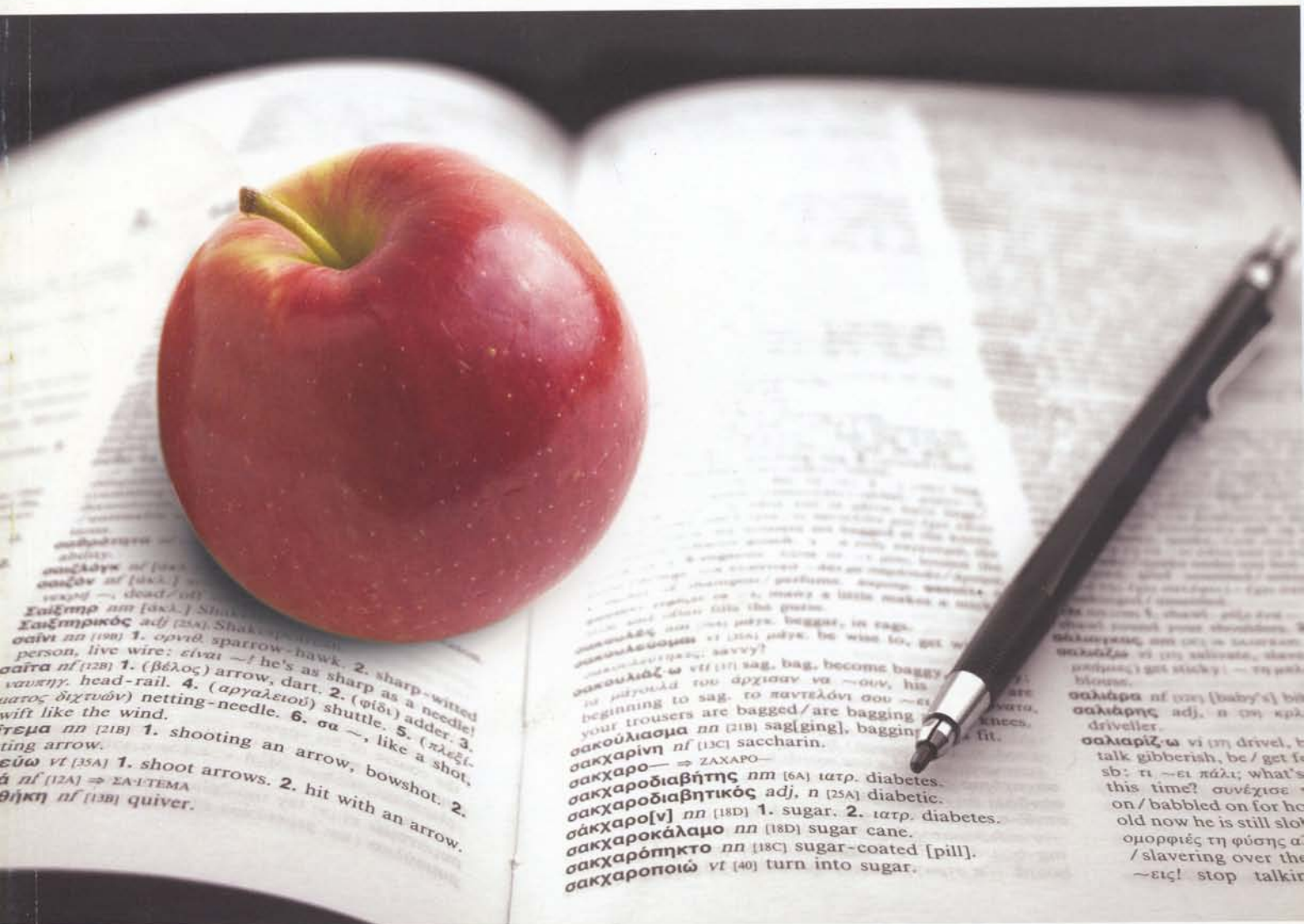


ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Φώτης Παυλίδης: Ταπεινός λειτουργός του Ιησοκράτη και φωτισμένος δάσκαλος
- Οι γονείς των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη: συμπεριφορές και διλήμματα
- Προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία ο σακχαρώδης διαβήτης;
- Η εκπαίδευση των εκπαιδευτών διαβήτη

σχεδιασμός & υπηρεσίες παραγωγής

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



creativity never stops

υπηρεσίες υποστήριξης

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

anathesis
Creative Publications

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



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



Υπό την αιγίδα του
Ε.ΚΕ.ΔΙ



International
Diabetes
Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Βαγγέλης Τσερές

Μεσογείων 36, 115 27 Αθήνα

τηλ: 210 7487777, φαξ: 210 7488995

Συντακτική και Δημοιοργική Επιμέλεια-Παραγωγή:

anathesis
Creative Publications

Γενική Διεύθυνση: Εύη Νανούρη, enanouri@anathesis.gr

Account Supervisor: Τζένη Περγιαλιώτου, jpergialiotou@anathesis.gr

Art Director: Βαγγέλης Μπερικόπουλος, vberikopoulos@anathesis.gr

Σύνταξη: Γιώργος Καραχάλιος, Μαρία Γαρατζιώτη, Κάτια Αντωνιάδη

Υποδοχή Διαφήμισης: Μαρία Μαρινάκη, info@anathesis.gr

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Αλέξανδριδης Θεόδωρος
Βαζαίου Ανδριανή
Βασιλόπουλος Χαράλαμπος
Δόκου-Βουτετακη Αικατερίνη
Δημητριάδης Γεώργιος
Ζούπας Χρήστος
Κανακά Χριστίνα
Καραμάνος Βασίλειος
Καραμήτσος Δημήτριος
Κατσιλάμπος Νικόλαος
Κεφαλάς Νικόλαος
Κουκούλης Γεώργιος
Μανές Χρήστος
Μητράκου Ασημίνα
Μούσσης Τζαντ
Μπαρτσώκας Χρήστος
Μπενρουμπή Μαρίαννα
Μυγδάλης Ηλίας
Ράπτης Σωτήριος
Σπηλιώτη Βασιλική
Τεντολούρης Νικόλαος
Τούντας Χαράλαμπος
Τσατσούλης Αγαθοκλής
Χιώτης Δημήτριος

Πείτε μας τη γνώμη σας για το **ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ**

Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί στο τηλ: 210 8233954

ή στα email: info@elodi.org, jpergialiotou@anathesis.gr

Απαγορεύεται η μερική ή ολική αναδημοσίευση χωρίς τη γραπτή άδεια του εκδότη.



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ μια διάγνωση «εν αιθρία ουρανού»

6 ΠΡΟΟΙΜΙΟ
Δημήτριος Π. Χιώτης Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

8 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Φώτης Παυλίδης
Μια εκ βαθέων συζήτηση με έναν από τους πιο διακεκριμένους διαβητολόγους της χώρας

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

16 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ
Οι διαβητικοί ασθενείς έχουν αναφαίρετο δικαίωμα στη στράτευση

18 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ
Πόσο εκπαιδευμένοι είναι οι εκπαιδευτές του διαβήτη

20 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
■ Παχυσαρκία και διαβήτης: δύο αλληλένδετα νοσήματα που απειλούν τη σύγχρονη κοινωνία
■ Σακχαρώδης διαβήτης: Όταν η διάγνωση γίνεται από απλή σύμπτωση

26 ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
Οι τελευταίες εξελίξεις στη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος

30 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
■ Οι κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις του Σ.Δ. απαιτούν επιθετικές στρατηγικές για την πρόληψη του
■ Ο ποιοτικός έλεγχος διασφαλίζει την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των εργαστηριακών αποτελεσμάτων

34 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Πόσο εύκολη υπόθεση είναι οι σωστά ρυθμισμένοι ασθενείς

36 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Το πολύτιμο έργο της Φαρμασερβ-Lilly στην καταπολέμηση του διαβήτη

ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
αλληλένδετα νοσήματα που απειλούν τη σύγχρονη κοινωνία



αλλιάζουμε το διαβήτη



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

Για αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό να δράσουμε σήμερα, δεδομένου ότι ο διαβήτης μπορεί να προληφθεί σε κάποιες περιπτώσεις. Όπου αυτό

δεν είναι δυνατό, ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί με τέτοιο τρόπο ώστε τα νέα άτομα να μπορούν να απολαύσουν μία φυσιολογική και παραγωγική ζωή.

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

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

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

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



ΑΣΚΗΣΗ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ Τι πρέπει να γνωρίζουμε για να είναι η άσκηση ασφαλής και επωφελής

38

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ

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

45

ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

Όλη η αλήθεια για τις σύγχρονες ινσουλίνες

47

ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ

Πώς και κατά πόσο επηρεάζει ο διαβήτης τη σεξουαλική συμπεριφορά των αντρών

50

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

Οι επιπτώσεις του σακχαρώδους διαβήτη στη στοματική υγεία παιδιών και εφήβων

52

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

Οι γονείς των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη: συμπεριφορές και διλήμματα

54

ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

«Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια, είναι τρόπος ζωής»

56

ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη: ένα φυσιολογικό άτομο της κοινωνίας

58

ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ

Οδηγίες διατροφής σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

60

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ

Τι πρέπει να γνωρίζουμε για να είναι η άσκηση ασφαλής και επωφελής

63

ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ

Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

64

ΑΝΟΙΧΤΟΣ ΔΙΑΛΟΓΟΣ

Οι γιατροί απαντούν στις πιο συχνές ερωτήσεις για το διαβήτη

ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΕΣ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ

Οι γονείς των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη



Ο μοναδικός μετρητής σακχάρου ΟΛΑ ΣΕ ΕΝΑ.

NEO

Νέα φωτεινά
ψηφία



Αποσπώμενο
στυλό τρυπήματος



17 ταινίες
μέτρησης



ACCU-CHEK® Compact Plus

Η ελευθερία στην παλάμη σας.

Για άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου Ι.

Σύγχρονες συσκευές όπως κινητά τηλέφωνα, υπολογιστές χειρός (PDA's) και συσκευές αναπαραγωγής ήχου (MP3 players) λειτουργούν μόνο **με το ένα χέρι**. Γιατί όχι και ένας μετρητής σακχάρου επίσης; Ο μετρητής Accu-Chek Compact Plus σας **προσφέρει όλα όσα χρειάζεστε** για να μετρήσετε αξιόπιστα το σάκχαρό σας και αυτά σε μια **ενιαία συσκευή** που περιλαμβάνει τον μετρητή, ταινίες μέτρησης και το στυλό τρυπήματος. Όλα όσα χρειάζεστε, **όλα σε ένα**.

17 – ναι, 17 – ταινίες μέτρησης
σε ένα κύλινδρο!



Όλα σε ένα

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

Roche Roche Diagnostics (Hellas) S.A.

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

ACCU-CHEK®
Ζήσε τη ζωή. Όπως εσύ τη θέλεις



Δημήτριος Π. Χιώτης
Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Αγαπητοί αναγνώστες,

Η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) συμπλήρωσε φέτος 10 χρόνια ζωής. Ένας από τους βασικούς σκοπούς της πραγματοποιείται σήμερα με την έκδοση του περιοδικού «Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για Όλους».

Στόχος μας είναι να υπάρχει ένα περιοδικό από τις στήλες του οποίου θα προβάλλονται κυρίως οι ανάγκες των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, τόσο σε θέματα ασφαλιστικών φορέων για την πλήρη κάλυψη των δαπανών ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όσο και σε θέματα των νέων μας, όπως Παιδείας, εθελοντικής στράτευσης, θέσεων εργασίας κ.ά.

Αισιοδοξούμε ότι η καλή συνεργασία με τους αρμόδιους φορείς της Πολιτείας θα συμβάλει στην ίδρυση νέων διαβητολογικών ιατρείων και κέντρων σε όλη την Ελλάδα, για την καλύτερη παρακολούθηση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη.

Προς την κατεύθυνση αυτή, η ΕΛΟΔΙ, που είναι πλήρες μέλος της Διεθνούς Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (International Diabetes Federation - IDF), συνεργάζεται με το υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και με το Εθνικό Κέντρο Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ).

Αποβλέπουμε στη σωστή, έγκυρη ενημέρωση των ατόμων με διαβήτη και των οικογενειών τους αλλά και των φίλων που θέλουν να γνωρίζουν σχετικά με το διαβήτη. Θα υπάρχει πάντα ενημέρωση για τις εξελίξεις, τόσο στην αιτιολογία και διάγνωση, όσο και στην τρέχουσα θεραπευτική αντιμετώπιση που είναι αποδεκτή από τη διεθνή ιατρική κοινότητα. Η δομή της ύλης του περιοδικού θα είναι πληθωριστική και θα στοχεύει «στη φροντίδα για όλους».

Όλοι όσοι αρθρογραφούν είναι καταξιωμένοι στο χώρο του σακχαρώδους διαβήτη, με μακρά εμπειρία. Σε κάθε τεύχος θα υπάρχει μια συνέντευξη με ένα πρόσωπο καταξιωμένο στον ιατρικό κόσμο και ιδιαίτερα στο χώρο του διαβήτη. Το ξεκίνημα έγινε με τον καθηγητή κ. Φώτη Παυλίδο, νέστορα της Διαβητολογίας στον ελληνικό χώρο, τον γιατρό, ποιητή, φιλόσοφο, τον ακούραστο εργάτη του πνεύματος, τον στοχαστή, του οποίου το ήθος και το εμβριθές πνεύμα έχουμε ενστερνιστεί όλοι όσοι μαθητεύσαμε κοντά του.

Τέλος, ελπίζουμε ότι θα βοηθήσουμε με τη σωστή ενημέρωση τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη και τις οικογένειές τους να αντιμετωπίσουν αυτή τη μάστιγα της εποχής μας με αισιοδοξία, υπομονή, επιμονή «για καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου αίματος», ώστε να επιτύχουν «καλύτερη ποιότητα ζωής».

Με την ανατολή του νέου έτους, εύχομαι στον καθένα από εσάς υγεία, δύναμη και δημιουργική διάθεση σε όλους τους τομείς της ζωής.



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.**

[ΦΩΤΗΣ ΠΑΥΛΑΤΟΣ]

Ταπεινός λειτουργός του Ιησοκράτη και φωτισμένος δάσκαλος



ΕΥΗ ΝΑΝΟΥΡΗ

Ένας Έλληνας που τίμησε και τιμά τη χώρα μας διεθνώς. Ως επιστήμονας, υπηρέτησε αφειδώς τον άνθρωπο και ως διαπρεπής συγγραφέας υπηρετεί αφειδώς την αλήθεια.

Να υποθέσω από το επώνυμό σας, κύριε Παυλάτο, ότι η καταγωγή σας είναι από την Κεφαλληνιά, το ωραίο νησί των Επτανήσων;

Κυρία Νανούρη, καλὰ το υποθέσατε. Γεννήθηκα και μεγάλωσα στο Αργοστόλι της Κεφαλληνιάς, όπου ολοκλήρωσα τις εγκύκλιες σπουδές μου. Περισσότερο να σας πω το πόσο πολύ αγαπώ την Κεφαλληνιά και πόσο υπερήφανος είμαι για την καταγωγή μου.

Κύριε Παυλάτο, είστε γνωστός και διακεκριμένος ενδοκρινολόγος και διαβητολόγος, με πλούσια προσφορά στην επιστήμη και την κοινωνία. Οι μαθητές σας σας έχουν δώσει το χαρακτηρισμό του εμψνευσμένου δασκάλου, ανήσυχου ερευνητή, αληθιού και του διανοητή, στοχαστή, του ιατροφιλόσοφου. Γνωρίζω ότι η προσφορά σας στην ιατρική εκπαίδευση και γενικά στην ιατρική μεταπτυχιακή επιμόρφωση ξεπέρασε κάθε προσδοκία. Είστε μέλος ικανού αριθμού επιστημονικών εταιρειών, ελληνικών και ξένων, διατελέσατε δύο φορές πρόεδρος της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας και πρόεδρος της Ιατρικής Εταιρείας κατά των πυρηνικών, βιοχημικών όπλων και υπέρ προστασίας περιβάλλοντος. Γράφετε ποίηση και έχετε στο παρελθόν τιμηθεί με έπαινο από την ένωση Ελλήνων Λογοτεχνών για την ποιητική σας συλλογή «Λευκές Πολιτείες». Έχετε πιστωθεί με πολλές άλλες δραστηριότητες, επιστημονικού και κοινωνικού ενδιαφέροντος, που ο χώρος

δεν μου επιτρέπει να επεκταθώ. Έτσι θα περιοριστώ κυρίως στις δραστηριότητές σας που σχετίζονται με τη Διαβητολογία στη χώρα μας. Όμως, αλήθεια, πείτε μου πώς σκεφτήκατε να ακολουθήσετε την Ιατρική Επιστήμη και να ειδικευτείτε στην Ενδοκρινολογία και τη Διαβητολογία.

Από την εφηβική μου ηλικία είχα εντυπωσιαστεί από τους γιατρούς του νησιού μας, τις συμπεριφορές και τις δραστηριότητές τους και προοδευτικά αναπτύχθηκε μέσα μου εκείνο το αίσθημα της προσφοράς και της βοήθειας στον άνθρωπο και ιδιαίτερα στον πάσχοντα. Έτσι, σπούδασα Ιατρική στο Πανεπιστήμιο Αθηνών και ακολούθησα πανεπιστημιακή σταδιοδρομία, απέκτησα την ειδικότητα της Παθολογίας και πέρασα σταδιακά όλες τις βαθμίδες της πανεπιστημιακής ιεραρχίας.

Από πότε αρχίζει το ενδιαφέρον σας για την Ενδοκρινολογία και το σακχαρώδη διαβήτη;

Στις αρχές της δεκαετίας του '60 βρέθηκα με υποτροφία στο Πανεπιστήμιο της Καλιφόρνιας, στο Ιατρικό Κέντρο του Αγίου Φραγκίσκου, για μεταπτυχιακές σπουδές στην Ενδοκρινολογία και το σακχαρώδη διαβήτη. Ο καθηγητής μου, ο Peter H. Forsham, ήταν διεθνώς γνωστός στους τομείς της Ενδοκρινολογίας και της Διαβητολογίας και είναι ενδιαφέρον ν' αναφέρω ότι και ο ίδιος ο Peter Forsham έπασχε από την παιδική του ηλικία από σακχαρώδη διαβήτη τύπου

1, δηλ. ινσουλινοεξαρτώμενο. Ήταν ένα παράδειγμα για μένα ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας «τρόπος ζωής» και το ανέφερε πάντοτε ο Peter H. Forsham στα μαθήματα και τις διαλέξεις του, ενθαρρύνοντας έτσι τα άτομα με διαβήτη και εμπνέοντας τους συνεργάτες και μαθητές του ν' ασχοληθούν με αυτό το «Γλυκό Μυστήριο» που περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα δραστηριοτήτων στα πεδία της κλινικής και θεραπευτικής αντιμετώπισής του, αλλά και στο χώρο της έρευνας, καθώς επίσης και στον κοινωνικό τομέα. Τα στοιχεία αυτά «εμπότισαν» τα πνευματικά μου κύτταρα με την πεμπτουσία της προσφοράς στον άνθρωπο και στον πάσχοντα. Έτσι μοίρασα την αγάπη μου στον κλάδο της Ενδοκρινολογίας και στο διαβήτη. Θυμάμαι μάλιστα ότι η πρώτη μου ομιλία στο Ιατρικό Κέντρο του Αγίου Φραγκίσκου, σε σεμινάριο για το σακχαρώδη διαβήτη ήταν μια ιστορική αναφορά στην ελληνική συμβολή στο σακχαρώδη διαβήτη. Φυσικά, αναφέρθηκα στην πρώτη περιγραφή της νόσου, από τον Αρεταίο, που πραγματικά εντυπωσιάζει με την κλινική σημειολογία της νόσου ακόμη και σήμερα. Από την Καλιφόρνια είχα στείλει το 1963 το πρώτο άρθρο μου για το διαβήτη με τον τίτλο «Νεότερες αντιλήψεις για τον σακχαρώδη διαβήτη», που δημοσιεύτηκε στο έγκυρο ελληνικό περιοδικό «Ιατρική».

Γνωρίζω ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι αρκετά συχνός σε παγκόσμια κλίμακα. Θέλετε να μας πείτε λίγα λόγια για τη συχνότητά του και το ενδιαφέρον που προκαλεί στην επιστήμη και την κοινωνία;

Ο σακχαρώδης διαβήτης, με την οικουμενικότητα της παρουσίας του και τη σταθερή συνεχή αύξηση του αριθμού των ατόμων με διαβήτη σε παγκόσμια κλίμακα, έχει χαρακτηριστεί «επιδημική νόσος». Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη υπολογίζεται σήμερα σε 150 εκατομμύρια και αναμένεται να φτάσει στα 350 εκατομμύρια

μέχρι το 2025. Καταλαβαίνετε, επομένως, σε τι τρομακτικούς αριθμούς οδηγούμαστε αν στις πρώτες δεκαετίες του 21ου αιώνα δεν έχουμε φτάσει στη λύση του «γλυκού μυστηρίου», όσον αφορά την πρωτογενή πρόληψη της νόσου.

