τα αντισώματα εναντίον δύο μορίων του θυρεοειδούς, εναντίον της θυρεοειδικής υπεροξειδάσης και εναντίον της θυρεοσφαιρίνης, που η ύπαρξή τους χαρακτηρίζει την παρουσία της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, παρουσιάζονται σε ποσοστό 13% και 11% αντίστοιχα. Στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 το ποσοστό του υποθυρεοειδισμού είναι 5%-18% και η παρουσία των αντισωμάτων που αναφέραμε πιο πάνω είναι 20%-30%. Δηλαδή τελικά ένα ποσοστό γύρω στο 30% από τα άτομα με Σ.Δ. 1 παρουσιάζει υποθυρεοειδι-

Αν κάποιος έχει Σ.Δ. και παράλληλα νοσήσει από υποθυρεοειδισμό, τις περισσότερες φορές πρέπει να μειώσει τα φάρμακα που λαμβάνει για τη ρύθμιση του σακχάρου, αν έχει Σ.Δ. τύπου 2 ή αν πάσχει από Σ.Δ. τύπου 1 ή αν κάνει χρήση ινσουλίνης στον τύπου 2, πρέπει να μειώσει τις συνολικές μονάδες που λαμβάνει



ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΦΙΛΙΠΠΟΥ

επίκουρος καθηγητής Ενδοκρινολογίας

σμό σε κλινική ή υποκλινική μορφή. Το αν θα εμφανίσουν τελικά κλινικό υποθυρεοειδισμό, εξαρτάται από την παρουσία των αντισωμάτων, τη διάρκεια του Σ.Δ. 1, την ηλικία και το φύλο (οι γυναίκες εμφανίζουν περισσότερο). Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία συστήνει άμεσο θυρεοειδικό έλεγχο στα άτομα που μόλις επιβεβαιώθηκε Σ.Δ. 1 και μετά κάθε 1 με 2 χρόνια. Αν έχουν παρόντα τα θυρεοειδικά αντισώματα που αναφέραμε, ο έλεγχος πρέπει να γίνεται κάθε 6 μήνες. Τώρα είναι καλό να εξετάσουμε τι μπορεί να συμβεί σε άτομα με Σ.Δ. που παρουσιάζουν και υποθυρεοειδισμό, γνωστού όντως ότι οι ορμόνες του θυρεοειδούς παρεμβάλλονται με πολλούς τρόπους στο μεταβολισμό της γλυκόζης και στη δράση της ινσουλίνης. Στον υποθυρεοειδισμό παρατηρείται μείωση της απορρόφησης γλυκόζης από το γαστρεντερικό σωλήνα. Επίσης, η απελευθέρωση γλυκερόλης και αμινοξέων, προϊόντα και τα δύο που χρησιμοποιούνται από τον οργανισμό για να παράγει γλυκόζη, μειώνονται στην κυκλοφορία. Παράλληλα, ο χρόνος ημίσειας ζωής της ινσουλίνης, ο χρόνος δηλαδή που απαιτείται προκειμένου να μείνει στον οργανισμό η μισή στάθμη από αυτήν που αρχικά απελευθερώθηκε από το πάγκρεας, αυξάνεται γιατί η αποδόμησή της μειώνεται. Εκτός από όλα αυτά, και η όρεξη μειώνεται στον υποθυρεοει-

δισμό. Αυτά όλα, όπως είναι φυσικό, οδηγούν εύκολα σε υπογλυκαιμίες. Έτσι αν κάποιος έχει Σ.Δ. και παράλληλα νοσήσει από υποθυρεοειδισμό, τις περισσότερες φορές πρέπει να μειώσει τα φάρμακα που λαμβάνει για τη ρύθμιση του σακχάρου, αν έχει Σ.Δ. τύπου 2 ή αν πάσχει από Σ.Δ. τύπου 1 ή αν κάνει χρήση ινσουλίνης στον τύπου 2, πρέπει να μειώσει τις συνολικές μονάδες που λαμβάνει. Η βελτίωση του υποθυρεοειδισμού συχνά οδηγεί σε αύξηση των δόσεων ινσουλίνης.

Υποθυρεοειδισμός από νόσο Graves

Υπερθυρεοειδισμός είναι η κλινική κατάσταση που ο θυρεοειδής εκκρίνει μεγαλύτερα ποσά ορμονών από αυτά που χρειαζόμαστε και αυτό οδηγεί ακριβώς στην αντίθετη κλινική εικόνα απ' ό,τι είναι ο υποθυρεοειδισμός. Τα κυριότερα συμπτώματά του είναι η υπερένταση, η ταχυκαρδία, η αϋνία, η απώλεια βάρους με αυξημένη όρεξη, οι άφθονοι ιδρώτες και ειδικά στον υπερθυρεοειδισμό από νόσο Graves μπορούμε να έχουμε και εξωθυρεοειδικές εκδηλώσεις, όπως είναι η προσβολή από τα μάτια. Η επίπτωση του υπερθυρεοειδισμού στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%, ενώ στα άτομα με Σ.Δ. τύπου 1 αυτό το ποσοστό ανεβαίνει στο 2%-3%. Τα άτομα που πάσχουν και από τα δύο νοσήματα ταυτόχρονα μπορεί να

Η επίπτωση του υπερθυρεοειδισμού στο γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%, ενώ στα άτομα με Σ.Δ. τύπου 1 αυτό το ποσοστό ανεβαίνει στο 2%-3%

επιδεινώσουν τη ρύθμιση του σακχάρου. Ο υπερθυρεοειδισμός, επειδή επιταχύνει γενικά όλους τους επιμέρους παράγοντες του μεταβολισμού, όπως την αύξηση της απορρόφησης σακχάρου από το γαστρεντερικό σωλήνα, αυξάνει τη συνολική σύνθεση σακχάρου και μειώνει τη δράση της ινσουλίνης στους ειδικούς υποδοχείς της, όπου ασκεί τη λειτουργία της, αυξάνει τελικά τις απαιτήσεις του οργανισμού σε ινσουλίνη και οδηγεί σε επιδείνωση της ρύθμισης του σακχάρου. Ιδιαίτερη προσοχή χρειάζεται για το Σ.Δ. τύπου 1 γιατί μπορεί να προκληθεί πλήρης απορρύθμιση του σακχάρου και είναι δυνατόν να φτάσουμε και μέχρι την κετοξέωση.

Θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό

Η θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί σαν υποθυρεοειδισμός ή υπερθυρεοειδισμός ή τη μια κατάσταση να τη διαδεχτεί η άλλη, εμφανίζεται μέσα σε ένα χρόνο μετά τον τοκετό. Η συχνότητά της στο γενικό πληθυσμό είναι 5%-21% (συνήθως σε ευρωπαϊκές χώρες 4%-7%), ενώ στις γυναίκες με Σ.Δ. 1 εκτοξεύεται στο 25%. Γι' αυτό οι γυναίκες με Σ.Δ. 1 πρέπει τόσο κατά την εγκυμοσύνη όσο και ένα χρόνο μετά τον τοκετό ανά τρίμηνο να ελέγχουν τη θυρεοειδική τους λειτουργία. Προγνωστικοί παράγοντες στις γυναίκες για να αναπτύξουν θυρεοειδίτιδα μετά τον τοκετό είναι να έχουν θετικά θυρεοειδικά αντισώματα, να είναι μεγάλης ηλικίας και να καπνίζουν. ■



Διαβήτης και αισθητική

Το διαβητικό σύνδρομο χαρακτηρίζεται από διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων αλλή και των πρωτεϊνών, η οποία οφείλεται σε απόλυτη ή μερική έλλειψη ινσουλίνης.



Ι. ΓΚΡΕΚ, Φ. ΚΑΛΔΡΥΜΙΔΗΣ

Ενδοκρινολογική Κλινική,
Νοσοκομείο «ΜΕΤΑΞΑ»

Τα αίτια που μπορεί να οδηγήσουν σε έλλειψη ινσουλίνης είναι διάφορα και για αυτό ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται σύνδρομο και όχι νόσος. Δύο είναι οι συχνότερα απαντώμενες μορφές σακχαρώδους διαβήτη οι οποίες παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη κλινική σημασία. Συγκεκριμένα, ο Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης (ΙΣΔ) ή τύπου I – απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης– και ο Μη Ινσουλινοεξαρτώμενος Σακχαρώδης Διαβήτης (ΜΙΣΔ) ή τύπου II – σύνδρομο διαφορετικό σε σχέση με την κληρονομικότητα και τον παθογενετικό μηχανισμό, την κλινική πορεία και πρόγνωση.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η βαθύτερη γνώση των δερματικών αισθητικών προβλημάτων που εκδηλώνονται στα άτομα αυτά, προκειμένου να επιλεγεί θεραπευτικά η καλύτερη δυνατή αισθητική παρέμβαση, η οποία και θα έπεται της καλής ρύθμισης του σακχαρώδους διαβήτη.

Το δέρμα των διαβητικών ασθενών αποτελεί στόχο πρώτης εκδήλωσης του διαβήτη, με κύρια κλασικά συμπτώματα την ξηρότητα, τον κνησμό και την ευπάθεια στις λοιμώξεις, καταστάσεις που ενδεχομένως οφείλονται στην αφυδάτωση λόγω της πολυουρίας στον αρρυθμιστο σακχαρώδη διαβήτη. Η μεταβολή στη δομή του δέρματος εστιάζεται στα αυξημένα μαστοκύτταρα, κυρίως, των επιφανειακών σιβάδων και των αιμοφόρων αγγείων. Σε άτομα με τύπου I σακχαρώδη διαβήτη, ιστορικό μακροχρόνιου διαβήτη ή μικροαγγειοπάθεια έχει παρατηρηθεί πάχυνση του ενδοθηλίου των δερματικών τριχοειδών. Τα δερματικά τριχοειδή παρουσιάζουν αυξημένη ευθραυστότητα, με ακανόνιστη ανταπόκριση στις διαφοροποιήσεις της θερμοκρασίας, όπως και στην τοπική εφαρμογή διαφόρων χημικών παραγόντων.

Η γνώση αυτή παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον για την εξειδικευμένη επιλογή θεραπευτικών προσεγγίσεων της αισθητικής παρέμβασης στα διαβητικά άτομα.

Συνήθως με το σακχαρώδη διαβήτη συνυπάρχουν (στο 30% περίπου των ασθενών):

Ο δοθιήνας - εμμένουσα δοθιήνωση: Οξεία, συνήθως νεκρωτική μόλυνση ενός τριχοθυλακίου από *Staphylococcus aureus*. Βαθύ φλεγμονώδες οζίδιο, με κεντρική σπηκτική νέκρωση.

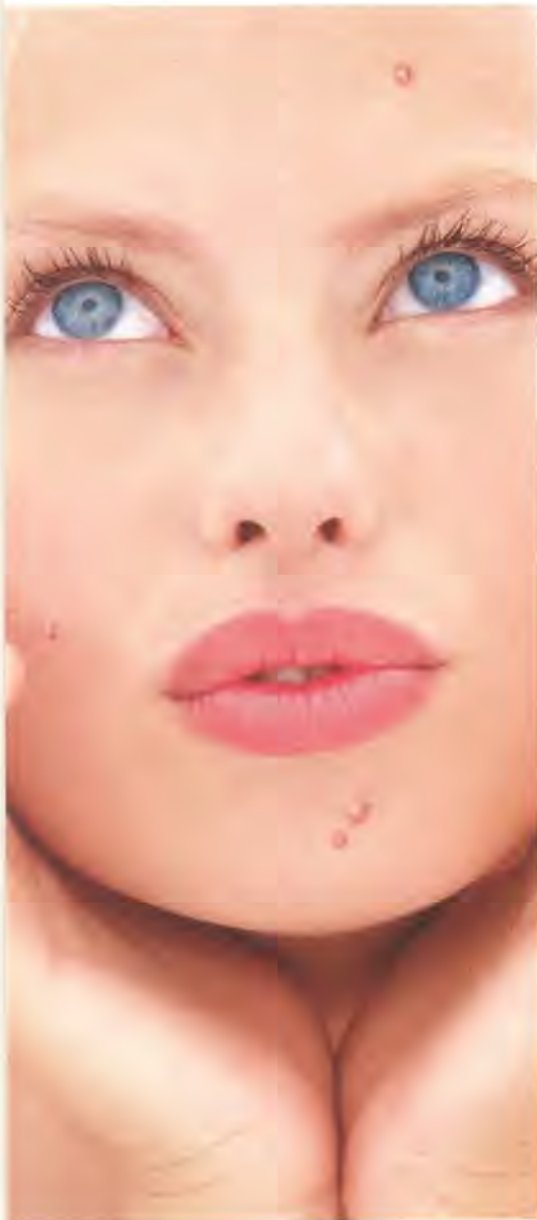
Η λιποειδική νεκρωβίωση: Δερματική βλάβη που παρουσιάζει πλάκες απολεπιζόμενες με κέντρο ατροφικό κίτρινες χροιάς, ευρυαγγείες και όριο ιώδες ή ερυθρό, εμφανιζόμενο, κυρίως στην πρόσθια επιφάνεια της κνήμης.

Το δακτυλιοειδές κοκκίωμα: Εντοπίζεται κυρίως στη ραχιαία επιφάνεια των άκρων χεριών και αντιβραχίων. Παρουσιάζει ημικυκλικές βλάβες, με επηρμένη περιφέρεια σαρκώδους χροιάς και κέντρο βαθύχροο και επίπεδο.

Οι υπέρχρους προκνημιαίες πλάκες: Παρουσιάζονται με βλατίδες καφέ ή ερυθρές, στρογγυλές ή ωοειδείς και οδηγούνται σε βλάβες που περιγράφονται με ατροφία, υπέρχρωση ή και απολέπιση. Εμφανίζονται, κυρίως, στην κνήμη (πρόσθια και πλάγια επιφάνεια), συνήθως στους άντρες.

Το σκληρό οίδημα των διαβητικών: Αποτελεί μια πάχυνση και σκληρήνωση του δέρματος, που δεν παρουσιάζει εντύπωμα στην προσπάθεια πίεσης. Η πάχυνση του κολλαγόνου είναι απόρροια του διαταραγμένου μεταβολισμού του κολλαγόνου εξαιτίας της υπεργλυκαιμίας.

Η μελανίζουσα ακάνθωση: Παρουσιάζεται με συμμετρικές βαθύχρους βλάβες με υφή βελούδου, κυρίως, στις μασχάλες, τον αυχένα και άλλες επιφάνειες που κάμπτονται.



Η διαβητική φυσαλίδωση: Εμφανίζονται απότομα φυσαλίδες με τάση, χωρίς προηγούμενο τραυματισμό, κυρίως, στα δάχτυλα των χεριών και των ποδιών.

Οι δερματικές εκδηλώσεις από αντιδιαβητικά δισκία: Παρουσιάζονται με κηλιδοβλατιδώδες εξάνθημα, βαθύ πολύμορφο ερύθημα, οζώδες ερύθημα, πορφύρα και ευαισθησία.

Το σύνδρομο γλυκαγονώματος: Εδώ οι δερματικές εκδηλώσεις αφορούν την περιστοματική και την περιγεννητική περιοχή και τις δερματικές πτυχές, με συνέχεια και επέκταση σε ολόκληρο το σώμα. Ερυθματώδεις κηλίδες εξελίσσονται σε φυσαλίδες με εφίδρωση. Στη συνέχεια απολεπίζονται και την επούλωση ακολουθεί η δημιουργία υπέρχρωων κηλίδων. Συχνά υπάρχουν επιμολύνσεις με χρυσίζοντα σταφυλόκοκκο ή *Candida albicans*.

Τα ξανθώματα: Εμφανίζονται ως εναποθέσεις λιπιδίων στο δέρμα, κυρίως, στις αρθρώσεις του γόνατος, του αγκώνα και του ώμου. Είναι κίτρινες βλατίδες σκληρού περιεχομένου με ροδόχροα στίγματα κατά τόπους και φλεγμονώδη άλω. Μετά τη ρύθμιση του διαβήτη συνήθως υποχωρούν και εγκαταλείπουν ατροφικά σημεία ή υπέρχρωση.

Τα ξανθελάσματα: Είναι ξανθώματα που εντοπίζονται κυρίως στα βλέφαρα.

Η ξανθοχρωμία: Κίτρινο χρώμα του δέρματος το οποίο οφείλεται σε αύξηση της καροτίνης και της χοληστερόλης του αίματος. Κυρίως, παρουσιάζεται στις παλάμες, τα πέλματα και τις ρινοπαραϊακές αύλακες.

Το διαβητικό πόδι: Είναι ευαίσθητο και χρήζει ιδιαίτερης προσοχής. Η αρτηριοδιασκήληση προκαλεί περιφερειακές στενώσεις και αποφράξεις, με αποτέλεσμα την κακή τροφοδοσία με θρεπτικά συστατικά και οξυγόνο. Μούδιασμα, αίσθημα καύσου, μειωμένη αισθητικότητα, πόδια θερμά, δέρμα λεπτό, ελάχιστες τρίχες, ίσως και πηλγές στις κνήμες, τις φτέρνες και τα δάχτυλα μπορούν να εκδηλωθούν, με αυξημένη πιθανότητα επιμολύνσεων από μικρόβια ή και μύκητες.

Η επιμελής αποκωδικοποίηση των παραπάνω αισθητικών δερματικών διαταραχών, οι οποίες –εκτός των προβλημάτων υγείας– προκαλούν και αισθητικά



Το δέρμα των διαβητικών ασθενών αποτελεί στόχο πρώτης εκδήλωσης του διαβήτη, με κύρια κλασικά συμπτώματα την ξηρότητα, τον κνησμό και την ευπάθεια στις λοιμώξεις

προβλήματα, κυρίως, για το γυναικείο φύλο, μπορεί να συμβάλει στην έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση της υποκρυπτόμενης ενδοκρινολογικής αυτής νόσου, αφού το δέρμα πολλές φορές αποτελεί σημείο αναφοράς πρώτης εκδήλωσης σακχαρώδους διαβήτη. Με τη διαγνωστική αυτή προσέγγιση απομακρύνεται ίσως και σημαντική βλάβη της ψυχολογικής - κοινωνικής ευεξίας του ασθενή, όπου σε μερικές περιπτώσεις οι επιπτώσεις αυτές μπορεί να είναι δυσανάλογες της βαρύτητας των συμπτωμάτων.

Οι θεραπείες που εφαρμόζουν οι ασχολούμενοι με την αισθητική πράξη ως επαγγελματίες της υγείας, από το γιατρό έως και τον αισθητικό, θα πρέπει να στοχεύουν στην ανίχνευση της υποψίας μιας πιθανής αρχικής λανθάνουσας εκδήλωσης του συμπτώματος, καθοδηγώντας τον ασθενή στη σωστή κατεύθυνση. Καθότι πάνω απ' όλα οδηγός της συμπεριφοράς του αισθητικού είναι η ίδια η ανθρωπιστική, κοινωνική και επιστημονική του συνείδηση. Τα «μηνύματα διαταραχής» του δέρματος μπορούν να θεωρηθούν

μηνύματα με μεγάλη διαγνωστική αξία για την πρόληψη και άμεση αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη, αξιοποιώντας την πλέον εξειδικευμένη αισθητική παρέμβαση.

Η ήπια και πολλές φορές ύπουλη πορεία των συμπτωμάτων του σακχαρώδους διαβήτη επιβάλλει την αρμονική συνεργασία τόσο από την πλευρά του ασθενή όσο και της θεραπευτικής ομάδας (ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό, αισθητικό...). Η τακτική παρακολούθηση και η άμεση ενημέρωση πλαισιώνει τη σωστή ρύθμιση του σακχάρου, την καλή ατομική υγιεινή και την ανάλογη αισθητική παρέμβαση, στην προσπάθεια να μη δώσει η νόσος εκδηλώσεις από το δέρμα, τουλάχιστον όχι τέτοιες που να απαιτούν ειδική και επίπονη αντιμετώπιση.

Η «συνεργασιμότητα» (compliance) του ασθενή, η δυνατότητα αρμονικής συνεργασίας του με τη θεραπευτική ομάδα, η θεραπευτική αγωγή και η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων πρέπει να θεωρούνται μια ενιαία οντότητα. Η ευθύνη αφορά όλες τις πλευρές. ■

Νέες τεχνολογίες στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη: απεικόνιση του παγκρέατος

Η αντιμετώπιση του προβλήματος του σακχαρώδους διαβήτη στην κοινωνία μας σχετίζεται άμεσα με την πρόληψη της νόσου και με τη στενή παρακολούθηση της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών επεμβάσεων στην εκάστοτε περίπτωση.



NICHOLAS H.E. MEZITIS, M.D.,
president,

Mezitis Education and Research Institute, Ltd.
Senior Attending Physician in Medicine,
St. Luke's/Roosevelt Hospital Center,
Assistant Professor of Clinical Medicine,
Columbia University

Διαίτερο ενδιαφέρον για τον επιστημονικό κόσμο, τους ασφαλιστικούς φορείς και το ευρύτερο κοινό έχει αποκτήσει το θέμα του προδιαβήτη, της κατάστασης δηλαδή όπου η ευαίσθητη ανιχνευτική λειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος έχει αρχίσει να απορρυθμίζεται με βαθμιαία χαλάρωση του γλυκαιμικού ελέγχου στον οργανισμό. Σειρά μελετών υποστηρίζουν ότι η έγκαιρη επέμβαση στο στάδιο αυτό με στόχο την πρόληψη της νόσου ή την καθυστέρηση της εκδήλωσής της εξασφαλίζει σημαντικά οφέλη και για τον πάσχοντα από την άποψη της αποφυγής επιπλοκών και για την κοινωνία από πλευράς εξόδων για ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και απώλειας εργατικού δυναμικού.

Οι σύγχρονες μέθοδοι διάγνωσης και ελέγχου στο διαβήτη παραμένουν «γλυκοκεντρικές», δηλαδή στηρίζονται σε μετρήσεις γλυκόζης στο φλεβικό ή τριχοειδικό αίμα από τις οποίες εξαγονται συμπεράσματα για την πορεία και την πρόγνωση της νόσου. Πρόσφατες μελέτες όμως και η κλινική εμπειρία μάς υποδεικνύουν ότι οι βιομετρήσεις αυτές είναι ανεπαρκείς όταν πρόκειται

να προσδιορίσουμε τις καταβολές του προβλήματος στα παραπαίοντα β-κύτταρα του παγκρέατος 10-12 χρόνια πριν ακόμη εμφανιστεί υπεργλυκαιμία με τα συμβατικά κριτήρια των διαβητολογικών εταιρειών (ADA, EASD, WHO). Παράλληλα, η δίαιτα, η άσκηση και πολλά από τα

νέα φάρμακα για το διαβήτη επηρεάζουν θετικά τα νησίδια του Langerhans στο πάγκρεας με πιθανολογούμενη ευεργετική επίδραση στα β-κύτταρα. Αυτά τα οφέλη δεν αντικατοπτρίζονται άμεσα στους γλυκαιμικούς δείκτες, με αποτέλεσμα την πρώιμη μεταβολή ή ακόμη και



Οι σύγχρονες μέθοδοι διάγνωσης και ελέγχου στο διαβήτη παραμένουν «γλυκοκεντρικές», δηλαδή στηρίζονται σε μετρήσεις γλυκόζης στο φλεβικό ή τριχοειδικό αίμα

διακοπή, ως αναποτελεσματικής, μιας θεραπευτική αγωγής πριν αποδώσει εμφανείς καρπούς.

Ορισμένοι άλλοι δείκτες έχουν προταθεί για την πρώιμη διάγνωση, όπως τα επίπεδα 25-υδροξυ-βιταμίνης D και της προσταγλανδίνης F2A στο αίμα. Επίσης, ο προσδιορισμός δεικτών, όπως το TCF7L2, από το γονιδίωμα πολύ πιθανόν να χρησιμεύσουν για τον ίδιο σκοπό. Και οι μετρήσεις αυτές όμως δεν παύουν να παραμένουν έμμεσοι τρόποι εκτίμησης της λειτουργίας του ενδοκρινούς παγκρέατος, χωρίς καμιά δυνατότητα παροχής πληροφοριών για την κυτταρική μορφολογία.

Το ζητούμενο, λοιπόν, είναι να μας παρασχεθούν πρακτικές μη επεμβατικές μέθοδοι που να απεικονίζουν τα β-κύτταρα του παγκρέατος εν ζωή και να αξιολογούμε τη λειτουργία τους. Εδώ έχουν γίνει σημαντικά βήματα, προσαρμόζοντας τις μεθόδους της **μαγνητικής τομογραφίας (MRI)** και της **τομογραφίας ποσιτρονίων και φωτονίων (PET/SPECT)** για τον προσδιορισμό της μάζας των β-κυττάρων στο πάγκρεας, με ιδιαίτερη επιτυχία στην παρακολούθηση της τύχης μεταμοσχευμένων νησιδίων. Μελλοντικά η νανοτεχνολογία υπόσχεται να μας εφοδιάσει με μοριακούς δείκτες που θα επιτρέψουν την απεικόνιση και τον ακριβέστερο προσδιορισμό του αριθμού των β-κυττάρων στο πάγκρεας, όπως και άλλων κυττάρων και ιστών που σχετίζονται με την εξέλιξη του διαβήτη.

Η **απεικονιστική μέθοδος της βιοφωτοβολίας (bioluminescence imaging)** παγιδεύει φωτόνια που εκπέμπουν τα κύτταρα έπειτα από ενζυματική κατεργασία ενός συστατικού τους, της λουκιφερίνης (D-luciferin). Ο οπτικός αισθητήρας στην επιδερμίδα υπολογίζει τον κυτταρικό πληθυσμό που εκπέμπει το σήμα, περιορίζεται όμως από το βάθος των ιστών στον τρισδιάστατο χώρο.