Ποια είναι η συχνότητα του διαβήτη στη χώρα μας;

Με βάση τις επιδημιολογικές μελέτες για τη συχνότητα του διαβήτη στη χώρα μας από τους διακεκριμένους συναδέλφους μου καθηγητές Χριστακόπουλο και Καραμάνο στον αγροτικό πληθυσμό, Κατσιλάμπρο και συνεργάτες του στον αστικό πληθυσμό, Παπάζογλου, Μανέ, Καραμήτσο και συνεργάτες τους σε πέντε νομούς της Βόρειας Ελλάδας και Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη και συνεργάτες της στο νεανικό διαβήτη, ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη στη χώρα μας υπολογίζεται στις 700.000-800.000. Μεγαλύτερο αριθμό δίνει ο καθηγητής και πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Διαβήτη Σωτήρης Ράπτης υπολογίζοντας τα άτομα με διαβήτη στο 10% περίπου του συνόλου του πληθυσμού. Το μεγαλύτερο μέρος των ατόμων με διαβήτη αφορά τον τύπο 2, δηλ. το μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, ενώ στα άτομα με ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη, δηλ. του τύπου 1, ο αριθμός υπολογίζεται στο 10% περίπου του συνόλου των ατόμων με διαβήτη και αφορά κατά κύριο λόγο παιδιά και νεαρά άτομα. Στα τελευταία όμως χρόνια έχει παρατηρηθεί σταθερή αύξηση του διαβήτη τύπου 2 και σε παιδιά και προφανώς η κακή διατροφή που οδηγεί στην παχυσαρκία

μαζί με κάποιου βαθμού προδιάθεση φαίνεται να παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του. Αυτό είναι κάτι που πρέπει να προσεχθεί ιδιαίτερα. Προς την κατεύθυνση αυτή γίνεται προσπάθεια αντιμετώπισης του προβλήματος με σεμινάρια, δημοσιεύσεις στον Τύπο και παρουσιάσεις στα ΜΜΕ από τις διαβητολογικές εταιρείες, τις ενώσεις των ατόμων με διαβήτη, το Εθνικό Κέντρο Διαβήτη, το ΕΚΕΔΙ όπως είναι γνωστό και βέβαια από τους υπευθύνους της πολιτικής υγείας στη χώρα μας.

Αναφερθήκατε στις διαβητολογικές εταιρείες και στις ενώσεις ατόμων με διαβήτη. Πότε ιδρύθηκαν και ποιες είναι οι δραστηριότητές τους;

Η ίδρυση της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, της ΕΔΕ όπως τη λέμε, αποτελεί το σημαντικότερο σταθμό στην ιστορία της Διαβητολογίας στην Ελλάδα και στα 32 χρόνια από την ίδρυσή της μέχρι σήμερα βρίσκεται ανάμεσα στις κορυφαίες επιστημονικές εταιρείες της χώρας μας από την άποψη της οργάνωσης, πληροφόρησης, εκπαίδευσης των μελών της Εταιρείας αλλά και των ατόμων με διαβήτη, επιστημονικών δραστηριοτήτων και προσφοράς πολιτικών υπηρεσιών υγείας μέσα από τα διαβητολογικά κέντρα και τα εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία που λειτουργούν στα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας και, βέβαια, από τα ιδιωτικά ιατρεία των διαβητολόγων, μελών της Εταιρείας μας. Η ΕΔΕ ιδρύθηκε το 1975 από μια ομάδα διαβητολόγων, με πρωτεργάτη και πρώτο πρόεδρο της Εταιρείας τον ■

Ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη υπολογίζεται σήμερα σε 150 εκατομμύρια και αναμένεται να φτάσει στα 350 εκατομμύρια μέχρι το 2025.

δημιουργικό, ρηξικέλευθο και πολυτάλαντο Τζων Αλιβιζάτο, απ' το Ληξούρι της Κεφαλληνιάς, γνήσιο απόγονο του Οδυσσέα, μετά την πρόσφατη ανακάλυψη των καθηγητών του Πανεπιστημίου του Κέιμπεριτζ ότι η επαρχία Παλλική της Κεφαλληνιάς, δηλαδή το Ληξούρι, είναι η πραγματική ομηρική Ιθάκη.

Εκτός από τον Τζων Αλιβιζάτο, θυμάστε ποιοι άλλοι ήταν στο πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο της ΕΔΕ;

Πώς είναι δυνατόν να μην θυμάμαι τους πρωτοπόρους στο πεδίο της Διαβητολογίας στη χώρα μας; Καταρχήν όμως θα πρέπει ν' αναφέρω ότι στην προσωρινή διοικούσα επιτροπή για την ίδρυση της ΕΔΕ, μαζί με τους Χριστακόπουλο και Καραμάνο συμμετείχε και ο αείμνηστος καθηγητής Διονύσης Ίκκος, του οποίου αδιαμφισβήτητη η συμβολή υπήρξε εξαιρετικά σημαντική στην ίδρυση της ΕΔΕ. Ακόμη, για ιστορικούς λόγους θα πρέπει ν' αναφέρω την προτροπή προς τον Τζων Αλιβιζάτο για την ίδρυση της Εταιρείας του αείμνηστου καθηγητή Πλάτωνα Πετρίδη, διεθνώς γνωστού διαβητολόγου από το Ντίσελντορφ της Γερμανίας, ελληνικής καταγωγής και πολύ καλού φίλου μου και πολλών άλλων από τους διαβητολόγους μας. Εκτός από τον πρόεδρο της Εταιρείας Τζων Αλιβιζάτο, το Διοικητικό Συμβούλιο απαρτιζόταν από τους Πάρι Χριστακόπουλο - αντιπρόεδρο, Ανδρέα

«Διαβήτης - Η Διαχρονική του Πορεία στην Ελλάδα» θεωρεί τη δεκαετία του '70 ως αφετηρία της «νέας εποχής» στο διαβήτη και χαρακτηρίζει την εποχή αυτή «φωτιά που έγινε πυρκαγιά». Το «δέντρο» που φύτεψαν οι πρωτοπόροι ανθίζει γρήγορα στον πνευματικό κάμπο της χώρας μας και αποδίδει πολύτιμους καρπούς σε όλα τα πεδία της Διαβητολογίας. Θυμάμαι μάλιστα ότι γι' αυτό το δέντρο το 1995, στον εορτασμό των 20 χρόνων από την ίδρυση της ΕΔΕ, είχα γράψει κι ένα ποίημα με τον ίδιο τίτλο. Επιτρέψτε μου να σας πω δυο στροφές από το «Δέντρο»: Το δέντρο / που φύτεψαν οι πρωτοπόροι / μεγάλωσε με στοργή / και με πολλή φροντίδα ... Στον πνευματικό κάμπο / ψηλά στέκει και περήφανο το δέντρο / ιστορία του κόπου και του μόχθου / σε αέναη επανάληψη / σε αέναη πορεία / απ' το χθες στο σήμερα / απ' το σήμερα στο αύριο.

Στην αρχή της συνέντευξής μας μιλήσατε για επιστημονικές διαβητολογικές εταιρείες. Αυτό σημαίνει ότι ιδρύθηκαν και άλλες εταιρείες;

Το 1986 ιδρύθηκε στη Θεσσαλονίκη η Διαβητολογική Εταιρεία Βόρειας Ελλάδας, η ΔΕΒΕ, με πρωτοπόρους τους καθηγητές Δημήτρη Καραμήτσο, Νίκο Παπάζογλου, Μίλτο Αλεβίζο, Γιώργο Παπαλεξίου και άλλους και το 1988 εκλέγεται το πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο με πρόεδρο τον

οργάνωση ετήσιων συνεδρίων και πολλών εκπαιδευτικών σεμιναρίων για τα μέλη της και για τα άτομα με διαβήτη, καθώς επίσης και ένα ευρύ φάσμα ερευνητικής δραστηριότητας σε θέματα διαβητικού ενδιαφέροντος. Επιπλέον, εκδίδει ένα θαυμάσιο περιοδικό, «Τα Ελληνικά Διαβητολογικά Χρονικά».

Καταλαβαίνω πως, εκτός από τις επιστημονικές διαβητολογικές εταιρείες, υπάρχουν και άλλοι φορείς οι οποίοι βοηθούν στην εξέλιξη της Διαβητολογίας στην Ελλάδα.

Βεβαίως. Είναι το ΕΚΕΔΙ δηλαδή το Εθνικό Κέντρο Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του, με πρόεδρο τον καθηγητή Σωτήρη Ράπτη και με πολύπλευρη επιστημονική ερευνητική, κλινική και εκπαιδευτική δραστηριότητα. Έχει διατελέσει και η αφεντιά μου, όπως λέμε στην Κεφαλληνιά, αντιπρόεδρος του ΕΚΕΔΙ στο πρώτο Διοικητικό Συμβούλιο του Κέντρου. Ακόμη θα πρέπει ν' αναφέρω την ίδρυση και λειτουργία διαβητολογικών κέντρων, περίπου 20 σε αριθμό, σε μεγάλα νοσοκομεία της χώρας μας, καθώς επίσης και τη λειτουργία μεγάλου αριθμού, νομίζω, 75, διαβητολογικών εξωτερικών ιατρείων, διασκορπισμένων σε παθολογικές κλινικές των νοσοκομείων και σε κέντρα υγείας σχεδόν σε όλη την Επικράτεια. Επίσης, πρέπει ν' αναφέρω τις ενώσεις και συνομοσπονδίες ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, με σκοπό την καλύτερη ενημέρωση και εκπαίδευση σε ότι αφορά στην αντιμετώπιση του διαβήτη και γενικά των ιατρικών, κοινωνικών και πολλών άλλων προβλημάτων, που σχετίζονται με το διά βίου νόσημα.

Απ' όσα είπατε στην αρχή, ο μεγαλύτερος αριθμός ατόμων με διαβήτη αφορά τον τύπο 2, δηλ. μη ινσουλινοεξαρτώμενο διαβήτη. Τι γίνεται στη χώρα μας για την αντιμετώπιση ειδικά του παιδικού νεανικού διαβήτη, δηλ. του τύπου 1;

Στον τομέα της αντιμετώπισης του διαβήτη τύπου 1 έχει γίνει μεγάλη προσπάθεια στη χώρα μας και στο σημείο αυτό, εκτός από τη λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων και εξωτερικών ιατρείων για τον τύπο 1

Το «δέντρο» που φύτεψαν οι πρωτοπόροι ανθίζει γρήγορα στον πνευματικό κάμπο της χώρας μας και αποδίδει πολύτιμους καρπούς σε όλα τα πεδία της Διαβητολογίας

Ρήγα - γενικό γραμματέα και μέλη τους Νίκο Κατσιλάμπρο, Βασίλη Καραμάνο, Χρήστο Τασόπουλο, Κωνσταντίνο Ζέρβα και τον ομιλούντα. Ο αγαπητός συνάδελφος καθηγητής Χαράλαμπος Τούντας στο βιβλίο του που εκδόθηκε το 2005,

καθηγητή Παθολογίας - Διαβητολογίας Δημήτρη Καραμήτσο. Όπως και η ΕΔΕ, η ΔΕΒΕ, έχει επιδείξει μέχρι σήμερα εξαιρετικές δραστηριότητες και έχει συμβάλει σημαντικά στην εξέλιξη της Διαβητολογίας στη χώρα μας. Έχει στο ενεργητικό της την

ΣΥΣΤΗΝΕΤΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ;

ΚΑΝΤΕ ΤΟΝ
ΙΔΑΝΙΚΟ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ!



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.



του διαβήτη, θα ήθελα να εξάρω τη μεγάλη προσφορά στον αγώνα κατά του παιδικού και νεανικού διαβήτη της καθηγήτριας Αικατερίνης Δάκου-Βουτετάκη, του καθηγητή Χρήστου Μπαρτσόκα, του ενδοκρινολόγου-διαβητολόγου Δημήτρη Χιώτη και των συνεργατών τους, τους επίκουρους καθηγητές Χαράλαμπου Ανουσάκη, Χαράλαμπου Θεοδωρίδη και των παιδιατρών Ανδριανής Βαζαίου-Γερασιμίδου, υπεύθυνης του Διαβητολογικού Κέντρου του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» Χριστίνας Καραγιάννη και Ε. Τσούκα. Η συμβολή τους ξεπέρασε κάθε προσδοκία.

Υπάρχουν και άλλες ειδικότητες γιατρών ή άλλων επιστημόνων που βοηθούν στην αντιμετώπιση του διαβήτη;

Όπως γνωρίζετε, κυρία Νανούρη, το πρόβλημα της αντιμετώπισης του διαβήτη είναι πολύπλευρο, τόσο όσον αφορά την καθημερινή θεραπευτική αγωγή του και των οξείων επεισοδίων του, δηλ. την υπογλυκαιμία και την διαβητική κετοξέωση, όσο και στη αντιμετώπιση των επιπλοκών της νόσου, δηλ. την αγγειοπάθεια, νεφροπάθεια και νευροπάθεια. Ιδιαίτερα, πάντως, θα πρέπει να εξάρω το σημαντικό ρόλο και τη συμβολή των διαιτολόγων στην προαγωγή της Διαβητολογίας στη χώρα μας, καθώς επίσης και το σημαντικό ρόλο των ψυχολόγων, των νοσηλευτριών, των νοσηλευτών και των επισκεπτριών υγείας με εξειδίκευση και εμπειρία στο σακχαρώδη διαβήτη, που ολοκληρώνουν στην καθημερινή ιατρική πράξη την «Ομάδα Επίθεσης» κατά του διαβήτη. Αναφερόμενος στις νοσηλεύτριες, νοσηλευτές και επισκέπτριες υγείας θα πρέπει ν' αναφέρω ότι γίνονται τακτικά ετήσια σεμινάρια για την επιμόρφωσή τους σε θέματα διαβήτη που οργανώνει ο καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Νίκος Καταϊλάμπρος, του οποίου η προσφορά στη Διαβητολογία είναι διεθνώς γνωστή.

Κύριε Παυλάτο, ποιο είναι το μέλλον της



Διαβητολογίας στην Ελλάδα;

Ό,τι σας είπα μέχρι τώρα, κυρία Νανούρη, ήταν ένα «ταξίδι» που κρατά περίπου εδώ και σαράντα χρόνια, ίσως και περισσότερο. Το 1970 σε μια εισήγησή μου για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη στη Θεσσαλονίκη είχα πει ότι «το μέλλον των διαβητικών διαγράφεται ρόδινο» και έδειξα μια διαφάνεια μ' ένα λιβάδι γεμάτο τριαντάφυλλα. Έτσι μπορώ σήμερα να πω ότι η τότε πρόβλεψή μου επαληθεύτηκε. Η πρόοδος που έχει συντελεστεί στον τομέα της Διαβητολογίας αδιαμφισβήτητη είναι σημαντική και όλοι οι συνάδελφοί μας, στις επιστημονικές εταιρείες, στα νοσοκομεία, στα κέντρα υγείας αλλά και στα ιδιωτικά ιατρεία τους προσφέρουν τις πολύτιμες υπηρεσίες τους και προάγουν από κάθε άποψη, κλινική, ερευνητική, συγγραφική, τα αφορόντα στο διαβήτη. Αλλά και οι σύλλογοι των ατόμων με διαβήτη και οι πανελλήνιες ομοσπονδίες τους εργάζονται εντατικά πάνω σε θέματα ενημέρωσης, εκπαίδευσης και αντιμετώπισης κοινωνικών θεμάτων. ■

Στους δρόμους της ελπίδας

*Δώσ' μου το χέρι σου
κι έλα να βαδίσουμε μαζί
στους δρόμους της ελπίδας
στους δρόμους που οδηγούν
στο Έβερест των ονείρων μας
στο Έβερест των οραμάτων μας.*

*Χρόνια και χρόνια
οι скапанέις της έρευνας
τους δρόμους ανοίγουν της ελπίδας
στα δύσβατα ψάχνουν μονοπάτια
του «γλυκού μυστηρίου» να βρουν τη λύση
και στην κορφή να φτάσουν του θριάμβου.*

*Προσμένοντας την αυγή
της καινούριας σου ζωής
κράτα γερά τα θήματά σου
και με τη δύναμη της ψυχής σου
και τον ήλιο στην καρδιά σου
μη σταματάς να ονειρεύεσαι.*

*Δώσ' μου το χέρι σου
κι έλα να βαδίσουμε μαζί
στους δρόμους της ελπίδας!*

Φώτης Παυλάτος

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑ
WAVESENSE™

ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑ



Πραγματικό μέγεθος

LINUS

ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ ΑΙΜΑΤΟΣ

• **ΑΚΡΙΒΕΙΑ ΣΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ**

Ασφάλεια και Ακρίβεια στο αποτέλεσμα της μέτρησης

• **ΓΡΗΓΟΡΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ**

Όσπου να πεις 1 - 2 - 3™

• **ΕΥΑΝΑΓΝΩΣΤΗ ΟΘΟΝΗ**

Μεγάλη, φωτιζόμενη οθόνη

ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΚΑΙ ΑΚΡΙΒΕΙΑ

ΑΝΤΙΠΡΟΣΩΠΟΣ - ΕΙΣΑΓΩΓΕΑΣ:

InnoVact
Improving Diabetes Management

ΤΖΑΒΕΛΛΑ 42Α - 154 51 Ν. ΨΥΧΙΚΟ, ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ.: 210 67.46.730, FAX: 210 67.53.019
Δωρεάν Γραμμή Εξυπηρέτησης: 800 - 11 - 52222

MED TRUST
THE MEDICAL SERVICES COMPANY

Νέες κατευθυντήριες οδηγίες για τα ιδανικά επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης σε διαβητικούς τύπου 2

Η Αμερικανική Εταιρεία Παθολογίας (American College of Physicians, ACP) εξέδωσε νέες κατευθυντήριες οδηγίες που αφορούν τον καθορισμό της ιδανικής τιμής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2. Τρία είναι τα κύρια σημεία της ανακοίνωσης: Πρώτον, η επιθυμητή τιμή της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης καθορίζεται σε επίπεδα τέτοια ώστε να επιτυγχάνεται η αποφυγή μικροαγγειοπαθολογικών επιπλοκών, χωρίς παράλληλα να επιβαρύνεται ο ασθενής με ανεπιθύμητες ενέργειες που δεν μπορεί να αντεχτεί. Έτσι, ενώ στο μέσο ασθενή συνιστώνται επίπεδα HbA1c <7%, σε ηλικιωμένους ασθενείς, σε άτομα υψηλότερου κινδύνου για εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών από τα φάρμακα, καθώς και σε άτομα με χαμηλό προσδόκιμο επιβίωσης λόγω άλλης νόσου είναι αποδεκτά και επίπεδα HbA1c >7%. Αντίθετα, σε άτομα υψηλού κινδύνου για μικροαγγειοπάθεια ο στόχος είναι αυστηρότερος. Δεύτερον, είναι απαραίτητη η εξατομίκευση της θεραπείας, βασισμένη στις αρχές που προαναφέρθηκαν. Τρίτον, υπάρχει ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω έρευνας για τον καθορισμό της ιδανικής ρύθμισης της γλυκόζης στις διάφορες ηλικιακές ομάδες, καθώς και σε ασθενείς που πάσχουν και από άλλες νόσους.



Ο ΕΥΡΩΠΑΪΚΟΣ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

επιβεβαιώνει το θετικό ισοζύγιο οφέλους - κινδύνου για τη rosiglitazone και την pioglitazone



Η Επιτροπή για τα Φαρμακευτικά Προϊόντα Ανθρώπινης Χρήσης του Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων (EMA) διεξήγαγε επαναξιολόγηση των δύο νέων αντιδιαβητικών δισκίων rosiglitazone (Avandia) και pioglitazone (Actos). Αφορμή ήταν τα νέα δεδομένα που παρουσιάστηκαν και αφορούσαν παρενέργειές τους. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τη rosiglitazone, αναφέρθηκαν πληροφορίες σχετικές με αυξημένο κίνδυνο

καταγμάτων σε γυναίκες, καθώς και πιθανό κίνδυνο ισχαιμικής καρδιακής νόσου λόγω μειωμένης αιμάτωσης του μυοκαρδίου. Το πόρισμα ήταν ότι και τα δύο φάρμακα ωφελούν στη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 σε βαθμό τέτοιο που υπερτερεί των πιθανών κινδύνων. Ωστόσο, συστάθηκε η επικαιροποίηση των συνταγογραφικών πληροφοριών της rosiglitazone. Οι νέες πληροφορίες θα περιλαμβάνουν την προειδοποίηση ότι το φάρμακο θα πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή σε ασθενείς με ισχαιμική καρδιακή νόσο. Επίσης, ο συνδυασμός του με ινσουλίνη θα πρέπει να χρησιμοποιείται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και μόνο κάτω από αυστηρή παρακολούθηση. Τα αποτελέσματα των μελετών που βρίσκονται σήμερα εν εξέλιξη θα εξεταστούν επίσης από την Επιτροπή, ενώ, τέλος, έγινε σύσταση για το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή περαιτέρω μελετών, ώστε να αποσαφηνιστεί το πεδίο που αφορά τα δύο αυτά αντιδιαβητικά φάρμακα.

ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΑΝΩ ΑΠΟ 40 ΕΤΩΝ

Το τεύχος του Αυγούστου 2007 του περιοδικού «Diabetes Care» δημοσίευσε τα αποτελέσματα μιας νέας μελέτης, σύμφωνα με τα οποία προτείνεται η ευρεία χρήση στατινών σε διαβητικούς μετά την τέταρτη δεκαετία της ζωής τους. Οι ερευνητές της παρούσας μελέτης εξέτασαν τέσσερις διαφορετικές στρατηγικές εφαρμογής αντιλιπιδικής αγωγής και συνέκριναν την επίδραση αυτών στη μείωση του κινδύνου για καρδιαγγειακά επεισόδια. Οι στρατηγικές περιλάμβαναν: α) τη χορήγηση στατινών αδιακρίτως σε όλους τους διαβητικούς, β) τη θεραπεία μόνο των ασθενών εκείνων με μέτριο ή υψηλό κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου, γ) τη χορήγηση στατινών όταν τα επίπεδα χοληστερόλης του αίματος υπερβαίνουν τα 5mmol/L και δ) τη χορήγηση στατινών πάνω από ένα συγκεκριμένο όριο ηλικίας σε όλους τους ασθενείς. Μελετήθηκαν 60.258 ασθενείς με διαβήτη και στη συνέχεια έγινε στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων. Διαπιστώθηκε ότι, ακόμα και σε απουσία ειδικής ένδειξης για έναρξη της θεραπείας με στατίνες (π.χ. λόγω μικρολευκωματινουρίας, θετικού ατομικού ή οικογενειακού ιστορικού καρδιαγγειακής νόσου κ.τ.λ.), οι διαβητικοί ασθενείς επωφελούνται από τη λήψη στατινών μετά την τέταρτη δεκαετία της ζωής τους. Συγκεκριμένα, ο κίνδυνος καρδιαγγειακού επεισοδίου μειώνεται σημαντικά εάν χορηγηθεί αντιλιπιδική αγωγή σε όλους τους διαβητικούς άντρες άνω των 40 ετών και σε όλες τις διαβητικές γυναίκες άνω των 45 ετών.

ΠΑΓΚΟΣΜΙΑ ΗΜΕΡΑ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ - ΕΤΟΣ ΠΑΙΔΙΟΥ



Στις 20 Δεκεμβρίου 2006 η Γενική Σύνοδος των Ηνωμένων Εθνών αναγνώρισε με ψήφισμά της το σακχαρώδη διαβήτη ως μια χρόνια νόσο, επιβαρυντική τόσο για την υγεία όσο και για την οικονομία. Η αναγνώριση αυτή από τον ΟΗΕ δίνει την ευκαιρία για καλύτερη προβολή της Παγκόσμιας Ημέρας Κατά του Διαβήτη (14 Νοεμβρίου). Το θέμα της φετινής καμπάνιας της 14ης Νοεμβρίου είναι ο παιδικός διαβήτης, ο οποίος, δυστυχώς, μπορεί να προσβάλλει παιδιά οποιασδήποτε ηλικίας, ακόμα και βρέφη. Ο διαβήτης τύπου 1 παρουσιάζει αύξηση της συχνότητάς του κατά 3% ανά έτος σε παιδιά και εφήβους, ποσοστό που φτάνει έως 5% σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Υπολογίζεται ότι περίπου 200 παιδιά την ημέρα (70.000 παιδιά το χρόνο) ηλικίας <15 ετών εμ-

φανίζουν διαβήτη τύπου 1. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται ανησυχητική αύξηση της συχνότητας και του διαβήτη τύπου 2 στα παιδιά. Η ανάγκη για διαρκή μέτρηση των επιπέδων της γλυκόζης αίματος, η φαρμακευτική αγωγή, καθώς και η διαρκής ανάγκη για ρύθμιση των δόσεων με βάση τη δραστηριότητα και το φαγητό αποτελούν παράγοντες που δυσχεραίνουν τόσο την ανάπτυξη όσο και την κοινωνική ένταξη ενός παιδιού και τη μετάβασή του στην ενήλικη ζωή. Για τη διευκόλυνση της ευαίσθητης αυτής ηλικιακής ομάδας απαιτείται συνεργασία όλων των εμπλεκόμενων φορέων, ώστε να επιτυγχάνεται έγκαιρη διάγνωση και σωστή εκπαίδευση και το διαβητικό παιδί να ζει μια όσο το δυνατόν πιο φυσιολογική ζωή.

ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΥΠΕΡΤΑΣΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΕ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ Σ.Δ. ΤΥΠΟΥ 2 - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ADVANCE

Μέχρι σήμερα ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 λαμβάνουν αντιυπερτασική αγωγή όταν εμφανίσουν αύξηση της αρτηριακής τους πίεσης πάνω από τα καθορισμένα επίπεδα. Ο αντίλογος στην παραδοσιακή αυτή τακτική υποστηρίζει ότι, ανεξαρτήτως αρτηριακής πίεσης, όλοι οι ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 πρέπει να λαμβάνουν αντιυπερτασική θεραπεία. Για τον έλεγχο της άποψης αυτής σχεδιάστηκε και πραγματοποιήθηκε η μελέτη Advance, κατά την οποία χορηγήθηκε σε ασθενείς με διαβήτη τύπου 2 για έξι εβδομάδες ο συνδυασμός περινδοπρίλης/ινδαπαμίδης (αντιυπερτασική αγωγή) και ελέγχθηκε η συχνότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβάντων θανάτου, καθώς και η επιδείνωση της αμφιβληστροειδοπάθειας και της νεφροπάθειας. Διαπιστώθηκε μείωση κατά 9% της συχνότητας εμφάνισης των παραπάνω σε όσους ασθενείς έλαβαν την αγωγή, σε σχέση με αυτούς που έλαβαν εικονικό φάρμακο και χρησιμοποιήθηκαν ως ομάδα ελέγχου. Η μελέτη αυτή δημοσιεύτηκε στο έγκυρο περιοδικό «Lancet». Το ερώτημα που εγείρεται και συζητείται είναι κατά πόσον μπορεί να επιτευχθεί το ίδιο αποτέλεσμα και με άλλα αντιυπερτασικά φάρμακα, πέραν του προαναφερθέντος συνδυασμού.

Προσθήκη ινσουλίνης

στην από του στόματος θεραπεία βελτιώνει τον έλεγχο των επιπέδων γλυκόζης στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2

Είναι πλέον γνωστό ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια προϊούσα νόσος κατά την οποία οι ασθενείς θα χρειαστούν κάποια στιγμή ινσουλινοθεραπεία. Ένδειξη έναρξης της θεραπείας με ινσουλίνη αποτελεί η αδυναμία ελέγχου της γλυκόζης του αίματος. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς που λαμβάνουν τις μέγιστες δυνατές δόσεις φαρμάκων από το στόμα (διγουανίδια και σουλφονουριδίες) και παρ' όλα αυτά εμφανίζουν ποσοστό γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης >7% χρήζουν προσθήκης ενέσεων ινσουλίνης. Εκεί εγείρεται το ερώτημα του είδους της ινσουλίνης που θα προτιμηθεί, ένα δύσκολο δίλημμα για τους θεράποντες ιατρούς, δεδομένης της ποικιλίας των διαθέσιμων μορφών ινσουλίνης. Για την απάντηση του ερωτήματος αυτού εκπονείται μια μεγάλη κλινική μελέτη, η 4-T, τα πρώτα αποτελέσματα της οποίας δημοσιεύτηκαν ηλεκτρονικά από το περιοδικό «New England Journal of Medicine» στις 21 Σεπτεμβρίου 2007, ενώ παράλληλα ανακοινώθηκαν και στην 43η Συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Μελέτης του Διαβήτη (EASD). Σύμφωνα με αυτά, είναι προτιμότερη η έναρξη της ινσουλινοθεραπείας με μια ινσουλίνη βραδείας αποδέσμευσης ημερησίως. Φαί-

νεται πως η επιλογή αυτή υπερτερεί της διφασικής και της εντατικής χορήγησης ινσουλίνης, γιατί αποφεύγεται η εμφάνιση ανεπιθύμητης υπογλυκαιμίας χωρίς να υστερεί στον έλεγχο της γλυκόζης. Όσον αφορά τις σουλφονουριδίες, θεωρείται προτιμότερο να διακόπτονται όταν ξεκινά η χορήγηση ινσουλίνης. Η μελέτη 4-T φιλοδοξεί να διευκρινίσει τον ενδεχόμενο χρόνο διακοπής των σουλφονουριδίων και μετάβασης σε σύνθετα σχήματα ινσουλίνης, καθώς και τον ενδεχόμενο συνδυασμό ινσουλίνης για βέλτιστη ρύθμιση του διαβήτη.



Το δικαίωμα-υποχρέωση στη στράτευση

Σήμερα τα άτομα με διαβήτη τύπου 1 που ρυθμίζονται σωστά με τα διάφορα σχήματα ινσουλινοθεραπείας διάγουν μια καθ' όλα φυσιολογική ζωή. Θα πρέπει να τονιστεί ότι τα άτομα με διαβήτη δεν φέρουν, λόγω της νόσου, καμιά σωματική ή ψυχική αναπηρία και ότι η μοναδική βιολογική διαταραχή είναι η έλλειψη έκκρισης ινσουλίνης, την οποία οφείλουν να υποκαθιστούν με την εξωγενή χορήγηση ινσουλίνης κατά το δυνατότερο φυσιολογικό τρόπο.



ΑΓΑΘΟΚΛΗΣ ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ

καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας
Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Έτσι, με κανένα μέτρο, δεν μπορούν τα άτομα με διαβήτη να χαρακτηρίζονται «άτομα με αναπηρία» ή «άτομα με ειδικές ανάγκες», όπως θέλει να τα κατατάσσει η πολιτεία.

Βέβαια, ο διαβήτης είναι μια χρόνια κατάσταση η οποία χρειάζεται συχνή παρακολούθηση και καλή ρύθμιση, για να αποφευχθούν οι επιπλοκές του διαβήτη, που αποτελούν και το κύριο «φορτίο» της νόσου. Στην προσπάθεια αυτή θα πρέπει να συμβάλλουν τόσο τα ίδια τα άτομα με διαβήτη αναλαμβάνοντας την αυτοδιαχείριση του προβλήματος όσο και η πολιτεία, η οποία οφείλει να είναι αρωγός στην προσπάθεια αυτή.

Έτσι, λοιπόν, δημιουργείται μια σχέση αμφίδρομη δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ των ατόμων με διαβήτη και της κοινωνίας στην οποία τα άτομα ανήκουν. Όσο πιο αρμονική και ισορροπημένη είναι η σχέση αυτή τόσο μικρότερο θα είναι το φορτίο-κόστος του διαβήτη και στις δύο πλευρές.

Είναι αυτονόητο ότι η πολιτεία οφείλει να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες για την καλύτερη κοινωνική και επαγγελματική προσαρμογή των ατόμων με διαβήτη, ώστε με τη σειρά τους να ανταποδώσουν και να προσφέρουν και εκείνα στο κοινωνικό σύνολο.

Στο πλαίσιο αυτό των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων των ατόμων με διαβήτη σε σχέση με την πολιτεία, είναι και το δικαίωμα



-υποχρέωση της στράτευσης.

Μέχρι σήμερα, οι άρρενες κατατάσσονται από τη Στρατολογία στην κατηγορία «Ακατάλληλος για στράτευση» (Ι5) και απαλλοτριώνονται της στρατιωτικής θητείας.

Αυτό μπορεί να διευκολύνει κάποια άτομα που επιθυμούν να αποφύγουν τη στράτευση, αλλά πιθανώς και την ίδια την πολιτεία για να αποφύγει τη δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την απρόσκοπτη στράτευση των ατόμων με διαβήτη. Αυτή είναι η αρνητική πλευρά του νομίσματος στο θέμα της στράτευσης που πιθανώς να διευκολύνει και τις δύο πλευρές.

Από την άλλη, υπάρχουν και άτομα με διαβήτη που θεωρούν τον εαυτό τους ικανό για στράτευση, και όμως στερούνται του δικαιώματος αυτού. Η άρνηση εκ μέρους της πολιτείας να τους δεχτεί για στράτευση τους δημιουργεί ένα αίσθημα διάκρισης και κατωτερότητας με αρνητικές επιπτώσεις στην κοινωνική τους ένταξη και επαγγελματική σταδιοδρομία.

Έτσι, λοιπόν, στο θέμα της στράτευσης, δημιουργούνται δύο κατηγορίες πολιτών, οι

ικανοί και οι ανίκανοι, με συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις.

Για να αποφευχθούν οι αρνητικές αυτές συνέπειες θα ήταν καλύτερο στα άτομα με διαβήτη που χαιρούν καλής σωματικής και ψυχικής υγείας, όπως και οι άλλοι στρατεύσιμοι πολίτες, να επιτρέπεται σε εθελοντική βάση η στράτευσή τους. Βέβαια, θα πρέπει να υπηρετούν σε υπηρεσίες και χώρους όπου δεν εμποδίζεται η ομαλή ρύθμιση του διαβήτη, π.χ. σε στρατολογικά γραφεία, νοσοκομεία και άλλες υπηρεσίες που βρίσκονται κοντά σε διαβητολογικά ιατρεία ή κέντρα νοσοκομείων, όπου και να παρακολουθούνται. Αυτή είναι η θετική πλευρά που εξομαλύνει και εξισορροπεί τη σχέση δικαιωμάτων και υποχρεώσεων μεταξύ των ατόμων με διαβήτη και της πολιτείας.

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

GLUCOCARD™ Ο ΜΕΤΡΗΤΗΣ ΤΗΣ ΝΕΑΣ ΓΕΝΙΑΣ



Μ. ΠΙΠΕΛΙΔΗΣ Α.Ε.

GLUCOCARD™ X-METER

Ανώδυνη λήψη αίματος > Εύκολη χρήση > Γρήγορο αποτέλεσμα



MENARINI
diagnostics

MENARINI ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ - ΙΑΤΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ Α.Ε.Β.Ε.
Λεωφ. Βουλιαγμένης 575 • 164 51 Αργυρούπολη • Τηλ: 210 99 44 950-4 • Fax: 210 99 45 029 • www.menarinidiagnostics.gr

Η εκπαίδευση των εκπαιδευτών διαβήτη

Η χώρα μας έχει το προνόμιο να διαθέτει εξαιρετικούς διαβητολόγους με διεθνή προβολή και θαυμάσια εκπαίδευση και μετεκπαίδευση εδώ και στο εξωτερικό. Η πολιτεία έχει θεσμοθετήσει τη λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων και ιατρείων. Τα μέσα επικοινωνίας (τηλεόραση, ημερήσιος Τύπος, περιοδικά) πολύ συχνά ενημερώνουν, πληροφορούν και ανακοινώνουν καθετί νεότερο για το σακχαρώδη διαβήτη.



ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΠ. ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ

Ομότιμος καθηγητής Παιδιατρικής, Διευθυντής Παιδιατρικής Κλινικής Νοσοκομείου «Μντέρα»

Κι όμως, ένας μεγάλος αριθμός ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη στερείται της καλής εκπαίδευσης, με σοβαρές επιπτώσεις όχι μόνο στην καθημερινή ρύθμιση αλλά και στην ψυχική υγεία του, που οδηγεί σ' ένα φαύλο κύκλο στην αντιμετώπιση του διαβήτη. Άραγε, τι είναι αυτό που λείπει; Γιατί να υπάρχουν τόσοι ασθενείς που δεν ασχολούνται σοβαρά με τον διαβήτη τους; Που

δεν συμμορφώνονται με τις οδηγίες του γιατρού τους;

Θα ήταν επιπόλαιο να επιρρίψουμε τις ευθύνες στους ίδιους τους ασθενείς ή στις οικογένειές τους. Ασφαλώς η απόκρυψη του προβλήματος ή η μυστικοπάθεια κάθε άλλο βοηθούν στην προσαρμογή στην κατάσταση που λέγεται διαβήτης.

Είναι βέβαιο ότι ο παράγων επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενή έχει ιδιαίτερη σημασία. Φυσικά και κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και ο τρόπος προσέγγισης είναι σημαντικός. Πρέπει να αναλογίζεται ο γιατρός, ιδίως όταν πρόκειται για παιδιά

ή εφήβους, ότι οι επιστημονικές γνώσεις τους είναι ελάχιστες και πρέπει να εφαρμόσει χαλαρή προσέγγιση με βαθμιαία ενημέρωση για καλή εμπέδωση κάθε νέας πληροφορίας για το διαβήτη και όχι να επαυξήσει το ήδη υπάρχον σοκ με βαρυσήμαντες λέξεις και όρους, καθώς και απειλές για επιπλοκές στην έλλειψη συμμόρφωσης.

Δεν πρέπει να λησμονεί ο γιατρός το ψυχολογικό σοκ, ιδίως των μητέρων, που θα απαιτήσει μήνες για να ξεπεραστεί, ενώ προσπαθεί ματαιώς να τους μεταδώσει όλο τον όγκο της κλινικής διαβητολογίας. Το ίδιο ισχύει και για τους υπόλοιπους επιστήμονες υγείας, όπως τους νοσηλευτές ή τους διαιτολόγους.

Στο σημείο της αρχικής ενημέρωσης θα φανεί πόσο ορθά χειριστήκαμε τις ικανότητές μας να μεταδώσουμε τη γνώση και την εμπειρία μας. Πολλές φορές οι ασθενείς ή οι οικογένειες φεύγουν από το ιατρείο ή το νοσοκομείο zahισμένοι, παραφορτωμένοι από γνωστικό υλικό, το οποίο στην ψυχολογική κατάσταση που βρίσκονται όχι μόνο δεν έχουν καταφέρει να εμπέδωσουν αλλά υφίσταται κίνδυνος να το χρησιμοποιήσουν λάθος.

Εκείνο που φαίνεται να λείπει στη χώρα μας με το πλούσιο ανθρώπινο δυναμικό στα διαβητολογικά κέντρα και ιατρεία είναι η εκπαίδευση του εκπαιδευτή. Δεν αρκεί να γνωρίζεις πώς να αντιμετωπίσεις το διαβήτη ως γιατρός, ως νοσηλευτής ή ως διαιτολόγος. Χρειάζεται να ξέρεις πώς θα μεταδώσεις κάθε νέα πληροφορία σε άτομα φοβισμένα, απειλημένα για τις



μελλοντικές επιπλοκές και γενικά με το δέος ενώπιον του προσώπου κύρους σε ένα απειλητικό περιβάλλον όπως είναι το νοσοκομείο.

Πώς θα αντιμετωπιστεί η συνεχιζόμενη αυτή κατάσταση; Ομάδες υποστήριξης που εφαρμόστηκαν στο παρελθόν και ενδεχομένως σε περιορισμένο κύκλο ατόμων με διαβήτη πρόσφεραν σημαντικά στο να ανορθώσουν συναισθηματικά φοβισμένες μητέρες ή παιδιά για να αποκτήσουν αυτοπεποίθηση και να συμφιλιωθούν με το διαβήτη τους.

Ήδη σε ορισμένες χώρες η εξειδίκευση στο διαβήτη πιστοποιείται και με εξετάσεις ακόμη, τόσο για τον γιατρό όσο και για τον ψυχολόγο, τον νοσηλευτή και τον διαιτολόγο. Αυτό είναι το περίφημο CDE (Certified Diabetes Educator), που προστίθεται στις ΗΠΑ μετά το MD στο όνομα του γιατρού ή το RN (της νοση-

.....

Δεν αρκεί να γνωρίζεις
πώς να αντιμετωπίσεις
το διαβήτη ως γιατρός,
ως νοσηλευτής ή
ως διαιτολόγος.
Χρειάζεται να ξέρεις
πώς θα μεταδώσεις
κάθε νέα πληροφορία
σε άτομα φοβισμένα,
για τις μελλοντικές
επιπλοκές.

.....