Η **τομογραφική μέθοδος οπτικής συνοχής (optical coherence tomography)** χρησιμοποιεί την εκπομπή φωτονίων για να απεικονίσει τους ιστούς, όπως το υπερηχογράφημα χρησιμοποιεί τα ακουστικά κύματα υψηλών συχνοτήτων. Τα αντανακλώμενα φωτόνια επιτρέπουν τη λεπτομερή απεικόνιση

.....

Το ζητούμενο είναι να μας παρασχεθούν πρακτικές μη επεμβατικές μέθοδοι που να απεικονίζουμε τα β-κύτταρα του παγκρέατος εν ζωή και να αξιολογούμε τη λειτουργία τους

.....



διαφόρων οργάνων χωρίς την ανάγκη επεμβατικής μεθόδου. Η τεχνολογία αυτή μπορεί επίσης να συνδυαστεί και με την ενδοσκόπηση, για να γίνει πληρέστερος έλεγχος του γαστρεντερικού σωλήνα και του παγκρέατος.

Η τομογραφική μέθοδος οπτικής προβολής (optic projection tomography) διαφέρει από τη συμβατική τομογραφία (CT) στο ότι χρησιμοποιεί φωτοβολία του ορατού φάσματος αντί για ακτίνες X, για να μας παράσχει τρισδιάστατη απεικόνιση των νησιδίων του παγκρέατος. Παρόλληλα, μπορεί να καταγράψει την εκπομπή φωτονίων από ιστούς που έχουν σημαδευτεί από φθορίζοντα αντισώματα, δίνοντας έτσι μια δυναμική εικόνα της ενδοκρινολογικής δραστηριότητας και της διαμόρφωσης του παγκρέατος. Δυστυχώς, η αποτελεσματικότητα της μεθόδου αυτής περιορίζεται ακόμη σε μικρά δείγματα βιοψιών και σε πειραματόζωα.

Αυτές και άλλες μέθοδοι που βρίσκονται σε ερευνητικό στάδιο θα μας επιτρέψουν στο μέλλον να απεικονίζουμε με ακρίβεια και ευκρίνεια τα νησίδια του παγκρέατος και τα τεκταινόμενα σε κυτταρικό επίπεδο. Η αλληλεπίδραση μεταξύ κυτταρικών πληθυσμών και μεταξύ κυττάρων και εξωκυτταρικού περιβάλλοντος θα καθίσταται εμφανής, ώστε να αναγνωρίζεται έγκαιρα η φλεγμονή των νησιδίων και η απώλεια των β-κυττάρων στο διαβήτη τύπου 1. Αλλά και το μεταβολικό σύνδρομο, η ινσουλινοαντοχή και η υπερινσουλιναμία θα τεκμηριωθούν από μορφολογική διάγνωση και δυναμικές τρισδιάστατες απεικονίσεις εξέλιξης της νόσου, χρησιμοποιώντας ενδεχομένως συνδυασμό μεθόδων, όπως εκείνες που προαναφέρονται. Με τον ίδιο τρόπο θα εκτιμάται και η αποτελεσματικότητα των φαρμάκων στην προστασία των β-κυττάρων και στην ανάταξη της νόσου. Οι γλυκαιμικοί δείκτες θα αντιπροσωπεύουν πλέον συμπλήρωμα στην εκτίμηση της πορείας και της πρόγνωσης του σακχαρώδους διαβήτη. Απότοκο της εξέλιξης αυτής θα αποτελέσει, αναμφίβοτα, και ο επαναπροσδιορισμός των κριτηρίων διάγνωσης της νόσου και των σταδίων της, όπως επίσης και η αιτιολόγηση στοχευμένων φαρμακοθεραπειών. ■

Σακχαρώδης διαβήτης:

Μια σύγχρονη μάστιγα που πρέπει να εκλείψει

Όποιο σύγχρονο, έγκριτο ιατρικό σύγγραμμα, περιοδικό ή εφημερίδα κι αν ανοίξει κανείς, αυτό που θα πληροφορηθεί είναι ότι ο σακχαρώδης διαβήτης –και μάλιστα ο διαβήτης τύπου 2– αποτελεί τη μάστιγα του αιώνα μας.



δρ. **ΕΛΛΗ ΛΑΚΚΑ-ΠΑΠΑΔΟΔΗΜΑ**

διευθύντρια Κέντρου
Ενδοκρινολογίας - Διαβήτη - Μεταβολισμού
Ευρωπαϊκής Αθηνών

Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προβλέψει ότι η επίπτωση του διαβήτη τύπου 2 θα έχει υπερδιπλασιαστεί ως το έτος 2025, εκτιμώντας αύξηση από 135 εκατομμύρια ασθενείς το 1995 σε 300 εκατομμύρια το 2025. Διακόσια τριάντα εκατομμύρια ήταν οι διαβητικοί το 2006. Μπορούμε να συνειδητοποιήσουμε το μέγεθος του προβλήματος αν αναλογιστούμε ότι κάθε 24 ώρες διαγιγνώσκονται 3.600 νέες περιπτώσεις διαβήτη. Το τραγικό είναι ότι το 25% της δεξαμενής των διαβητικών αποτελούν σήμερα τα παιδιά. Αυτό, βέβαια, οφείλεται στην αλματώδη αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας.

Τι είναι όμως ο σακχαρώδης διαβήτης;

Είναι μια πολυπαραγοντική διαταραχή του μεταβολισμού των υδατανθράκων, των λιπών και των πρωτεϊνών που το κύριο χαρακτηριστικό της είναι η χρόνια υπεργλυκαιμία, αυτό που ο κόσμος αποκαλεί «Έχω ζάχαρο». Η διαταραχή αυτή οφείλεται στην έλλειψη ή και στην ανεπαρκή δράση της ινσουλίνης, έχει χρόνια πορεία και μακροπρόθεσμα μπορεί να προκαλέσει σοβαρές επιπλοκές σε όλους τους ιστούς και σε όλα τα όργανα, στα μάτια, τους νεφρούς, τα νεύρα, τα αγγεία, τα πόδια, την καρδιά κ.α.

Είναι γνωστό πως ο διαβήτης αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου από καρδιαγγειακά αίτια, από εγκεφαλικό επεισόδιο, από έμφραγμα μυοκαρδίου κ.λπ., έτσι ώστε σήμερα ένας **διαβητικός** να θεωρείται και

να αντιμετωπίζεται, ακόμα κι αν δεν έχει εμφανίσει συμπτώματα, σαν **άτομο με στεφανιαία νόσο**. Διαβήτης και στεφανιαία νόσος θεωρούνται οι δύο όψεις του ίδιου νοήματος.

Υπάρχουν τρεις κύριοι τύποι σακχαρώδους διαβήτη – είναι ο διαβήτης τύπου 1, ο διαβήτης τύπου 2 και ο διαβήτης της κύησης.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

Ο τύπος αυτός αποτελεί το 5%-10% των περιπτώσεων διαβήτη και ήταν η κυριότερη αιτία διαβήτη σε παιδιά. Σπάνια όμως μπορεί να προσβάλει και τους ενήλικες. Οφείλεται σε καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, τα οποία παράγουν την ορμόνη **ινσουλίνη**, η οποία είναι υπεύθυνη για τη χρησιμοποίηση του σακχάρου από τα κύτταρα.

Ο λόγος που καταστρέφονται τα β-κύτταρα είναι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων κάποια αυτοάνοση διαταραχή που εμφανίζεται σε άτομα που έχουν κάποια γενετική προδιάθεση. Ασφαλώς και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμμετέχουν. Στο αίμα αυτών των ασθενών βρίσκουμε αυτοαντισώματα εναντίον των β-κυττάρων του παγκρέατος – αυτοάνοση μορφή διαβήτη. Στους ασθενείς αυτούς συχνά συνυπάρχουν και άλλες αυτοάνοσες παθήσεις. Υπάρχουν όμως και περιπτώσεις διαβήτη τύπου 1 στις οποίες δεν ανιχνεύονται αυτοαντισώματα. Στις περιπτώσεις αυτές ο διαβήτης τύπου 1 θεωρείται ιδιοπαθής.

Ο διαβήτης τύπου 1 συνήθως εισβάλλει απότομα, με οξεία συμπτώματα (πολυουρία, πολιδιψία, πολυφαγία, απώλεια βάρους) και οδηγεί συχνά στην ανάπτυξη διαβητικής κετοξέωσης και όχι σπάνια σε διαβητικό κώμα. Ασθενείς με διαβήτη τύπου

1 χρειάζονται οπωσδήποτε **ινσουλίνη εφ' όρου ζωής**.

Διαβήτης της κύησης

Στην περίπτωση αυτή πρόκειται για διαβήτη που πρωτοεμφανίζεται στη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε μια γυναίκα η οποία πριν δεν είχε διαβήτη. Αυτό μπορεί να συμβεί στο 3%-5% των κυήσεων. Ο διαβήτης της κύησης χαρακτηρίζεται από ελαττωμένη έκκριση ινσουλίνης και ταυτόχρονα αντίσταση στην ινσουλίνη. Πιο συχνά οι παχύσαρκες γυναίκες μπορεί να αναπτύξουν διαβήτη στην εγκυμοσύνη. Ο διαβήτης αυτός είναι αναστρέψιμος και υποχωρεί μετά τον τοκετό. Μπορεί όμως, αν δεν αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, να προκαλέσει επιπλοκές και προβλήματα στην υγεία τη μητέρας και του νεογνού. Ένα ποσοστό 30%-40% των γυναικών με διαβήτη κύησης θα εμφανίσει διαβήτη τύπου 2 αργότερα.

Το σοβαρότερο πρόβλημα όμως σήμερα είναι ο **σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2**.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο τύπος αυτός αποτελεί το 90%-95% των περιπτώσεων διαβήτη. Μέχρι σήμερα ήταν γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 εμφανιζόταν κυρίως στους ενήλικες και σε ηλικία μεγαλύτερη των 30 ετών. Δυστυχώς όμως, η αλματώδης ανάπτυξη και της παιδικής παχυσαρκίας έχει ανατρέψει το ηλικιακό αυτό όριο, με αποτέλεσμα ο τύπος αυτός του διαβήτη να εμφανίζεται και στα παιδιά. Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρεται παιδί με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 σε ηλικία 4 χρόνων!

Στην Αμερική 1 στα 4 υπέρβαρα παιδιά ηλικίας μέχρι 12 ετών έχει προκλινικό διαβήτη. Το σημαντικό είναι ότι 60% από αυτά έχει ακόμα έναν παράγοντα κινδύνου για

ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου (όπως π.χ. υπέρταση, υπερχοληστεριναιμία).

Η κύρια αιτία για την εμφάνιση αυτού του τύπου διαβήτη είναι η παχυσαρκία. Ασφαλώς, υπάρχουν και άλλοι λόγοι, όπως η κληρονομικότητα, η φυλή, το φύλο κ.λπ. Η παχυσαρκία όμως είναι η κύρια υπεύθυνη για την τεράστια αύξηση της νόσου.

Στη μορφή αυτή του διαβήτη η ινσουλίνη υπάρχει, όμως δεν είναι δραστική. Το λίπος είναι αυτό που την εμποδίζει να δράσει. Ο λιπώδης ιστός, με τις ορμόνες που παράγει όπως η λεπτίνη, η ρεζιλίνη κ.ά., δημιουργεί την **αντίσταση στην ινσουλίνη**. Έτσι το πάγκρεας, το όργανο που παράγει την ινσουλίνη, εκκρίνει συνεχώς περισσότερη, για να καλύψει ο οργανισμός τις ανάγκες του, αλλά στο τέλος δεν τα καταφέρνει να εξισορροπήσει κι έτσι σιγά σιγά αρχίζει ο προδιαβήτης, ο οποίος εξελίσσεται σε διαβήτη.

Το σημαντικό και ενδιαφέρον είναι ότι την εξέλιξη αυτή μπορούμε να τη διακόψουμε. Μπορούμε να προλάβουμε την εμφάνιση αυτού του διαβήτη με όλα του τα επακόλουθα.

Με ποιον τρόπο; Ο τόπος είναι πολύ **απλός**, γι' αυτό ακριβώς είναι και πολύ **δύσκολος**. Εκείνο που χρειάζεται είναι η **άμυνα**... Άμυνα προς κάθε καθημερινή λεπτομέρεια και συνήθεια. • Είναι η **αντίσταση** προς κάθε πρόκληση και κακή τροφή. • Είναι η **αντίδραση** στην αδράνεια, στην απάθεια... • Είναι **καιρός να αλλάξουμε τρόπο ζωής**.

Βέβαια, στην προσπάθειά μας αυτή χρειάζομαστε τη βοήθεια και τη συμμετοχή όλου του κοινωνικού συνόλου (οικογένεια, σχολείο, μέσα μαζικής ενημέρωσης, πολιτεία κ.λπ.).

Πρέπει να συνειδητοποιήσουμε ότι τρώμε πολλή και κακή τροφή και κινούμεστε πολύ λιγότερο απ' ό,τι πρέπει.

Η πρώτη μας φροντίδα, βέβαια, είναι να **προστατέψουμε τα παιδιά**, να μην επιτρέψουμε να γίνουν τα παιδιά μας παχύσαρκα. Η **μεσογειακή διατροφή** και το καθημερινό **ζωηρό περπάτημα για μισή ώρα** είναι αρκετά για να προλάβουν ή και να αναστρέψουν την πορεία προς την **παχυσαρκία** και το **διαβήτη τύπου 2**.

Αξίζει να τονίσουμε **τι μπορούμε να πετύχουμε** μόνο με την αλλαγή του

Το τραγικό είναι ότι το 25% της δεξαμενής των διαβητικών αποτελούν σήμερα τα παιδιά. Αυτό, βέβαια, οφείλεται στην αλματώδη αύξηση της παιδικής παχυσαρκίας

τρόπου ζωής (βελτίωση της διατροφής και άσκηση).

Πρώτον, μπορούμε να προλάβουμε την παιδική παχυσαρκία και την εξέλιξη της σε διαβήτη.

Δεύτερον, μπορούμε να προλάβουμε την εξέλιξη του προδιαβήτη σε διαβήτη σε υπέρβαρα άτομα, αφού έχει διαπιστωθεί ότι το 60% ατόμων με προδιαβήτη **δεν αναπτύσσει** διαβήτη **αν χάσει** 5-7 κιλά.

Τρίτον, καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου σε εκείνους που έχουν διαβήτη και αποφυγή ή καθυστέρηση της εμφάνισης επιπλοκών.

Η προσθήκη κάποιων φαρμάκων μπορεί να βοηθήσει. Το κυριότερο από αυτά τα φάρμακα είναι η μετφορμίνη. Αυτό όμως που βοηθάει ακόμη περισσότερο για την πρόληψη των επιπλοκών στον προδιαβήτη αλλά και το διαβήτη είναι το να συνειδητοποιήσουμε ότι η πάθηση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται σφαιρικά. Να μην ξεχνάμε ότι **διαβήτης** δεν είναι μόνο διαταραχή του σακχάρου, αλλά συνοδεύεται από δυσλιπιδαιμία, υπέρταση και άλλες διαταραχές. Φάρμακα για τη χοληστερίνη, την υπέρταση και ιδιαίτερα οι αναστολείς του ενζύμου της αγγειοτασίνης, καθώς και οι αποκλειστές των υποδοχέων της αγγειοτασίνης II, προστατεύουν το διαβητικό και μειώνουν τον κίνδυνο για διαβητική νεφροπάθεια.

Πώς γίνεται η διάγνωση του διαβήτη;

Μια απλή **μέτρηση του σακχάρου νηστείας στο πλάσμα** παιδιών και ενηλίκων (εκτός των εγκύων γυναικών) είναι η μέθοδος για τη **διάγνωση** του σακχαρώδους διαβή-

τη. **Φυσιολογικό** θεωρείται το σάκχαρο νηστείας όταν είναι **≤100 mg/dl**.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του διαβήτη, σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, είναι:

1. Γλυκόζη πλάσματος νηστείας ≥ 126 mg/dl.
2. Κλασικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολιδιψία και ανεξήγητη απώλεια βάρους) με τιμή τυχαίας μέτρησης σακχάρου ≥ 200 mg/dl.
3. Τιμή σακχάρου πλάσματος στις 2 ώρες ≥ 200 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

Αν με αυτά τα κριτήρια ένα άτομο δεν έχει διαβήτη, το σάκχαρό του όμως είναι παραπάνω απ' ό,τι θεωρείται φυσιολογικό, τότε το άτομο αυτό έχει **προδιαβήτη**.

Τα κριτήρια για τη διάγνωση του προδιαβήτη είναι:

1. Διαταραχή γλυκόζης νηστείας (IFG - impaired fasting glucose): τιμές σακχάρου νηστείας πλάσματος 100-125 mg/dl.
2. Διαταραχή ανοχής γλυκόζης (IGT - impaired glucose tolerance): τιμή σακχάρου πλάσματος στις 2 ώρες 140-199 mg/dl κατά τη δοκιμασία ανοχής γλυκόζης.

Αξίζει να τονιστεί ότι η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1C) δεν είναι απαραίτητη για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, είναι όμως πολύ απαραίτητη για την παρακολούθηση ενός διαβητικού.

Αξίζει, τέλος, να τονίσουμε ότι σήμερα με τα μέσα που διαθέτουμε ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί και ότι οι επιπλοκές του μπορεί να προληφθούν ή και να καθυστερήσουν, αρκεί με τη θεραπεία να πραγματοποιούνται οι θεραπευτικοί στόχοι σύμφωνα με τις τελευταίες οδηγίες της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας.

Οι στόχοι αυτοί είναι:

1. HbA1C $\leq 7\%$.
2. Προγευματικά επίπεδα γλυκόζης (τριχοειδικό αίμα) 70-130 mg/dl.
3. Μεταγευματικά (1-2 ώρες μετά την έναρξη του γεύματος) επίπεδα γλυκόζης (τριχοειδικό αίμα) < 180 mg/dl.
4. Αρτηριακή πίεση 130/80 mmHg.
5. LDL χοληστερόλη < 100 mg/dl.
6. HDL χοληστερόλη > 50 mg/dl (γυναίκες) και > 40 mg/dl (άντρες).
7. Τριγλυκερίδια < 150 mg/dl. ■

Αντιδιαβητικά δισκία στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σήμερα ένα πρόβλημα υγείας που η συχνότητά του σε παγκόσμιο επίπεδο αυξάνεται ραγδαία και ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) έχει προτείνει ότι οι μέθοδοι πρόληψης και αντιμετώπισής του θα πρέπει να είναι ανάλογα με τα μεταδοτικά νοσήματα.



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ Γ. ΧΑΛΒΑΤΣΙΩΤΗΣ

επίκουρος καθηγητής Β' Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής - Μονάδα Έρευνας & Διαβητολογικό Κέντρο Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Οι κυβερνήσεις και οι ασφαλιστικοί οργανισμοί θα πρέπει να λάβουν μέτρα γιατί το οικονομικό κόστος αντιμετώπισης των επιπλοκών του διαβήτη που αφορά τις πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, τις αναπηρίες και την εν γένει νοσηρότητα που χαρακτηρίζουν το σύνδρομο θα είναι δυσβάσταχτο. Μεγάλης πληθυσμιακά μελέτες έχουν δείξει ότι η ρύθμιση των τιμών γλυκόζης αίματος εγγύς των φυσιολογικών μειώνει ανάλογα και τα επιβλαβή για την υγεία και επιβαρυντικά για την ποιότητα ζωής συμβάματα. Για το διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) που αφορά το 5%-10% των διαβητικών ατόμων αλλιώς και για το διαβήτη της κίνησης η φαρμακευτική θεραπεία βασίζεται αποκλειστικά στη χορήγηση ινσουλίνης.

Αντίθετα, στο διαβήτη τύπου 2 στηρίζεται κύρια στη χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Ο διαβήτης τύπου 2 χαρακτηρίζεται από μια ποικιλία παθολογικών αιτιών που ενορχηστρωμένα θα οδηγήσουν τον οργανισμό σε αδυναμία να αντιμετωπίσει τις αυξημένες τιμές γλυκόζης αίματος. Επομένως, θα πρέπει θεραπευτικά να αντιμετωπίζουμε ταυτόχρονα διαφορετικά «μέτωπα» για την επίτευξη των στόχων μας. Έτσι εξηγείται γιατί οι τύπου 2 διαβητικοί είναι υποχρεωμένοι συνήθως να λαμβάνουν συνδυασμό αντιδιαβητικών δισκίων. Τα αντιδιαβητικά δισκία κατανέμονται σε κατηγορίες ανάλογα με τον τρόπο δράσης τους.

Η **κατηγορία των σουλφονουλουριών** (γλιβενκλαμίδη, γλικλαζίδη, γλιμεπιρίδη) διεγείρει την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Στο διαβήτη τύπου 2 παρατηρείται μειωμένη παραγωγή ινσουλίνης αλλιώς και μια βραδύτητα στην απελευθέρωσή της στην κυκλοφορία. Η λήψη των σκευασμάτων αυτών θα κινητοποιήσει τα β-κύτταρα σε μια άμεση και σημαντική απελευθέρωση ινσουλίνης, για

να αντισταθμίσει την άνοδο του σακχάρου αίματος. Όπως είναι λογικό, απαραίτητη προϋπόθεση είναι να υπάρχει δυνατότητα παραγωγής ινσουλίνης, για να μπορούν οι ουσίες αυτές να την επαυξήσουν. Μελέτες έχουν δείξει ότι η αποκλειστική χορήγηση των σκευασμάτων αυτών χωρίς τη συνεργιστική βοήθεια άλλων δισκίων θα οδηγήσουν σε εξάντληση των β-κυττάρων και μοιραία ο διαβητικός θα έχει ανάγκη την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης. Η συνήθης επιπλοκή της ομάδας αυτής των φαρμάκων είναι η υπογλυκαιμία, η οποία μάλιστα μπορεί να κρατήσει για μακρά χρονική περίοδο ανάλογα με το χρόνο δράσης του σκευάσματος. Παρόμοια αντιδιαβητική δράση έχει και η **ομάδα των γλιτινών** (νατεγλινίδη, ρεπαγλινίδη). Δεν διαφέρουν από την προηγούμενη ομάδα μόνο στο χημικό τους τύπο αλλιώς και στη δραστηριότητά τους, που αφενός μεν είναι μικρότερης διάρκειας, αφετέρου δεν είναι τόσο ισχυρή. Αποτελούν όμως την καλύτερη επιλογή για την αντιμετώπιση των μεταγευματικών κυρίως αυξήσεων των σακχάρων και είναι πιο ασφαλείς όσον αφορά τον κίνδυνο της υπογλυκαιμίας.

Η **κατηγορία των διγουανιδίων** (μετφομίνη, φαινορμίνη) συνήθως αποτελεί την πρώτη επιλογή κατά την έναρξη της θεραπείας του διαβήτη τύπου 2 και η δράση τους εντοπίζεται στην αναστολή κύρια της ηπατικής παραγωγής γλυκόζης. Ο οργανισμός μας έχει την ανάγκη του συνεχούς εφοδιασμού του με ενέργεια με τη μορφή της γλυκόζης. Ένα γεύμα θα καλύψει τις ανάγκες για ένα μικρό χρονικό διάστημα ενώ στην συνέχεια θα αναλάβει την ευθύνη το ήπαρ με την ενδογενή παραγωγή γλυκόζης. Αυτή, ενώ

θα έπρεπε να διακοπεί κατά τη διάρκεια των γευμάτων, στο διαβήτη συνεχίζεται, με αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία. Οι ουσίες αυτές δεν ενοχοποιούνται για την πρόκληση υπογλυκαιμίας, αλλά ασθενείς με νεφρική, ηπατική και καρδιακή ανεπάρκεια επιβαρύνονται με τον κίνδυνο ανάπτυξης γαλακτικής οξέωσης. Ένα μικρό επίσης ποσοστό των διαβητικών αναγκάζεται να διακόψει τη θεραπεία λόγω γαστρεντερικών διαταραχών.

Οι **θειαιοζολιδινεδιόνες ή γλιταζόνες** (πιογλιταζόνη, ροζιγλιταζόνη) αποτελούν ένα σημαντικό θεραπευτικό εργαλείο που δρα στην καρδιά του αιτίου του διαβήτη τύπου 2. Οι διαβητικοί και μάλιστα οι παχύσαρκοι, που μάλιστα είναι η πλειοψηφία, παρουσιάζουν το φαινόμενο της ινσουλινοαντίστασης. Αυτό σημαίνει ότι μπορεί να έχουν επαρκή παραγωγή ινσουλίνης, αλλά αυτή δεν είναι δραστηκή. Οι ουσίες αυτές δρουν βελτιωτικά στη δράση της ινσουλίνης, με αποτέλεσμα την προφύλαξη των β-κυττάρων από μια πρώιμη εξάντληση, ενώ διαθέτουν σημαντικές αντιοξειδωτικές ιδιότητες με κύριο στόχο την αθηρωμάτωση. Οι ουσίες όμως αυτές δεν πρέπει να χορηγούνται σε διαβητικούς με εγκατεστημένη καρδιακή ανεπάρκεια ή με ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου. Δεν προκαλούν υπογλυκαιμία, αλλά είναι υπεύθυνες για μια μικρή αύξηση στο σωματικό βάρος με την κατακράτηση υγρών και την αύξηση του υποδόριου λίπους. Επίσης, σε μερικά άτομα προκαλεί μείωση του αιματοκρίτη και επιτάχυνση των οστεοπορωτικών διαδικασιών.