λεύτριας) ή το RD (της διαιτολόγου). Το πιστοποιητικό CDE χορηγείται έπειτα από πρακτική εξάσκηση και εξετάσεις με τις οποίες βεβαιώνεται η ικανότητα του επιστήμονα να μεταδώσει στο άτομο με διαβήτη ή την οικογένειά του, τη γνώση και ιδιαίτερα τη δύναμη να αντιμετωπίσει καθημερινά τη νόσο του. Καιρός είναι να καταστεί απαραίτητη η πιστοποίηση της εμπειρίας εκπαιδευτή του διαβήτη στην Ελλάδα μέσω του ΕΚΕΔΙ ή της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας. Η καλύτερη εκπαίδευση των πασχόντων θα συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της φροντίδας των ατόμων με διαβήτη και, ασφαλώς, θα βοηθήσει και στην πρόληψη ή καθυστέρηση των επιπλοκών. Η καλύτερη εκπαίδευση των πασχόντων επιτυγχάνεται με τη βελτίωση των ικανοτήτων τόσο των γνωστικών όσο και των ανθρωπίνων, των εκπαιδευτών. ■

Παχυσαρκία και διαβήτης: αλληλένδετα νοσήματα που απειλούν τη σύγχρονη κοινωνία

Η παχυσαρκία αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας στις αναπτυγμένες αλλή και τις αναπτυσσόμενες χώρες. Το πρόβλημα αυτό τα τελευταία χρόνια διαρκώς διογκώνεται, με αποτέλεσμα η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας να ανακηρύξει την παχυσαρκία ως παγκόσμια επιδημία. Εξαιρετικά ανησυχητική είναι εξάλλου η εκρηκτική αύξηση της παχυσαρκίας τα τελευταία χρόνια στην παιδική και εφηβική ηλικία. Σήμερα υπολογίζεται ότι πάνω από το 20% των ενηλίκων ατόμων στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες, στις οποίες συμπεριλαμβάνεται και η Ελλάδα, είναι παχύσαρκο.



ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΑΤΣΙΛΑΜΠΡΟΣ

MD, PhD, FACP, καθηγητής Ιατρικής
Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Η εκρηκτική αύξηση της παχυσαρκίας συνοδεύεται από μια εξίσου (αν όχι περισσότερο) ανησυχητική αύξηση των περιπτώσεων σακχαρώδη διαβήτη, η οποία παρουσιάζει παρόμοια γεωγραφική κατανομή. Η σχέση παχυσαρκίας και διαβήτη είναι γνωστή εδώ και αιώνες και τεκμηριώνεται από πολλά επιδημιολογικά δεδομένα. Είναι καθολική η παρατήρηση ότι η μεγάλη πλειοψηφία των πασχόντων από διαβήτη (60%-90%) αποτελείται από υπέρβαρα και παχύσαρκα άτομα. Καταρχήν επισημαίνεται ότι η παχυσαρκία συνδυάζεται με το διαβήτη τύπου 2 (που παλαιότερα ονομαζόταν διαβήτη των ενηλίκων και είναι ο συχνότερος τύπος διαβήτη) και όχι με το διαβήτη τύπου 1 (παλαιότερα: νεανικός διαβήτης ή ινσουλινोεξαρτώμενος). Ο διαβήτης τύπου 1 οφείλεται σε καταστροφή των κυττάρων που είναι υπεύθυνα για την παραγωγή ινσουλίνης. Αντίθετα, στο διαβήτη τύπου 2 υπάρχει διαταραχή στη δράση της ινσουλίνης. Συγκεκριμένα, τα κύτταρα «ανθίστανται» στην εντολή της ινσουλίνης για την είσοδο του σακχάρου μέσα τους, οπότε προκαλείται μια κατάσταση που ονομάζεται αντίσταση στην ινσουλίνη. Έτσι, στην αρχή της νόσου,



τουλάχιστον, ο οργανισμός αναγκάζεται να παράγει περισσότερη ινσουλίνη. Ωστόσο, με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται προοδευτική μείωση αυτής της ικανότητας του οργανισμού, με αποτέλεσμα την εμφάνιση διαβήτη.

Καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία της αντίστασης στην ινσουλίνη διαδραματίζει η παχυσαρκία. Φαίνεται μάλιστα ότι ιδιαίτερα βλαβερή είναι η παχυσαρκία «κεντρικού τύπου», η εναπόθεση δηλαδή λίπους στο άνω μέρος του κορμού και ιδίως στην κοιλιά. Αντίθετα, φαίνεται ότι όταν το περιττό λίπος εναποτίθεται κυρίως στο κατώτερο τμήμα του σώματος (ιδίως στους γλουτούς και τους μηρούς), δεν προκαλείται σημαντική διαταραχή στο μεταβολισμό και δεν εμφανίζεται αντίσταση στην ινσουλίνη. Συνεπώς, η κεντρική ή κοιλιακή παχυσαρκία είναι αυτή που συνδυάζεται με αντίσταση στην ινσουλίνη και με εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Ασφαλώς, καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της νόσου διαδραματίζει και η κληρονομική προδιάθεση του ατόμου.

Η κεντρική ή κοιλιακή παχυσαρκία εκτιμάται ικανοποιητική με μια απλή μέτρηση της περιφέρειας μέσης. Έχει βρεθεί ότι όταν η μέτρηση αυτή υπερβαίνει τα 94 εκατοστά στους άντρες και τα 80 εκατοστά στις γυναίκες, ο κίνδυνος διαταραχών του μεταβολισμού (και κατ' επέκταση επιπλοκών από την καρδιά και τα αγγεία) αυξάνεται. ▢



ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΟΤΙ ΤΑ ΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΟΛΙΚΗΣ ΑΛΕΣΕΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ ΝΑ ΒΟΗΘΗΣΟΥΝ ΣΤΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ;

Μελέτες έχουν δείξει ότι τα δημητριακά Ολικής Αλέσεως σε σχέση με τα επεξεργασμένα δημητριακά, διατηρούν σε φυσιολογικό εύρος τα επίπεδα γλυκόζης και ινσουλίνης στο αίμα, εν μέρει λόγω του ότι μειώνουν το ρυθμό απορρόφησης των υδατανθράκων από τον οργανισμό. Εντάξτε καθημερινά στη διατροφή σας δημητριακά Ολικής Αλέσεως στα πλαίσια ενός ενδεδειγμένου διαιτολογίου και απολαύστε τη γεύση αλλά και το καλό που κάνουν στον οργανισμό.

Επειδή δεν είναι όλα τα δημητριακά ολικής αλέσεως, αναζητήστε το ειδικό σήμα ολικής αλέσεως στις συσκευασίες των δημητριακών της NESTLÉ®. Είναι η εγγύησή σας ότι προσφέρετε στον οργανισμό σας τα οφέλη της ολικής αλέσεως.





Η κοιλιακή παχυσαρκία, μέσω της αντίστασης στην ινσουλίνη, εκτός από την αύξηση του σακχάρου αίματος, παραβιάζει και άλλες πτυχές του μεταβολισμού. Έτσι παρατηρούνται διαταραχές των λιπιδίων που χαρακτηρίζονται από αύξηση των τριγλυκεριδίων, μείωση της «καλής» (HDL) χοληστερόλης και ποιοτικές διαταραχές της «κακής» (LDL) χοληστερόλης, που την καθιστούν ακόμη πιο βλαπτική. Επιπλέον, η κοιλιακή παχυσαρκία συνδυάζεται με αύξηση της αρτηριακής πίεσης.

Το σύνολο των παραπάνω διαταραχών του μεταβολισμού (στο σάκχαρο, τα λιπίδια και την αρτηριακή πίεση) που συνδέονται με την κοιλιακή παχυσαρκία και την αντίσταση στην ινσουλίνη ονομάζεται μεταβολικό σύνδρομο και προδιαθέτει ισχυρά για νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων, με κυριότερα από αυτά τη στεφανιαία νόσο και τα εμφράγματα, τα εγκεφαλικά επεισόδια και την ανεπαρκή κυκλοφορία στα πόδια. Το μεταβολικό σύνδρομο έχει λάβει διαστάσεις επιδημίας στις αναπτυγμένες χώρες, ως αποτέλεσμα του σύγχρονου τρόπου ζωής, που χαρακτηρίζεται από υπερβολική σε ποσότητα, πλούσια σε λιπαρά διατροφή και καθιστική ζωή. Ένα ποσοστό της τάξης του 20%-25% του γενικού πληθυσμού των αναπτυγμένων χωρών έχει μεταβολικό σύνδρομο. Η συχνότητα του μεταβολικού συνδρόμου στην Ελλάδα είναι περίπου αντίστοιχη του παραπάνω ποσοστού. Η συντριπτική

Η απώλεια βάρους σε συνδυασμό με σωστή διατροφή και άσκηση αποτελεί σημαντικότατη πτυχή στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2.

πλειοψηφία των ατόμων με διαβήτη τύπου 2 έχουν παράλληλα και το μεταβολικό σύνδρομο (συχνότητα 70%-90%). Η στενή συνύπαρξη παχυσαρκίας και διαβήτη και η παράλληλη αύξηση της συχνότητάς τους τα τελευταία χρόνια οδηγεί στη λογική σκέψη ότι, εάν καταπολεμηθεί η πρώτη, είναι δυνατόν να προληφθεί ο δεύτερος. Πράγματι, πολλούς καλώς σχεδιασμένες και εμπεριστατωμένες μελέτες έχουν διενεργηθεί παγκοσμίως, προκειμένου να αποδειχθεί η λογική αυτή υπόθεση. Οι μεγαλύτερες από αυτές έγιναν στη Φιλανδία (χώρα με άριστα οργανωμένη υγειονομική περίθαλψη) και τις ΗΠΑ και δημοσιεύτηκαν σχεδόν ταυτόχρονα σε εγκυρότατα ιατρικά περιοδικά πριν από μια πενταετία περίπου. Και στις δύο μελέτες ερευνήθηκε η επίδραση ενός οργανωμένου προγράμματος υγιεινής διατροφής και

αύξησης της σωματικής δραστηριότητας σε άτομα με ισχυρή προδιάθεση για ανάπτυξη διαβήτη τύπου 2 (στη συντριπτική τους πλειοψηφία παχύσαρκα). Ο ελάχιστος στόχος ήταν απώλεια βάρους της τάξης του 5%, μείωση του κορεσμένου (κυρίως ζωικού) λίπους της διατροφής, αύξηση της κατανάλωσης φρέσκων φρούτων και λαχανικών και σωματική δραστηριότητα (όπως για παράδειγμα το γρήγορο περπάτημα) τουλάχιστον για 150 λεπτά την εβδομάδα. Οι σχετικά απλές αυτές κινήσεις, ενσωματωμένες σε συχνές συναντήσεις των συμμετεχόντων με ομάδες ειδικών σε κάθε τομέα, οδήγησαν σε μείωση της πιθανότητας για εμφάνιση διαβήτη τύπου 2 κατά 58%, ποσοστό ταυτόσημο και στις δύο μελέτες. Είναι αξιοσημείωτο ότι το ποσοστό αυτό ήταν μεγαλύτερο από εκείνο που επιτεύχθηκε με τη χορήγηση μετορμίνης, ενός αντιδιαβητικού φαρμάκου το οποίο μείωσε την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη κατά 37%. Η αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με απώλεια βάρους σε συνδυασμό με σωστή διατροφή και σωματική άσκηση αποτελεί επίσης σημαντικότερη πτυχή στην αντιμετώπιση ατόμων που έχουν ήδη διαβήτη τύπου 2, σε όλα τα στάδια της νόσου. Ασφαλώς, η υγιεινο-διατροφική παρέμβαση στα άτομα με διαβήτη πρέπει να γίνεται σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή, άλλοτε άλλης μορφής και έντασης, προκειμένου η ρύθμιση του σακχάρου να είναι κατά το δυνατόν άριστη. Καθώς μάλιστα αρκετά από τα αντιδιαβητικά φάρμακα (συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης) αυξάνουν το σωματικό βάρος, η σημασία της σωστής διατροφής (τόσο από πλευράς συνολικών θερμίδων όσο και από πλευράς σύστασης) καθίσταται ακόμη πιο εμφανής.

Συμπερασματικά, η παχυσαρκία αποτελεί ισχυρό παράγοντα που προδιαθέτει στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη που με τη σειρά του αποτελεί σημαντικότερη απειλή για την υγεία ζωτικών οργάνων του ανθρώπινου οργανισμού. Η καταπολέμηση της παχυσαρκίας με βασικά όπλα τη σωστή διατροφή και τη σωματική άσκηση μας προστατεύει από την απειλή αυτή και αποτελεί την καλύτερη άμυνα έναντι της απειλητικής αυτής ασθένειας. ■



Η υγεία σας, όμως, έχει ανάγκη από καθημερινή φροντίδα

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

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



Σωστή διατροφή για ζωή υγιεινή.



Σακχαρώδης διαβήτης: μια διάγνωση «εν αιθρία ουρανού»

Ο Γιωργάκης, όπως όλα τα καλοκαίρια, έτσι και φέτος πήγε στο νησί του να περάσει τις καλοκαιρινές διακοπές με τους παππούδες του, μια και οι γονείς του ακόμη δούλευαν.

Η γιαγιά παρατήρησε ότι συνέχεια γυρνούσε από το παιχνίδι και ζητούσε νερό, πήγαινε πιο συχνά στην τουαλέτα και ξαναπήγαινε για παιχνίδι. Παιδί είναι, σκέφτηκε, παίζει έντονα, ιδρώνει, είναι και καλοκαίρι, γι' αυτό χρειάζεται τόσο νερό. Ο ίδιος ήταν πάντα κεφάτος και όταν άρχισε να ξυπνά και το βράδυ για να πάει τουαλέτα, σκέφτηκε ότι φταίει το καρπούζι που τρώει με τόση μανία κάθε βράδυ μπροστά στην τηλεόραση. Μέχρι να έρθουν οι γονείς από την Αθήνα, ο Γιωργάκης όλο και περισσότερο ένιωθε κουρασμένος, βαριόταν να πάει να παίξει ποδόσφαιρο. Και όταν η μαμά του τον είδε: «Πώς αδυνάτισες έτσι» φώναξε! Είναι γιατί ψηλώνει, δόθηκε γρήγορα η απάντηση. Παρ' όλα αυτά, η μαμά ανησύχησε, τον πήγε στο νοσοκομείο του νησιού κι εκεί διαπιστώθηκε σάκχαρο αίματος 380mg/dl και τέθηκε η διάγνωση: ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ.

«Μα πώς, εν αιθρία ουρανού;», φώναξε η μαμά. «Δεν έχουμε καμμία κληρονομικότητα».

 **Δρ ΧΡΙΣΤΙΝΑ ΚΑΝΑΚΑ-GANTENBEIN**
MD Παιδίατρος, Παιδοενδοκρινολόγος-
Διαβητολόγος, Επίκουρη Καθηγήτρια
Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας-
Νεανικού Διαβήτη, Α' Παιδιατρική
Κλινική-Ιατρική Σχολή Παν/μίου Αθηνών

Κι όμως η ιστορία του Γιωργάκη επαναλαμβάνεται, δυστυχώς, τόσο συχνά για τόσα παιδιά σε όλο τον κόσμο και έρχεται μια διάγνωση *εν αιθρία ουρανού*, χωρίς κάποια κληρονομικότητα, χωρίς κάτι να μπορέσει να προβλέψει κανείς, χωρίς να μπορέσει να αποφύγει αυτή τη νέα πραγματικότητα. Και αρχίζουν τα στελέϊωτα «γιατί»... Γιατί συνέβη, μήπως έφταιγαν οι σοκολάτες που έτρωγε στο σχολείο, μήπως το προκάλεσε η προστριβή με τον αδελφό του, μήπως έφταιγε η πίεση της μαμάς για διάβασμα, μήπως, μήπως, μήπως. Τόσα αναπάντητα ερωτήματα...

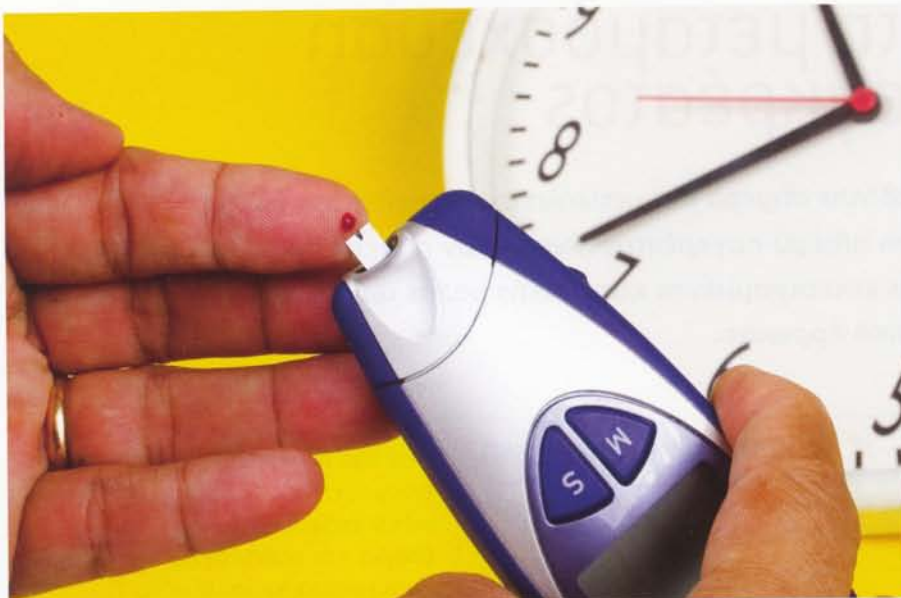
Ο νεανικός σακχαρώδης διαβήτης ή ορθότερα σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 είναι η συχνότερη χρόνια ενδοκρινολογική της παιδικής και εφηβικής ηλικίας και οφείλεται σε αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, με αποτέλεσμα ανεπαρκή έκκριση της ινσουλίνης. Στη παθογένειά του συμμετέχουν μια γενετική προδιάθεση, η οποία δεν είναι σαφώς καθορισμένη, ενώ την πυροδότηση της αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων του παγκρέατος προκαλεί ένα από τα διάφορα πιθανά εκλυτικά αίτια, τα οποία δεν είναι πλήρως αποσαφηνισμένα. Γι' αυτό και

πρωταρχικό μέλημα στην ενημέρωση των γονέων ενός παιδιού με πρωτοδιάγνωστο σακχαρώδη διαβήτη είναι να τους δοθεί ξεκάθαρα η απάντηση ότι δεν έφταιξαν σε κάτι και προκάλεσαν το διαβήτη, ότι δεν μπορούσαν να κάνουν κάτι για να τον αποφύγουν, ώστε να σβήσουν τα αισθήματα ενοχής που συχνά κουβαλούν μέσα τους.

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 εμφανίζεται παγκόσμια με μια συχνότητα που ποικίλλει ανάλογα με την κάθε χώρα, κυμαινόμενη από 0,6 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους στην Ιαπωνία (τη χώρα με τη χαμηλότερη επίπτωση) έως 45 περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους κάτω των 15 ετών στη Φινλανδία (τη χώρα με τη μεγαλύτερη επίπτωση). Η χώρα μας παρουσιάζει μια ενδιάμεση συχνότητα, περίπου 8-10 νέα περιστατικά ανά 100.000 παιδιά και εφήβους. Η συχνότητα, δυστυχώς, αυξάνει παγκοσμίως κατά 2%-5% κάθε χρόνο.

Η ηλικία εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζει δύο αιχμές, μία που αφορά τις μικρές ηλικίες, 1-4 έτη και που φαίνεται να αυξάνεται παγκοσμίως κατά τα τελευταία χρόνια, και μία δεύτερη που αφορά την εφηβεία.





Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 οφείλεται σε αυτοάνοσο μηχανισμό και δεν φταίει η κακή διατροφή του παιδιού ούτε η πίεση για το σχολείο. Γι' αυτό δεν πρέπει να υπάρχουν ενοχές στους γονείς ότι κάτι λάθος έκαναν ή θα μπορούσαν να το προλάβουν.

Σε οποιαδήποτε ηλικία όμως κατά την παιδική/εφηβική περίοδο και να τεθεί η διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1, σηματοδοτείται για το παιδί ή τον έφηβο το ξεκίνημα ενός άλλου τρόπου ζωής. Η καθημερινότητα του παιδιού αυτού αλλιάζει και περιλαμβάνει 3-4 (έως πολλές φορές 6-8) μετρήσεις σακχάρου αίματος τη μέρα, 2-5 ενέσεις ινσουλίνης, διατήρηση σωστής διατροφής και συστηματικής άσκησης και τήρηση ωραρίων. Κατά συνέπεια, το παιδί τοποθετείται πλέον σε ένα προγραμματισμό που συχνά προσκρούει στην ανάγκη του για ελευθερία και ξεγνοιασιά. Σκοπός της θεραπείας είναι να διατηρούνται τα επίπεδα σακχάρου αίματος όσο γίνεται μέσα στα φυσιολογικά όρια και να μην ξεφεύγουν προς τα πάνω (υπεργλυκαιμία) ούτε να πέφτουν σε χαμηλά επίπεδα <60 mg/dl (υπογλυκαιμία), για να αποφευχθούν τόσο οι μακροχρόνιες επιπλοκές της μικρο- και μακροαγγειοπάθειας όσο και βραχυπρόθεσμες επιπλοκές, όπως η βαρεία υπογλυκαιμία, που μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια συνείδησης ή και κώμα. Η εντατικοποιημένη θεραπεία είναι

απαραίτητη, δεδομένου ότι είναι η μόνη που μπορεί να εξασφαλίσει τη σημαντική καθυστέρηση ή και αποφυγή εμφάνισης μακροχρόνιων προβλημάτων.