Οι **αναστολείς των α-γλυκοσιδασών** (ακαρβόζη) δρουν στο εσωτερικό του λεπτού εντέρου προκαλώντας μια δυσσπορρόφηση των υδατανθράκων. Έτσι δίνεται η χρονική δυνατότητα στον οργανισμό να αντιμετωπίσει τη μεταγευματική υπεργλυκαιμία, μια που, όπως αναφέρθηκε, στο διαβήτη τύπου 2 υπάρχει καθυστέρηση στην απελευθέρωση ινσουλίνης. Η δυσσπορρόφηση όμως των υδατανθράκων έχει ως επακόλουθο την αυξημένη παραγωγή αερίων στο έντερο, η οποία συχνά αναγκάζει τα άτομα με διαβήτη να διακόψουν τη θεραπεία, παρόλο που είναι ένα σχετικά απόλυτα ασφαλές σκεύασμα.

Η θεραπευτική αντιδιαβητική μας φαρέτρα διαθέτει αρκετές φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

Η τελευταία αλλά και η πιο πρόσφατη κατηγορία αντιδιαβητικών δισκίων αποτελεί η **ομάδα των DPP-4 αναστολέων ή γλιπτινών** (βιταγλιπτίνη, σιταγλιπτίνη). Τα σκεύασμα αυτά επιτείνουν χρονικά τη δράση του ενδογενούς GLP-1 αναστέλλοντας την καταστροφή του. Το GLP-1 παράγεται από κύτταρα του γαστρεντερικού και οδώνει την έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Παράλληλα, μειώνει την παραγωγή μιας ορμόνης, της γλυκαγόνης, που αντιμάχεται την ινσουλίνη και τα επίπεδά της είναι αυξημένα στο διαβήτη. Μειώνει επίσης την κινητικότητα του εντέρου, προκαλώντας μια καθυστέρηση στην απορρόφηση της τροφής και δρα ανορεξιογόνα. Το GLP-1 κινητοποιεί επίσης τους μηχανισμούς αναγέννησης και δημιουργίας νέων β-κυττάρων, με αποτέλεσμα την αύξηση του λειτουργικού όγκου των νησιδίων του παγκρέατος. Δρα όταν τα επίπεδα γλυκόζης είναι υψηλά, όπως για παράδειγμα τα μεταγευματικά, και δεν ενοχοποιείται για την εμφάνιση υπογλυκαιμίας. Εντούτοις, έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες

στην ηπατική λειτουργία αλλά και στο ανοσοποιητικό σύστημα με την εμφάνιση εξανθημάτων.

Είναι αντιληπτό ότι η θεραπευτική αντιδιαβητική μας φαρέτρα διαθέτει αρκετές φαρμακευτικές ουσίες για την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη. Η έρευνα πρόκειται να προσθέσει στο εγγύς και στο απώτερο μέλλον νέα σκεύασμα. Εντούτοις, δεν θα πρέπει ποτέ να παραβλέπεται ότι κυρίαρχη θέση στην αντιμετώπιση του διαβητικού συνδρόμου αποτελούν η αρμόζουσα διαιτητική παρέμβαση, η διατήρηση του κανονικού σωματικού βάρους, η αυξημένη φυσική δραστηριότητα και η υιοθέτηση προγραμμάτων άσκησης. Στα άτομα με διαβήτη –εκτός από την υπεργλυκαιμία– συνήθως συνυπάρχουν αρτηριακή υπέρταση και δυσλιπιδαιμία. Αυτές οι παθολογικές οντότητες ενοχοποιούνται μαζί με το διαβήτη για την ανάπτυξη νοσημάτων από το καρδιαγγειακό, επομένως θα πρέπει να χορηγείται έγκαιρα η ανάλογη φαρμακευτική αγωγή. ■



Το παγκόσμιο κόστος του αρρυθμίστου διαβήτη



δρ. Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ

παθολόγος-διαβητολόγος
διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου-
Κέντρου Παχυσαρκίας
και Μεταβολισμού «Τζάνειο» Γ.Ν.Π.

Ο διαβήτης είναι μια εξελισσόμενη νόσος κατά την οποία ο οργανισμός σταδιακά αδυνατεί να ελέγξει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.

- Τουλάχιστον το ένα τρίτο των διαβητικών δεν γνωρίζει ότι πάσχει από διαβήτη. Σε ορισμένες χώρες το ποσοστό αυτό μπορεί να αγγίζει και το 50%.
- Το 65% των ασθενών που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 και λαμβάνουν θεραπεία αδυνατεί να διατηρήσει τα συνιστώμενα επίπεδα σακχάρου στο αίμα.
- Αυτή τη στιγμή δεν υπάρχει θεραπεία για το διαβήτη. Θεραπεία που να αναστέλλει και να υποστρέφει την προϊούσα εκφύλιση και καταστροφή των β-κυττάρων.

Η δυσλειτουργία των νησιδίων του παγκρέατος και η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελούν παράγοντες που συμβάλλουν στην πρόκληση διαβήτη, μιας ασθένειας που εμφανίζεται όταν:

- Το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη (ανεπαρκής ινσουλίνη)
- Το πάγκρεας παράγει υπερβολική ποσότητα γλυκαγόνης χωρίς ο οργανισμός να τη χρειάζεται, προκαλώντας αυξημένη παραγωγή γλυκόζης από το ήπαρ.
- Το σώμα μας δεν χρησιμοποιεί αποτελεσματικά την ινσουλίνη (αντίσταση στην ινσουλίνη).

Κίνδυνοι, συμπτώματα και επιπλοκές του διαβήτη

Ο διαβήτης συνδέεται με πολλούς παράγοντες κινδύνου, συμπτώματα και σοβαρές παθήσεις, όπως οι καρδιαγγειακές παθήσεις.

- Περίπου το 50% των ασθενών έχει ήδη εμφανίσει τουλάχιστον μία επιπλοκή μέχρι



να διαγνωστεί με διαβήτη τύπου 2.

- Εάν ο ασθενής δεν λάβει την κατάλληλη αγωγή ή εάν δεν τεθεί υπό έλεγχο ο διαβήτης τύπου 2, μπορεί να προκαλέσει καρδιακές και νεφρικές παθήσεις, τύφλωση και αγγειακές ή νευρολογικές διαταραχές.
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από διαβήτη τύπου 2 έχουν διπλάσιες πιθανότητες να υποστούν καρδιακή προσβολή ή εγκεφαλικό επεισόδιο σε σχέση με εκείνους που δεν πάσχουν από διαβήτη. Οι καρδιαγγειακές παθήσεις αποτελούν την κύρια αιτία θανάτου μεταξύ των διαβητικών, καθώς ευθύνονται τουλάχιστον για τους μισούς θανάτους που σχετίζονται με το διαβήτη.
- Οι άνθρωποι που πάσχουν από διαβήτη έχουν 15-40 φορές περισσότερες πιθανότητες να υποστούν ακρωτηρι-

ασμό των κάτω άκρων λόγω κακής κυκλοφορίας.

Παράγοντες κινδύνου:

- Οικογενειακό ιστορικό διαβήτη
- Περιορισμένη σωματική δραστηριότητα
- Υπερβάλλον σωματικό βάρος
- Ηλικία άνω των 40 ετών
- Εμφάνιση διαβήτη κατά τη διάρκεια προηγούμενης εγκυμοσύνης
- Φυλή/εθνικότητα
- Αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα

Πιθανά αρχικά συμπτώματα:

- Υπερβολική δίψα και ξηροστομία
- Πολιουρία
- Ξηρότητα και κνησμός στο δέρμα
- Αναίτια απώλεια βάρους

Θολή όραση που αλλιάζει από μέρα σε μέρα
Υπερκόπωση

Συσχετιζόμενες επιπλοκές:

- Οφθαλμικές παθήσεις
- Νεφρικές παθήσεις
- Νευρολογικές παθήσεις
- Παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος
- Ακρωτηριασμοί

Διάγνωση και αντιμετώπιση του διαβήτη

Σε ποσοστό 60% ο διαβήτης τύπου 2 μπορεί να προληφθεί, εάν υιοθετήσουμε μια υγιεινή διατροφή και αυξήσουμε τη σωματική μας δραστηριότητα. Η υγιεινή διατροφή, η συχνή άσκηση και η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής, σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, αποτελούν τα πιο σημαντικά βήματα στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2.

- Το τεστ γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) αποτελεί μια μακροπρόθεσμη μέθοδο μέτρησης των επιπέδων σακχάρου στο αίμα, η οποία δείχνει πόσο αποτελεσματικά έχει ελεγχθεί ο διαβήτης τύπου 2 κατά τους τρεις προηγούμενους μήνες. Αποτελεί την καλύτερη μέθοδο για να παρακολουθείται κατά πόσο τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα βρίσκονται υπό έλεγχο.
- Σε κάθε μείωση της HbA1c κατά 1% αντιστοιχεί μείωση των επιπλοκών που σχετίζονται με το διαβήτη κατά 21%, συμπεριλαμβανομένων των καρδιαγγειακών παθήσεων.
- Η διάγνωση του διαβήτη επιτυγχάνεται μέσω μιας εξέτασης γλυκόζης πλάσματος νηστείας (FPG), στην οποία εξετάζονται τα νυκτερινά επίπεδα σακχάρου. Δύο ή περισσότερες εξετάσεις FPG που πραγματοποιούνται σε διαφορετικές ημέρες με αποτελέσματα 126mg/dl ή υψηλότερα καταδεικνύουν την ύπαρξη διαβήτη.

Σήμερα, οι ειδικοί προτείνουν τη χρήση συνδυαστικής θεραπείας στα πρώτα στάδια της εμφάνισης διαβήτη για αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της νόσου με όσο το δυνατόν λιγότερες παρενέργειες.

Εκατοντάδες δισεκατομμύρια δολάρια

Η IDF εκτιμά ότι έως 13% του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως θα δαπανάται για το διαβήτη μέχρι το έτος 2025

0 διαβήτης σε αριθμούς

246.000.000

άνθρωποι πάσχουν από διαβήτη παγκοσμίως. Μόνο στην Ευρώπη 53 εκατομμύρια άνθρωποι πάσχουν από διαβήτη.

380.000.000

άνθρωποι (σχεδόν δύο φορές ο πληθυσμός της Βραζιλίας) εκτιμάται ότι θα έχουν προσβληθεί από διαβήτη μέχρι το 2025, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (IDF).

85%-95%

των διαβητικών ασθενών πάσχει από διαβήτη τύπου 2 στις αναπτυγμένες χώρες. Στις αναπτυσσόμενες χώρες το ποσοστό αυτό είναι ακόμα υψηλότερο.

40-59

είναι η ηλικιακή ομάδα με τους περισσότερους διαβητικούς ασθενείς – σήμερα ο αριθμός τους αγγίζει τα 113 εκατομμύρια, ενώ, σύμφωνα με τις εκτιμήσεις, αναμένεται να φτάσει τα 166 εκατομμύρια μέχρι το 2025.

3.800.000

άνθρωποι πεθαίνουν κάθε χρόνο από διαβήτη, την τέταρτη αιτία θανάτου παγκοσμίως. Κάθε 10 δευτερόλεπτα ένας άνθρωπος πεθαίνει από αίτια σχετιζόμενα με το διαβήτη.

150%

είναι το ποσοστό αύξησης των περιπτώσεων διαβήτη τύπου 2 στον αναπτυσσόμενο κόσμο μέχρι το 2025, σύμφωνα με τις προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας. Επιπρόσθετα, 7 εκατομμύρια άνθρωποι το χρόνο θα εμφανίσουν διαβήτη σε παγκόσμιο επίπεδο – δύο άνθρωποι κάθε 10 δευτερόλεπτα.

δαπανώνται κάθε χρόνο για την αντιμετώπιση του διαβήτη

Η επίτευξη των συνιστώμενων επιπέδων σακχάρου στο αίμα σε όσο το δυνατόν πιο αρχικό στάδιο αποτελεί παράγοντα ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2, καθώς μειώνει τις πιθανότητες εμφάνισης επιπλοκών και τα αντίστοιχα έξοδα ιατρικής περίθαλψης. Σύμφωνα με εκτιμήσεις της IDF, τα ιατρικά έξοδα που σχετίζονται με το διαβήτη τύπου 2 ανέρχονται στο ποσό των 232 δισεκατομμυρίων δολαρίων παγκοσμίως. Μέχρι το 2025 το ποσό αυτό αναμένεται να φτάσει τα 302,5 δισεκατομμύρια δολάρια, παρουσιάζοντας αύξηση της τάξης του 30%-35%, εάν επαληθευτούν τα προβλεπόμενα ποσοστά αύξησης του αριθμού των διαβητικών ασθενών.

Η IDF εκτιμά ότι έως 13% του προϋπολογισμού υγειονομικής περίθαλψης παγκοσμίως θα δαπανάται για το διαβήτη μέχρι το έτος 2025.

Περίπου το 25% των δαπανών για την αντιμετώπιση του διαβήτη αφορά τον έλεγχο των αυξημένων επιπέδων σακχάρου στο αίμα στις αναπτυγμένες χώρες, ενώ ένα επιπλέον ποσοστό της τάξης του 25% δαπανάται στις μακροπρόθεσμες επιπλοκές της ασθένειας, όπως είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις. Το υπόλοιπο 50% αφορά γενικά έξοδα ιατρικής περίθαλψης σχετιζόμενα με το διαβήτη (όπως η πρόληψη καρδιαγγειακών και μικροαγγειακών επιπλοκών).

Οι ασθενείς που εμφανίζουν σοβαρές διαβητικές επιπλοκές απαιτούν περίπου τριπλάσια έξοδα ιατρικής περίθαλψης συγκριτικά με εκείνους που δεν εμφανίζουν επιπλοκές.

Το έμμεσο κόστος ιατρικής περίθαλψης (αδικανότητα προς εργασία, πρόωρη συνταξιοδότηση και νοσηρότητα λόγω διάγνωσης διαβήτη τύπου 2) μπορεί συχνά να αγγίζει το άμεσο κόστος αντιμετώπισης του διαβήτη τύπου 2. Στη Γερμανία, για παράδειγμα, το άμεσο κόστος ανά ασθενή εκτιμάται ότι φτάνει τα €5.262 κατά μέσο όρο, ενώ το αντίστοιχο έμμεσο κόστος αγγίζει το ποσό των €5.019.

Εκτιμάται ότι το ένα τέταρτο των δαπανών για την αντιμετώπιση του διαβήτη παγκοσμίως αντιστοιχεί στον ευρωπαϊκό χώρο. ■

ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ Γ.Ν. ΠΕΙΡΑΙΑ «ΤΖΑΝΕΙΟ» 1988-2008: 20 ΧΡΟΝΙΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΔΡΑΣΗΣ

12 Νοεμβρίου 2008, ξενοδοχείο θεοξένια, Πειραιάς

Στις 12 Νοεμβρίου 2008, στο ξενοδοχείο θεοξένια, στον Πειραιά, έγινε ο εορτασμός των 20 χρόνων ζωής και δράσης του Διαβητολογικού Κέντρου του «Τζάνειου» Νοσοκομείου με την ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη.

Περισσότερα από 1.000 άτομα κατέκλυσαν όλους τους χώρους του ξενοδοχείου, ενώ επιφανή ονόματα από την ιατρική κοινότητα (ο πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου για το Διαβήτη, καθηγητής κ. Ράπτης, ο καθηγητής κ. Κατσιλάμπρος, ο επίκουρος καθηγητής κ. Φιλιππίδης, η επίκουρη καθηγήτρια κ. Χατζηαγγελιάκη κ.ά.), αλλά και από την κοινωνία του Πειραιά (ο αντιπρόεδρος της Βουλής κ. Νεράτζης, οι βουλευτές κ. Διαμαντίδης, κ. Μελάς, κ. Λιντζέρης, οι τ. υπουργοί κ. Καλός, κ. Μπετενιώτης, ο πρόεδρος του Εμπορικού και Βιομηχανικού Επιμελητηρίου κ. Μπενέτος κ.ά.) τίμησαν με την παρουσία τους την εορταστική εκδήλωση.

Στην αρχή της εκδήλωσης η κ. Ηρακλειανού, γενική γραμματέας της ΕΔΕ (Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία) αναφέρθηκε στο νόημα της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη για το 2008 και τόνισε την αξία των υγιεινοδιατροφικών παρεμβάσεων για τη μείωση της παιδικής παχυσαρκίας, που αποτελεί τον προάγγελο ανάπτυξης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά. Ακολούθως, ο δρ Ανδρέας Μεληδώνης, υπεύθυνος του Διαβητολογικού Κέντρου του «Τζάνειου» Νοσοκομείου, αναφέρθηκε διεξοδικά στην 20χρονη διαδρομή του Διαβητολογικού Κέντρου (στα πρώτα 10 χρόνια ως Ιατρείο, στα υπόλοιπα 10 χρόνια ως Διαβητολογικό Κέντρο). Στις δυσκολίες και τα εμπόδια των πρώτων ιδιαίτερα χρόνων, στην πολυποικίλη ανάπτυξη, επιστημονική, εκπαιδευτική και ερευνητική που ακολούθησε. Στα επιτεύγματα του κέντρου, στις βραβεύσεις, στις δημοσιεύσεις, στα βιβλία που εκδόθηκαν, στις διδακτορικές διατριβές που εκπονήθηκαν.

Σήμερα πλέον στο Διαβητολογικό Κέντρο, εκτός των διαβητολογικών ιατρείων, υπάρχουν το Ιατρείο Παχυσαρκίας, το Ιατρείο

Κύησης, το Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού, το Ψυχολογικό Ιατρείο, το Διαιτολογικό Τμήμα, το Τμήμα Επισκεπτριών Υγείας, ενώ έχει δημιουργηθεί μια πολύ αναλυτική και εκτεταμένη (σχετικά με όλους τους τομείς του διαβήτη) ιστοσελίδα στο Διαδίκτυο (www.tzaniodiabetes.gr).

Όλοι οι επίσημοι εκπρόσωποι της πολιτείας και της ιατρικής κοινότητας επαίνεσαν στις ομιλίες τους με κολακευτικότερα λόγια τις



Ο κ. Α. Μεληδώνης κατά τη διάρκεια της ομιλίας του

προσπάθειες του Διαβητολογικού Κέντρου του «Τζάνειου» Νοσοκομείου. Ιδιαίτερα ο καθηγητής κ. Ράπτης, αφού συνεχάρη τον κ. Μεληδώνη και τους υπόλοιπους συνεργάτες του για την πολυτιμη δραστηριότητα, επαίνεσε ιδιαίτερα την ερευνητική εργασία του κέντρου και ανακοίνωσε στη συγκέντρωση ότι ο ίδιος, ως πρόεδρος του ΕΚΕΔΙ, θα εισηγηθεί στο Δ.Σ την έγκριση χορηγίας €10.000 στο Διαβητολογικό Κέντρο του «Τζάνειου» Νοσοκομείου για την εκπόνηση νέων διδακτορικών διατριβών που θα ακολουθήσουν.

Στην ίδια εορταστική εκδήλωση σχολίασαν ιδιαίτερα θετικά την αντιμετώπιση των ασθενών από τους γιατρούς και τα άλλα επαγγέλματα υγείας, οι εκπρόσωποι των στόμων με διαβήτη, κ. Γεμιστού (πρόεδρος Συλλόγου Διαβητικών Πειραιά), ο κ. Μπούρνης (τέως πρόεδρος Συλλόγου Διαβητικών Πειραιά) κ.ά.

Τα πεπραγμένα του κέντρου την τελευταία δεκαετία

- Οργανώθηκαν 50 επιστημονικές εκδηλώσεις - σεμινάρια - συνέδρια με την οργανωτική ευθύνη του κέντρου.
- Πραγματοποιήθηκαν 225 επιστημονικές ομιλίες από τους διαβητολόγους του κέντρου, στο πλαίσιο επιστημονικών ημερίδων, καθώς και σε ημερίδες ενημέρωσης για το κοινό.
- Ανακοινώθηκαν 185 εργασίες μας σε ελληνικά συνέδρια και 85 εργασίες μας σε διεθνή και παγκόσμια συνέδρια.
- Δημοσιεύθηκαν 61 εργασίες και ανακοπήσεις μας σε έγκριτα επιστημονικά ελληνικά συνέδρια, ενώ έγιναν αποδεκτές και δημοσιεύθηκαν 42 μελέτες μας σε μεγάλα διεθνή περιοδικά.
- Συμμετείχαμε σε 26 πειραματικές μελέτες εγκεκριμένες από τον ΕΟΦ, ενώ εκπονήθηκαν στο κέντρο 13 διδακτορικές διατριβές.
- Εκδώσαμε 4 μονογραφίες και 10 επιστημονικά βιβλία.
- 12 εργασίες μας πήραν Α΄ Βραβείο Έρευνας σε πανελλήνια ιατρικά συνέδρια.
- Δημιουργήσαμε πριν από 6 χρόνια τη μεγαλύτερη αυτή τη στιγμή ελληνική ιστοσελίδα στο χώρο του διαβήτη στο Διαδίκτυο με ελληνική και αγγλική έκδοση.
- Στο Διαβητολογικό μας Κέντρο έχουν πλέον αναπτυχθεί Ιατρεία Διαβητολογικά, Ιατρείο Παχυσαρκίας, Ιατρείο Διαβήτη Κύησης, Ιατρείο Διαβητικού Ποδιού (το μοναδικό στο Β΄ ΔΥΠΕ Αττικής), Διαιτολογικό Τμήμα, Τμήμα Νοσηλευτικό και Τμήμα Έρευνας.
- Τέλος, στο Διαβητολογικό Κέντρο του «Τζάνειου» και στα ιατρεία του παρακολουθούνται με καρτέλες παρακολούθησης περισσότεροι από 20.000 ασθενείς.

ΣΥΝΑΥΛΙΑ ΤΟΥ ΓΙΩΡΓΟΥ ΝΤΑΛΑΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΕΟΡΤΑΣΜΟ ΑΠΟ ΤΟ ΕΚΕΔΙ ΤΗΣ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

14 Νοεμβρίου 2008, Μέγαρο Μουσικής Αθηνών



Από αριστερά: ο Γιώργος Νταλάρας, η καθ. κα Ελένη Γλύκατζη-Αρβελιέρ και ο καθ. κ. Σ. Ράπτης συζητούν τις τελευταίες λεπτομέρειες της συναυλίας του Γιώργου Νταλάρα, που διοργάνωσε στο Μέγαρο Μουσικής το ΕΚΕΔΙ, επ' ευκαιρία της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη



Στιγμιότυπο από τη συνέντευξη τύπου επ' ευκαιρία της συναυλίας του Γιώργου Νταλάρα στο Μέγαρο Μουσικής, για τον εορτασμό από το ΕΚΕΔΙ της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη

Μια μεγάλη συναυλία του Γιώργου Νταλάρα στην αίθουσα «Φίλων της Μουσικής» του Μεγάρου Μουσικής Αθηνών οργάνωσε το ΕΚΕΔΙ, με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα για τον Διαβήτη.

Στο πρώτο μέρος με τίτλο «Η Απόκρυφη Ιστορία» παρουσιάστηκαν σε πρώτη εκτέλεση, ποιήματα της διακεκριμένης βυζαντινολόγου και Ελένης Γλύκατζη-Αρβελιέρ, μελοποιημένα από το συνθέτη Νίκο Πλάτανο σε σκηνοθεσία Μέμης Σπυράτου.

Ποιήματα-τραγούδια, «μαθήματα ιστορίας» από την Ελένη Αρβελιέρ για το πώς οργανώνεται η καθημερινότητα μας, πώς εκφράζεται στη διαδρομή η εθνική μας συνείδηση και πώς μικρά ιστορικά γεγονότα μας αποκαλύπτουν την «Απόκρυφη Ιστορία».

Στο δεύτερο μέρος, ο Γιώργος Νταλάρας ερμήνευσε τραγούδια-ποιήματα, σταθμούς της ελληνικής μουσικής, μελοποιημένα από μεγάλους συνθέτες: Μίκη Θεωράκη, Μάνο Χατζιδάκι, Σταύρο Ξαρχάκο, Σταύρο Κουγιουμτζή, Μάνο Λοΐζο κ.α.

Ο μεγάλος στόχος του Εθνικού Κέντρου για τον Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ), όπως ανέφερε ο πρόεδρος του καθηγητής Σωτ. Α. Ράπτης στον χαιρετισμό του προ της έναρξης της συναυλίας, η οποία πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, που από χρόνια έχουν ένα κοινό πρόγραμμα αντιμετώπισης, όπως και της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) και της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (IDF), είναι να συμβάλει αποφασιστικά στην αντιμετώπιση της νόσου. Η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση της κοινής γνώμης αποτελούν το ισχυρότερο όπλο για την καταπολέμηση του διαβήτη.

Η Παγκόσμια Ημέρα για τον Διαβήτη είναι η βασική εκστρατεία σε παγκόσμιο επίπεδο για την ευαισθητοποίηση στο πρόβλημα του διαβήτη. Σκοπός της είναι να ενημερώσει το κοινό για τα αίτια, τα συμπτώματα, τις επιπλοκές και τη θεραπεία που σχετίζεται με την πάθηση αυτή. Ο εορτασμός της Ημέρας αυτής χρησιμεύει ως μία σημαντική υπενθύμιση ότι η συχνότητα εμφάνισης και ο επιπολασμός του διαβήτη αυξάνονται παγκοσμίως. Ο διαβήτης έχει σημαντικό αντίκτυπο σε ανθρώπινο, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο και αυτό δεν πρόκειται να αλλάξει, εκτός αν ληφθούν έγκαιρα, άμεσα προληπτικά μέτρα για την αναχαίτιση του κληπασμού της παγκόσμιας αυτής επιδημίας.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ Π.Ε.Ν.ΔΙ. ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΔΙΑΒΗΤΗ

14 Νοεμβρίου 2008, Νομαρχία Ιωαννίνων

Στο πλαίσιο της Παγκόσμιας Ημέρας Διαβήτη, την Παρασκευή 14 Νοεμβρίου 2008, μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου της Πανεπιστημιακής Ενωσης για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ), καθώς και νοσηλεύτριες της Ενδοκρινολογικής Κλινικής του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου των Ιωαννίνων, διενήργησαν μετρήσεις γλυκόζης αίματος στο ισόγειο της Νομαρχίας Ιωαννίνων, με σκοπό να ενημερώσουν και να αφυπνίσουν όλους τους συμπολίτες μας που ίσως αγνοούν τη σημαίνει «διαβήτη».

Οφείλουμε να τονίσουμε ότι ένα μικρό ποσοστό των ατόμων που μετρήθηκαν είχαν σάκχαρο πάνω από 120 mg/dL και

ότι η πλειονότητα των εξεταζομένων δεν γνώριζε ότι υπάρχει ενδεχόμενο να πάσχει από διαβήτη.

Για την εκδήλωσή μας αυτή θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τη Νομαρχιακή Αυτοδιοίκηση Ιωαννίνων για την παραχώρηση του ισόγειου χώρου του κτιρίου της Νομαρχίας, την Ενδοκρινολογική Κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων, τις εταιρείες Johnson & Johnson, Abbott και Bayer για τη χορήγηση των μετρητών σακχάρου και των απαραίτητων αναλωσίμων, την Ελληνική Επιτροπή Διεθνών Σχέσεων και Ανταλλαγής Φοιτητών Ιατρικής (HelMSIC) για την ενεργή συμμετοχή της σ' αυτή

μας την προσπάθεια, επίσης τις εταιρείες Δωδώνη Α.Ε. και Abbott για τη χορηγία τους με σκοπό την έκδοση ενημερωτικού φυλλαδίου προς ενημέρωση των πολιτών γύρω από το θέμα του διαβήτη και, φυσικά, όλους τους συμπολίτες μας που δέχτηκαν να εξεταστούν. Οι δραστηριότητες του συλλόγου μας σαφώς δεν σταματούν σ' αυτές μόνο τις εκδηλώσεις. Με συμμάχους μας τους ανθρώπους που μας βοηθούν να πραγματοποιήσουμε τους στόχους μας, την καλή διάθεση και την πίστη μας ότι με την ενημέρωση, τη γνώση και την πρόληψη μπορούμε να νικήσουμε έναν πραγματικό και ουσιαστικό εχθρό μας, την άγνοια, συνεχίζουμε την προσπάθεια.

ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΗΣ Π.Ε.Ν.ΔΙ. ΓΙΑ ΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

29 Νοεμβρίου 2008, Ξενοδοχείο Du Lac, Ιωάννινα

Το Σάββατο 29 Νοεμβρίου 2008 στο Ξενοδοχείο Du Lac, στα Ιωάννινα, η Πανεπιστημιακή Ένωση για το Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ) διοργάνωσε ημερίδα με θέμα: «Νεότερες εξελίξεις στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη - Ο διαβήτης στα παιδιά και τους εφήβους».

Στόχος και αυτής της ημερίδας ήταν η ενημέρωση, η γνώση και η πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη. Η συμμετοχή των σημαντικών καλεσμένων, του διοικητικού συμβουλίου, των μελών του συλλόγου μας και των συμπολιτών μας που ανταποκρίθηκαν στην πρόσκλησή μας αυτή μάς γέμισε με χαρά, ικανοποίηση και ελπίδα για το μέλλον.

Την επιμέλεια του συντονισμού είχε ο κ. Αγαθοκλής Τσατσούλης, διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής ΠΠΓΝΙ - καθηγητής Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων.

Ομιλητές ήταν:

- Ο κ. Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
- διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής ΠΠΓΝΙ, ο οποίος αναφέρθηκε στο ρόλο της άσκησης στη διαμόρφωση του παιδιού και του εφήβου, καθώς και στην καλύτερη ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη, καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι η φυσική

δραστηριότητα είναι σημαντική για τον καθένα μας και ιδιαίτερα για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Η σωματική άσκηση και η υγιεινή διατροφή βελτιώνουν τη ρύθμιση του διαβήτη και της ζωής μας, γι' αυτό θα πρέπει να διαλέξουμε μια άσκηση η οποία να μας αρέσει, ώστε να μας γίνει συνήθεια.

- Η κ. Ανδριανή Βαζαίου, αναστηλωτριά διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού» - υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείου Παιδών «Αγλαΐα Κυριακού», η οποία μας μίλησε για την εντατικοποιημένη θεραπεία και όλες τις νεότερες εξελίξεις στην έρευνα για το σακχαρώδη διαβήτη.

- Η κ. Κωνσταντίνα Παπαδημητρίου, διαιτολόγος-διατροφολόγος, επιστημονική συνεργάτις Ενδοκρινολογικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης, η οποία μας εξήγησε ότι ο απώτερος στόχος της διαιτητικής παρέμβασης στο διαβητικό είναι η εξασφάλιση της όσο το δυνατόν καλύτερης δυνατής κατάστασης της υγείας του, επιτρέποντάς του να ζήσει όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητικά στο καθημερινό του περιβάλλον. Επίσης, αναφέρθηκε στα ισοδύναμα τροφίμων, τις ομάδες τροφών και έκανε μια μικρή αναφορά στις αντλίες



Στιγμιότυπο από μετρήσεις σακχάρου αίματος στο κοινό

ινσουλίνης και το ρόλο της άσκησης στο διαβήτη.

Όλοι οι ομιλητές της ημερίδας ήταν πολύ κατατοπιστικοί και συζητήσαν στην πληροφόρησή μας για όλες τις νεότερες εξελίξεις στους τομείς της επιστήμης και της τεχνολογίας που αφορούν την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη, αλλά και μέσω της συζήτησης που ακολούθησε, στην απάντηση πολλών ερωτημάτων μας.

Ευχαριστούμε θερμά το συντονιστή και τους ομιλητές της ημερίδας, τις εταιρείες Medtronic Hellas και Johnson & Johnson για την ευγενική χορηγία τους, όλους όσοι μας βοήθησαν για την πραγματοποίηση αυτής της ημερίδας και όλους τους συμμετέχοντες που μας τίμησαν με την παρουσία τους.

ΕΓΚΑΙΝΙΑ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΕΝΩΣΗΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

22 Νοεμβρίου 2008, αίθουσα εκδηλώσεων του Συλλόγου της Ένωσης Διαβητικών Ν. Πιερίας



Στιγμιότυπο από την εκδήλωση του Συλλόγου της Ένωσης Διαβητικών Ν. Πιερίας



Η Ιατρός κα Καλλιόπη Μικούδη

Το Σάββατο 22 Νοεμβρίου 2008 και ώρα 5.30 μ.μ. στην αίθουσα εκδηλώσεων του Συλλόγου της Ένωσης Διαβητικών Νομού Πιερίας, στη Γ. Ολυμπίου 16 (1ος όροφος), πραγματοποιήθηκαν τα εγκαίνια του συλλόγου, καθώς επίσης και εκδήλωση με θέμα: «Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και 2», υπό την αιγίδα της Νομαρχίας Πιερίας και την υποστήριξη των φαρμακευτικών εταιρειών Novo Nordisk και Roche Diagnostics Hellas A.E.

Στην εκδήλωση παρευρέθηκαν ο νομάρχης Πιερίας κ. Γεώργιος Παπαστεργίου, ο διευθυντής του ΙΚΑ Κατερίνης κ. Αντώνιος Χρυσάφης, ο δήμαρχος Κορινού κ. Νικόλαος Αβραμίδης, ο πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας Διαβήτη, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος, κ. Δημήτριος Χιώτης, οι γιατροί κ. Γεώργιος Τσατσαρώνης και Εμμανουήλ Κουτρούπας, ο πρόεδρος της Ένωσης Γονέων Διαβητικών Παιδιών και Εφήβων Βορείου Ελλάδος κ. Αριστείδης Ράπτης, ο πρόεδρος του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Σερρών κ. Τρυφώνας Ρουμελιώτης, ο πρόεδρος του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Ημαθίας κ. Κωνσταντίνος Ιωαννίδης, ο πρόεδρος του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Κοζάνης κ. Αθανάσιος Πετκίδης, ο αντιπρόεδρος του Συλλόγου Διαβητικών Νομού Φλώρινας κ. Έρασμος Μπακαρτζής, το μέλος της ΠΕΑΝΔ κ. Δημήτριος Συκιώτης, καθώς επίσης και πολλὰ άτομα όλων των ηλικιών που πάσχουν από τη νόσο.

Ομιλητές της εκδήλωσης ήταν η γιατρός κ. Ευαγγελία Τίγκα, η οποία αναφέρθηκε στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, η γιατρός κ. Καλλιόπη Μικούδη, η οποία αναφέρθηκε στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, και ο γιατρός κ. Δημήτριος Χιώτης, ο οποίος αναφέρθηκε στο σακχαρώδη διαβήτη της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας.

Η Ένωση Διαβητικών Νομού Πιερίας έχει στόχο να διοργανώσει κατά το έτος 2009 αρκετές εκδηλώσεις που αφορούν το σακχαρώδη διαβήτη, έτσι ώστε να μπορέσει να βοηθήσει και να ενημερώσει τα άτομα που πάσχουν από τη νόσο.

Το Δ.Σ του συλλόγου ευχαριστεί όλους τους ανθρώπους που συνέβαλαν στην επιτυχία της εκδήλωσης.

Ακόμα κι αν ο διαβήτης είναι μια χρόνια πάθηση, τίποτα δεν θα μας κρατήσει μακριά από μια παραγωγική και γεμάτη ενέργεια ζωή. Αυτό που απαιτείται είναι περισσότεροι προγραμματισμοί.

ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΟΥ ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

7 Δεκεμβρίου, Ηράκλειο Κρήτης



Ο παιδίατρος κ. Δ. Μαμουλάκης κατά τη διάρκεια της ομιλίας του



Άποψη από την εκδήλωση του Παγκρήτιου Συλλόγου

Ο Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη σε συνεργασία με το Διαβητολογικό Ιατρείο του «Βενιζέλειου» Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου και το Παιδοδιαβητολογικό Ιατρείο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου διοργάνωσαν στις 7 Δεκεμβρίου 2008 σεμινάριο επιμόρφωσης για άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και τους συγγενείς τους με θέμα: «Εντατικό σχήμα ινσουλinoθεραπείας».

Το σεμινάριο ξεκίνησε με την ομιλία του παθολόγου κ. Α. Παππά (υπεύθυνος

Διαβητολογικού Ιατρείου Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο») για την ιστορία της ινσουλίνης και τις διαχρονικές εξελίξεις στα σχήματα ινσουλinoθεραπείας. Ακολούθησε η ομιλία του παιδίατρο κ. Δ. Δελλή (αναπληρωτής διευθυντής Α' Παιδιατρικής Κλινικής, Νοσοκομείο Παιδων «Π. & Α. Κυριακού») με επιδημιολογικά στοιχεία του σακχαρώδους διαβήτη, ανάλυση των νεότερων σχημάτων ινσουλinoθεραπείας, όπως το σχήμα πολλαπλών ενέσεων και οι αντλίες ινσουλίνης, και αναφορά στις νεότερες τεχνολογικές εξελίξεις, όπως η συνεχής καταγραφή γλυκόζης.

Το πρώτο μέρος του σεμιναρίου έκλεισε με την ομιλία του διαιτολόγου κ. Χ. Δημοσθενόπουλου (MMedSci, κλινικός διαιτολόγος - βιολόγος, προϊστάμενος Διαβητολογικού Τμήματος Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»), ο οποίος έδωσε σημαντικές πληροφορίες για τα συστατικά των τροφών και τον υπολογισμό των υδατανθράκων, χρήσιμες για την εφαρμογή κατάλληλης για τα θεραπευτικά σχήματα και υγιεινής διατροφής.

Συντονιστής της συζήτησης ήταν ο παιδίατρος κ. Δ. Μαμουλάκης, αναπληρωτής διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Γ.Ν. Ηρακλείου «Βενιζέλειο» - υπεύθυνος Παιδοδιαβητολογικού Ιατρείου.

Ακολούθησε ένα διάλειμμα για γεύμα και στη συνέχεια οργανώθηκαν δύο ομάδες εργασίας.

Η πρώτη για γονείς παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη με συντονίστρια την κ. Μπιτσαράκη, παιδοψυχίατρο. Οι γονείς αντάλλαξαν μεταξύ τους απόψεις σχετικά με την ανατροφή των παιδιών και τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν στην καθημερινότητά τους.

Στη δεύτερη ομάδα εργασίας συμμετείχαν άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και φίλοι και συγγενείς τους. Συζητήθηκαν καθημερινά προβλήματα στην αντιμετώπιση του διαβήτη, όπως οι υπογλυκαιμίες, και μοιράστηκαν μεταξύ τους την εμπειρία από τη χρήση των πολλαπλών ενέσεων, της αντλίας ινσουλίνης και της συνεχούς καταγραφής γλυκόζης.

Οι συζητήσεις στις ομάδες εργασίας χαρακτηρίστηκαν από τους συμμετέχοντες ιδιαίτερα εποικοδομητικές και χρήσιμες, καθώς μοιράστηκαν προβληματισμούς και απορίες και έτσι ένιωσαν να μην είναι μόνοι απέναντι στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Γι' αυτό και ο Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη σκοπεύει να διοργανώσει και άλλες εκδηλώσεις με ομάδες εργασίας για ποικιλία θεμάτων που αφορούν το σακχαρώδη διαβήτη.

Το σεμινάριο πραγματοποιήθηκε με την ευγενική χορηγία της εταιρείας Medtronic Hellas.

Η ΝΟΒΟ ΝΟΡΔΙΣΚ ΑΛΛΑΖΕΙ ΤΟ ΜΕΛΛΟΝ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗΝ ΑΦΡΙΚΗ

Περισσότερα από 10.000 παιδιά με διαβήτη από την Αφρική θα μπορούν να έχουν ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα ιατρικής φροντίδας που συμπεριλαμβάνει και την καθημερινή χορήγηση ινσουλίνης χάρη σε ένα πενταετές πρόγραμμα που θέτει σε εφαρμογή η Novo Nordisk.

Το πρόγραμμα, που ονομάζεται «Αλλιάζουμε το μέλλον των παιδιών με διαβήτη», θα τεθεί σε εφαρμογή στις αρχές του 2009 και θα αφορά σε πρώτη φάση την ανάπτυξη ειδικών δικτύων φροντίδας στην Ουγκάντα, την Τανζανία, τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό και τη Γουϊνέα-Κόνακρη.

Σύμφωνα με εκτιμήσεις, περισσότερα από 38.000 παιδιά στην Αφρική έχουν διαβήτη τύπου 1, ενώ το προσδόκιμο επιβίωσής τους δεν ξεπερνά το ένα έτος, τη στιγμή που στο δυτικό κόσμο ένα παιδί με διαβήτη μπορεί να ζήσει όχι μόνο πολλά αλλά και ποιοτικά χρόνια.

«Ο πρόωπος θάνατος ενός παιδιού που προκαλείται από την έλλειψη ινσουλίνης δεν μπορεί παρά να μας προκαλεί θλίψη και αγανάκτηση, τη στιγμή μάλιστα που μπορεί να βρεθεί μια λύση. Είμαστε αποφασισμένοι να δουλέψουμε σκληρά ώστε να πάψει ο διαβήτης και οι επιπλοκές του να οδηγούν στο θάνατο μικρά παιδιά. Με ισχυρό σύμμαχο τη Novo Nordisk θα προσπαθήσουμε να εξαλείψουμε αυτό το φαινόμενο», είπε ο καθηγητής Ζαν Κλοντ Μπανίγια από το Διεθνές Ίδρυμα Διαβήτη (International Diabetes Federation - IDF).

Το πιλοτικό πρόγραμμα βασίζεται στη δημιουργία μικρών μονάδων ακόμα και σε πρόχειρες κατασκευές δίπλα από τα ελάχιστα νοσοκομεία ή κλινικές των χωρών που επιλέχθηκαν να συμμετέχουν στο πρόγραμμα. Μακροπρόθεσμος στόχος είναι η δημιουργία επανδρωμένων κέντρων στα οποία θα έχουν πρόσβαση τα παιδιά με διαβήτη, τα οποία θα απολαμβάνουν μια ολοκληρωμένη φροντίδα για το πρόβλημά που αντιμετωπίζουν.

«Μια εταιρεία όπως η Novo Nordisk,



που κατέχει ηγετική θέση στη φροντίδα του διαβήτη παγκοσμίως, θεωρεί μέγιστη υποχρέωσή της να διαθέσει όσο το δυνατόν περισσότερα μέσα για να σταματήσει ο αργός θάνατος των παιδιών στην Αφρική. Δεν θα διαθέσουμε μόνο ινσουλίνες στα παιδιά αλλά θα δημιουργήσουμε τις βάσεις για ένα σύστημα περίθαλψης για όλους όσους πάσχουν από διαβήτη στην Αφρική», σχολίασε ο διευθύνων σύμβουλος της Novo Nordisk κ. Λαρς Ρέμπιεν Σόρενσεν.

Το πρόγραμμα έχει ως στόχο τη συνεργασία όσο το δυνατόν περισσότερων τοπικών εμπλεκόμενων φορέων, που περιλαμβάνει κυβερνητικούς παράγοντες, εκπροσώπους επιστημονικών ενώσεων γύρω από το διαβήτη, μέλη του Διεθνούς Ίδρυματος Διαβήτη, αλλά και γενικότερα ανθρώπους που διαμορφώνουν άποψη στις συγκεκριμένες περιοχές. Θα γίνουν προσπάθειες ώστε συνολικά να επηρεαστούν τα συστήματα υγείας και η προσπάθεια να

λειτουργήσει και μετά τη λήξη του πενταετούς προγράμματος συνεισφοράς.

«Το Παγκόσμιο Ίδρυμα Διαβήτη δεσμεύεται, με τη σειρά του, να εκπονήσει καμπάνιες ενημέρωσης, να δημιουργήσει επαρκείς πηγές χρηματοδότησης, ώστε να υπάρχουν βιώσιμες υποδομές οι οποίες θα λειτουργήσουν συμπληρωματικά με τις υπάρχουσες δομές. Θα εργαστούμε από κοινού με τη Novo Nordisk και όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, ώστε να πετύχουμε το στόχο μας – να σταματήσουμε τους θανάτους των παιδιών από διαβήτη στην Αφρική», συμπλήρωσε η Ανίη Καπούρ, διευθύντρια του Παγκόσμιου Ίδρυματος Διαβήτη (World Diabetes Foundation - WDF).

Αξίζει να σημειωθεί ότι το πρόγραμμα «Αλλιάζουμε το μέλλον των παιδιών με διαβήτη» παρουσιάστηκε στο Παρίσι με αφορμή την 60ή Επέτειο της Ανακοίνωσης των Δικαιωμάτων του Ανθρώπου από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών.

Αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης

Ο σκοπός της αντιμετώπισης των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (Σ.Δ. 1) είναι να ρυθμίσουν τα σάκχαρα τους όσο γίνεται καλύτερα, για να αυξήσουν τις πιθανότητές τους για μια ζωή μακριά από τις επιπλοκές του διαβήτη.

 **δρ. EMMANOYHA ΣΟΥΒΑΤΖΟΓΛΟΥ**
επιστημονικός συνεργάτης
Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Ο Ευαγγελισμός»

Σκοπός όμως είναι επίσης η θεραπεία να προσαρμόζεται στις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή και όχι το αντίστροφο, ώστε να διατηρείται ο μέγιστος βαθμός προσωπικής ελευθερίας τόσο σε ό,τι αφορά την καθημερινή διατροφή όσο και σε κάθε άλλη δραστηριότητα.

Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με ένα «τεχνητό πάγκρεας»: μια μηχανή που θα «αισθανόταν» τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα και θα χορηγούσε διαμέσου του ήπατος την αντίστοιχη ποσότητα ινσουλίνης στους κατάλληλους χρόνους. Δυστυχώς, ακόμη απέχουμε αρκετά από το «τεχνητό πάγκρεας».

Η τεχνολογία όμως έχει προσφέρει προς την κατεύθυνση αυτή. Εδώ και μια δεκαετία περίπου στην Ελλάδα έχουμε τη δυνατότητα χρήσης αντλιών συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης – μικρές, εύχρηστες συσκευές με οθόνη και περισσότερες δυνατότητες. Επίσης, στο ίδιο διάστημα εξελίχθηκαν και μηχανισμοί 24ωρης παρακολούθησης του σακχάρου, οι οποίοι σε συνδυασμό με τη χρήση αντλίας διευρύνουν ακόμη περισσότερο τις δυνατότητες αντιμετώπισης του Σ.Δ.

Οι αντλίες έγχυσης ινσουλίνης χορηγούν ινσουλίνη ταχείας δράσης συνεχώς (24 ώρες το 24ωρο) μέσω ενός καθετήρα που τοποθετείται κάτω από το δέρμα, στον υποδόριο ιστό. Το είδος της ινσουλίνης είναι σχεδόν πάντα ανάλογο ινσουλίνης υπερταχείας δράσης. Η δόση της ινσουλίνης χωρίζεται σε:

- α)** αυτή που χορηγείται στον ασθενή ως βασικός ρυθμός (ανά λίγα λεπτά) και σκοπό έχει να διατηρήσει τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα σταθερά (εκτός γευμάτων),
- β)** τα λεγόμενα bolus – δηλαδή οι ώσεις ινσουλίνης που χορηγούνται από το χρηστή για να καλύψουν τους υδατανθρακες του γεύματος (και εξαρτώνται, βεβαίως, από την ποσότητα υδατανθράκων που θα καταναλωθεί) ή για να διορθώσουν ένα υψηλό σάκχαρο.

Επίσης, προσφέρουν τη δυνατότητα για προσαρμογή του βασικού ρυθμού σε ειδικές συνθήκες, όπως η άσκηση, η νηστεία, η αρρώστια κ.λπ.

Το μέγεθος της αντλίας είναι λίγο μικρότερο από ένα κινητό τηλέφωνο. Αποτελείται από:

- ένα ηλεκτρικό μηχανισμό με έμβολο, που χορηγεί με μεγάλη ακρίβεια μικρές ποσότητες υγρού,
- ένα δοχείο που περιέχει ινσουλίνη σε ποσότητα που καλύπτει συνήθως για 3 ή περισσότερες μέρες τις ανάγκες του ασθενή,
- ένα μικρό υπολογιστή, ικανό να ελέγχει τη δόση της ινσουλίνης που χορηγείται, αλλά και πληθώρα άλλων πράξεων βοηθητικών στον έλεγχο του σακχάρου. Από την αντλία ξεκινά ένα σωληνάκι με πολύ μικρή διάμετρο το οποίο καταλήγει σε έναν ελαστικό καθετήρα μόνιμα τοποθετημένο στον υποδόριο ιστό του διαβητικού και μέσω του οποίου θα πάρει την ινσουλίνη,
- μια μπαταρία.

Πλεονεκτήματα της χρήσης αντλίας

Έχει παρατηρηθεί ότι η ορθή χρήση της αντλίας οδηγεί σε ορισμένα αδιαφιλονίκητα πλεονεκτήματα:

- Βελτίωση της τιμής της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.
- Μικρότερη διακύμανση των ημερησίων τιμών σακχάρου.
- Ευκολία χρήσης.
- Λιγότερα υπογλυκαιμικά επεισόδια.
- Σταθερότερη δράση της ινσουλίνης.
- Διευκολύνεται η άσκηση στους χρήστες αντλίας, μια και

Οι αντλίες έγχυσης ινσουλίνης χορηγούν ινσουλίνη ταχείας δράσης συνεχώς (24 ώρες το 24ωρο) μέσω ενός καθετήρα που τοποθετείται κάτω από το δέρμα, στον υποδόριο ιστό. Το είδος της ινσουλίνης είναι σχεδόν πάντα ανάλογο ινσουλίνης υπερταχείας δράσης

Η αντλία είναι εξαιρετικά χρήσιμη μόνο αν μπορεί να εκμεταλλευτεί ο χρηστής τις δυνατότητές της και αυτό απαιτεί εκμάθηση και ενασχόληση με τη νόσο



το σύστημα χορήγησης ινσουλίνης είναι πιο ελαστικό και προσαρμόσιμο στις ανάγκες.

- Ευελιξία – ο χρηστής αντλίας μπορεί να την αφαιρέσει και να κάνει ινσουλίνη με σιτλό, ακόμη και για μεγάλο χρονικό διάστημα αν το θελήσει, και να την ξαναβάλει όταν το επιθυμεί.
- Τέλος, η χρήση της αντλίας απαιτεί εντατικότερη ενασχόληση με το διαβήτη.

Μειονεκτήματα της αντλίας

Μια αντλία μπορεί να σταματήσει να λειτουργεί σωστά για πολλούς λόγους (εξάντληση μπαταρίας, χαλάρωση του σωλήνα και διαρροή ή βλάβη στον καθετήρα) και δεν μπορεί κανείς πάντα να επαναπαύεται στη λειτουργία των συναγερμών που διαθέτει. Η διαβητική κετοξέωση –μια άκρως επικίνδυνη επιπλοκή του διαβήτη– παρουσιάζεται μόλις 4 ώρες μετά τη διακοπή λειτουργίας της αντλίας.