Οι πιο δύσκολες φάσεις στη γλυκαιμική ρύθμιση ενός παιδιού με διαβήτη είναι η νηπιακή ηλικία και αργότερα η εφηβεία.

Είναι ευνόητο ότι στις πολύ μικρές ηλικίες η μη προβλεψιμότητα της κατανάλωσης της τροφής, καθώς και της σωματικής δραστηριότητας του νηπίου οδηγούν σε απρόβλεπτα μεγάλες διακυμάνσεις του σακχάρου αίματος, που αυξάνουν το γονεϊκό άγχος και τον κίνδυνο υπογλυκαιμιών. Επιπλέον, οι μικρές αυτές ηλικίες είναι κατεξοχήν ευάλωτες στον κίνδυνο υπογλυκαιμίας, δεδομένου ότι ο αναπτυσσόμενος εγκέφαλος έχει ανάγκη γλυκόζης, ώστε να μη διαταραχθούν λεπτές του λειτουργίες, όπως ικανότητα μνήμης από επεισόδια βαριάς υπογλυκαιμίας.

Η δεύτερη δύσκολη φάση ρύθμισης του σακχάρου του αίματος στη ζωή ενός διαβητικού παιδιού είναι η εφηβεία, όπου η σύγκρουση σώματος και ψυχής, ορμών και κανόνων γίνεται εντονότερη. Σ' αυτή τη φάση ο διαβήτης θέτει τον ή την έφηβο κάτω από το γονεϊκό έλεγχο για τήρηση των ωραρίων, χορήγηση των ενέσεων και εφασφάλιση σωστής διατροφής, και αναπόφευκτα κάτω από τον ιατρικό έλεγχο για συχνή παρακολούθηση της ρύθμισης του σακχάρου και συμβου-

Μπορεί ο διαβήτης να ήρθε στη ζωή του παιδιού, αλλά με συνεχή στήριξη, εκπαίδευση και κατανόηση κάθε διαβητικό παιδί μπορεί να λάβει μέρος σε όλες τις χαρές της ηλικίας του και να κατακτήσει τα όνειρά του.

λευτική για βελτίωση των μετρήσεων. Η εφηβεία, από την άλλη πλευρά, είναι μια περίοδος έντονων σωματικών και ψυχοσυναισθηματικών αλλαγών στη ζωή του παιδιού, όπου η ορμονική και συναισθηματική τρικυμία το θέτουν σε μια συνεχή ένταση, ενώ η ανάγκη ένταξής του στην ομάδα των συνομηλίκων και η αμφισβήτηση κάθε μορφής εξουσίας, είτε αυτή είναι γονεϊκή ή ιατρική, είναι εντονότατη, με αποτέλεσμα ο έφηβος να οδηγείται σε απάρνηση ή επανάσταση κατά του προβλήματος του. Επιπλέον, η σεξουαλικότητα όσο και ο πειρασμός χρήσης ουσιών, όπως αλκοόλ ή καπνίσματος ή νυχτερινής ζωής σε μια προσπάθεια εξομίσωσης με τους συνομηλίκους είναι πρωταρχικές ενασχολήσεις του.

Κάθε παιδί και έφηβος με σακχαρώδη διαβήτη καθώς και η οικογένειά του μαθαίνουν ότι να μην ήρθε ο διαβήτης εν αιθρία ουρανού, αλλά ότι με συνεχή εκπαίδευση, στήριξη και αλληλοκατανόηση το παιδί μπορεί να εκπληρώσει όλες του τις επιθυμίες και τα όνειρα εξασφαλίζοντας ποιότητα ζωής, ευτυχία και ψυχική ισορροπία.

Μπορεί ο διαβήτης να ήρθε στη ζωή του παιδιού, αλλά με συνεχή στήριξη, εκπαίδευση και κατανόηση κάθε διαβητικό παιδί μπορεί να λάβει μέρος σε όλες τις χαρές της ηλικίας του και να κατακτήσει τα όνειρά του. ■

Εξελίξεις στη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος

Ο νεανικός σακχαρώδης διαβήτης σήμερα αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά με την επιτυχή μεταμόσχευση ολικού παγκρέατος ή νησιδίων παγκρέατος, ως θεραπεία υποκατάστασης της κατεστραμμένης κυτταρικής μάζας των νησιδίων του Langerhans στον διαβητικό άρρωστο.



Α. ΚΩΣΤΑΚΗΣ¹ ΚΑΙ Θ. ΚΑΡΑΤΖΑΣ²

¹Καθηγητής Χειρουργικής και Μεταμοσχεύσεων Πανεπιστημίου Αθηνών, «Λαϊκό» Νοσοκομείο, πρόεδρος του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων

²Επίκουρος Καθηγητής Χειρουργικής Πανεπιστημίου Αθηνών, «Λαϊκό» Νοσοκομείο

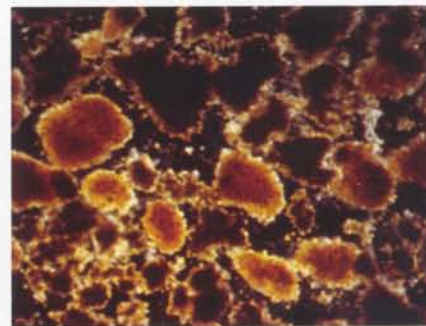
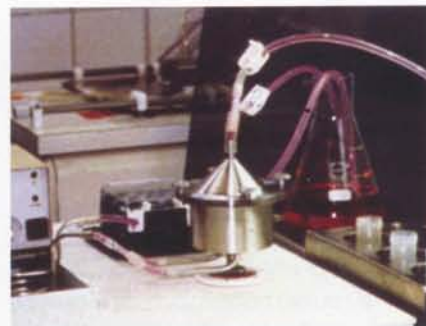
Η μεταμόσχευση εξασφαλίζει μόνιμη ευγλυκαιμία στο διαβητικό άρρωστο, με φυσιολογική ομοιόσταση του σακχάρου και αποφυγή σοβαρών και επικίνδυνων για τη ζωή του επιπλοκών. Η σημαντική βελτίωση των αποτελεσμάτων των μεταμοσχεύσεων νησιδίων παγκρέατος τα τελευταία 7 χρόνια, που οφείλεται στις ριζικές αλλαγές και τους κανόνες που καθιέρωσε το πρωτόκολλο του Edmonton, απέφερε εντυπωσιακά υψηλά ποσοστά απελευθέρωσης από την ινσουλίνη στους μεταμοσχευμένους αρρώστους, προσφέροντάς τους παράλληλα ασφαλή προστασία από τις σοβαρές βλάβες άλλων οργάνων και από τις επικίνδυνες και θανατηφόρες επιπλοκές του διαβήτη. Επιπρόσθετα, η μεταμόσχευση νησιδίων είναι μια ελάχιστα επεμβατική διαδικασία, ασφαλής και επιτρέπει τη χορήγηση πολύ μικρότερης ανοσοκαταστολής, πράγμα που είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τα παιδιά.

Τα βασικότερα στοιχεία του πρωτοκόλλου του Edmonton αφορούν: 1) τη διαφοροποίηση του συνδυασμού των ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων με κύριο χαρακτηριστικό την εξαίρεση της κορτιζόνης και τη σημαντική μείωση του αναστολέα της καλσινευρίνης, επιλέγοντας ένα ανοσοκατασταλτικό σχήμα ελάχιστα τοξικό για τα μεταμοσχευμένα νησίδια, 2) τον αριθμό των μεταμοσχευμένων νησιδίων που θα πρέπει να αντιστοιχεί

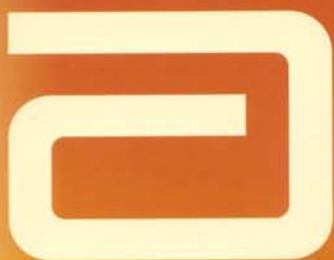
σε 8.000-10.000 νησίδια/kg βάρους του λήπτη, για να είναι εξασφαλισμένη με υψηλό ποσοστό επιτυχίας η απελευθέρωση του αρρώστου από την ινσουλίνη. Για τη συνολική αυτή ποσότητα των νησιδίων που αναλογεί στο σωματικό βάρος του λήπτη για να απελευθερωθεί πλήρως από την ινσουλίνη μπορεί να χρειαστούν 2 ή και 3 σε ορισμένες περιπτώσεις δότες παγκρέατος, 3) τις διάφορες τροποποιήσεις

σε καίρια σημεία της τεχνικής επεξεργασίας του παγκρέατος (π.χ. συντήρηση, ενζυματική πέψη κ.λπ.) και απομόνωσης των νησιδίων, καθώς και τον ποιοτικό έλεγχο και καλλιέργεια των νησιδίων προς μεταμόσχευση (Εικόνα 1).

Η επιλογή των αρρώστων για μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος βασίζεται αυστηρά στις ενδείξεις που έχουν καθοριστεί από το πρωτόκολλο του Edmonton και που ουσιαστικά τηρούνται σήμερα από τα μεγαλύτερα μεταμοσχευτικά κέντρα του κόσμου. Αυτές αφορούν συγκεκριμένες κατηγορίες αρρώστων: 1) άτομα με σοβαρές επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη, όπως αμφιβληστροειδοπάθεια, νεφροπάθεια, α

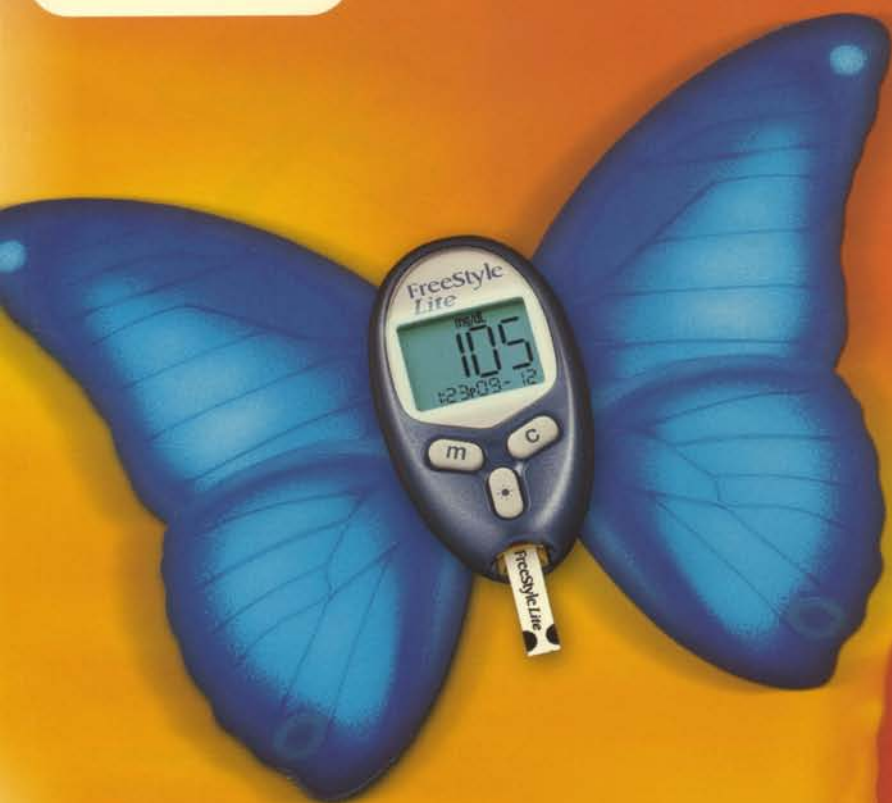


Εικόνα 1: Επεξεργασία παγκρέατος και απομόνωση νησιδίων



Ακρίβεια που μπορείτε να εμπιστεύεστε
Απλότητα που η ζωή σας απαιτεί

Δεν χρειάζονται κωδικοποίηση



**Néo
FreeStyle
Lite**

Σύστημα παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος

Όταν η ζωή είναι πιο έντονη

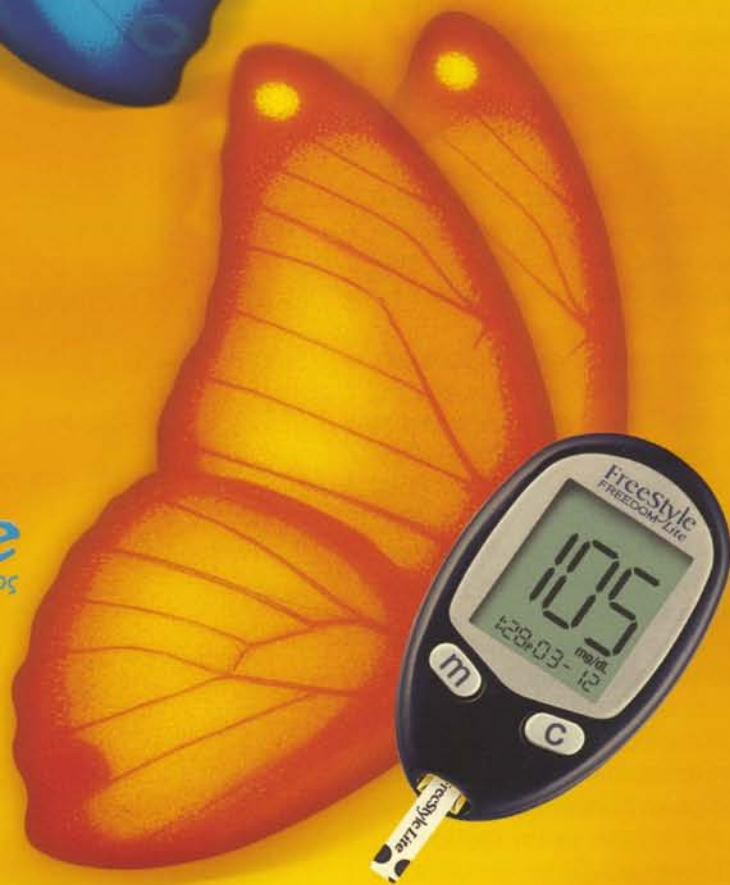
■ Μικρό σε μέγεθος για εύκολη μεταφορά

**Néo
FreeStyle
FREEDOM Lite**

Σύστημα παρακολούθησης της γλυκόζης αίματος

Όταν η ζωή είναι πιο ήρεμη

■ Μεγάλες, ευανάγνωστες ενδείξεις



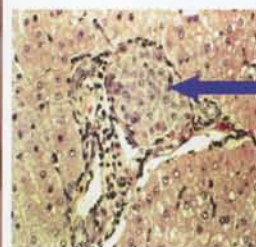
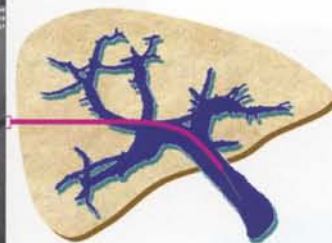
Δύο νέοι μετρητές σακχάρου
που λειτουργούν με τις νέες
ταινίες μέτρησης FreeStyle Lite.
(Λάτ)

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

Abbott
Diabetes Care

μικρο- και μακροαγγειοπάθεια, νευροπάθεια κινητική και αισθητική, καθώς και αυτόνομη νευροπάθεια του γαστρεντερικού κ.λπ. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν άρρωστοι με σοβαρά προβλήματα όρασης, νεφρικής λειτουργίας, ισχαιμικών βλαβών κάτω άκρων, γάγγραινας, προβλήματα κινητικά, γαστροπάρεσης, διαρροιών και γενικά μειωμένου προσδόκιμου επιβίωσης, 2) άτομα με σοβαρά προβλήματα ρύθμισης του σακχάρου αίματος παρά την εντατικοποιημένη -βέλτιστη- θεραπεία (πολλάπληξ καθημερινές μετρήσεις σακχάρου στο σπίτι και συνδυασμούς χορήγησης ινσουλίνης βραχείας, μέσης και μακράς διάρκειας δράσης), 3) άτομα με σοβαρά ανεπίγνωστα υπογλυκαιμικά επεισόδια, ένα ή περισσότερα το χρόνο, για την αντιμετώπιση των οποίων χρειάζονται βοήθεια από τρίτους, διαφορετικά κινδυνεύει η ζωή τους, 4) άρρωστοι που έχουν ήδη υποβληθεί σε μεταμόσχευση νεφρού λόγω διαβητικής νεφροπάθειας τελικού σταδίου και έχουν σταθερή νεφρική λειτουργία, καθώς και άρρωστοι, ιδιαίτερα στα παιδιά, στα οποία μπορεί να γίνει συνδυασμένη μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος και νεφρού, όταν συνυπάρχει νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου.

Η τεχνική της μεταμόσχευσης-εμφύτευσης των νησιδίων παγκρέατος σήμερα αποτελεί απλή επεμβατική διαδικασία. Η εμφύτευση των νησιδίων γίνεται στο ήπαρ του λήπτη μέσω έγχυσής τους στο στέλεχος της πυλαίας φλέβας και της κεντρομόλου διασποράς τους στο ηπατικό παρέγχυμα. Μετά την εμφύτευση τα νησίδια αρχίζουν να λειτουργούν πλήρως σε 5-7 μέρες. Η διαδικασία της εμφύτευσης γίνεται με τοπική αναισθησία και ξύπνιο τον άρρωστο, υπό άσπτες συνθήκες χειρουργείου στο χώρο της επεμβατικής ακτινολογίας, όπου πρακτικά τοποθετείται ένας λεπτός καθετήρας διαδερμικά διηπατικά σε ενδοηπατικό κλάδο της πυλαίας, με την κορυφή του καθετήρα να προωθείται στο στέλεχος της πυλαίας. Ακολουθεί η έγχυση των νησιδίων διαμέσου του καθετήρα, που διαρκεί 30-40' και παράλληλα μετριέται η πίεση στην πυλαία και παρακολουθείται ο άρρωστος (Εικόνα 2). Γενικά, η διαδικασία έγχυσης των νησιδίων είναι αρκετά



Νησίδιο

Εικόνα 2:
Εμφύτευση
νησιδίων στο ήπαρ

Η επιλογή των ασθενών για μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος βασίζεται αυστηρά στις ενδείξεις που έχουν καθοριστεί από το πρωτόκολλο του Edmonton και που ουσιαστικά τηρούνται σήμερα από τα μεγαλύτερα μεταμοσχευτικά κέντρα του κόσμου.

ανεκτή από τον άρρωστο και συνοδεύεται σε μικρό ποσοστό από ήπιες και εύκολες αντιμετωπίσιμες επιπλοκές.