- Αίσθημα «ξένου σώματος» – δεν είναι για τον καθένα ευχάριστο να είναι συνδεδεμένος με την αντλία.
- Η συνεχής παρουσία της αντλίας σε κάθε δραστηριότητα μπορεί να γίνει δυσάρεστη ή και ενοχλητική (π.χ. ιδιαίτερες αθλητικές δραστηριότητες, σεξουαλική ζωή).
- Αυξημένο κόστος σε σχέση με τα σιτλό.
- Τέλος, η χρήση της αντλίας απαιτεί επένδυση χρόνου για την εκμάθηση της χρήσης της.

Για να καταφέρει κανείς να αξιοποιήσει τα πλεονεκτήματά της πρέπει να μάθει να τη χειρίζεται σωστά και να χρησιμοποιεί τις πολλές δυνατότητές της για να βελτιώσει τη γλυκαιμική ρύθμιση. Αλλά το κυριότερο είναι να έχει πρώτα ασχοληθεί με το διαβήτη.

Ένα σύντομο καλό παράδειγμα είναι η μέτρηση υδατανθράκων. Είναι γνωστό ότι η ινσουλίνη χρειάζεται στον οργανισμό μας κυρίως για να χρησιμοποιηθούν οι υδατάνθρακες. Αν μπορεί κανείς να υπολογίσει πόσους υδατάνθρακες θα καταναλώσει στο γεύμα του, τότε είναι δυνατόν να υπολογίσει και πόση ινσουλίνη θα χρειαστεί να χορηγήσει για αυτούς. Εάν ξέρει πώς απορροφώνται οι υδατάνθρακες από τις τροφές που έφαγε, μπορεί να τροποποιήσει και το χρόνο στον οποίο θα λάβει την ινσουλίνη. Οι γνώσεις αυτές είναι χρήσιμες και βοηθούν με όποιον τρόπο και να χορηγεί κανείς ινσουλίνη. Βέβαια, ο χρηστής αντλίας έχει περισσότερες δυνατότητες να τις εφαρμόσει.

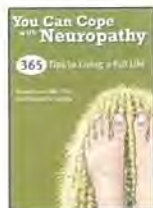
Οι προσδοκίες για ρύθμιση του σακχάρου από τη χρήση της αντλίας δεν πρέπει να είναι υπέρμετρες. Η αντλία είναι εξαιρετικά χρήσιμη μόνο αν μπορεί να εκμεταλλευτεί ο χρηστής τις δυνατότητές της και αυτό απαιτεί εκμάθηση και ενασχόληση με τη νόσο.

Τονίζεται, λοιπόν, η σημασία της εκπαίδευσης για το διαβήτη γενικότερα. Ίσως το μεγαλύτερο ευεργέτημα της αντλίας να είναι το να απολαμβάνουν άτομα με Σ.Δ. 1 περισσότερη και καλύτερη εκπαίδευση με μεγαλύτερο κίνητρο. ■

**ΤΑΞΙΔΕΥΟΝΤΑΣ ΣΤΗ ΧΩΡΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**

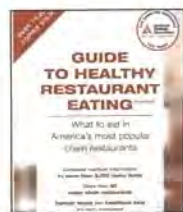
- Συγγραφέας: Δρ Ελίνα Γκίκα • Σελίδες: 216 • Έτος κυκλοφορίας: 2008
- Εκδόσεις: Άγκυρα • ISBN: 978-960-422-741-9

Η εμφάνιση του διαβήτη ισοδυναμεί πολλές φορές για τους γονείς με «γκρέμισμα» των ονείρων τους για το παιδί τους, κάτι που, δυστυχώς, αντανακλάται και στη συμπεριφορά τους προς το παιδί τους. Δεν πρέπει όμως να ξεχνάμε ότι η ψυχή στηρίζει το σώμα και στην περίπτωση του διαβήτη η κακή ψυχολογική κατάσταση του παιδιού μπορεί να το επιβαρύνει. Είναι γνωστό ότι ο διαβήτης θεωρείται σε μεγάλο βαθμό ψυχοσωματική νόσος, αφού οι στρες και η συναισθηματική φόρτιση επιδρούν αρνητικά στις τιμές σακχάρου στο αίμα. Η Ψυχολογία μπορεί να συμβάλει στην αποδοχή του διαβήτη από όλη την οικογένεια, καθώς και στην αποτελεσματικότερη διαχείρισή του από τους πάσχοντες. Με τον απλό και σαφή τρόπο απόδοσης του κειμένου, το βιβλίο θα αποτελέσει ένα χρήσιμο και επαγωγικό εγχειρίδιο για την καθημερινή φροντίδα της σύγχρονης μάλιστα του σακχαρώδους διαβήτη, ένα χρήσιμο εκπαιδευτικό «εργαλείο» στη διάθεση της οικογένειας, προς όφελος του παιδιού, του εφήβου, αλλά και του νεαρού ενήλικα με διαβήτη τύπου 1, για την επίτευξη καλύτερης ποιότητας ζωής. Στοχεύει να παράσχει εκπαίδευση και να αποτελέσει σημείο αναφοράς για τους πάσχοντες, ώστε να ανατρέχουν σε αυτό οποιαδήποτε στιγμή για να λύσουν κάθε απορία σχετικά με το διαβήτη τους. Είναι μια προσπάθεια που συμβάλλει με έναν ευχάριστο τρόπο, ελπίζω, στην επιστημονική προσέγγιση των προβλημάτων του διαβήτη και στην αντιμετώπισή τους, με σκοπό την εξοικείωση των πασχόντων με το διαβήτη μέσα από ένα αλληγορικό ταξίδι στη «χώρα» του...

**YOU CAN COPE WITH PERIPHERAL NEUROPATHY: 365 TIPS FOR LIVING A FULL LIFE**

- Συγγραφείς: Marguerite Cushing & Norman Latow
- Ημερομηνία κυκλοφορίας: 1/2/2009 • Εκδοτικός οίκος: Demos Health • Σελίδες: 192 (μαλακό εξώφυλλο)
- ISBN: 9781932603767

Η περιφερική νευροπάθεια είναι μια σοβαρή και ιδιαίτερα επίμονη για τον ασθενή οντότητα που σφειάζεται σε διάφορα αίτια, όπως είναι ο συστηματικός ερυθματώδης λύκος, η χημειοθεραπεία, ο αλκοολισμός, το AIDS και, φυσικά, ο διαβήτης, του οποίου αποτελεί μια αρκετά συχνή επιπλοκή. Υπολογίζεται ότι το ήμισυ των διαβητικών ασθενών πάσχει από περιφερική νευροπάθεια, τα συμπτώματά της οποίας περιλαμβάνουν άγχος, αιμωδίες, αίσθημα καύσου στα άκρα και διαταραχή της ισορροπίας. Παρόλο που πρόκειται για μια συχνή οντότητα, οι ασθενείς γνωρίζουν ελάχιστα γι' αυτήν. Αυτό ακριβώς το κενό επιχειρεί να καλύψει το βιβλίο, συγγραφείς του οποίου είναι ένας ειδικός στην περιφερική νευροπάθεια και μια ασθενής που πάσχει η ίδια από τη νόσο. Καλύπτονται διάφορα θέματα, όπως τι πρέπει κανείς να ρωτήσει το θεράποντα ιατρό του, πώς πρέπει να προσαρμόσει το χώρο του σπιτιού του, ώστε να διευκολυνθεί ο ίδιος, ποιος είναι ο ρόλος των βιταμινών και των βοτάνων στη νόσο, ενώ παρέχονται συμβουλές και οδηγίες για το πώς να ταξιδέψει κανείς με άνεση και ασφάλεια, πληροφορίες για ομάδες υποστήριξης και πολλά άλλα.

AMERICAN DIABETES GUIDE TO HEALTHY RESTAURANT EATING

- Συγγραφέας: Hope Warshaw
- Ημερομηνία κυκλοφορίας: 23/3/2009
- Εκδοτικός οίκος: American Diabetes Association
- Σελίδες: 750 (μαλακό εξώφυλλο)
- ISBN-13: 9781580403153
- Περισσότερες πληροφορίες: 4η έκδοση

Το βιβλίο που επιλέξαμε προς παρουσίαση είναι ένας εύχρηστος και φιλικός προς τον αναγνώστη οδηγός που περιέχει αναλυτικές πληροφορίες για τις τροφές που βρίσκει κανείς σε ένα εστιατόριο. Το φαγητό για τον άνθρωπο είναι –μεταξύ άλλων– και ένας τρόπος κοινωνικής συναναστροφής από την οποία θα ήταν λάθος να απέχει κανείς λόγω του ότι πάσχει από διαβήτη, καρδιακή ανεπάρκεια ή παχυσαρκία. Σε αυτές ακριβώς τις κατηγορίες ασθενών απευθύνεται το παρόν βιβλίο, στις σελίδες του οποίου μπορεί κανείς να ανακαλύψει διατροφικές και θερμιδικές λεπτομέρειες για πάνω από 5.000 διαφορετικά μενού που σερβίρονται σε 60 αλυσίδες εστιατορίων στις ΗΠΑ. Αναλύεται η ποιοτική σύσταση τροφών όλων των κατηγοριών, όπως τα ντόνατς, τα κουλούρια, το χοιρινό κρέας, τα burgers, η πίτσα, οι μακαρονάδες με διάφορες σάλτσες κ.ά., ενώ επιχειρείται επίσης να εκπαιδευτεί ο αναγνώστης σε έναν τρόπο «κατάστρωσης» στρατηγικής, ώστε να μπορεί σε κάθε περίπτωση να παραγγείλει με άνεση και ασφάλεια.

**ΣΥΜΒΙΩΝΟΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ**

- Συγγραφέας: Χ. Κανακά-Gantenbein
- Εικονογράφηση: Ιουστίνη Γιαννακοπούλου
- Έτος κυκλοφορίας: 2008
- Εκδόσεις: Pavlopoulou Group
- Σελίδες: 126
- ISBN: 978-690-89687-2-1

Η ανάγκη για τη συγγραφή και τη δημοσίευση αυτού του βιβλίου ήταν η διαπίστωση ότι κατά τις πρώτες εβδομάδες μετά τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη το διαβητικό παιδί και η οικογένειά του κατακλύζονται από πληθώρα πληροφοριών που πολλές φορές είναι δύσκολο να αφομοιωθούν μέσα στη θλίψη της διάγνωσης και τα πολλά ερωτηματικά. Έτσι γεννήθηκε η ιδέα να δοθεί στο παιδί και την οικογένειά του ένας απλός, κατανοητός οδηγός με χρήσιμες πληροφορίες για την καθημερινότητα με το σακχαρώδη διαβήτη, τη διατροφή, την ψυχολογική στήριξη, τις φυσιολογικές ορμές της εφηβείας. Η πολυετής ενασχόληση με το διαβητικό παιδί μάς διδάξε ότι είναι ουσιαστική η συνεχής εκπαίδευσή του, η θετική στάση ζωής και ένα μήνυμα αισιοδοξίας για το μέλλον που να τονίζει ότι ναι μεν ήρθε ο διαβήτης, αλλά κανένας δεν έφταξε γι' αυτό και, όπως στοχεύει να δείξει το εξώφυλλο και τα χρώματα του ουρανού τόξου που χρησιμοποιούνται σε όλο το βιβλίο, υπάρχει χρώμα και ποιότητα στη ζωή και με το διαβήτη, φτάνει να δουλεύουμε δημιουργικά για την άριστη ρύθμισή του.



MENARINI
diagnostics



Χωρίς Βαθμονόμηση



Δείγμα ΜΟΝΟ 0,3µL



Αυτόματος Έλεγχος
του Όγκου Δείγματος



Αποτέλεσμα σε 4''



GlucoMen Lx

Η ΧΡΥΣΗ ΕΠΟΧΗ

ΣΤΗΝ ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Η στεφανιαία νόσος στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη:

1^ο μέρος

μια εξαιρετικά σημαντική αλλά και αντιμετωπίσιμη επιπλοκή



δρ. Α. ΜΕΛΙΔΩΝΗΣ

παθολόγος-διαβητολόγος
διευθυντής Διαβητολογικού Κέντρου-
Κέντρου Παχυσαρκίας
και Μεταβολισμού «Τζάνειο» Γ.Ν.Π.



Α) Επιδημιολογικά και κλινικά δεδομένα

Η στεφανιαία νόσος (Σ.Ν.) είναι η πλέον ενδιαφέρουσα και σημαντική επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη, το κύριο αίτιο νοσηρότητας και θνησιμότητας, καθώς είναι υπεύθυνη για το 60%-70% των θανάτων των διαβητικών ασθενών και η πιο συχνή αιτία νοσηλείας των ατόμων με διαβήτη (νοσηλεία για ασταθή στηθάγχη, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανεπάρκεια κ.λπ.).

Αξιόπιστες πληθυσμιακές μελέτες (Framingham Study, Strong Heart Study) δείχνουν σχετικό κίνδυνο θανάτου από στεφανιαία νόσο διπλάσιο για τους διαβητικούς άντρες και πενταπλάσιο για τις διαβητικές γυναίκες. Οι διαβητικοί ασθενείς με έμφραγμα μυοκαρδίου παρουσιάζουν διπλάσιο κίνδυνο θνησιμότητας κατά τη νοσηλεία τους αλλά και μετά τη νοσηλεία.

Ενδιαφέρουσα φινλανδική μελέτη επταετούς διάρκειας παρακολούθησης τεκμηρίωσε επίσης ότι οι διαβητικοί χωρίς ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου παρουσιάζουν την ίδια επίπτωση

στεφανιαίων συμβαμάτων με τους μη διαβητικούς με ιστορικό εμφράγματος του μυοκαρδίου. Σε πρόσφατη επίσης πληθυσμιακή δανική μελέτη με παρακολούθηση 5 ετών 71.800 διαβητικών έναντι 80.000 μη διαβητικών με προηγούμενο έμφραγμα μυοκαρδίου επιβεβαιώθηκε ότι οι διαβητικοί παρουσίαζαν τον ίδιο καρδιαγγειακό κίνδυνο με τους μη διαβητικούς με γνωστό έμφραγμα μυοκαρδίου ανεξάρτητα φύλου, τύπου διαβήτη και ηλικιακής κατηγορίας.

Από εξαιτίας ήδη κατευθυντήριες οδηγίες μεγάλων οργανισμών θεωρούν το σακχαρώδη διαβήτη ισοδύναμη κατάσταση της στεφανιαίας νόσου από πλευράς αγγειακής επιβάρυνσης και βλάβης και όχι απλώς και μόνο παράγοντα κινδύνου για Σ.Ν.

Καλά τεκμηριωμένη, εξάλληλου, μελέτη (Framingham Heart Study) έδειξε ότι η παρουσία Σ.Δ. στην ηλικία των 50 ετών συνοδεύεται με έναν κίνδυνο ανάπτυξης καρδιαγγειακής νόσου για την υπόλοιπη ζωή της τάξης του 57 έως 67% (γυναίκες - άντρες) με αντίστοιχη μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά 8-10 έτη. Πρόσφατη επίσης σημαντικού μεγέθους επιδημιολογική μελέτη έδειξε ότι οι διαβητικοί παρουσιάζουν τον ίδιο κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου με αυτόν των μη διαβητικών που είναι μεγαλύτεροι κατά 15 χρόνια. Αξίζει ιδιαίτερης επίσης αναφοράς η συχνή παρουσία στα άτομα με διαβήτη της σιωπηλής ισχαιμίας. Μέχρι και 25% των διαβητικών μπορεί να έχουν στεφανιαία νόσο χωρίς συμπτώματα ή κλινική εικόνα.

Τα τελευταία χρόνια επίσης ιδιαίτερη σημασία δίνεται και στην προδιαβητική φάση που συνδέεται με αυξημένη επίπτωση των παραγόντων κινδύνου, με αυξημένη τη συχνότητα παρουσίας του μεταβολικού συνδρόμου και με διπλασιασμό του κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου.

Ο αυξημένος στεφανιαίος κίνδυνος των διαβητικών δεν μπορεί να εξηγηθεί μόνο από την αυξημένη συχνότητα εμφάνισης μερικών από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου (κυρίως υπέρτασης και δυσλιπιδαιμίας). Η μεγάλη μελέτη MRFIT έδειξε ότι οι διαβητικοί σε κάθε επίπεδο οποιουδήποτε από τους κλασικούς παράγοντες κινδύνου (αλλά και σε οποιοδήποτε συνδυασμό αυτών) παρουσιάζουν τριπλάσιο κίνδυνο στεφανιαίας νόσου. Έρευνα σε απόλυτα συγκρίσιμους, ως προς τους παράγοντες κινδύνου, πληθυσμούς διαβητικών και μη με Σ.Ν. έδειξε ότι οι διαβητικοί παρουσιάζουν σημαντικά σοβαρότερη στεφανιαία νόσο, δηλαδή νόσο τριών αγγείων. Το διαβητικό status φαίνεται έτσι ότι ευνοεί την ταχεία ανάπτυξη της αθηρωματικής διαδικασίας και του καρδιαγγειακού κινδύνου.



B) Διάγνωση στεφανιαίας νόσου στα άτομα με Σ.Δ.

Είναι αυτονόητο ότι συμπτώματα υποδηλώνουν πιθανή στεφανιαία νόσο (προκάρδιο άλγος, άτυπα οπισθοστερνικά ή επιγαστρικά άλγη με ζάλη και ιδρώτα κ.λπ.) θα πρέπει να οδηγήσουν το άτομο με διαβήτη στον καρδιολόγο για εκτίμηση και έλεγχο της κατάστασής του.

Το ενδιαφέρον ερώτημα είναι ποιον έλεγχο και πότε πρέπει να κάνουν τα ασυμπτωματικά για στεφανιαία νόσο άτομα με διαβήτη για να διερευνήσουν το ενδεχόμενο ύπαρξης στεφανιαίας νόσου. Στο πλαίσιο αυτού του ελέγχου θα διερευνηθεί έτσι και η πιθανότητα ύπαρξης σιωπηλής ισχαιμίας, της στεφανιαίας νόσου δηλαδή που δεν συνοδεύεται με συμπτώματα, εύρημα συχνό στα διαβητικά άτομα που παρουσιάζουν διαταραχές αυτόνομης νευροπάθειας λόγω του διαβήτη.

Οι τελευταίες οδηγίες (2007) από την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία απαντούν ως εξής στο ερώτημα που αναφέρθηκε:

Από εξαιτίας ήδη κατευθυντήριες οδηγίες μεγάλων οργανισμών θεωρούν το σακχαρώδη διαβήτη ισοδύναμη κατάσταση της στεφανιαίας νόσου από πλευράς αγγειακής επιβάρυνσης και βλάβης και όχι απλώς και μόνο παράγοντα κινδύνου για τη συγκεκριμένη πάθηση

- 1)** • Άτομα με διαβήτη που έχουν ιστορικό αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου περιφερικής αγγειοπάθειας των κάτω άκρων ή παρουσιάζουν σημαντικές στενώσεις στις καρωτιδικές ή νεφρικές αρτηρίες θα πρέπει να ελεγχθούν για στεφανιαία νόσο.
 - Άτομα με διαβήτη με παρουσία δύο τουλάχιστον επιπλέον παραγόντων κινδύνου (κάπνισμα, υπερχοληστερλαιμία, υπέρταση, κληρονομικό ιστορικό στεφανιαίας νόσου, κοιλιακή παχυσαρκία, έλλειψη άσκησης, μεγάλη ηλικία κ.λπ.) θα πρέπει επίσης να ελεγχθούν.
 - Άτομα με διαβήτη με μικρολευκωματινουρία ή χρόνια νεφρική ανεπάρκεια ή σημαντικού βαθμού διαβητική αμφ/θεια ή αυτόνομη νευροπάθεια θα πρέπει να ελεγχθούν.
 - Επίσης διαβητικοί με άτυπες ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές ή άτυπα συμπτώματα (π.χ. δύσπνοια) χρήζουν παραπέρα ελέγχου για στεφανιαία νόσο.
- 2)** • Οι κατηγορίες ατόμων με διαβήτη που οριοθετούνται στην προηγούμενη παράγραφο ελέγχονται ως εξής: Όλοι (όσοι ανήκουν στις κατηγορίες αυτές) πρέπει να υποβληθούν σε τεστ κόπωσης. Εάν το τεστ κόπωσης είναι παθολογικό, τότε ο καρδιολόγος θα προσδιορίσει την παραπέρα διαγνωστική και θεραπευτική πορεία. Εάν είναι φυσιολογικό, θα επαναληφθεί έπειτα από 3-5 χρόνια.

Τα άτομα με διαβήτη που παρουσιάζουν ηλεκτροκαρδιογραφικές διαταραχές πρέπει στην έναρξη της διερεύνησης για στεφανιαία νόσο να υποβληθούν σε απεικονιστικές εξετάσεις (έλεγχος ασβέσωσης στεφανιαίων με EBCD, στρες υπερηχογραφικός έλεγχος καρδιάς, σπινθηρογράφημα με θάλλιο κ.λπ). ■

Αντιμετώπιση στο σχολείο του παιδιού και εφήβου με σακχαρώδη διαβήτη

Με αφορμή τις διαμαρτυρίες από τον ημερήσιο Τύπο, αλλά και τα υπόλοιπα ΜΜΕ, ότι σχολεία, ιδιωτικά και δημόσια, ιδιαίτερα οι βρεφονηπιακοί σταθμοί, αρνούνται να εγγραφούν παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, θέλουμε να σας ενημερώσουμε από τις στήλες του περιοδικού πάνω στο θέμα.



ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΧΙΩΤΗΣ

παιδίατρος - ενδοκρινολόγος

εν υπάρχει διάταγμα του υπουργείου Παιδείας που να απαγορεύει την εγγραφή των παιδιών με διαβήτη σε οποιοδήποτε σχολείο της ελληνικής επικράτειας.

Κατά καιρούς υπάρχουν καταγγελίες γονέων για τέτοιου είδους περιπτώσεις, ευτυχώς μεμονωμένες. Φέτος στον εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη τέτοια φαινόμενα έλαβαν δημοσιότητα.

Η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και εγγραφώς αλλά και με διαπροσωπικές επαφές με στελέχη του υπουργείου Παιδείας έχει ενημερώσει τους αρμόδιους για αυτά τα φαινόμενα και προσπαθεί να τα πατάξει. Φαίνεται ότι υπάρχουν εκπαιδευτικοί που δεν θέλουν να αναλάβουν καμία

υπέμετρη ευθύνη ή μερικοί γονείς που, φορτισμένοι από το πρόβλημα του παιδιού τους, μεταθέτουν –χωρίς φυσικά να το αντιλαμβάνονται– τις ευθύνες στους εκπαιδευτικούς για το διάστημα της παραμονής του παιδιού στο σχολείο.

Καλό είναι για να αποφεύγονται τέτοιες δυσμενείς καταστάσεις. Κάθε γονέας, όταν πηγαίνει να γράψει το παιδί του στο σχολείο, να έχει μια ιατρική γνωμάτευση ή ενημερωτικό σημείωμα από το θεράποντα ιατρό του ή από το διαβητολογικό κέντρο όπου παρακολουθείται το παιδί.

Στο ενημερωτικό αυτό σημείωμα ο γιατρός μπορεί να αναγράφει ότι 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 ινσουλίνης με 2-4 ενέσεις την ημέρα ή με ειδική αντλία ινσουλίνης, την οποία φοράει το παιδί, καθώς και η αναγκαιότητα να τρώει στην ώρα του και σωστά.



Δεν χρειάζεται να δείξουμε υπερπροστασία στο παιδί με Σ.Δ. ή να έχουμε λιγότερες απαιτήσεις για τις επιδόσεις του – το αντίθετο μάλιστα. Επιδιώκεται απολύτως ίση μεταχείριση

Διατροφή

Η διατροφή του δεν είναι διαφορετική από εκείνη ενός συνομηλίκου του χωρίς σάκχαρο, εφόσον βέβαια ο συνομηλίκός του ακολουθεί μια σωστή, υγιεινή διατροφή. Δυστυχώς όμως, δεν γνωρίζουν όλοι τους κανόνες υγιεινής διατροφής ή, όταν τους γνωρίζουν, δεν τους εφαρμόζουν στους εαυτούς τους ή στα παιδιά τους. Έτσι βλέπουμε παιδιά στο νηπιαγωγείο ή και στο σχολείο να φέρνουν στο σχολείο τους σοκολάτες, γκοφρέτες ή γαριδάκια για το δεκατιανό τους γεύμα. Στις περιπτώσεις αυτές το παιδί με διαβήτη φαίνεται να διαφοροποιείται από τα άλλα. Ο νηπιαγωγός, ο δάσκαλος, ο καθηγητής θα βοηθήσουν πολύ στις περιπτώσεις αυτές εάν ζητήσουν και προσπαθήσουν να εφαρμοστούν στο σχολικό χώρο υγιεινές συνθήκες διατροφής, σωστές επιλογές τροφίμων στο κυλικείο και σχετική εκπαίδευση των γονέων. Με τον τρόπο αυτό δεν δημιουργεί μόνο άνετες συνθήκες για το παιδί με διαβήτη αλλά ωφελεί και τα υπόλοιπα παιδιά στην ανάπτυξη των σωστών συνηθειών διατροφής.

Ο κίνδυνος της υπογλυκαιμίας

Εάν το παιδί παρουσιάσει 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, γιαούρτι. Το παιδί και ο έφηβος με Σ.Δ. μπορεί να συμμετέχει σε όλες τις εκδηλώσεις του σχολείου και στις αθλοπαιδιές. Πρέπει όμως πριν από έντονη μυϊκή άσκηση να φάει κάτι. Εάν πρόκειται να πάνε εκδρομή, πρέπει να ενημερωθεί έγκαιρα, για να λάβει την ημέρα αυτή λιγότερη ινσουλίνη ή επιπλέον γεύμα.

Γενική αντιμετώπιση

Δεν χρειάζεται να δείξουμε υπερπροστασία στο παιδί με Σ.Δ. ή να έχουμε λιγότερες απαιτήσεις για τις επιδόσεις του – το αντίθετο μάλιστα. Επιδιώκεται απολύτως ίση μεταχείριση.



Συνιστάται όμως «μια διακριτική έγνοια», μια αδιόρατη παρακολούθηση, 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 παιδιού και του εφήβου στο πρόβλημά του.

Συνιστάται όπως για περισσότερες πληροφορίες να υπάρχει στη διεύθυνση του σχολείου το τηλέφωνο του θεράποντα ιατρού, που μπορεί να παρεμβαίνει σε κάθε χρονική στιγμή που θα του ζητηθεί. Με αυτό τον τρόπο διαμοιράζεται η ευθύνη των εκπαιδευτικών για κάθε παιδί με σακχαρώδη διαβήτη και επιτυγχάνεται η καλή συνεργασία σχολείου - γονέων - παιδιού - γιατρού.

Από τη στήλη αυτή θέλω να ευχαριστήσω την πλειονότητα των εκπαιδευτικών για τη συμπαράστασή τους σε κάθε παιδί με Σ.Δ. και την ευαισθησία τους που τους ώθει να έρχονται μέχρι τα ιατρεία μας για να ενημερωθούν σωστά για κάθε περίπτωση που αντιμετωπίζουν στο σχολείο τους. ■

Η συνεργασία στην οικογένεια για τη ρύθμιση του Διαβήτη

Η σωστή αντιμετώπιση του διαβήτη είναι θέμα συνεργασίας και των δύο γονέων και, φυσικά, του παιδιού με τους γονείς. Μα γιατί και των δύο γονέων; Γιατί όταν ο ένας γονέας φορτώνεται υπερβολικά από το πρόβλημα, δηλαδή όταν ένας είναι αυτός που θα κάνει την ένεση, θα κανονίσει τη διαίτα, θα πάει στο γιατρό, θα ελέγξει το αίμα του παιδιού επί χρόνια, τότε ο γονέας αυτός θα αρχίσει κάποια στιγμή να δυσλειτουργεί. Θα αρχίσει να επηρεάζεται δηλαδή η ψυχική ή η σωματική του υγεία και θα συμπεριφέρεται με ληθεμένο τρόπο προς το παιδί με διαβήτη ή τα αδέρφια του.



Ο γονέας που αναλαμβάνει το πρόβλημα του διαβήτη μπορεί να το κάνει επειδή:

1. Ο ίδιος έχει υπερβολικό άγχος και θέλει να έχει τα πάντα υπό τον έλεγχό του.
2. Δεν θεωρεί τον άλλο γονέα αρκετά υπεύθυνο.
3. Ο άλλος γονέας δεν προσφέρεται, είτε υπό το πρόσχημα ότι έχει πολλή δουλειά είτε γιατί, όπως ισχυρίζεται, συναισθηματικά δεν μπορεί να αντιμετωπίσει την κατάσταση. Φυσικά, ο γονέας αυτός μπορεί συναισθηματικά να επηρεάζεται από την ύπαρξη του διαβήτη, αλλά, επειδή δεν παύει να είναι ένας υπεύθυνος γονέας, θα πρέπει να ζητήσει ψυχολογική βοήθεια για να ξεπεράσει σε κάποιο βαθμό αυτή την ευαισθησία.

Η προσωπικότητα του παιδιού

Η προσωπικότητα του παιδιού παίζει ρόλο στη ρύθμιση του διαβήτη. Ένα παιδί που προσαρμόζεται εύκολα θα προσαρμοστεί πιο καλά και στις απαιτήσεις του διαβήτη. Ένα παιδί που προσαρμόζεται δύσκολα θα έχει μεγαλύτερες δυσκολίες. Πώς αντιμετωπίζει κανείς το πιο δύσκολο παιδί; Προσπαθώντας να σεβαστεί και να αντεχει σε κάποιο βαθμό τουλάχιστον τις ιδιαιτερότητές του. Με αυτό το παιδί θα έπρεπε κανείς να χρησιμοποιήσει χιούμορ πιο πολύ, όπως και τη συζήτηση. Το παιδί πρέπει όσο το δυνατόν νωρίτερα να μάθει να συνεργάζεται με τους γονείς ως προς το διαβήτη και, φυσικά, ως προς όλα τα θέματα της οικογένειας. Την ευθύνη για τις ενέσεις καλό είναι να την αναλαμβάνουν μετά τα 12 ή 13 χρόνια, αλλά μπορεί κάλλιστα να βοηθά τη μητέρα ή τον πατέρα του στην προετοιμασία και το ζύγισμα του φαγητού, στον έλεγχο σακχάρου στο αίμα ή στα ούρα. Θα πρέπει να δημιουργείται στην οικογένεια μια στάση μοιράσματος της ευθύνης μεταξύ γονέων και παιδιού για την αντιμετώπιση του διαβήτη.

Η όλη στάση δηλαδή της υπερπροστασίας της ανάληψης όλων των ευθυνών π.χ. από τη μητέρα δημιουργεί προβλήματα, δημιουργεί δυσαρμονία.

Γιατί το παιδί αρχίζει να νιώθει ότι το πρόβλημα δεν είναι δικό του, είναι της μητέρας και της κάνει χάρη εάν συνεργαστεί μαζί της ή προσπαθεί να την εκμεταλλευτεί αποσπώντας υποσχέσεις ή προνόμια για να συμφωνήσει ή να συνεργαστεί. □



ΜΑΓΔΑ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

παιδοψυχίατρος, αναπληρώτρια διευθύντρια ΕΣΥ, Πανεπιστημιακή Παιδοψυχιατρική Κλινική Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

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.**

Το παιδί με το διαβήτη δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως εξαίρεση μέσα στην οικογένεια. Δεν θα πρέπει να του γίνονται τα χατίρια, δεν πρέπει να είναι το πιο χαϊδεμένο. Και τούτο γιατί –εκτός από το θυμό που η στάση αυτή γεννάει στα αδέρφια του– ο χαρακτήρας γίνεται πιο απαιτητικός, ο εγωισμός του αυξάνεται και με τέτοια στοιχεία οι πιθανότητες για ευτυχία στη ζωή μειώνονται.

Μέσα στο ίδιο πνεύμα της αποφυγής της εξαίρεσης εντάσσεται η παρατήρηση ότι στο παιδί με διαβήτη ή σε οποιοδήποτε παιδί με κάποιο πρόβλημα δεν αρέσει να νιώθει ότι οι γονείς είναι ληθημένοι εξαιτίας του, δεν αρέσει να νιώθει ότι οι συγγενείς, οι φίλοι και τα παιδιά στο σχολείο το αντιμετωπίζουν με οίκτο. Γι' αυτό οι γονείς θα πρέπει να ξεπεράσουν τη λήθη του αρχικού τραύματος, δηλαδή της εμφάνισης του διαβήτη. Να το ξεπεράσουν σε σημαντικό βαθμό. Κανείς δεν είναι παντοδύναμος ή ασσάληνος ή χωρίς ευαισθησία για να είναι υπεράνω προβλημάτων. Αλλά η συνεχής αίσθηση ότι οι γονείς είναι ληθημένοι δημιουργεί θλίψη, θυμό, ανησυχία στο παιδί και κατόπιν κακή συνεργασία ως προς τη ρύθμιση του διαβήτη.

Στο ίδιο πλαίσιο, δηλαδή της αποφυγής δημιουργίας εξαιρέσεων, εντάσσεται και η παρατήρηση ότι η σχέση του παιδιού με διαβήτη και των γονέων του πρέπει να περιέχει και αλληλά κοινά ενδιαφέροντα, πέραν του ενδιαφέροντος για τη ρύθμιση του ιατρικού προβλήματος. Γιατί αν η σχέση περιορίζεται μόνο στα θέματα αυτά, τότε όλα τα συναισθήματά του θα διοχετεύονται μέσω αυτού του ενδιαφέροντος και μόνο, όποτε και η συνεργασία θα γίνεται δύσκολη.

Ο έφηβος με διαβήτη

Η εφηβεία είναι μια δύσκολη περίοδος για τη ζωή του παιδιού και της οικογένειας σε πολλές περιπτώσεις, όχι όμως πάντα, όχι απαραίτητα για όλες τις οικογένειες. Είναι γνωστό ότι αρκετές φορές απορρυθμίζεται ο διαβήτης στην εφηβεία εξαιτίας ορμονικών και ψυχολογικών λόγων ή συνδυασμού τους.

Κύριο ενδιαφέρον των εφήβων είναι η ανεξαρτητοποίηση από την οικογένειά τους. Αυτό το ενδιαφέρον όμως συνοδεύεται από αμφιβολίες, από φόβο ότι δεν μπορούν να καταφέρουν αυτή την ανεξαρτητοποίηση. Όπως όλοι οι έφηβοι, το ίδιο και ο



έφηβος με διαβήτη θέλει να γίνει και να νιώσει ανεξάρτητος. Σε αυτόν όμως υπάρχει ο επιπρόσθετος παράγοντας του διαβήτη, που επηρεάζει τη σκέψη. Και τη συμπεριφορά.

Στη σκέψη, πέραν της επιθυμίας για ανεξαρτησία, υπάρχουν και αμφιβολίες σχετικά με αυτή. «Θα τα καταφέρω με τη δίαιτα;», «Μήπως πάθω υπογλυκαιμία;» – αυτά είναι μερικά από τα ερωτήματα που γεννώνται. Η συμπεριφορά, λοιπόν, μπορεί να επηρεαστεί έτσι ώστε ο έφηβος, παρόλο που θέλει να απομακρυνθεί από την οικογένεια, δεν τολμάει και μένει εκεί κολλημένος. Ή μπορεί, για να ξεχάσει το φόβο του, να κάνει εντελώς αντίθετα πράγματα από εκείνα που πρέπει, δηλαδή να τρώει ακατάλληλες τροφές όταν βρίσκεται έξω με τους φίλους του. Τέλος, μπορεί να αντιδράσει με μια ενδιάμεση αντίδραση, κατά την οποία πού και πού κάνει παρατυπίες, αλλά, αν κοιτάξει κανείς ψύχραιμα τη συνολική εικόνα, βλέπει ότι οι γενικές αρχές της διαβητικής αγωγής ακολουθούνται.

Οι γονείς

Οι γονείς θέλουν να δουν τα παιδιά τους να ανεξαρτητοποιούνται, από την άλλη πλευρά όμως, ανησυχούν γι' αυτά και συχνά δεν θέλουν να χάσουν τον έλεγχο τον οποίο είχαν πάνω στα παιδιά επί τόσα χρόνια.

Ο γονέας του παιδιού με διαβήτη ανησυχεί επιπλέον για το εάν το παιδί θα τα καταφέρει να έχει υπευθυνότητα ως προς το πρόβλημά του, φοβάται (όπως φοβούνται μερικοί γονείς) ότι,

Το παιδί με το διαβήτη δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως εξαίρεση μέσα στην οικογένεια. Δεν θα πρέπει να του γίνονται τα χατίρια, δεν πρέπει να είναι το πιο χαϊδεμένο



Η σχέση του παιδιού με διαβήτη και των γονέων του πρέπει να περιέχει και αλλά κοινά ενδιαφέροντα, πέραν του ενδιαφέροντος για τη ρύθμιση του ιατρικού προβλήματος

εάν δεν είναι εκείνος μαζί του, το παιδί μπορεί να πάθει κάτι σοβαρό ή να πεθάνει.

Εξαιτίας αυτών των φόβων, προκαλείται σύγκρουση μεταξύ γονέα και παιδιού, το οποίο θέλοντας να υπογραμμίσει την ανεξαρτησία του, φτάνει σε ακρότητες, όπως π.χ. να μην κάνει την ένεση ινσουλίνης ή να τρώει χωρίς να προσέχει την καταλληλότητα των τροφών.

Η πείρα μάς δείχνει ότι είναι ο γονέας που πρέπει να υποχωρήσει και να ελέγξει το άγχος. Ο γονέας θα πρέπει να παραβλέψει μερικές φορές ότι όλοι οι κανόνες του παιχνιδιού δεν τηρούνται μέχρις οτού περάσει σιγά σιγά η κρίση. Θα πρέπει να προστεθεί εδώ ότι, όταν δημιουργείται ένα μεγάλο πρόβλημα σχετικά με την κακή ρύθμιση του διαβήτη, δεν είναι μόνο τα θέματα της κακής ρύθμισης που πρέπει να κοιτάξει κανείς αλλά και την όλη σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού.

Μπορεί η όλη σχέση να χαρακτηρίζεται από το θυμό του γονέα. Θυμό εκφραζόμενο άμεσα ή έμμεσα, γιατί η ιδιοσυγκρασία, ο χαρακτήρας του παιδιού δεν συμβαδίζει με αυτόν του γονέα και έτσι προκαλούνται συγκρούσεις.

Όταν μπορέσει ο γονέας να ξεπεράσει το θυμό και το φόβο του και να κατανοήσει την όλη σχέση με το παιδί, θα προσπαθήσει να διορθώσει κάποια λάθη και να κατανοήσει καλύτερα τις ανάγκες του.

Επιτυχία στη ρύθμιση

Η απάντηση στο ερώτημα που τέθηκε ως τίτλος του άρθρου αυτού είναι θετική. Ναι, μπορούν να συμβιώσουν αρμονικά με το διαβήτη το παιδί με διαβήτη και η οικογένειά του. Η αρμονική αυτή συμβίωση είναι αποτέλεσμα προσπάθειας και συνεργασίας όλων των μελών της οικογένειας. Σημαντικό είναι να τονιστεί ότι αυτή η προσπάθεια θα πρέπει να χαρακτηρίζεται από αισιοδοξία.

Ένα παιδί είναι απαραίτητο να μπορεί να αντιμετωπίζει το μέλλον του με αισιοδοξία. Εάν, λοιπόν, η στάση του γονέα είναι απαισιόδοξη, εάν δηλαδή συγκεντρώνεται στην απαισιόδοξη πλευρά του προβλήματος, π.χ. τα πιθανά άσχημα επακόλουθα της ασθένειας, τότε το παιδί ταυτίζεται με αυτή την απαισιόδοξια και η ρύθμιση του σακχάρου επηρεάζεται. Γιατί να κάνει κανείς την προσπάθεια να ρυθμίσει σωστά το σάκχαρό του όταν το μέλλον του διαγράφεται σκοτεινό; Πολλοί από εμάς είμαστε εκ φύσεως αισιόδοξοι ή απαισιόδοξοι.

Ωστόσο, και η απαισιόδοξια μπορεί να ελεγχθεί, να μεταβληθεί σε κάποιο βαθμό τουλάχιστον. Πώς; Με τη συζήτηση, την ενημέρωση, τη συγκέντρωση της προσοχής στα αισιόδοξα στοιχεία του θέματος, με την ψυχολογική εξέταση και ανάλυση. Η αισιοδοξία, λοιπόν, κατακτάται, είναι αποτέλεσμα της φιλοσοφίας μας και της αγάπης μας για τη ζωή και την αντιμετώπιση των προβλημάτων της.

Συμπερασματικά, οι ανάγκες του παιδιού με διαβήτη είναι οι ανάγκες ενός φυσιολογικού παιδιού που έχει βασικά ανάγκη να αγαπηθεί, να παίξει, να μάθει, να ανεξαρτητοποιηθεί. Ο γονέας που θέλει να έχει ένα φυσιολογικό παιδί θα πρέπει να σεβαστεί αυτές τις ανάγκες. ■

Υπομονή κι επιμονή στη μάχη του διαβήτη

Ο λόγος του, χείμαρρος. Οι αντιλήψεις του, ξεκάθαρες. Η συζήτηση για το διαβήτη ήταν μόνο η αφορμή για να εκφράσει τη γνώμη του για πολλά γεγονότα της καθημερινότητας. Μιας καθημερινότητας που, όσο ψύχραιμα και να τη βλέπει κανείς, κουράζει.

Ο Γιάννης Κεφαλογιάννης από το Ηράκλειο της Κρήτης είναι ένας νέος άνθρωπος που προσπαθεί να βάζει σε τάξη τη δική του καθημερινότητα, με όποιες δυσχέρειες αυτή επιφυλάσσει. Η «συνάντηση» με το διαβήτη στα 10 του χρόνια ήταν μια από αυτές.



ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ: ΚΑΤΙΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ

Μετά το αρχικό σοκ η αντίληψη ότι παιδιά με διαβήτη μπορούν να μεγαλώσουν φυσιολογικά κυριάρχησε στην περίπτωση του Γιάννη. «Διαγνώστηκα με διαβήτη στα 10 μου χρόνια, τον Αύγουστο του 1991. Στα μέσα του επόμενου μήνα θα πήγαινα στο γυμνάσιο... Οι δικοί μου και –ιδιαίτερα η γιαγιά μου– είχαν παρατηρήσει πως έπινα συνεχώς νερό, είχα πολυουρία και έχανα βάρος. Ειδικά τις τελευταίες μέρες, λίγο προτού εισαχθώ στο νοσοκομείο δηλαδή, θυμάμαι πως ξυπνούσα τα βράδια και πήγαινα 6-7 φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας στην τουαλέτα. Κάποιο πρωί έκανα ένα τεστ με την ειδική ταινία μέτρησης στα ούρα. Οι ενδείξεις ήταν στο μέγιστο σημείο σε σάκχαρο και κετόνες». «Μετά τα πράγματα εξελίχθηκαν πολύ γρήγορα», λέει. «Μεταφέρθηκα στο νοσοκομείο, διαγνώστηκε ο διαβήτης και έπειτα από δυο-τρεις μέρες ξεκίνησα να λαμβάνω ινσουλίνη. Θυμάμαι χαρακτηριστικά την τιμή που είχα στις πρώτες εξετάσεις: 545».

Τα συναισθήματα των δικών του ανθρώπων ήταν έντονα, μια και υπήρξαν ερωτήματα από μέρους τους για το τι ή ποιος έφταιξε. «Πολύ γρήγορα κατάλαβαν πως τα παιδιά με διαβήτη μπορούν να ζήσουν μια φυσιολογική ζωή. Ίσως κι εγώ με τη στάση μου τους βοήθησα. Κατάλαβα από νωρίς τι έπρεπε να κάνω, ώστε να είμαι και ο ίδιος καλά και οι δικοί μου να μην ανησυχούν τόσο πολύ».

Η πρώτη αλλαγή που επέφερε ο διαβήτης στην καθημερινότητα αυτής της οικογένειας ήταν, φυσικά, οι ενέσεις ινσουλίνης. «Δύο την ημέρα στην αρχή. Πρωί και βράδυ. Επίσης, έπρεπε και η διατροφή μου να είναι προσεγμένη. Να μετράω το σάκχαρό μου και στα ούρα και στο αίμα. Ευτυχώς, η μητέρα μου –με πολλές θυσίες– είχε κατορθώσει να μου πάρει μετρητή σακχάρου για το αίμα».

Στα παιδιά το δύσκολο δεν είναι να τα κάνεις να προσέξουν τον εαυτό τους. Το ζήτημα είναι να τους εξηγήσεις τη σημασία που έχει η αντιμετώπιση του διαβήτη. «Κι εγώ σαν παιδί έκανα πολλές ατασθαλίες με φαγητά, γλυκά και παγωτά. Ποτέ όμως δεν ξέχασα να κάνω ινσουλίνη. Αμέσως μόλις αντιλαμβανόμου την υπογλυκαιμία, τη διόρθωνα όπως μπορούσα και έκανα μέτρηση σακχάρου. Αυτό θα πρέπει να καταλάβουν τα νέα παιδιά με διαβήτη: ποτέ δεν ξεχνάμε τις ενέσεις μας. Είναι το “καύσιμό” μας για ό,τι κάνουμε στη ζωή μας».

Η δύσκολη περίοδος της εφηβείας σημάδεψε κατά κάποιον τρόπο τον Γιάννη. «Η αντίδραση προς τους δικούς μου ανθρώπους ήταν πολύ μεγάλη. Είχαμε διαρκώς καβγάδες και φασαρίες. Δεν μπορούσα να δεχτώ φράσεις, όπως «Δεν μπορείς, γιατί έχεις διαβήτη». Προσπαθούσα να τα βλέπω όλα σαν πρόκληση και πρόσκληση για ζωή. Για τη ζωή που ανοιγόταν στα μάτια ενός δεκαπεντάχρονου και που έπρεπε να την αρπάξει απ’ τα μαλλιά. Με την κουζουλιάδα της ηλικίας που δεν έβρισκε εμπόδιο πουθενά».

Παρά την «ομολογία» του για ατασθαλίες και απροσεξίες, ο Γιάννης υποστηρίζει ότι –παρ’ όλα αυτά– πάντα είχε αίσθηση του μέτρου. «Μέτρο όχι ως προς τις δυνατότητες μου όσο για το αν αυτό που θα έκανα θα ήταν σωστό, με βάση τις αρχές σύμφωνα με τις οποίες είχα μεγαλώσει και πάντα αναλογιζόμενος το διαβήτη μου».

«Δεν υπάρχει κάτι που δεν μπορούν να κάνουν τα παιδιά με διαβήτη σήμερα», λέει με ζέση. «Το αίμα βράζει. Ωστόσο, πρέπει να ζυγίζουμε τα πράγματα». Αργότερα, καθώς τα

«Ο διαβήτης δεν θα με σταματήσει απ’ το να προσπαθώ να πετύχω τους στόχους που θέτω»

ΣΥΣΤΗΝΕΤΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ;

ΚΑΝΤΕ ΤΟΝ
ΙΔΑΝΙΚΟ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ!

Becel
ΑΓΑΠΑ
ΤΗΝ
ΚΑΡΔΙΑ
ΣΟΥ

Τα προϊόντα Becel pro.activ είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος να μειωθεί η χοληστερόλη, ακόμα και σε όσους παίρνουν στατίνες. Σύμφωνα με αποτελέσματα κλινικών μελετών, τα εμπλουτισμένα με φυτικές στερόλες προϊόντα έχουν ένα επιπρόσθετο αποτέλεσμα στη μείωση της χοληστερόλης* που επιτυγχάνεται με τις στατίνες, στο πλαίσιο πάντα ενός ισορροπημένου διαιτολογίου και ενός υγιεινού τρόπου ζωής. Για περισσότερες πληροφορίες επισκεφτείτε το www.becelproactiv.gr

*Simons LA. Additive effect of plant sterol-ester margarine and cerivastatin in lowering low density lipoprotein cholesterol in primary hypercholesterolemia. Am J Cardiol. 2002, 90(7): 737-740.





Από αριστερά: ο Γιάννης Κεφαλογιάννης με τον αδερφό του Μιχάλη

χρόνια περνούσαν, ήρθε η «δοκιμασία» των εισαγωγικών εξετάσεων για τα Ανώτατα Εκπαιδευτικά Ιδρύματα. «Πέρασα κι εγώ αυτό το άγχος. Άγχος και στρες, φροντιστήρια και ξενύχτι. Κάπου εκεί ο διαβήτης μου απορρυθμίστηκε – ειδικά στις παραμονές εξετάσεων. Αν δεν παιδευτούμε όμως και λίγο για κάτι που θέλουμε, δεν μπορούμε να προχωρήσουμε. Πρέπει να θέτουμε στόχους».

Ο Γιάννης πέρασε στο Πανεπιστήμιο του Ρεθύμνου και σπούδασε Οικονομικά. «Αν και το Ρέθυμνο είναι κοντά στο Ηράκλειο, ήταν η πρώτη φορά που έφευγα από το σπίτι. Ήταν η πρώτη φορά που θα έμενα μόνος. Και, φυσικά, οι γονείς μου ήταν φοβισμένοι. Δεν ξενώω την αγωνία της μητέρας μου για τις υπογλυκαιμίες, ούτε της γιαγιάς μου για την ώρα των πρωινών ενέσεων».

Ως φοιτητής, υπήρξε επιπόλαιος –όπως ο ίδιος λέει– σε ό,τι έχει να κάνει με το διαβήτη. «Λίγο το πρόχειρο φαγητό, λίγο τα γνωστά “φοιτητικά” ξενύχτια, με αποσυντόνισαν. Ωστόσο, με πολλή άσκηση και προσοχή κατάφερα να είμαι καλά».

Τελειώνοντας τις σπουδές, ο Γιάννης βρέθηκε, όπως και οι περισσότεροι νέοι, να ψάχνει για δουλειά. «Αυτή η στρεσογόνος κατάσταση για την επαγγελματική αποκατάσταση είχε

συνέπειες και στο διαβήτη. Για να είμαι ειλικρινής όμως, παρόλο που το επαγγελματικό μου περιβάλλον είναι απαιτητικό, ποτέ μου δεν πίστεψα –ούτε τότε ούτε και σήμερα– πως ένα άτομο με διαβήτη δεν μπορεί να αντεπεξέλθει στις σύγχρονες απαιτήσεις. Το λέω και το πιστεύω με πάθος: αν προσέχουμε το διαβήτη μας, μπορούμε να αντεπεξέλθουμε».