Τα αποτελέσματα των μεταμοσχεύσεων νησιδίων που δημοσιεύονται στη διεθνή βιβλιογραφία τα τελευταία χρόνια και προέρχονται από τις εμπειρίες μεμονωμένων κλινικών μελετών των μεγάλων μεταμοσχευτικών κέντρων του πρωτοκόλλου του Edmonton, καθώς κι από τη συνοδική ανάλυση των κλινικών αποτελεσμάτων των πολυκεντρικών μελετών των μεγαλύτερων κέντρων νησιδίων διεθνώς που ακολουθούν το πρωτόκολλο του Edmonton είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά, καθώς παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά λειτουργικότητας των μεταμοσχευμένων νησιδίων, σωστή ρύθμιση της ομοιόστασης του σακχάρου και αποφυγή των επιπλοκών και των επικίνδυνων υπογλυκαιμικών επεισοδίων του αρρώστου. Ο E.A.Ryan και συν. σε μια αναδρομική μελέτη από το κέντρο του Edmonton σε 65 αρρώστους με μεταμόσχευση νησιδίων παγκρέατος, έπειτα από 5 χρόνια παρακολούθησης, αναφέρει ότι 82% των αρρώστων παρέμεινε ελεύθερο ινσουλίνης τον 1ο χρόνο, περίπου 50% στα 3 χρόνια και 10%-13% στα 5 χρόνια. Στα σχόλιά τους οι συγγραφείς αναφέρουν ότι το σημαντικότερο όφελος στους αρρώστους αυτούς ήταν ότι το 80% του συνόλου των αρρώστων

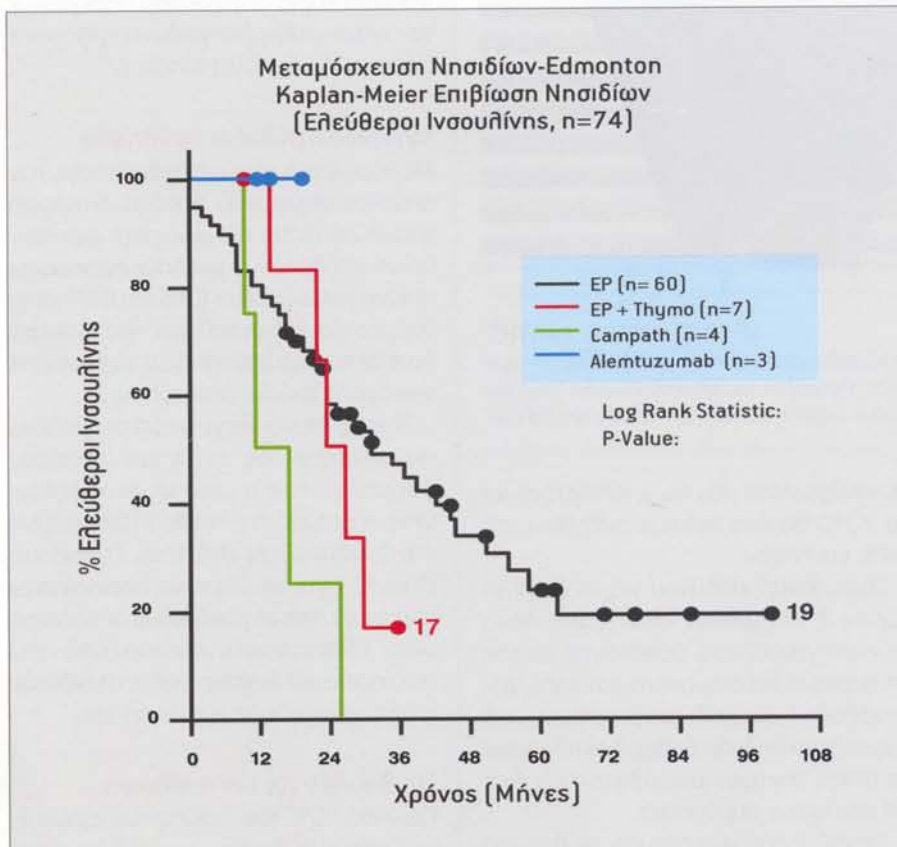
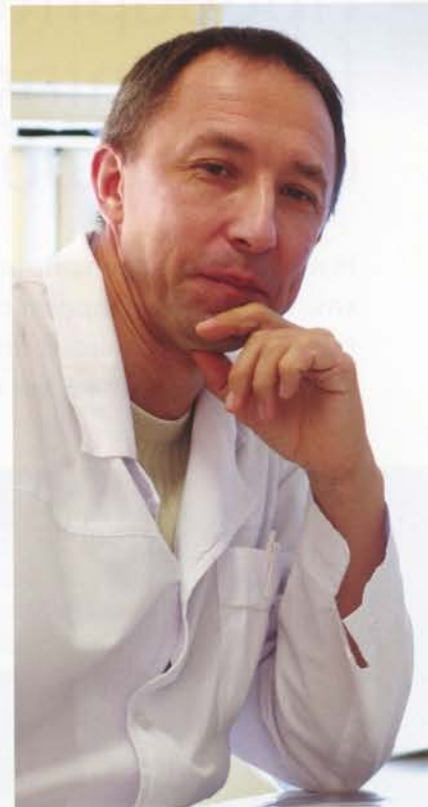
είχε παραγωγή c-πεπτιδίου στο τέλος της 5ετίας, που αποδεικνύει την ύπαρξη υπολειμματικής λειτουργικότητας των νησιδίων, ικανής για να διατηρήσει φυσιολογικό το επίπεδο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c = 6,4%).

Επίσης, η κλινική σημασία της φυσιολογικής HbA1c στο 80% των αρρώστων αυτών που ήταν με ή χωρίς ινσουλίνη είναι ότι είχαν φυσιολογική ομοιόσταση του σακχάρου που τους εξασφαλίζει την πρόληψη και την αποτροπή επιδείνωσης των επιπλοκών, την αποφυγή υπογλυκαιμικών επεισοδίων και «αρρυθμιστού» διαβήτη, προβλήματα για τα οποία χρειάστηκαν τη μεταμόσχευση νησιδίων. Ο AMJ. Shapiro, ο εμπνευστής του πρωτοκόλλου του Edmonton, από το ίδιο κέντρο, σε μελέτη ανασκόπησης στο περιοδικό «Transplantation» το 2005, σε 471 μεταμοσχευμένους με νησίδια αρρώστων από 43 διεθνή κέντρα, κατέγραψε τα ίδια ποσοστά 1, 3 και 5ετούς επιβίωσης και λειτουργικότητας των μεταμοσχευμένων

νησιδίων, με μικρές αποκλίσεις μεταξύ των κέντρων.

Πρόσφατη αναδρομική μελέτη του RG. Bretzel και συν. (Giessen, 2007) σε 74 μεταμοσχευμένους αρρώστους με διαφορετικούς συνδυασμούς ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων και 7 χρόνια παρακολούθησης έδειξε ότι το 19% των αρρώστων που έπαιρνε το ανοσοκατασταλτικό σχήμα του Edmonton, παρέμενε ελεύθερο ινσουλίνης 5 χρόνια μετά τη μεταμόσχευση. Το ίδιο ποσοστό απελευθέρωσης των αρρώστων από την ινσουλίνη παρέμεινε και στο διάστημα των 7 χρόνων συνολικής παρακολούθησής τους μετά τη μεταμόσχευση (Εικόνα 3). Επίσης, αναδείχθηκε από τη μελέτη αυτή ότι το 80% των αρρώστων περίπου είχε παραγωγή c-πεπτιδίου.

Συμπερασματικά, αποτελεί κοινή διαπίστωση και ομολογία από τις μελέτες των μεγαλύτερων μεταμοσχευτικών κέντρων νησιδίων διεθνώς ότι, παρά τα μη ικανοποιητικά μακροπρόθεσμα ποσοστά



Εικόνα 3: Αποτελέσματα μεταμόσχευσης νησιδίων

απελευθέρωσης των αρρώστων από την ινσουλίνη στα 7 χρόνια παρακολούθησης του πρωτοκόλλου του Edmonton, τα οφέλη που προκύπτουν από την υπολειμματική λειτουργικότητα των νησιδίων με τη σωστή ομοιόσταση του σακχάρου, την αποφυγή των σοβαρών υπογλυκαιμικών καταστάσεων και των επικίνδυνων επιπλοκών του αρρώστου είναι μεγάλης κλινικής σημασίας. Συμφωνούν δε ότι υπάρχουν ακόμη πολλά περιθώρια βελτίωσης των διαδικασιών μεταμόσχευσης που έχουν σχέση με την τεχνική απομόνωσης των νησιδίων, τον ποσοτικό και ποιοτικό έλεγχο λειτουργικότητάς τους, τη διάγνωση και αντιμετώπιση των επεισοδίων απόρριψης, τους μηχανισμούς επιβίωσης και συντήρησης των νησιδίων στο ήπαρ, τα ανοσοκατασταλτικά φάρμακα κ.λπ. Η μελλοντική επίλυση των προβλημάτων αυτών θα κάνει τη μεταμόσχευση νησιδίων πολύ πιο προσιτή σε περισσότερους διαβητικούς αρρώστους, με προοπτική να διευρυνθούν οι αυστηρά περιορισμένες ενδείξεις που ισχύουν σήμερα και ιδιαίτερα στα παιδιά. ■

Προσυμπτωματική διαλογή (screening) και πρόληψη του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

Η παγκοσμίως επαπειλούσα πανδημία του σακχαρώδους διαβήτη, με τις επιπτώσεις της, τόσο στη διατήρηση της καλής υγείας των ατόμων με διαβήτη όσο και οι κοινωνικο-οικονομικές επιπτώσεις από την νόσο, απαιτεί αποτελεσματικές και επιθετικές στρατηγικές, για την πρόληψη και την πρώιμη διάγνωση του διαβήτη τύπου 2.



ΣΩΤΗΡΙΟΣ Α. ΡΑΠΤΗΣ

καθηγητής Παθολογίας, Ενδοκρινολογίας Μεταβολισμού και Σακχαρώδη Διαβήτη των Πανεπιστημίων Αθηνών και Ουλμ Γερμανίας. Πρόεδρος του Εθνικού Κέντρου Έρευνας Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη και των Επιπλοκών του (ΕΚΕΔΙ)

Οσον αφορά την πρόληψή του, το πιο αποτελεσματικό μέσον αποτελεί η παρέμβαση στον τρόπο διαβίωσης με τη σωστή διατροφή, την τακτική σωματική άσκηση, την απώλεια του υπερβάλλοντος σωματικού βάρους και τη διακοπή του καπνίσματος.

Είναι πλέον παγκοσμίως γνωστό ότι το 90%-95% του συνόλου των ατόμων με διαβήτη πάσχει από διαβήτη τύπου 2. Ο επιπολασμός σε ενήλικες του τύπου αυτού του διαβήτη το έτος 2000 ανερχόταν παγκοσμίως σε 160 εκατομμύρια

συνανθρώπους μας και υπολογίζεται ότι το 2010 θα έχει τελικώς αυξηθεί κατά 46% και πλέον.

Παράγοντες κινδύνου για το διαβήτη τύπου 2 αποτελούν κατά κύριο λόγο οι παράγοντες που συνδέονται με τον περιορισμό της σωματικής άσκησης, την υπερβολική κατανάλωση θερμίδων, κατά κύριο λόγο δηλαδή διατροφής πλούσιας σε λίπος, την προιούσα ηλικία και τελικά σε γενετικούς παράγοντες.

Παιδιά ή αδέρφια ατόμων με διαβήτη τύπου 2, όπως και γυναίκες μετά την

εμφάνιση διαβήτη κατά την εγκυμοσύνη, εμφανίζουν σαφώς αυξημένο κίνδυνο για την εμφάνιση διαβήτη τύπου 2. Επίσης, ασθενείς με το λεγόμενο μεταβολικό σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται βασικά από την ινσουλινοαντίσταση (δυσκολία δράσης της ινσουλίνης στους περιφερικούς ιστούς), με διαταραχή της ανοχής της γλυκόζης, παχυσαρκία, δυσλιπιδαιμία και/ή αρτηριακή υπέρταση αποτελούν την κατά κύριο λόγο ομάδα ασθενών με τον πλέον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2.

Σύγχρονες μέθοδοι πρόληψης

Με παρέμβαση στον τρόπο διαβίωσης, π.χ. απώλεια σωματικού βάρους, διατροφή φτωχή σε λίπος και σωματική άσκηση, όπως απέδειξαν 2 μεγάλες πρόσφατες αμερικανικές μελέτες (DPS και DPP) με τη συμμετοχή χιλιάδων ασθενών, επιβεβαίωσαν ότι ελαττώνεται σαφέστερα ο κίνδυνος της εμφάνισης του διαβήτη τύπου 2.

Επίσης, σε αξιόλογες νεότερες μελέτες ανακοινώθηκε ότι, εκτός των ανωτέρω, φάρμακα όπως η μετφορμίνη (Μελέτη DPP), η ακαρβόζη (Μελέτη STOP-NIDDM) και οι γλιταζόνες (Μελέτες Tripod και Dream) είναι σε θέση να περιορίσουν σημαντικά ή να επιβραδύνουν σε ποσοστό μέχρι 65% των ασθενών την εξέλιξη του σακχαρώδους διαβήτη από το λανθάνον στάδιο στην πλήρη εμφάνισή του.

Συμβουλές για την πρόληψη

Περίπου 50% των διαβητικών τύπου 2, ενώ πάσχουν, δεν έχει ακόμη διαγνωστεί το πλήρες σύνδρομο του διαβήτη τους.

Είναι όμως σε όλους, γιατρούς, παραϊατρικό προσωπικό και ασθενείς, γνωστό ότι στον ανωτέρω πληθυσμό η συχνότητα των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων και των εμφραγμάτων του μυοκαρδίου είναι στο πολίτηπλάσιο αυξημένα.

Οι ασθενείς των ομάδων κινδύνου, οι οποίες αναφέρθηκαν προηγουμένως, πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί, να εξετάζονται συστηματικά, εάν δε είναι υπερτασικοί, να έχουν καλή ρυθμισμένη αρτηριακή πίεση και εάν έχουν κάποια δυσλιπιδαιμία (χοληστερίνη, HDL, LDL, τριγλυκερίδια) αμέσως να λαμβάνουν κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή όταν η σωστή υγιεινοδιατροφική αγωγή σε ένα διάστημα 6 εβδομάδων δεν ομαλοποιεί τις ανωμαλίες.

Βέβαια, στην παραμικρή υπόνοια της ύπαρξης της διαταραχής της ανοχής της γλυκόζης (στο στάδιο αυτό το σάκχαρο νηστείας είναι οριακό ή φυσιολογικό) πρέπει να διενεργείται φόρτιση με 75g γλυκόζης και μέτρηση σε τακτά χρονικά διαστήματα και για 3 ώρες του σακχάρου του αίματος και της εκκρινόμενης από το πάγκρεας ινσουλίνης.

Στο σημείο αυτό θα έπρεπε ιδιαίτερα να τονιστεί η διακοπή του καπνίσματος.

Το κάπνισμα, εκτός των βλαβερών του επιδράσεων στα αγγεία, μαζί με το αυξημένο σάκχαρο οδηγεί σε μέχρι και 15 φορές αύξηση των καρδιαγγειακών επιπλοκών και σε απορρύθμιση του σακχάρου του αίματος. Το αποτέλεσμα είναι ότι ο ασθενής εμπλέκεται σε ένα φαύλο κύκλο, ο οποίος δεν έχει τελειωμό.

Η σωστή αντιμετώπιση

Με τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη, έστω και στο λανθάνον του στάδιο, η αντιμετώπιση της κατάστασης πρέπει να είναι άκρως επιθετική. Η παρακολούθηση του ατόμου πρέπει αρχικά και μέχρι σταθεροποίησης της πορείας του σακχάρου του αίματος και των άλλων σημείων που προαναφέρθηκαν, υπέρταση κ.λπ., να γίνεται σε συχνά χρονικά διαστήματα, (κάθε 3 με 4 εβδομάδες) και η επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό επί συνεχούς βάσης. Βέβαια, επαναλαμβάνω ότι δεν αρκεί μόνο το σάκχαρο να είναι όσο το

δυνατόν εντός των επιτρεπτών ορίων, αλλά επίσης πρέπει να ακολουθούν η αρτηριακή πίεση, η καρδιακή λειτουργία, τα λιπίδια, το σωματικό βάρος κ.λπ. Όλα αυτά θα πρέπει να ρυθμίζονται και να συντονίζονται από ένα γιατρό και λόγω της πολυπλοκότητας του διαβητικού συνδρόμου, αυτός είναι κατά κύριο λόγο ο ειδικός παθολόγος και ιδιαίτερα εάν έχει και κατάλληλη εκπαίδευση στο σακχαρώδη διαβήτη.

Λόγω της σπουδαιότητας του θέματος, επαναλαμβάνω ακόμα μια φορά ότι η αντιμετώπιση όλης αυτής της κατάστασης πρέπει να είναι στα αρχικά στάδια επιθετική και όχι του τύπου «πάρτε αυτά τα χάπια και ελάτε σε τρεις μήνες να τα ξαναπούμε».

Βέβαια, είναι περιττό να τονίσω εκ νέου ότι η καθημερινή αυτομέτρηση του σακχάρου του αίματος, ανάλογα με τις φορές που θα ορίσει ο θεράπων ιατρός, είναι κεφαλαιώδους σημασίας. Ένα σημείο, βέβαια, είναι αναμφισβήτητο! Η μέτρηση μόνον ενός σακχάρου αίματος το πρωί σε κατάσταση νηστείας ισοδυναμεί με το μηδέν. Μεταγευματικές μετρήσεις είναι απαραίτητες.

Βέβαια, η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA) κάθε 10 εβδομάδες περίπου είναι ένας καλός δείκτης για την παρακολούθηση της πορείας των διαβητικών κάθε κατηγορίας, τύπου 1 και τύπου 2. Επιπλέον η ανά 6μηνο μέτρηση στο αίμα παραμέτρων όπως η CRP, η ομοκυστεΐνη, το ινωδογόνο και στους υπερτασικούς επιπλέον η BNP αποκαλύπτουν όχι μόνο το μέγεθος της καλής ρύθμισης του σακχάρου αλλά και εμμέσως την κατάσταση των αγγείων.

Ο ρόλος της παχυσαρκίας

Τελειώνοντας, θα ήθελα να επισημάνω όπως και αρχικά τονίστηκε, ότι η παχυσαρκία παίζει σημαντικό ρόλο στη γένεση και την πορεία του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2. Σήμερα γνωρίζουμε ότι στις ΗΠΑ 300.000 άτομα πεθαίνουν ετησίως λόγω της παχυσαρκίας τους, τα οποία στο μεγαλύτερο μέρος τους είναι άτομα με διαβήτη.

Εκτός αυτού σε μια μελέτη που δη-

Η αντιμετώπιση του Σ.Δ. πρέπει να είναι στα αρχικά στάδια επιθετική και όχι του τύπου «πάρτε αυτά τα χάπια και ελάτε σε τρεις μήνες να τα ξαναπούμε».

μοσιεύτηκε στο έγκριτο αγγλικό περιοδικό «The Lancet» το Φεβρουάριο του 2008 διαπιστώθηκε ότι η παχυσαρκία πολίτηπλάσιάζει τον κίνδυνο για την αυξημένη συχνότητα καρκίνου όλων των τύπων. Συνολικά αξιολογήθηκαν 300.000 ασθενείς.

Σε αυτούς διαπιστώθηκε ότι στους παχύσαρκους αυξάνεται ο καρκίνος του οισοφάγου κατά 50% σε σύγκριση με τους μη παχύσαρκους. Επιπλέον, σε παχύσαρκους άντρες αυξήθηκε ο καρκίνος του θυρεοειδούς κατά 33% και ο καρκίνος του εντέρου και των νεφρών κατά 24%.

Σε παχύσαρκες γυναίκες αυξάνει η συχνότητα του καρκίνου της μήτρας και της χοληδόχου κύστης κατά 59%, ο καρκίνος του νεφρού κατά 34% και τελικά ο καρκίνος του εντέρου κατά 9%.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μπορεί κανείς να διαπιστώσει ότι η παχυσαρκία δεν αυξάνει μόνο τη συχνότητα της εμφάνισης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2 αλλά και των διαφόρων μορφών καρκίνου.

Υγιεινή διατροφή, μεσογειακή δίαιτα, σωματική άσκηση, διακοπή του καπνίσματος και κατά περίπτωση η κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή μπορούν να μας προφυλάξουν σημαντικά από καλπάζουσες και χωρίς σύνορα επιδημίες, όπως είναι η παχυσαρκία, ο σακχαρώδης διαβήτης, η αθηροσκλήρωση, οι καρδιαγγειακές νόσοι, αλλά και ο καρκίνος, με όλες τους τις παραφυάδες και επιπλοκές. ■

0 σακχαρώδης διαβήτης στο μικροσκόπιο

Η εφαρμογή προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου διασφαλίζει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία των εργαστηριακών εξετάσεων, που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη.

Π. ΣΧΟΙΝΟΧΩΡΙΤΗΣ
Ενδοκρινολόγος - ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗ
Διεθνή Εργαστήρια

Ο σακχαρώδης διαβήτης (Σ.Δ.) χαρακτηρίζεται γενικά από διαταραγμένη ομοιοστασία της γλυκόζης, στην οποία παρατηρείται αύξηση των επιπέδων σακχάρου αίματος λόγω ανεπαρκούς διάθεσης ινσουλίνης. Ωστόσο, ο Σ.Δ. συνοδεύεται από διαταραχή μεταβολισμού όχι μόνο της γλυκόζης αλλά και των αμινοξέων και των λιπών.

Ο Σ.Δ. τύπου 1 χαρακτηρίζεται από απόλυτη έλλειψη ινσουλίνης, που οφείλεται σε αυτοάνοση καταστροφή των β-κυττάρων του παγκρέατος, ενώ ο Σ.Δ. τύπου 2 οφείλεται σε συνδυασμό διαταραχών της έκκρισης αλλά και της δράσης της ινσουλίνης (αντίσταση στην ινσουλίνη).

Η δραματική αύξηση της συχνότητας του Σ.Δ. (κυρίως του τύπου 2) καθιστά επιβεβλημένη την εφαρμογή προληπτικού ελέγχου σε ομάδες ασυμπτωματικών πληθυσμών υψηλού κινδύνου.

Η ανίχνευση ατόμων υψηλού κινδύνου για Σ.Δ. τύπου 1 σχετίζεται με γενετική επιρρέπεια μέσω συνδυασμού γονιδίων αντιγόνων των ανθρώπινων λευκοκυττάρων (HLA DR3 και HLA DR4) και με ανοσο-λογικούς δείκτες αντισωμάτων εναντίον συγκεκριμένων πρωτεϊνών του παγκρέατος (Anti-GAD, ICA, IAA). Δυστυχώς, όλες οι παρεμβάσεις με σκοπό την πρόληψη του Σ.Δ. τύπου 1 σε άτομα υψηλού κινδύνου έχουν μέχρι τώρα αποτύχει.

Ο κίνδυνος εμφάνισης Σ.Δ. τύπου 2 είναι αυξημένος στα άτομα που συνδυάζουν διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας (110-125 mg/dl) ή διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη (γλυκόζη πλάσματος 140-199



mg/dl 2 ώρες μετά τη χορήγηση 75 γρ. γλυκόζης από του στόματος) με έναν ή περισσότερους από τους εξής παράγοντες κινδύνου: ηλικία >45 ετών, παχυσαρκία (BMI >25 kg/m²), οικογενειακό ιστορικό διαβήτη, καθιστική ζωή, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση, καρδιαγγειακή νόσος, ιστορικό διαβήτη κύησης, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, υπαγωγή σε συγκεκριμένες φυλές και εθνότητες.

Οι μελέτες πρόληψης του Σ.Δ. τύπου 2 έχουν δείξει ότι αλλαγές του τρόπου ζωής (απώλεια βάρους με δίαιτα και άσκηση) και φάρμακα που μειώνουν την αντίσταση στην ινσουλίνη (μετφορμίνη), μείωσαν τον κίνδυνο ανάπτυξης Σ.Δ. σε άτομα με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη.

Για την εκτίμηση της λειτουργικότητας του β-κυττάρου του παγκρέατος έχουν χρησιμοποιηθεί μετρήσεις των επιπέδων ινσουλίνης ή c-πεπτιδίου σε νηστεία ή σε υπεργλυκαιμία μέσω χορήγησης γλυκόζης γεύματος ή γλυκαγόννης, η σχέση γλυκόζης και ινσουλίνης πλάσματος ή το κλάσμα προ-ινσουλίνης: ινσουλίνη. Επειδή όμως τα επίπεδα ινσουλίνης επηρεάζονται τόσο από την έκκριση του β-κυττάρου όσο και από την αντίσταση των ιστών στην ινσουλίνη, το

χρησιμότερο εργαλείο εκτίμησης της παγκρεατικής ινσουλινοέκκρισης στην κλινική πράξη είναι το σάκχαρο νηστείας.

Το σάκχαρο νηστείας δεν χαρακτηρίζεται από έλλειψη επαναληψιμότητας όπως το μεταγευματικό σάκχαρο, αλλά μεταβάλλεται αργά, ενώ εγκαθίσταται ο Σ.Δ.

Τα κριτήρια διάγνωσης Σ.Δ. είναι:

- Σάκχαρο πλάσματος νηστείας (μη λήψη θερμίδων για 8 τουλάχιστον ώρες) ≥ 126 mg/dl
- Τυχαίο σάκχαρο πλάσματος (ανεξάρτητα λήψης τροφής) ≥ 200 mg/dl με συμπτώματα πολυουρίας, πολιδιδίας και ανεξήγητης απώλειας βάρους
- Σάκχαρο πλάσματος νηστείας > 200 mg/dl 2 ώρες μετά τη χορήγηση 75 γρ. γλυκόζης από του στόματος.

Δοκιμασία γλυκαγόννης

Ελέγχεται η ικανότητα των β-κυττάρων για έκκριση ινσουλίνης, επιτρέποντας τη διαφορική διάγνωση του Σ.Δ. τύπου 1 με άλλους τύπους διαβήτη σε δυσδιάκριτες κλινικές περιπτώσεις.

Χορηγείται 1 mg γλυκαγόννης ενδοφλεβίως και μετρώνται οι συγκεντρώσεις C-πεπτιδίου

στους χρόνους 0 και 6 min. Τιμές <0,1 ng/ml (0 min) και <1,8 ng/ml (6 min) είναι συμβατές με ένδεια ινσουλίνης.

Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη

Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη είναι το προϊόν μη ενζυμικής γλυκοζυλίωσης της ΗbA που γίνεται μέσα στα ερυθρά αιμοσφαίρια με τρόπο ευθέως ανάλογο των επιπέδων σακχάρου αίματος.

Η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c), παρότι δεν συνιστάται για τη διάγνωση του Σ.Δ., έχει χρησιμοποιηθεί για την εκτίμηση της έκπτωσης λειτουργίας του β-κυττάρου. Η κύρια ωστόσο χρησιμότητά της βρίσκεται στην εκτίμηση της μακροχρόνιας ρύθμισης του σακχάρου σε διαβητικούς ασθενείς, αφού τα επίπεδά της εξαρτώνται από τη μέση συγκέντρωση της γλυκόζης αίματος το προηγούμενο διάστημα 8-12 εβδομάδων. Τιμές - «στόχος» είναι <6,5% (τιμές αναφοράς 4,1%-6,2 %) γιατί δείχνουν άριστη ρύθμιση και μειωμένο κίνδυνο μικροαγγειακών και μακροαγγειακών επιπλοκών.

Παγκρεατικά αυτοαντισώματα

Από τα παγκρεατικά αυτοαντισώματα που ανιχνεύονται σε άτομα με Σ.Δ. τύπου 1, ήδη από την ασυμπτωματική (προδιαβητική) φάση, έχουν μελετηθεί και χρησιμοποιούνται στην κλινική πράξη τρεις τύποι:

- Αντισώματα έναντι νησιδιακών κυττάρων παγκρέατος-Islet Cell Autoantibodies (ICA)

Ανιχνεύονται μέχρι και σε ποσοστό 85% των ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενο Σ.Δ. τύπου 1 και μόνο σε 0,1-0,5% μη διαβητικού πληθυσμού. Επίσης, σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με Σ.Δ. τύπου 1 εντοπίζοντας μια ομάδα ατόμων υψηλού κινδύνου για μελλοντική εμφάνιση Σ.Δ. τύπου 1.

- Αυτοαντισώματα έναντι της ινσουλίνης-Insulin Autoantibodies (IAA)

Πρόκειται για IgG αντισώματα, των οποίων ο ρόλος στους αυτοάνοσους μηχανισμούς του Σ.Δ. τύπου 1 είναι γνωστός από 20ετία. Ανιχνεύονται μέχρι και σε ποσοστό 50% των ασθενών με πρωτοεμφανιζόμενο Σ.Δ. τύπου

1, ενώ είναι συχνότερα θετικά σε πρώτου βαθμού συγγενείς ασθενών με Σ.Δ. τύπου 1 με θετικά ICA. Ανιχνεύονται συχνότερα σε παιδιά στα οποία η καταστροφή των β-κυττάρων είναι ταχύτερη, ο δε τίτλος τους ελαττώνεται με ταχύ ρυθμό μετά την κλινική εκδήλωση της νόσου.

- Αντισώματα έναντι της αποκαρβοξυλάσης του γλουταμικού οξέος-Anti-Gad

Θεωρούνται σήμερα ο πιο ειδικός ανοσολογικός δείκτης για το Σ.Δ. τύπου 1, είναι απολύτως ειδικά για τα β-κύτταρα του παγκρέατος και ανιχνεύονται σε ποσοστό άνω του 80% των ατόμων που θα εμφανίσουν Σ.Δ., πριν από τα άλλα νησιδιακά αντισώματα (μέχρι και 7 χρόνια πριν την κλινική εκδήλωση της νόσου). Η ανίχνευσή τους σε συνδυασμό με τα ICA και IAA σε συγγενείς ασθενών με Σ.Δ. τύπου 1 οδηγεί στον εντοπισμό και παρακολούθηση ατόμων επιρρεπών στην εμφάνιση της νόσου.

Διασφάλιση ποιότητας και ποιοτικός έλεγχος

Η πλήρης αυτοματοποίηση και η εφαρμογή προγραμμάτων τόσο εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου όσο και εξωτερικής ποιοτικής διαβεβαίωσης δίνει τη δυνατότητα σε εξελιγμένα τεχνολογικά εργαστήρια, όπως η ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ, να εξασφαλίζει την εγκυρότητα και αξιοπιστία των εργαστηριακών αποτελεσμάτων.

Σύμφωνα με τις προδιαγραφές διαπίστευσης κλινικών εργαστηρίων κατά ISO 15189, κάθε εργαστήριο έχει λεπτομερώς καταγεγραμμένη πολιτική σε όλα τα στάδια ανάλυσης ως εξής:

Προ-αναλυτικό (διαδικασία πριν την ανάλυση)

Στη διαδικασία αυτή περιλαμβάνεται η σωστή αντιστοίχιση δείγματος-ασθενή, η σωστή προετοιμασία του ασθενή και η σωστή λήψη του δείγματος, ως και η μεταφορά, διατήρηση και προετοιμασία του δείγματος για μέτρηση.

Κυρίως διαδικασία ανάλυσης - Στάδιο μετά την ανάλυση

Η ποιότητα των αποτελεσμάτων των εξε-

τάσεων που διενεργούνται στα εργαστήρια της ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗΣ επιβεβαιώνονται με τις ακόλουθες τεχνικές εσωτερικού ποιοτικού ελέγχου:

1. Καθημερινός έλεγχος της ακρίβειας και επαναληψιμότητας των εργαστηριακών εξετάσεων, ώστε να βρίσκονται μέσα στα διεθνώς αποδεκτά όρια.

1.1 Χρήση υλικών αναφοράς (controls) με προκαθορισμένες ιδιότητες μία φορά ημερησίως. (Αφού αναλυθούν αρχικά αποδίδεται μια τιμή, στη συνέχεια εξετάζονται μαζί με το δείγμα ρουτίνας και τα αποτελέσματα καταγράφονται σε διάγραμμα ελέγχου).

2. Συσχετισμός των αποτελεσμάτων για διαφορετικά χαρακτηριστικά του δείγματος που διενεργείται από εξουσιοδοτημένο προσωπικό.

2.1 Έλεγχος DELTA (Delta Check)

Σύγκριση αποτελεσμάτων που λαμβάνονται σε διαφορετικά χρονικά διαστήματα στον ίδιο ασθενή. Μέσω των συστημάτων πληροφορικής του εργαστηρίου επιτυγχάνεται η σύγκριση των πρόσφατων αποτελεσμάτων με προηγούμενα αποτελέσματα του ίδιου ασθενή, που αφορούν ουσίες με ελάχιστη μεταβλητότητα μεταξύ ημερών (π.χ. Na, K, αλβουμίνη, ουρία, κρεατινίνη, αιμοσφαιρίνη).

2.2 Κλινική εκτίμηση των αποτελεσμάτων

Καταγραφή πληροφοριών όπως ηλικία, φύλο, πιθανά νοσήματα, φαρμακευτική αγωγή, λόγος για τον οποίο διενεργούνται οι εξετάσεις.

3. Εξωτερική ποιοτική αξιολόγηση

Συμμετοχή σε διεργαστηριακό πρόγραμμα συγκρίσεων (External Quality Assessment Program), στο οποίο τα συμμετέχοντα εργαστήρια αναλύουν σε τακτά χρονικά διαστήματα ορούς ελέγχου, που αποστέλλονται και συλλέγονται από τον κεντρικό φορέα ελέγχου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων και η συσχέτισή τους με τις πραγματικές τιμές καθορίζει το «δείκτη σταθερής απόκλισης» κάθε εργαστηρίου και τον κατατάσσει στην κλίμακα αξιολόγησης, στην οποία η ΒΙΟΙΑΤΡΙΚΗ καταλαμβάνει τις πρώτες θέσεις, πιστοποιώντας την υψηλή ποιότητα του εργαστηρίου της. ■

Η ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη στον 21ο αιώνα - Ανταποκρινόμαστε στις απαιτήσεις των καιρών;

Εάν τεθεί η ερώτηση σε έναν πληθυσμό ανθρώπων που σχετίζονται με κάποιον τρόπο με το σακχαρώδη διαβήτη, αν είναι εύκολη η ρύθμιση του διαβήτη σήμερα, οι απαντήσεις θα είναι πολύ διαφορετικές μεταξύ τους και θα σχετίζονται άμεσα με την υποομάδα που θα ανήκουν οι ερωτηθέντες: οι γιατροί θα απαντήσουν, μάλλον λίγο αδιάφορα, ότι δεν είναι τόσο δύσκολη, οι οικογένειες των διαβητικών θα απαντήσουν ότι είναι πολύ δύσκολη, βλέποντας τις καθημερινές προκλήσεις και φοβούμενοι τις επιπλοκές, τα παιδιά με τύπου 1 διαβήτη θα απαντήσουν με προβληματισμό ότι μάλλον τα καταφέρνουν και οι διαβητικοί τύπου 2, νιώθοντας διαιτητικά στερημένοι, ότι είναι πολύ δύσκολο. Ποια είναι όμως η αλήθεια;

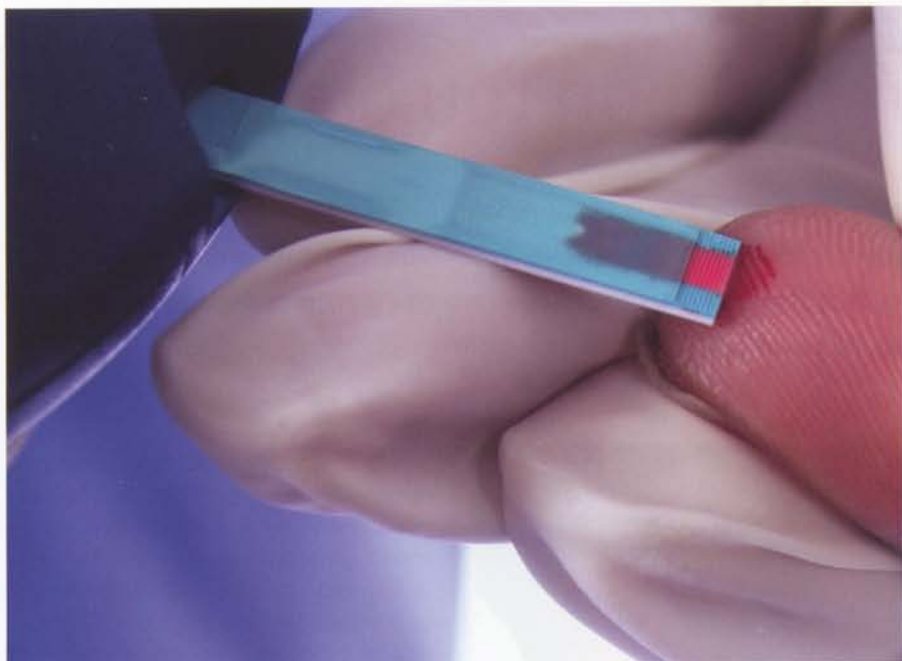
ΝΙΚΟΛΑΟΣ Δ. ΚΕΦΑΛΑΣ
Παιδίατρος - Ενδοκρινολόγος



As προσπαθήσουμε να κάνουμε μια ανασκόπηση στη φροντίδα του διαβήτη και στις ανακαλύψεις στον τομέα αυτό τα τελευταία 30 χρόνια. Μεγάλες πολυκεντρικές μελέτες που έγιναν (DCCT και UKPDS) έδειξαν ότι εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας (ή θεραπείας γενικότερα) έφερε καλύτερη HbA1c και λιγότερες επιπλοκές. Αυτό ίσχυε και στους διαβητικούς τύπου 2. Επιπλέον σε αυτούς βρέθηκε ότι αλλαγή του τρόπου ζωής με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας μπορεί να έχει θαυμαστά αποτελέσματα.

Έχοντας πλέον στη διάθεσή μας πιο ευέλικτα συστήματα χορήγησης ινσουλίνης (σιτμό, αντλίες ινσουλίνης, νεότερες ινσουλίνες, «γρηγορότερες» συσκευές μέτρησης σακχάρου αίματος), καθώς και νέα φάρμακα για το διαβήτη τύπου 2, μπορούμε να προσαρμόσουμε την αγωγή του διαβήτη στις απαιτήσεις του διαβητικού και στις απαιτήσεις των καιρών. Ακόμη και η διατροφή των διαβητικών έχει αλλάξει: από τις στερητικές και χρονικά καθόλου ευέλικτες δίαιτες, ιδιαίτερα για τους τύπου 2, έχουμε πάει στις πιο ευέλικτες, ελάχιστα στερητικές με μέτρηση των υδατανθράκων του φαγητού.

Για να μπορέσει ο διαβητικός να κάνει όλα αυτά στην καθημερινή του ζωή απαιτείται διδασκαλία, από τον καιρό της διάγνωσης, από την κατάλληλη ομάδα του διαβήτη: νοσηλεύτρια, διαιτολόγο, κοινωνική λειτουργό, γυμναστή, γιατρό, όπου ο καθένας θα επικεντρώσει στο κομμάτι του με μεγαλύτερη επιτυχία. Αυτό έχει διαπιστωθεί παγκοσμίως ότι είναι πιο αποτελεσματικό και στους 2 τύπους διαβήτη. Η βοήθεια του γυμναστή της ομάδας μπορεί να έχει εξίσου καλά αποτελέσματα με τη φαρμακευτική θεραπεία. Ο διαβητικός και το περιβάλλον του



θα μπορέσουν να συνδεθούν καλύτερα με οποιοδήποτε μέλος της ομάδας στο κομμάτι της ειδικότητάς του.

Τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1, χωρίς αμφιβολία, έχουν να αντιμετωπίσουν πολλές προκλήσεις στην προσπάθειά τους να πετύχουν καλή ρύθμιση του διαβήτη τους: πολλές μετρήσεις, πολλές ενέσεις, προσαρμογή της ινσουλίνης στους υδατάνθρακες του φαγητού. Επιπλέον, πολλά από αυτά, στην προσπάθειά τους για καλύτερο έλεγχο και να πάρουν κάτι που τους στερείται (φαγητό) πέφτουν σε ένα φαύλο κύκλο υπογλυκαιμιών - υπεργλυκαιμιών που θα φέρει μεν μια καλύτερη HbA1c αλλά με μεγάλες διακυμάνσεις σακχάρων αίματος και με τους κινδύνους της υπογλυκαιμίας. Ο ρόλος της ομάδας του διαβήτη εδώ μπορεί να είναι κομβικός: να πείσει το παιδί και τους γονείς ότι η υπογλυκαιμία δεν είναι επιθυμητή και ότι η λύση θα βρεθεί από την ευελιξία της διατροφής, με προσαρμογή της ινσουλίνης. Τα περισσότερα τα καταφέρνουν εξαιρετικά καλά με θαυμαστό τρόπο.

Οι ενήλικες με τύπου 2 διαβήτη έχουν να αντιμετωπίσουν ίσως μεγαλύτερες προκλήσεις. Πέρα από τους διατροφικούς περιορισμούς, που είναι σαν κεραυνός εν αιθρία σε ένα διαβητικό τύπου 2, φαίνεται

πολύ δύσκολο να πειστούν να ξεκινήσουν ινσουλίνη όταν πλέον τα χάπια δεν επιδρούν πια. Και εδώ ο ρόλος της ομάδας του διαβήτη είναι κομβικός: μπορεί να βοηθήσει στην ομαλή μετάβαση από το ένα στο άλλο θεραπευτικό σχήμα.

.....

Συμπερασματικά, η ρύθμιση και των δύο τύπων διαβήτη στην εποχή μας πηγαίνει προς εντατικοποιημένα σχήματα θεραπείας, καθώς πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό έχει καλύτερα αποτελέσματα για τον διαβητικό.

.....



Συμπερασματικά, η ρύθμιση και των δύο τύπων διαβήτη στην εποχή μας πηγαίνει προς εντατικοποιημένα σχήματα θεραπείας, καθώς πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι αυτό έχει καλύτερα αποτελέσματα για τον διαβητικό. Απαιτεί συμμετοχή και γνώση πολλών πραγμάτων από τον διαβητικό και «αυτοχειρισμούς». Η καλύτερη ρύθμιση, όσο δύσκολη κι αν φαίνεται, είναι εφικτή. Είναι αξιοθαύμαστο πόσο καλά μπορούν να πάνε τα παιδιά με τύπου 1 διαβήτη, λαμβάνοντας υπόψη τις τόσες πολλές παραμέτρους. Η ομάδα θεραπείας του διαβήτη, με όλους τους ειδικούς που θα έχει, θα παίξει βασικό ρόλο σε αυτό. Μια τέτοια θεραπευτική ομάδα μπορεί να βοηθήσει και τους διαβητικούς τύπου 2 στις παρεμβάσεις που χρειάζονται: γυμναστική, διατροφή, φαρμακευτική θεραπεία.