Η σημερινή κοινωνία μάς ωθεί όλους να κινηθούμε σε πιο γρήγορους ρυθμούς. «Υπάρχει ακρίβεια και τα δημόσια αγαθά ιδιωτικοποιούνται. Υπάρχει πίεση και χρέη. Μέσα σε όλα αυτά ο διαβητικός βιώνει στο πολυπληθές το εργασιακό περιβάλλον ανασφάλειας, με την ελαστικοποίηση των εργασιακών σχέσεων και τους πολύ χαμηλούς μισθούς».

Η οικογένεια, ειδικά στα πρώτα χρόνια της «εξοικείωσης» με το διαβήτη, παίζει πρωταγωνιστικό ρόλο. «Δεν πρέπει να μένει κρυφός ο διαβήτης από τον περίγυρο της οικογένειας. Το παιδί δεν πρέπει να αισθάνεται ότι υστερεί σε κάτι ή ότι έχει ανάγκη να κρύψει κάτι. Γιατί, πολύ απλά, δεν έχει κάτι “κακό”, δεν έχει κάτι που το ίδιο επέλεξε, δεν είναι κάτι που τελικά πρέπει να κρυφτεί».

Όταν η συζήτηση στρέφεται γύρω από την αντιμετώπιση των φίλων και της παρέας, ο Γιάννης είναι αφοηλιστικός:

«Κανονικά δεν θα έπρεπε να συζητάμε για την αντιμετώπιση των φίλων μας. Αν δεν καταλαβαίνουν, τότε γιατί να είναι φίλοι μας; Από παιδί ακόμα, στο γυμνάσιο, το έλεγα στις παρέες μου».

«Καμιά φίλιά μου δεν χάλασε εξαιτίας του διαβήτη. Με όποιον δεν τα πήγαινα καλά, σίγουρα ο διαβήτης δεν ήταν ο λόγος. Και τελικά αν κάποιος φίλος χανόταν εξαιτίας του διαβήτη, δεν άξιζε να είναι φίλος μου. Την ίδια κατανόηση βρήκα μεγαλώνοντας – στις παρέες μου, στο χώρο εργασίας μου, στους συναδέλφους μου». «Όπως και στις σχέσεις με το άλλο φύλο», θα πει ο Γιάννης. «Ποτέ δεν αισθάνθηκα μειονεκτικά εξαιτίας του διαβήτη. Αυτό έχει να κάνει και με το γεγονός ότι πρόσεχα τον εαυτό μου και δεν έδινα σε καμιά κοπέλα την εντύπωση πως θα της μεταβίβαζα άγχος και βάρος. Έδειχνα υπευθυνότητα».

Ωστόσο, η καλή ψυχολογία απέναντι στο διαβήτη από μόνη της δεν φτάνει για να λύσει τα όποια προβλήματα. «Τα αναλώσιμα για το διαβήτη κοστίζουν. Υπάρχουν, επίσης, δυσχέρειες στελέχωσης ιατρικών με ειδικούς διαιτολόγους, παιδοψυχολόγους και νοσηλευτές με ειδικευση στο διαβήτη. Η γραφειοκρατία και η καθυστέρηση έγκρισης των αντιλίων από τα ασφαλιστικά Ταμεία, επιπροσθέτως, μας δυσκολεύουν τη ζωή». Χρειάζεται εκπαίδευση. «Να γίνονται σεμινάρια και ομάδες εργασίας για την ενημέρωση γονέων και παιδιών. Για την εκπαίδευση των ίδιων των ατόμων με διαβήτη. Έχει γίνει

ιδρύματα του νησιού μας». Στόχος του συλλόγου είναι η ενημέρωση μικρών και μεγάλων. «Να τους φέρουμε κοντά, να γνωριστούμε, να παλέψουμε και να διεκδικήσουμε. Να είμαστε στις σύγχρονες εξελίξεις μαζί, να ενημερώνουμε και να εκπαιδεύουμε τα μέλη μας, να βοηθούμε στη λειτουργία τα διαβητολογικά ιατρεία και να συμμετέχουμε ενεργά στην ΕΛΟΔΙ, της οποίας είμαστε μέλος».

Το μέλλον για άτομα με διαβήτη το βλέπει με μεγάλη αισιοδοξία. «Όλες οι σύγχρονες εξελίξεις βοηθούν να έχουμε καλύτερη ποιότητα ζωής. Μέχρι να βρεθεί κάτι ριζικό, μια οριστική θεραπεία, νομίζω πως γίνονται σοβαρές προσπάθειες για την καλύτερευση της ζωής μας. Θα ήμουν αχάριστος απέναντι στις προηγούμενες γενιές αν δεν έβλεπα έτσι τα πράγματα. Άλλωστε, ο διαβήτης γίνεται τρόπος ζωής. Το θέμα όμως είναι όλη αυτή η τεχνολογική εξέλιξη να μη φτάσει στο σημείο να υποκαταστήσει ή να παραμερίσει τις προσπάθειες για βιολογική λύση. Αυτή θα είναι και η πραγματική θεραπεία μας».

Δηλαδή, ο διαβήτης θα πάψει να υπάρχει; «Το 2025 περίπου 300.000.000 άνθρωποι υπολογίζεται πως θα έχουν διαβήτη, με το 10% να είναι τύπου 1. Με τη βοήθεια της τεχνολογίας, αναρωτιέμαι, θα πάψει να εκδηλώνεται η ασθένεια; Για μένα η μόνη λύση είναι η βιολογική θεραπεία. Κάτι που, πολύ απλά, θα μας κάνει καλά. Η τεχνολογία είναι για να βοηθά τον άνθρωπο. Να δίνει “λύσεις” μέχρι να έρθει

«Καμιά φίλιά μου δεν χάλασε εξαιτίας του διαβήτη. Με όποιον δεν τα πήγαινα καλά, σίγουρα ο διαβήτης δεν ήταν ο λόγος. Και τελικά αν κάποιος φίλος χανόταν εξαιτίας του διαβήτη, δεν άξιζε να είναι φίλος μου. Την ίδια κατανόηση βρήκα μεγαλώνοντας – στις παρέες μου, στο χώρο εργασίας μου, στους συναδέλφους μου, στις σχέσεις με το άλλο φύλο.»

ποτέ, οργανωμένα και θεσμικά, ενημέρωση στα σχολεία για το νεανικό διαβήτη; Για το πώς αντιμετωπίζεται ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο; Όχι. Και εμείς, μέσα από τους συλλόγους, ειδικά όσοι δεν ζούμε στην Αθήνα ή τη Θεσσαλονίκη, τι κάνουμε για αυτό; Είναι πολλά τα ζητήματα».

Στην Κρήτη το 2003 άρχισε τη λειτουργία του ο Παγκρήτιος Σύλλογος για το Νεανικό Διαβήτη. «Μια πρωτοβουλία της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του Παιδοδιαβητολογικού Ιατρείου του ΠΑΓΝΗ που σήμερα πηλασιώνεται και από το Διαβητολογικό Ιατρείο του “Βενιζέλειου” Νοσοκομείου Ηρακλείου. Ελπίζω πως με τον καιρό θα “αγκαλιαστεί” από όλα τα νοσηλευτικά

η λύση. Άλλωστε, δικαίωμά μου είναι να ονειρεύομαι. Να ονειρεύομαι πως μια μέρα κάποιος επιστήμονας από κάποια γωνιά της γης θα βρει τη θεραπεία. Όπως έγινε και το 1922 με την ανακάλυψη της ινσουλίνης».

Και η ζωή με το διαβήτη μέχρι εκείνη τη μέρα; «Τη βλέπω με αισιοδοξία. Γνωρίζω πως χρειάζεται προσοχή. Ωστόσο, δεν νομίζω ότι θα σταματήσω να κάνω πράγματα και να προσπαθώ να πετύχω τους στόχους που βάζω. Θέλω να με αξιώσει ο Θεός να κάνω όλα αυτά που ονειρεύομαι και γι’ αυτό πρέπει να έχουμε την υγεία πάνω απ’ όλα. Υπομονή και επιμονή – σε όλα και για όλα.»

Διαβητική νευροπάθεια του αυτόνομου νευρικού συστήματος

Οι αλλαγές που έχουν πραγματοποιηθεί στη θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τα τελευταία χρόνια –τόσο από πλευράς φαρμακοθεραπείας όσο και από πλευράς τεχνολογικής εξέλιξης– είναι εντυπωσιακές.



ΤΡΙΑΝΤΑΦΥΛΛΟΣ Π. ΔΙΔΑΓΓΕΛΟΣ

Λέκτορας Παθολογίας-Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής, ΑΠΘ,
πρόεδρος Διαβητολογικής Εταιρείας Βορείου Ελλάδος

Μια από τις ειδικές επιπλοκές του Σ.Δ., αυτή της νευροπάθειας του αυτόνομου νευρικού συστήματος, φαίνεται ότι ωφελήθηκε τα μέγιστα από αυτή την τεχνολογική εξέλιξη. Σχεδόν άγνωστη ακόμη και στον ιατρικό κόσμο μέχρι προ 20ετίας αποτελεί σήμερα την πρώτη επιπλοκή που μπορεί να παρατηρηθεί στη χρονική διάρκεια του διαβήτη. Η τεχνολογική εξέλιξη συνέβαλε σε μεγάλο βαθμό στην πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση και στην αντιμετώπισή της.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα είναι το τμήμα εκείνο του νευρικού συστήματος που ευθύνεται για ζωτικές λειτουργίες του ανθρώπινου σώματος, όπως της καρδιάς, των πνευμόνων, του γαστρεντερικού σωλήνα και άλλων οργάνων που γίνονται αυτόματα χωρίς το άτομο με τη βούλησή του να μπορεί να τις ελέγξει και να τις ρυθμίσει.

Το αυτόνομο νευρικό σύστημα (**ΑΝΣ**) παρέχει νευρικές ίνες σε όλα τα όργανα του ανθρώπινου σώματος και γι' αυτό οι συνέπειες της δυσλειτουργίας του μπορούν να οδηγήσουν σε δύσκολες στην αντιμετώπισή τους καταστάσεις ή να προκαλέσουν σοβαρές αναπηρίες ή να επιφέρουν ακόμη και το θάνατο του ατόμου. Η εμφάνιση της διαβητικής νευροπάθειας του ΑΝΣ (**ΔΝΑΝΣ**) είναι συνάρτηση του επιπέδου μεταβολικού ελέγχου του διαβήτη που έχει επιτευχθεί καθ' όλη τη διάρκεια του διαβήτη, καθώς επίσης και της χρονικής διάρκειάς του. Αρχικά εμφανίζεται με ήπιες ασυμπτωματικές εκδηλώσεις που μπορούν να ανιχνευτούν με ειδικές δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του ΑΝΣ και μπορεί να εξελιχθεί προοδευτικά σε βαριές μορφές αν δεν αντιμετωπιστεί.

Είναι δυσάρεστο να συζητάμε για τις επιπλοκές του διαβήτη και σίγουρα η πρόληψή τους αποτελεί τον κύριο στόχο της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Η επίτευξη ευγλυκαιμίας καθ' όλη τη διάρκεια του διαβήτη αποτελεί τον καλύτερο τρόπο πρόληψης εμφάνισης των επιπλοκών γενικότερα και της νευροπάθειας του ΑΝΣ ειδικότερα. Ωστόσο, η καλή ρύθμιση του διαβήτη δεν είναι εφικτή για όλα τα άτομα με διαβήτη ή δεν μπορεί να διατηρηθεί καθ' όλη τη χρονική διάρκεια, δεδο-

μένου ότι πολλές φορές τα άτομα πρέπει να συμβιώσουν με το διαβήτη για 30 ή 40 ή και περισσότερα χρόνια. Η κατά το δυνατόν πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας του ΑΝΣ μπορεί να βοηθήσει όχι μόνο στη θεραπευτική αντιμετώπιση της νευροπάθειας αλλά και του διαβήτη, όπως θα αναφέρουμε στη συνέχεια.

Διάγνωση διαβητικής νευροπάθειας ΑΝΣ

Η διάγνωση της διαβητικής νευροπάθειας ΑΝΣ τίθεται με τις καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες κυρίως που φαίνονται στον Πίνακα 1. Με τις δοκιμασίες αυτές μπορεί να ανιχνευτεί η διαβητική νευροπάθεια ΑΝΣ ακόμη και σε πολύ πρώιμα στάδια. Επίσης, υπάρχουν ειδικές δοκιμασίες και για άλλα συστήματα ή όργανα που μπορεί να προσβληθούν από τη νευροπάθεια, αλλά η αναφορά τους στο παρόν άρθρο δεν είναι δυνατή.

Πίνακας 1

Καρδιαγγειακές ανακλαστικές δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του αυτόνομου νευρικού συστήματος

1. Δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας κατά τη διάρκεια βαθιάς αναπνοής. Ανάλυση με:

- Δείκτη εκπνοής/εισπνοής (Expiration/Inspiration index)
- Μέσο ανυσματικό δείκτη των κυκλικών μεταβολών των R-R διαστημάτων (Mean Circular Resultant, MCR, ανυσματική ανάλυση)
- Σταθερή απόκλιση (Standard Deviation)
- Μέγιστη μείον ελάχιστη καρδιακή συχνότητα εκπνοής/εισπνοής (Expiration/Inspiration difference)

2. Δοκιμασία Valsalva (Valsalva index)

3. Δοκιμασία μεταβλητότητας της καρδιακής συχνότητας από την ύπτια στην όρθια θέση (30 : 15 index)

4. Ορθοστατική υπόταση

Κλινικές εκδηλώσεις διαβητικής νευροπάθειας ANΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της διαβητικής νευροπάθειας του ANΣ φαίνονται για το καρδιαγγειακό σύστημα στον Πίνακα 2 και για τα υπόλοιπα συστήματα στον Πίνακα 3.

Πίνακας 2

Καρδιαγγειακό σύστημα και ΔNANΣ: κλινικές εκδηλώσεις
• Ταχυκαρδία ηρεμίας
• Μειωμένη μεταβλητότητα καρδιακής συχνότητας
• Διαβητική μυοκαρδιοπάθεια (διαστολική ή/και συστολική δυσλειτουργία αριστεράς κοιλίας)
• Μειωμένη αντοχή στην άσκηση
• Σιωπηλή ισχαιμία μυοκαρδίου/σιωπηλό έμφραγμα μυοκαρδίου
• Αυξημένος κίνδυνος αιφνίδιου θανάτου λόγω εμφάνισης κακοήθων κοιλιακών αρρυθμιών
• Ορθοστατική υπόταση
• Διαταραχή στην ημερονύκτια διακύμανση της καρδιακής συχνότητας και της αρτηριακής πίεσης

Πίνακας 3

ΔNANΣ: κλινικές εκδηλώσεις
• Διαταραχές εφίδρωσης (γυευστική εφίδρωση, ανιδρωσία κάτω άκρων)
• Μειωμένη προσαρμοστικότητα της κόρης του ματιού στις απότομες μεταβολές του φωτός
• Αναπνευστικό σύστημα (αναπνευστικές παύσεις, καταστολή ανακλαστικού βήχα)
• Γαστρεντερικό σύστημα (δυσκοιλιότητα, διάρροιες, γαστροπάρεση)
• Ουροποιογεννητικό (άτονη ουροδόχος κύστη, στυτική δυσλειτουργία)
• Ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία




Κλινική σημασία ΔNANΣ

Όπως προκύπτει από τις προαναφερθείσες εκδηλώσεις της ΔNANΣ, η κλινική της σημασία είναι πολύ μεγάλη. Κατ' αρχάς, θα πρέπει να γνωρίζουμε την ύπαρξή της ή όχι προτού συστήσουμε πρόγραμμα άσκησης στα άτομα με Σ.Δ., επειδή η ΔNANΣ μειώνει με πολλούς τρόπους την αντοχή στην άσκηση. Επίσης, είναι αναγκαίο να γνωρίζουμε την ύπαρξή της προεγχειρητικά, έτσι ώστε να ληφθούν τα κατάλληλα θεραπευτικά μέσα κατά τη διάρκεια της επέμβασης. Ακόμη, η ύπαρξη της ΔNANΣ έχει συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών επεισοδίων αθλή και κινδύνου θανάτου. Επιπρόσθετα, σε άτομα με ΔNANΣ, λόγω των προβλημάτων από τα μάτια, χρειάζεται προσοχή κατά την οδήγηση τις βραδινές ώρες του 24ώρου. Λόγω των προβλημάτων με την εφίδρωση, τα άτομα αυτά δεν πρέπει να εκτίθενται σε υψηλές θερμοκρασίες. Ακόμη, τόσο τα άτομα αυτά όσο και το περιβάλλον τους πρέπει να εκπαιδευτούν κατάλληλα για την αντιμετώπιση τυχόν ύπαρξης της ανεπίγνωστης υπογλυκαιμίας (υπογλυκαιμία χωρίς τα προειδοποιητικά νευρογενή συμπτώματα). Συνεπώς, η ανίχνευση της ΔNANΣ είναι απαραίτητη και αναγκαία σε όλα τα άτομα με Σ.Δ. Οι τέσσερις δοκιμασίες ελέγχου της λειτουργίας του ANΣ του καρδιαγγειακού οι οποίες προαναφέρθηκαν μπορούν να πραγματοποιηθούν εύκολα και γρήγορα από κάθε γιατρό με τη χρήση ΗΚΓράφου και πιεσόμετρου. Είναι αναγκαίο να χρησιμοποιούνται στην καθ' ημέρα κλινική πράξη για τη σωστότερη και αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των ασθενών με Σ.Δ.

Τέλος, κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης είναι η επίτευξη άριστου μεταβολικού ελέγχου που θα έχει ως αποτέλεσμα την πρόληψη της εμφάνισης της ΔNANΣ και τη βελτίωση ή την καθυστέρηση της εξέλιξής της ανάλογα με το στάδιο στο οποίο βρίσκεται. Η πρώιμη και έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση έχουν και τα καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα. Ως βοηθητικά θεραπευτικά μέσα έχουν προταθεί διάφορες φαρμακευτικές ουσίες. ▣

Σακχαρώδης διαβήτης - Καρδιαγγειακά νοσήματα

Ποια είναι η κατάλληλη διατροφή;

 **ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ Δ. ΚΟΚΚΑΛΗ**

κλινική διαιτολόγος-διατροφολόγος B.Sc (Hons),
μέλος του Πανελληνίου Συλλόγου Διαιτολόγων-Διατροφολόγων
και του British Dietetic Association

Με την ευγενική χορηγία του Τμήματος Διατροφής
«ΕΛΛΙΣ UNILEVER HELLAS ΑΕ»

Η καρδιά, το πολυτιμότερο όργανο του σώματός μας, μπορεί πραγματικά να προστατευτεί όταν γνωρίζουμε πλέον τους φίλους και τους εχθρούς της. Ιδιαίτερα τα άτομα που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη είναι τεκμηριωμένο επιστημονικά ότι έχουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης καρδιοπάθειας. Δυστυχώς, είναι άτομα υψηλού κινδύνου που εμφανίζουν αυξημένες τιμές χοληστερόλης και υπέρταση. Το μεγάλο όπλο, λοιπόν, είναι η κατάλληλη διατροφή. Οι

διατροφολογικές συστάσεις, εκτός από τη ρύθμιση του σακχάρου, θα πρέπει να περιλαμβάνουν και τρόπους προστασίας της καρδιακής λειτουργίας.

Περίπου το 65% των θανάτων που συμβαίνουν σε διαβητικούς ανθρώπους προκαλείται από καρδιοπάθειες και εγκεφαλικά επεισόδια. Στους ενήλικες με διαβήτη οι θάνατοι λόγω παθήσεων της καρδιάς είναι 2 έως 4 φορές περισσότεροι απ' ό,τι σε ενήλικες χωρίς διαβήτη. Σήμερα πάσχουν από διαβήτη 230 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως. Εκείνο που ανησυχεί περισσότερο είναι ότι ο αριθμός αυτός παρουσιάζει συνεχή, σημαντική αύξηση, ιδιαίτερα σε παιδιά και νέους.

Στο πλαίσιο της επιδιωκόμενης φροντίδας και όπως όλα τα επιστημονικά στοιχεία συνηγορούν, η ισορροπημένη διατροφή αποτελεί τον ακρογωνισμό λίθο πρόληψης αλλιά και αντιμετώπισης του διαβήτη. Σε επίπεδο πρόληψης, η ισορροπημένη διατροφή συμβάλλει, μαζί με την αύξηση της φυσικής δραστηριότητας, στην αποφυγή της παχυσαρκίας, η οποία αποτελεί βασικό παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση διαβήτη τύπου 2. Σε επίπεδο αντιμετώπισης του διαβήτη, η ισορροπημένη διατροφή και η αυξημένη φυσική δραστηριότητα συνεισφέρουν μέγιστα στο γλυκαιμικό έλεγχο και στην επίτευξη επιθυμητών επιπέδων γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), η οποία αποτελεί το σημαντικότερο διαγνωστικό εργαλείο για τον έλεγχο του διαβήτη.

Οι παράγοντες που στους διαβητικούς αλλιά και σε άλλους ανθρώπους αυξάνουν τον κίνδυνο καρδιοπάθειας και εγκεφαλικού επεισοδίου είναι:

1. Η ύπαρξη οικογενειακού ιστορικού καρδιοπάθειας.
2. Η κοιλιακή παχυσαρκία (στους άντρες η περίμετρος μέσης >102 cm και στις γυναίκες >89 cm συνοδεύονται από αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα μυοκαρδίου και εγκεφαλικό επεισόδιο).
3. Υψηλή χοληστερόλη LDL και χαμηλή καλή χοληστερόλη HDL.
4. Αυξημένα τριγλυκερίδια αίματος.
5. Υψηλή αρτηριακή πίεση.
6. Κάπνισμα.

Κρίνεται, λοιπόν, αναγκαίο η υιοθέτηση της κατάλληλης διατροφικής συμπεριφοράς, με σκοπό τη ρύθμιση του σακχάρου, την προστασία της καρδιακής λειτουργίας αλλιά και τη διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους. Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή είναι η πλέον ενδεδειγμένη. Το διατροφικό σχήμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τρόφιμα τα οποία ενισχύουν την καλή υγεία της καρδιάς και περιορίζουν





Κρίνεται αναγκαία η υιοθέτηση της κατάλληλης διατροφικής συμπεριφοράς, με σκοπό τη ρύθμιση του σακχάρου, την προστασία της καρδιακής λειτουργίας αλλά και τη διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους. Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή είναι η πλέον ενδεδειγμένη. Το διατροφικό σχήμα θα πρέπει να περιλαμβάνει τρόφιμα τα οποία ενισχύουν την καλή υγεία της καρδιάς και περιορίζουν τις αυξημένες τιμές των λιπιδίων

τις αυξημένες τιμές των λιπιδίων.

Το ενδεδειγμένο διατροφικό σχήμα πρέπει να περιλαμβάνει ψάρι (2-3 φορές την εβδομάδα), όσπρια (1-2 φορές την εβδομάδα), πολλή φρούτα και λαχανικά, ελαιόλαδο και ωμούς ξηρούς καρπούς. Το κρέας πρέπει να καταναλώνεται ελάχιστα (2-3 φορές το μήνα) και καλό είναι να μειωθούν στο ελάχιστο όλες οι επεξεργασμένες τροφές και τα έτοιμα γεύματα, καθώς περιέχουν πολύ αλάτι, κορεσμένα λιπαρά και ελάχιστα θρεπτικά συστατικά.

Πολλές μελέτες έχουν αποδείξει και την ευεργετική δράση των αντιοξειδωτικών απέναντι στις ελεύθερες ρίζες, οι οποίες ευθύνονται για την αυξημένη LDL, επιβραδύνοντας ή και αποτρέποντας με αυτό τον τρόπο το μηχανισμό δημιουργίας αθηρωματικής πλάκας. Τέτοια αντιοξειδωτικά είναι οι βιταμίνες E και C, τα καροτενοειδή (β-καροτίνη, λυκοπίνη, λουτεΐνη κ.ά.), καθώς πλήθος άλλων πολυφαινολών. Όλα τα φρούτα και λαχανικά είναι πλούσια σε αντιοξειδωτικά και φυτικές ίνες.

Η διατροφή ευνοεί τη μείωση της χοληστερόλης και των τριγλυκεριδίων του αίματος. Έτσι συστήνεται η μείωση των ζωικών λιπών, της χοληστερίνης στα 300-500 mgr/ημέρα και του αλατιού στα 5 gr/ημέρα. Τροφές που πρέπει να αποφεύγονται αυστηρά είναι η ζάχαρη, τα γλυκίσματα, η γλυκόζη, η σορβιτόλη, οι σοκολάτες, οι καραμέλες, οι μαρμελάδες, το μέλι, οι χυμοί φρούτων με ζάχαρη, τα αναψυκτικά και τα αλκοολούχα ποτά.

Ένας ολοκληρωμένος τρόπος προσέγγισης των διαβητικών περιλαμβάνει γενικότερα έναν υγιεινό τρόπο ζωής με καθημερινή σωματική άσκηση (30 λεπτά την μέρα), διακοπή καπνίσματος, μειωμένο στρες. Οι αλλαγές πρέπει να αποτελούν καινούριες μόνιμες συνήθειες, ώστε να επιτευχθεί καλή ποιότητα ζωής και να μειωθούν στο ελάχιστο οι επιπλοκές του διαβήτη. Επιστροφή στις ρίζες μας και στον τρόπο διατροφής των προγόνων μας, όπου τα ποσοστά διαβήτη, παχυσαρκίας και καρδιαγγειακών νοσημάτων ήταν μικρότερα από τα σημερινά. □

Κρέμα ζεστής σοκολάτας

Μια συνταγή χωρίς ζάχαρη και λίπος, αλλά παράλληλα υγιεινή, με κανέλα (που συμβάλλει στον έλεγχο του σακχάρου) και κακάο (που περιέχει αντιοξειδωτικά).

Υλικά:

- 600 gr γάλα άπαχο (1,5% λιπαρά)
- 50 gr κακάο σκόνη
- 30 gr κορνφλάουρ
- 4 κουταλιές της σούπας ασπαρτάμη (ζαχαρίνη)
- μισό κουταλάκι του γλυκού κανέλα

Εκτέλεση:

Βάζετε το γάλα σε μια μικρή κατσαρόλα και το τοποθετείτε στη φωτιά. Σε ένα μπολ ανακατεύετε το κορνφλάουρ, το κακάο, την ασπαρτάμη και την κανέλα. Προτού βράσει το γάλα, ρίχνετε λίγο μέσα στο μίγμα του κακάο και ανακατεύετε καλά. Το αδειάζετε ξανά στην κατσαρόλα με το γάλα. Ανακατεύετε γρήγορα έως ότου δέσει η κρέμα και σερβίρετε σε 4 ατομικά μπολ.



Αχλάδια με γέμιση γλυκιάς ricotta

Υλικά (6 μερίδες):

- 10 gr σταφίδες (1 κουτ. σούπας)
- 2 κουτ. γλυκού ξηρό σέρι
- 3 μέτρια αχλάδια καθαρισμένα και κομμένα στη μέση
- χυμό 1 λεμονιού
- 50 gr τυρί ricotta
- 50 gr άπαχο τυρί σε κρέμα (τύπου Philadelphia)
- 1 κουτ. ζαχαρίνη ή υγρή ζαχαρίνη
- 1 κουτ. σούπας τριμμένη φρυγανιά σίκαλης

Εκτέλεση:

Τοποθετείτε τις σταφίδες στο σέρι και το αφήνετε. Κόβετε μια λεπτή λωρίδα από τα μισά αχλάδια, ώστε να δημιουργηθεί βάση και να στηρίζονται. Βρέχετε τα αχλάδια με το χυμό του λεμονιού και τα τοποθετείτε σε μια πιατέλα. Σε ένα μπολ ανακατεύετε το τυρί ricotta με το τυρί κρέμα και τη ζαχαρίνη. Προσθέτετε το μίγμα με το κρασί και τις σταφίδες και ανακατεύετε καλά. Μοιράζετε το μίγμα σε ίσες μερίδες και γεμίζετε τα αχλάδια. Πασπαλίζετε με την τριμμένη φρυγανιά ή, αν θέλετε, λίγο τριμμένο καρύδι με κανέλα. Σερβίρετε αμέσως. (80 θερμίδες/μερίδα)



Γλυκό με μήλα

Υλικά:

- 3 κούπες καθαρισμένα & τεμαχισμένα μήλα
- 250 ml χυμό μήλου χωρίς ζάχαρη
- 1 κουτ. κανέλα
- 6 κράκερ σίκαλης χωρίς ζάχαρη (θρυμματισμένα)
- 1 κουτ. σούπας καλαμποκάλευρο
- 1 κουτ. σούπας μαργαρίνη Becel

Εκτέλεση:

Ανακατεύετε τα μήλα με το καλαμποκάλευρο και την κανέλα. Τοποθετείτε το μίγμα σε ένα ταψί. Περιχύνετε με το χυμό μήλου και τη μαργαρίνη. Προσθέτετε τα κράκερ από πάνω. Ψήνετε σε δυνατό φούρνο για 1 ώρα μέχρι να μαλακώσουν τα μήλα.



Κέικ με γλάσο σοκολάτας & ταχίνι

Υλικά

Για το κέικ:

- 60 gr κουάκερ
- 185 gr χουρμάδες (τους μουσκεύουμε σε ζεστό νερό για μισή ώρα περίπου, να μαλακώσουν, σουρώνουμε και κρατάμε το νερό)
- 3 ώριμες μπανάνες
- 100 gr ελαιόλαδο
- 180 gr αλεύρι ολικής άλεσης
- 1 κουτ. σούπας μηλόξιδο
- 3 κουταλάκια σόδα
- κανέλα σκόνη
- βανίλια
- ελάχιστο πιπέρι καγιέν (προαιρετικό)

Για το γλάσο:

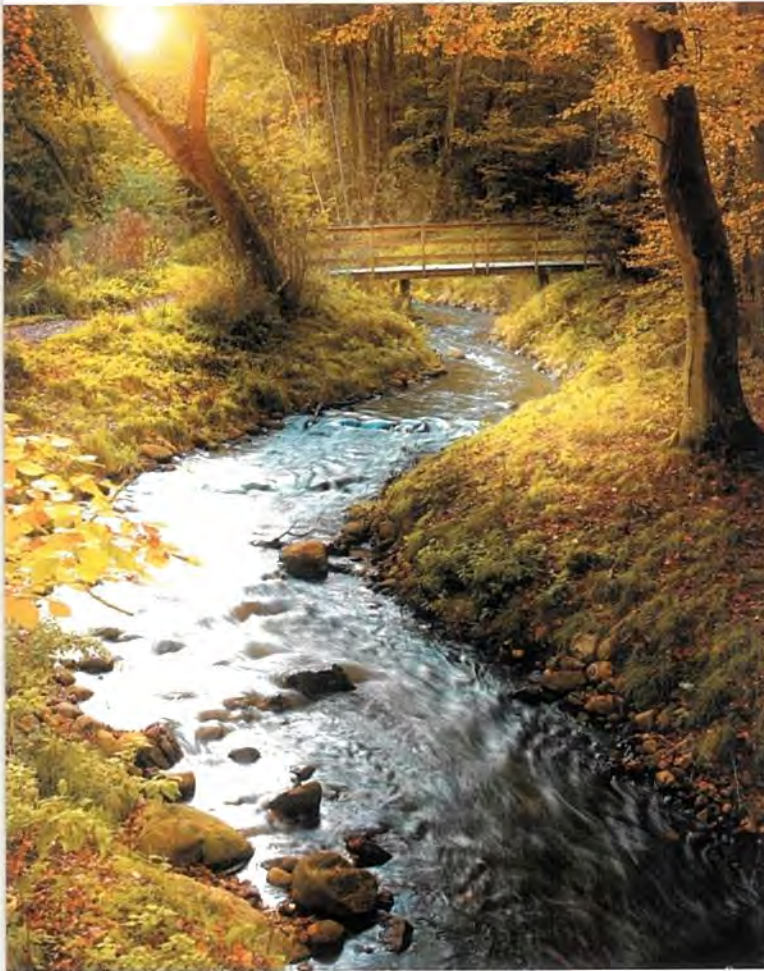
- 300 gr ταχίνι
- 80 gr συμπυκνωμένο χυμό μήλου χωρίς ζάχαρη
- 80 gr κακάο σκόνη
- βανίλια
- νερό (αυτό με το οποίο μουσκέψαμε τους χουρμάδες)

Εκτέλεση:

Αλέθετε το κουάκερ να γίνει σαν αλεύρι. Αλέθετε τους χουρμάδες μέχρι να γίνουν αλοιφή. Προσθέτετε τις μπανάνες, το ελαιόλαδο, το κουάκερ και τα αναμειγνύετε μέχρι το μίγμα να γίνει ομοιόμορφο. Ανακατεύετε το αλεύρι με τη σόδα, το μηλόξιδο και τα μπαχαρικά και τα προσθέτετε στο μίγμα. Ανακατεύετε καλά και, αν χρειαστεί, προσθέτετε λίγο νερό από τους χουρμάδες. Αδειάζετε σε λαδωμένο ταψί και ψήνετε 1 ώρα σε προθερμασμένο φούρνο (160°C). Αναποδογυρίζετε το κέικ σε σάρα και αφήνετε να κρυώσει τελείως. Ετοιμάζετε το γλάσο: Χτυπάτε στο μπλέντερ όλα τα υλικά του γλάσου με όσο νερό πάρει (περίπου 1/2 ποτήρι), για να πετύχετε μια παχύρρευστη σύσταση. Γλασάρετε όταν το κέικ έχει κρυώσει.

Ήπια άσκηση μέσα από Χειμερινές Αποδράσεις στην Ελλάδα

Οι γιορτινές ημέρες του Δεκεμβρίου είναι η κατάλληλη αφορμή για ολιγοήμερες αποδράσεις στις όμορφες γωνιές της Ελλάδας. Και φέτος τα στελέχη της Trekking Hellas, χρησιμοποίησαν την πείρα και την δημιουργικότητα τους για να ετοιμάσουν για εσάς, την παρέα ή την οικογένειά σας προγράμματα εκδρομών που θα σας φέρουν σε επαφή με τη φύση, προσφέροντάς σας ξεκούραση, νέες εμπειρίες και διασκέδαση μέσα από ήπιες υπαίθριες δραστηριότητες.



Ευρυτανία

Πολλοί την αποκαλούν «Ελβετία της Ελλάδας». Μία περιοχή με επιβλητικές βουνοκορφές, κατάφυτα φαράγγια, την γαλήνια λίμνη Κρεμαστών, 3 ποτάμια με κρυστάλλινα νερά και γραφικά χωριούδια που παρ'όλο τον τουρισμό διατηρούν την αυθεντικότητά τους.

Με ορμητήριο την κοιλάδα του Τυμφρηστού ελάτε να περάσετε λίγες ημέρες και να γνωρίσετε τις φυσικές ομορφιές της περιοχής μέσα από διασκεδαστικές δραστηριότητες για μικρούς και μεγάλους.

Οι επιλογές σας για τη διαμονή σας είναι πολλές μιας και υπάρχουν καταλύματα για όλα τα γούστα. Πιο δημοφιλή χωριά είναι το Μικρό και Μεγάλο Χωριό, ανάμεσα από τα βουνά της Χελιδώνας και της Καλλιφακιάς. Μπορείτε να βρείτε παραδοσιακούς ξενώνες όπου θα έχετε την ευκαιρία να απολαύσετε σπιτικά γλυκά του κουταλιού και άλλες τοπικές λιχουδιές και πολυτελή ξενοδοχεία με πολύ υψηλά standards. Με βάση τα χωριά αυτά μπορείτε να κάνετε τις ακόλουθες δραστηριότητες: rafting στον Ταυρωπό ποταμό, διάσχιση φαραγγιού στη Βίβιανη, Canoe Kayak στη Λίμνη Κρεμαστών, ιππασία στις Κορυφακές. □



anathesis



Κατασκευαστική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική
Επιχειρηματική

— Ο ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ

...στο σχεδιασμό, την παραγωγή και την επιμέλεια εντύπου

Διαχωρισμοί • Δοκίμια • Εκτυπώσεις [ψηφιακές-κυλινδρικές-offset] • Βιβλιοδεσίες
Μεταξοτυπίες • Ειδικές κατασκευές • Επεξεργασία φωτογραφίας • Τελική μακέτα

Βιβλία • Περιοδικά • Ειδικές εκδόσεις • Newsletters • Εταιρική ταυτότητα
Flyers • Annual reports • House organs

anathesis
Creative Publications

Μεσογείων 36 - Τ.Κ. 115 27 • Τ. 210 7487777 - F: 210 7488995

• • • e-mail: info@anathesis.gr • <http://www.anathesis.gr>



Αρκαδία

Μία επίσκεψη δεν αρκεί για να γνωρίσετε τις αμέτρητες ομορφιές της Ορ.Αρκαδίας! Τα παραδοσιακά χωριά, η εντυπωσιακή αρχιτεκτονική, η πλούσια ιστορία, η πανέμορφη ορεινή φύση, είναι χαρακτηριστικά της πολυμορφίας της Πελοποννήσου. Λάβετε μέρος σε καταβάσεις με βάρκες raft σε μυθικά ποτάμια, όπως ο Λούσιος, περπάτημα σε μονοπάτια που οδηγούν σε 3 από τα πιο σημαντικά μοναστήρια της περιοχής: τη μονή Αιμυαλών, τη μονή Φιλοσόφου και τη μονή Προδρόμου, διάσχιση φαραγγιών όπως αυτό της Νέδας και πολλές άλλες δραστηριότητες ανάλογα με την εμπειρία και την διάθεσή σας.

Ήπειρος

Η Ήπειρος είναι ένας τόπος με επιβλητικά βουνά, απόκρημνα φαράγγια, πεντακάθαρα ποτάμια, αθλητικές λίμνες, κρυστάλλινους καταρράκτες πλαισιωμένα από παραδοσιακά χωριά, πέτρινα γεφύρια και μοναστήρια, γραφικούς ξενώνες και σύγχρονα εστιατόρια. Τα Ζαγοροχώρια είναι από τα ομορφότερα χωριά της Ευρώπης και μπορείτε να περπατήσετε στο φαράγγι του Βοϊδομάτη ή τη χαράδρα του Βίκου, ακόμη και να κάνετε rafting στον Βοϊδομάτη. Στα Τζουμέρκα επιλέξτε για τη διαμονή σας το Δασικό Χωριό Κέδρος και λάβετε μέρος σε μια εντυπωσιακή κατάβαση rafting στον Άραχθο.

Βουνό, θάλασσα ή ποτάμι... με φίλους ή την οικογένεια για μία, δύο ή περισσότερες ημέρες έχετε πολλές επιλογές στη διάθεσή σας

Δυτ.Μακεδονία Γρεβενά

Η περιοχή της Δυτικής Μακεδονίας είναι ένας φιλόξενος τόπος, με αυθεντικούς ανθρώπους, παραδοσιακά χωριά, ιστορικά μνημεία πέτρινα γεφύρια και παρθένα φύση. Ο Εθνικός δρυμός της Βάθια Κάλντα, η οροσειρά του Όρλιακα (προστατευόμενη περιοχή), τα φαράγγια της Πορτίτσας και του Κλέφτη, το Χιονοδρομικό κέντρο Βασιλίτσας και οι διαδρομές των ποταμών Βενέτικου και Αλιάκμονα επιφυλάσσουν στους λάτρεις του τουρισμού υπαίθρου μία συναρπαστική απόδραση.



Δυτική Θεσσαλία Λίμνη Πλαστήρα - Μετέωρα - Ασπροπόταμος

Τα ήρεμα νερά της Λίμνης Πλαστήρα, τα εντυπωσιακά φιόρδ της, η ανεξερεύνητη περιοχή του Ασπροποτάμου και το μοναδικό «πέτρινο δάσος» των Μετεώρων, προσδίδουν έναν χαρακτήρα ιδιαίτερα ποικιλόμορφο στην περιοχή της Δυτικής Θεσσαλίας. Επιλέξτε κάποιες από τις δραστηριότητες που σας προτείνουμε και λάβετε μέρος στη δράση! Canoe Kayak στη Λίμνη Πλαστήρα, Ποδήλατο βουνού –Mountain Bike, Πεζοπορία & rappel στα Μετέωρα, Rafting στον Ασπροπόταμο.



Ανατολική Θεσσαλία

Κίσαβος - Πήλιο - Σποράδες

Στην ανεξερεύνητη κι άγνωστη για τους πολλούς Ανατολική Θεσσαλία, γη των Θεών, των Κενταύρων, των Νυμφών και των Γιγάντων κάθε εποχή έχει τη δική της γοητεία. Λίμνες, ποτάμια και εύφορες κοιλάδες, άγρια και όμορφα βουνά φιλοξενούν τον άνθρωπο εδώ και 100.000 χρόνια. Η Θεσσαλία σε κάθε ματιά επιφυλάσσει και ένα διαφορετικό, μαγευτικό τοπίο. Ο νομός Λάρισας είναι η καρδιά της Ελλάδας. Η ανατολική πλευρά του Νομού, που βρέχεται από το Αιγαίο Πέλαγος, αποτελεί μια από τις ομορφότερες ακτογραμμές της χώρας, με συνολικό μήκος 35 χιλμ., με αμμώδεις είτε βραχώδεις παραλίες, δύο λιμάνια, καθαρή θάλασσα και αναλλοίωτο φυσικό περιβάλλον. Με τη δεύτερη μεγαλύτερη σε έκταση παραλία της Ελλάδας με μήκος 13 χιλμ., οι παραλίες της έχουν επανειλημμένα βραβευθεί με Γαλάζια Σημαία, συγκεντρώνουν την προτίμηση των παραθεριστών, προσφέροντας επιλογές για μια σειρά από συναρπαστικές θαλάσσιες δραστηριότητες.

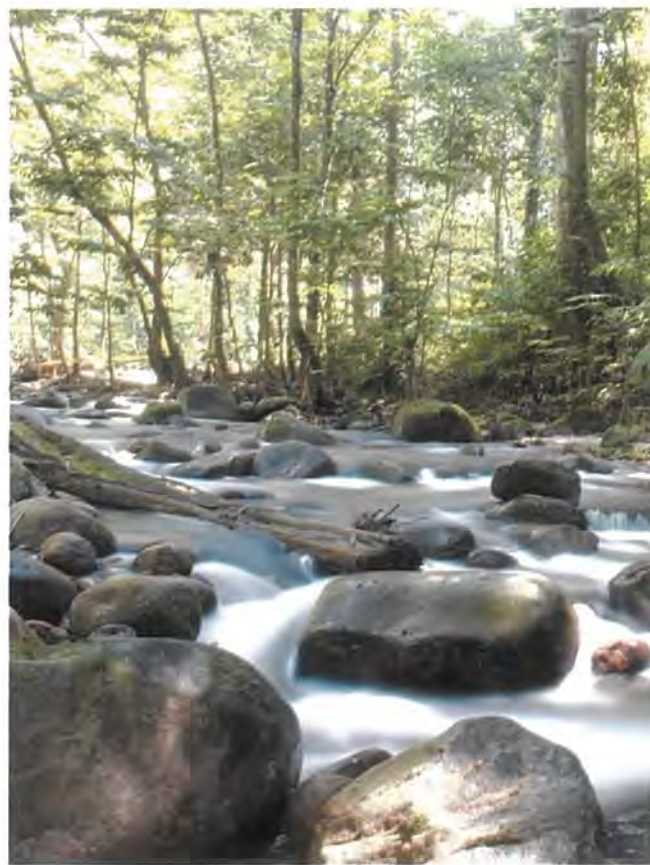
Η μοναδική αμεσότητα βουνού – θάλασσας είναι αυτό που κάνει την Ανατολική Θεσσαλία να ξεχωρίζει, ξελογιάζοντας τους λάτρεις της περιπέτειας και των δυνατών συγκινήσεων, με rafting στον Πηνειό, canoe στο Δέλτα των Τεμπών, παρατήρηση πουλιών στο Βασιλικό δασόκτημα Πολυδενδρίου, με 4X4 περιήγηση στον Κίσαβο. ■

Ορεινή Ναυπακτία

Βουνό, θάλασσα ή ποτάμι... με φίλους ή την οικογένεια για μία, δύο ή περισσότερες ημέρες οι επιλογές σας είναι πολλές! Πανέμορφες διαδρομές με άλογα, πεζοπορίες στο δάσος, αθλά και αναζωογονητικές καταβάσεις rafting στον Εύνο ιδανική για όλους! Για τη διαμονή σας επιλέξτε το «Αγρόκτημα Πινακάδες» που βρίσκεται στο χωριό Τρίκορφο του Δήμου Χάλκειας του Νομού Αιτωλοακαρνανίας δίπλα στο ποταμό Εύνο μέσα σε σπάνια φυσική ομορφιά από πλατάνια και πεύκα. Στο αγρόκτημα μπορείτε να ασχοληθείτε με εργασίες του αγροκτήματος, να κάνετε ποδηλασία, να περπατήσετε σε δασικά μονοπάτια και κατά μήκος του ποταμού. Να κάνετε μπάνιο στο ποτάμι, να επισκεφτεί γειτονικές στάνες, το μοναστήρι της Παναγίας Παναξιώτισσας, την παραλία της Κάτω Βασιλικής, την λιμνοθάλασσα του Μεσολογγίου (Τουρλίδα) ενός σπάνιου υδροβιότοπου όπου μπορεί να παρατηρήσει τους κορμοράνους αλλά και σπάνια πουλιά.

Πάρνηθα

Ο Εθνικός Δρυμός της Πάρνηθας είναι ένας από τους 10 εθνικούς δρυμούς της χώρας και ο πιο κοντινός στην Αθήνα, με 1.100 είδη χλωρίδας, 37 θηλασικά και 131 πτηνά. Ιδανικός προορισμός για όσους θέλουν να αποδράσουν με τους φίλους και την οικογένεια τους, αφήνοντας πίσω όλες τις σκατούρες της σύγχρονης ζωής. Με ορμητήριο το καταφύγιο Μπάφι λάβετε μέρος σε πεζοπορία ορεινή ποδηλασία (mountain bike) και σε σεμινάρια Thai Yoga Massage.



☰ Mas ρωτάτε - Σας απαντάμε

- **Για το ρεβεγιόν της Πρωτοχρονιάς είμαστε καλεσμένοι σε φίλους και δεν θέλω να καταλάβουν ότι ο γιος μου έχει διαβήτη. Δεν ξέρω τι ώρα θα γυρίσουμε σπίτι. Πειράζει αν δεν πάρουμε μαζί μας την ένεση ινσουλίνης;**

Είναι ευνόητο ότι το παιδί μπορεί να μη θέλει να μόθει ο καθένας για το διαβήτη του. Αν εννοείτε τη δόση της 24ωρης ινσουλίνης του πριν από την κατάκλιση, μπορείτε να την κάνετε λίγο νωρίτερα από το καθορισμένο σας πρόγραμμα, πριν φύγετε από το σπίτι σας για το πάρτι. Όσον αφορά, πάντως, την ταχεία ινσουλίνη, δεν ενοχλείται κανείς να πάμε να πλύνουμε τα χέρια στο μπάνιο πριν απ' το φαγητό. Θα πάει, λοιπόν, και το παιδί μόνο του ή με τη βοήθειά σας, ανάλογα με τις γνώσεις και την ηλικία του, να κάνει με το στιλιό τη δόση της ταχείας ινσουλίνης του στο μπάνιο και να φάει κανονικά και να ξενυχτήσει όπως οι άλλοι.

- **Είμαι 22 χρόνων και μ' αρέσουν πολύ τα ψηλοτάκουνα, στενά παπούτσια. Ο διαβητολόγος μου όμως με συμβουλεύει συνεχώς να φοράω άνετα, χαμηλά παπούτσια. Γιατί να μη χαρώ ό,τι ταιριάζει στην ηλικία μου;**

Έχεις πολύ δίκιο να θέλεις να απολαύσεις όλες τις χαρές της ηλικίας σου. Και βέβαια ο διαβητολόγος σου σε συμβουλεύει να φοράς άνετα παπούτσια, όταν τα φοράς πολλές ώρες. Δεν είναι ανάγκη να στερηθείς τα ψηλοτάκουνα που σου αρέσουν για μια σου έξοδο, φτάνει να μην τα φοράς πάρα πολύ συχνά και για πολλές ώρες, γιατί ταλαιπωρείς τα πόδια σου. Όπως και να 'χει, μεγαλύτερη σημασία έχει η καλή σου ρύθμιση, για να μην έχεις προβλήματα στο μέλλον. Ξέρεις ότι με αυτογνωσία και συχνό αυτοέλεγχο μπορείς να ελέγχεις το σάκχαρό σου κι έτσι να μη χρειαστεί ποτέ να ανησυχείς για επιπλοκές από τα πόδια.



- **Ο γιος μου είναι 11 ετών και έχει συχνά ψηλές τιμές σακχάρου το απόγευμα. Του λέω να κάνει πολλές ώρες ποδήλατο για να το «κάψει», αλλά λέει ότι τον πονούν τα πόδια του. Τι κάνει λάθος;**

Είναι μια λαθεμένη τακτική να νομίζουμε ότι με τη σωματική άσκηση θα κάψουμε το ψηλό σάκχαρο κι έτσι δεν χρειαζόμαστε ινσουλίνη. Αντίθετα, για να μπορέσει να περάσει το σάκχαρο της τροφής στα κύτταρα και να παραχθεί ενέργεια χρειάζεται ινσουλίνη. Αν ξεκινά κανείς τη σωματική άσκηση με τιμή σακχάρου >250 mg/dl, όχι μόνο δεν πρόκειται να πέσει το σάκχαρο, αλλά, αντίθετα, θα χειροτερέψει περισσότερο, οι δε μύες θα αναγκαστούν να παράγουν μια ουσία, το γαλακτικό οξύ, που τελικά δημιουργεί αυτό το αίσθημα της κόπωσης και του πόνου. Να θυμάστε, πρέπει να διορθώνουμε πρώτα την υψηλή τιμή σακχάρου με χορήγηση ινσουλίνης και μετά να πηγαίνουμε για σωματική δραστηριότητα.

- **Τα light αναψυκτικά επιτρέπονται στη διατροφή μου;**

Τα light αναψυκτικά συνήθως έχουν σαν γλυκαντική ουσία την ασπαρτάμη και δεν περιέχουν ζάχαρη. Τα ροφήματα αυτά επιτρέπεται να καταναλώνονται από άτομα με διαβήτη με μέτρο. Γενικά όμως αυτές οι γλυκαντικές ουσίες έχουν ενοχοποιηθεί για άλλα προβλήματα, όπως γαστρεντερικές ενοχλήσεις ή ακόμη και επίδραση στο νευρικό σύστημα. Γιατί να μην προτιμάμε το νερό για να ξεδιψάσουμε; ☒

Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας
στο e-mail: jpergialiotou@anathesis.gr
ή στο fax 210-7488995