Υπάρχουν, άραγε, τέτοιες ομάδες στη χώρα μας; Μάλλον όχι. Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια νόσος με σημαντικές ψυχοκοινωνικές προεκτάσεις. Η ομάδα μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση τους, αλλά αυτό απαιτεί αφοσίωση και συγκεκριμένους στόχους από την επιστημονική κοινότητα και τις υγειονομικές αρχές – γεγονός που δεν υπάρχει ακόμη στον τομέα αυτό. Ελπίζουμε στο μέλλον, ώστε να ανταποκριθούμε στις απαιτήσεις των καιρών! ☒

Παρόν και μέλλον για τη σωστή ρύθμιση του διαβήτη

Στην παγκόσμια ιστορία της αντιμετώπισης του σακχαρώδους διαβήτη προβάλλει ως ιδιαίτερο γεγονός η μακροχρόνια και ισχυρή σχέση εμπιστοσύνης που έχει αναπτυχθεί ανάμεσα στους ανθρώπους με διαβήτη και τους γιατρούς που τον αντιμετωπίζουν από τη μια πλευρά και την εταιρεία Φαρμασέρβ-Lilly από την άλλη.



ΣΠΥΡΟΣ ΦΙΛΙΩΤΗΣ

Διευθυντής Εταιρικών Υποθέσεων
Φαρμασέρβ - Lilly - Sati

Τα ορόσημα ενός περίπου αιώνα ερευνητικής ενασχόλησης της εταιρείας μας με τον τομέα του διαβήτη είναι πολλά και σημαντικά. Ξεκινούν από το 1923, όταν η Lilly, σε συνεργασία με το Πανεπιστήμιο του Τορόντο, παρήγαγε την πρώτη εμπορική διαθέσιμη ινσουλίνη.

Η ερευνητική μας προσπάθεια τα επόμενα 85 χρόνια είχε ως αποτέλεσμα την εισαγωγή επίσης σημαντικών θεραπευτικών προτάσεων για το διαβήτη, όπως είναι η πρώτη βιοσυνθετική ινσουλίνη, το πρώτο

ανάλογο ινσουλίνης, η πρώτη εγκεκριμένη θεραπεία για το διαβητικό περιφερικό νευροπαθητικό πόνο και πρόσφατα το πρώτο μιμητικό ινκρετίνης (σε συνεργασία με την εταιρεία Amylin).

Επιπλέον, η εταιρεία μας συνέβαλε στην πρόοδο της φροντίδας για τα άτομα με διαβήτη, με την πρόσφατη εισαγωγή νέων μιγμάτων αναλόγου ινσουλίνης, με την ανάπτυξη της περισσότερο διαδεδομένης σήμερα γλιταζόνης (σε συνεργασία με την εταιρεία Takeda), με τη σειρά των πρωτοποριακών συσκευών της για τη χορήγηση της ινσουλίνης και, τέλος, με τη θεραπευτική της πρόταση για την αντιμετώπιση της συστημικής δυσλειτουργίας, η οποία παρουσιάζεται ως επιπλοκή στα άτομα με διαβήτη.

Η δέσμευση της εταιρείας μας στην προσπάθεια καταπολέμησης του διαβήτη πηγάζει από το γεγονός ότι είναι νόσος χρόνια, μη θεραπεύσιμη και απειλητική για τη δημόσια υγεία. Αφιερώνουμε όλες μας τις δυνάμεις στην προσπάθεια να δώσουμε τις καλύτερες, τις πλέον ολοκληρωμένες απαντήσεις στην αντιμετώπιση αυτής της σύγχρονης ασθένειας, η οποία εξαπλώνεται σταθερά. Είναι, άλλωστε, γνωστό ότι ο διαβήτης εμφανίζει αυξητικές τάσεις χρόνο με το χρόνο, πλήττοντας όλο και περισσότερους συνανθρώπους μας. Ο διαβήτης τύπου II είναι ο πιο συχνά απαντώμενος και αφορά περισσότερο τους ενήλικους. Δυστυχώς, τα τελευταία χρόνια η επίπτωσή του έχει αρχίσει να αυξάνει και στα παιδιά. Η μεταβολή αυτή οφείλεται εν πολλοίς στην αλλαγή του σύγχρονου τρόπου ζωής και διατροφής. Η καθιστική ζωή και η πλούσια σε λίπη και φτωχή σε φυτικές ίνες διατροφή των παιδιών έχει ως αποτέλεσμα την παιδική παχυσαρκία (1 στα 10 παιδιά παγκοσμίως είναι υπέρβαρα) και κατά συνέπεια την εμφάνιση διαβήτη σε ολόένα και μικρότερες ηλικίες.

Υπολογίζεται ότι σήμερα περίπου 900.000 Έλληνες πάσχουν από διαβήτη και ίσως οι μισοί από αυτούς να παραμένουν ακόμη αδιάγνωστοι. Σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία, η επίπτωση του διαβήτη είναι παρόμοια σε άντρες και γυναίκες και αφορά περισσότερο άτομα μέσης και κατώτερης κοινωνικο-οικονομικής τάξης.

Ορισμένα απλά στοιχεία σχετικά με το διαβήτη συγκροτούν τη βάση της γνώσης, η οποία αποτελεί προϋπόθεση της σωστής ρύθμισης: Ο διαβήτης χαρακτηρίζεται από υψηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης (το

καύσιμο του ανθρώπινου οργανισμού) στο αίμα των ατόμων που πάσχουν και οφείλεται στο ότι είτε το πάγκρεας δεν παράγει αρκετή ινσουλίνη ή ο οργανισμός δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει σωστά την παραγόμενη ινσουλίνη. Η φυσιολογική συγκέντρωση της γλυκόζης του αίματος σε κατάσταση νηστείας είναι κάτω από 100 mg/dl και κάτω από 140 mg/dl δύο ώρες έπειτα από γεύμα. Η παρουσία αυξημένης γλυκόζης στην κυκλοφορία του αίματος έχει ως συνέπεια την καταπόνηση των αγγείων και την επαγωγή πολλών επιπλοκών, όπως η αθηροσκλήρυνση και τα καρδιαγγειακά νοσήματα, η νεφροπάθεια, η αμφιβληστροειδοπάθεια και η νευροπάθεια.

Τα συμπτώματα του διαβήτη δεν είναι από την αρχή εμφανή. Γι' αυτό και η διάγνωσή του μπορεί και να γίνει καθυστερημένα. Το κυριότερο μέσο παρακολούθησης της πορείας του διαβήτη σήμερα είναι η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης του αίματος. Ο στόχος για κάθε άτομο με διαβήτη είναι να διατηρήσει τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη του σε τιμή κάτω του 7%.

Πρόσφατα δεδομένα δείχνουν ότι μόνον 1 στους 3 διαγνωσμένους ασθενείς με διαβήτη επιτυγχάνουν το στόχο της καλής ρύθμισης της γλυκόζης του αίματος. Αυτό συμβαίνει γιατί ο διαβήτης είναι νόσος σύνθετη. Η αντιμετώπισή της, εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή και τη συμμόρφωση με αυτή, απαιτεί αλλαγή τρόπου ζωής, αλλαγή νοοτροπίας και υποστήριξη του ατόμου με διαβήτη από εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική ομάδα, από φίλους και από οικογένεια. Ωστόσο, η σωστή ρύθμιση του διαβήτη είναι εφικτή. Οι άνθρωποι με διαβήτη, εφόσον χαρακτηρίζονται από αισιοδοξία και αυτοπειθαρχία, έχουν σήμερα όλες τις δυνατότητες και τις ευκαιρίες για να ζουν μια ολοκληρωμένη προστατευμένη ζωή από τις αρνητικές συνέπειες της ασθένειας. Η πρόοδος της επιστήμης σε συνδυασμό με την εμπάθυνση της γνώσης για την ασθένεια διαμορφώνει τις προϋποθέσεις εκείνες που οδηγούν στην αποτροπή των συνδεδεμένων με το διαβήτη αρνητικών εξελίξεων στην υγεία.

Ο διαβήτης αποτελεί μια από τις δαπανηρότερες χρόνιες παθήσεις. Το άμεσο οικονομικό κόστος του διαβήτη στη χώρα μας εκτιμάται ότι ανέρχεται στα 3,5 δισ. ευρώ ετησίως. Ο διαβήτης συγκεντρώνει το 15% όλων των δημοσίων δαπανών για την υγεία. Από αυτές τις δαπάνες το μεγαλύτερο μέρος (περίπου το 60%) αφορά τις επιπλοκές του διαβήτη. Σύμφωνα με έρευνα, στις ΗΠΑ το 2002 το συνολικό οικονομικό κόστος του διαβήτη ανέρχεται στα 132 δισεκατομμύρια δολάρια.

Είναι χαρακτηριστική η συσχέτιση του διαβήτη με την παχυσαρκία. Υπολογίζεται ότι στις ΗΠΑ το 30% των ενηλίκων άνω των 20 ετών –δηλαδή πάνω από 60 εκατομμύρια– είναι παχύσαρκο. Υπολογίζεται επίσης ότι περίπου 194 εκατομμύρια ενήλικοι παγκοσμίως –και σχεδόν 21 εκατομμύρια στις ΗΠΑ– έχουν διαβήτη. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι η συσχέτιση διαβήτη και παχυσαρκίας έχει ταυτοχρόνως άμεση συσχέτιση με το οικονομικό κόστος του διαβήτη αφενός για τους ανθρώπους με διαβήτη και αφετέρου για το σύστημα



του σωματικού βάρους.

Το συμπέρασμα είναι ότι οι άνθρωποι με διαβήτη σε συμμαχία με την επιστημονική κοινότητα δίνουν τη μάχη μαζί για ένα μέλλον στο οποίο ο διαβήτης θα αντιμετωπίζεται ακόμα πιο αποτελεσματικά. Η κάλυψη των αναγκών των ατόμων που πάσχουν από μια «πάλη ποτέ» θανατηφόρο νόσο είναι η συνεχιζόμενη αποστολή μας, που ξεκίνησε πριν από περισσότερο από 80 χρόνια.

Στόχοι μελλοντικής έρευνας για τη Lilly είναι ένα μιμητικό ινκρετίνης μακράς δράσης, μια νέα μορφή εισπνεόμενης ινσουλίνης (AIR™ συμμαχία με την Alkermes) και προγράμματα βασικής έρευνας για την παχυσαρκία. Συγκεκριμένα, το 2006, όσον αφορά μελέτες για το διαβήτη στην Ευρώπη, η Lilly πραγματοποίησε 23 κλινικές μελέτες σε 847 κέντρα κλινικών μελετών με τη συμμετοχή 4.477 ασθενών, επένδυση δηλαδή ύψους 25 εκατομμυρίων ευρώ.

Εκτός των παραπάνω, η Lilly χρηματοδοτεί προγράμματα εκπαίδευσης γιατρών και ασθενών και υποστηρίζει την ανεξάρτητη έρευνα για την ανάπτυξη τόσο φαρμακευτικών όσο και μη φαρμακευτικών λύσεων για το διαβήτη σε συνεργασία με διεθνείς οργανισμούς, όπως είναι η EASD, η ISPAD, η EFSD και η IDF.

Εκείνο, πάντως, που πρέπει να γίνει συνείδηση σε όλους μας είναι κάτι πολύ απλό: με τη σωστή εκπαίδευση στα μέσα που διαθέτουν σήμερα η Ιατρική και η Φαρμακευτική ο άνθρωπος με διαβήτη είναι σε θέση να ζήσει πολλά ποιοτικά χρόνια χωρίς επιπλοκές και δυσάρεστα επακόλουθα. Και είμαστε βέβαιοι ότι το μέλλον της επιστημονικής προόδου επιφυλάσσει πολλές ακόμα ευχάριστες και θετικές ανακαλύψεις και εξελίξεις προς αυτή την κατεύθυνση. ■

Μόνο 1 στους 3
διαγνωσμένους
ασθενείς με διαβήτη
επιτυγχάνουν το στόχο
της καλής ρύθμισης
της γλυκόζης του
αίματος.

υγείας. Σύμφωνα με έρευνα στις ΗΠΑ, 1% μείωση του σωματικού βάρους επιφέρει μια κατά μέσο όρο μείωση του κόστους ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης κατά 3,6% μέσα στους επόμενους 12 μήνες – δηλαδή μια μείωση κατά 256 δολάρια. Γίνεται, λοιπόν, εύκολα αντιληπτή η πολυπληθής θετική επίδραση του ελέγχου

EUROPEAN ASSOCIATION FOR THE STUDY OF DIABETES 19-21 ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 2007, ΑΜΣΤΕΡΝΤΑΜ

Από τις 19 έως τις 21 Σεπτεμβρίου 2007 έλαβε χώρα στο Άμστερνταμ της Ολλανδίας η ετήσια συνάντηση της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για την Έρευνα του Σακχαρώδους Διαβήτη (European Association for The Study of Diabetes - EASD).



ΠΩΡΓΟΣ ΚΑΡΑΧΑΛΙΟΣ Ιατρός

Μεταξύ άλλων θεμάτων, συζητήθηκαν τα πρώτα αποτελέσματα της μεγάλης μελέτης RISC, η εδραίωση της χρήσης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης ως δείκτη των μέσων επιπέδων γλυκόζης, καθώς και η επίδραση της ανεπαρκούς ρύθμισης του διαβήτη στον κίνδυνο για καρδιαγγειακά επεισόδια.

Η RISC είναι μια πολυκεντρική μελέτη στην οποία συμμετέχουν 1.338 υγιή άτομα μέσης ηλικίας. Τα άτομα αυτά θα παρακολουθούνται για 10 χρόνια, κατά τη διάρκεια των οποίων θα υπολογίζεται ο καρδιαγγειακός κίνδυνος, ενώ παράλληλα θα καταγράφεται η φυσική τους δραστηριότητα και η ευαισθησία τους στην ινσουλίνη. Σκοπός της έρευνας είναι να διευκρινιστεί η ακριβής σχέση της αντίστασης στην ινσουλίνη με τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και αν, με βάση την αρχική ευαισθησία ενός υγιούς ατόμου στην ινσουλίνη, μπορεί να προβλεφθεί η ανάπτυξη καρδιαγγειακού επεισοδίου. Έχουν ήδη συμπληρωθεί 3 χρόνια από την έναρξη της μελέτης και τα πρώτα αποτελέσματά της παρουσιάστηκαν από τον **Dr. Mark Walker** του Πανεπιστημίου του Newcastle, UK. Σύμφωνα με τον Dr. Walker, φαίνεται ότι η αντίσταση

στην ινσουλίνη δεν είναι ο μοναδικός παράγοντας που αυξάνει τον καρδιομεταβολικό κίνδυνο, μια και ο τελευταίος φαίνεται ότι αυξάνεται ανεξάρτητα από άλλες μεταβολικές παραμέτρους, όπως είναι η κεντρικού τύπου παχυσαρκία και η υπερινσουλιναίμια. Όσον αφορά το δεύτερο ερώτημα, φαίνεται από τα πρώτα αποτελέσματα ότι η αρχική ευαισθησία στην ινσουλίνη, η δυσλειτουργία των β κυττάρων του παγκρέατος και η κοιλιακή παχυσαρκία αποτελούν τους βασικούς παράγοντες που καθορίζουν αν ένα υγιές άτομο θα αναπτύξει διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη. Αξίζει να σημειωθεί η διαπίστωση ότι η φυσική δραστηριότητα και η άσκηση βελτιώνουν την ευαισθησία του οργανισμού στην ινσουλίνη, ακόμα και σε παχύσαρκα άτομα, και για το λόγο αυτό συνιστώνται ανεπιφύλακτα σε όλους.

Η **Dr. Judith C. Kuenen** του Πανεπιστημίου VU Medical Center, Netherlands, ανακοίνωσε τα αποτελέσματα της μελέτης ARAG, σύμφωνα με τα οποία, η μέτρηση της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης μπορεί να χρησιμεύσει στον υπολογισμό των μέσων επιπέδων γλυκόζης, ο οποίος είναι εξίσου αξιόπιστος με επαναλαμβανόμενες μετρήσεις της γλυκόζης με dextro stick. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαίρινη, που μέχρι στιγμής εκφράζεται σε ποσοστιαία αναλογία, θα εκφράζεται στις ίδιες μονάδες με τις τιμές γλυκόζης, δηλαδή σε mmol/

Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο κίνδυνος αυξάνει όταν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) είναι πάνω από 7%, ενώ τη βέλτιστη πρόγνωση παρουσιάζουν ασθενείς με τιμές HbA1c <6%.

mol, με την κατάλληλη μετατροπή. Έτσι, η τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης 6%, που αποτελεί επιθυμητό στόχο στη ρύθμιση του διαβήτη, ισοδυναμεί με 7,5mmol/mol (135kg/dl) γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, η οποία, με τη σειρά της, αντιστοιχεί σε μέση υπολογιζόμενη τιμή γλυκόζης 7,0 mmol/mol (126kg/dl). Στόχος είναι η σταδιακή εδραίωση αυτού του δείκτη και η χρήση του ως σημείου αναφοράς στη θεραπεία του διαβήτη, τόσο από τους θεράποντες ιατρούς όσο και από τους ασθενείς.

Η ανεπαρκής ρύθμιση του διαβήτη είναι γνωστό ότι συνδέεται με την ανάπτυξη μικρο- και μακροαγγειοπάθειας. Η σχέση όμως της ανεπαρκούς ρύθμισης με βαριά καρδιαγγειακά επεισόδια δεν έχει ακόμα διευκρινιστεί πλήρως. Σε μια προσπάθεια αποσαφήνισης του πεδίου μελετήθηκαν αναδρομικά στοιχεία από 70.000 διαβητικούς ασθενείς και διαπιστώθηκε ότι, όταν τα επίπεδα της γλυκόζης δεν ελέγχονται επαρκώς, αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος για έμφραγμα του μυοκαρδίου και αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο, καθώς και η συχνότητα αορτοστεφανιαίας παράκαμψης (by-pass). Σύμφωνα με τους ερευνητές, ο κίνδυνος αυξάνει όταν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) είναι πάνω από 7%, ενώ τη βέλτιστη πρόγνωση παρουσιάζουν ασθενείς με τιμές HbA1c <6%. Ο **Dr. Joseph Thomas** (Yale University, New Haven), ο οποίος παρουσίασε τα αποτελέσματα της μελέτης, επεσήμανε την αξία της έγκαιρης φαρμακευτικής παρέμβασης, ώστε να εξασφαλίζονται σταθερά χαμηλά επίπεδα γλυκόζης αίματος, με απώτερο στόχο την αποφυγή της μακροαγγειοπάθειας.

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΙΣ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΗ

Το Σάββατο 13 Οκτωβρίου 2007 η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) οργάνωσε ενημερωτικό σεμινάριο για το σακχαρώδη διαβήτη υπό την αιγίδα του υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και του Εθνικού Κέντρου Πρόληψης και Θεραπείας του Σακχαρώδους Διαβήτη (ΕΚΕΔΙ).



Το σεμινάριο έλαβε χώρα στο Αμφιθέατρο του Πολεμικού Μουσείου Αθηνών με ελεύθερη είσοδο για το κοινό. Τους χαιρετισμούς τους στο κοινό απηύθυναν ο πρόεδρος του ΕΛΟΔΙ κ. **Χιώτης**, ο πρόεδρος του ΕΚΕΔΙ και καθηγητής Παθολογίας και Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και Ουίμ Γερμανίας κ. **Ράπτης** και ο υπουργός Υγείας και διαβιβάστηκε μήνυμα του υπουργού Υγείας γιατί, λόγω κωλύματός του, δεν κατέστη δυνατόν να παρευρεθεί. Ακολούθησε στρογγυλό τραπέζι, όπου παρουσιάστηκαν και συζητήθηκαν σύγχρονα και ενδιαφέροντα θέματα που αφορούν τη θεραπεία του διαβήτη, όπως τα νεότερα αντιδιαβητικά δισκία, οι νεότερες ινσουλίνες, οι αντλίες ινσουλίνης και το τεχνητό πάγκρεας. Στο προεδρείο ήταν η ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών κ. **Δάκου** και ο καθηγητής-διευθυντής της Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου «Μητέρα» κ. **Μπαρτσόκας**. Όσον αφορά τους ομιλητές, συμμετείχαν εξέχουσες προσωπικότητες της επιστημονικής κοινότητας, όπως η κ. **Κανακά**, επίκουρη καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας-Διαβήτη και Μεταβολισμού της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», ο κ. **Χαϊβατσίωτης**, επίκουρος καθηγητής



1. Ο κ. Χιώτης.
2. Ο κ. Μπαρτσόκας, ο κ. Χιώτης και ο κ. Ράπτης.
3. Η κα Βαζαίου, η κα Μητράκου, η κα Δάκου και η κα Κανακά.
4. Η κα Βαζαίου μαζί με τον κ. Παυλίδο και τον κ. Αλιβιζάτο.

Παθολογίας Β' Προπ. Παθολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο Αττικών, η κ. **Μητράκου**, παθολόγος - διαβητολόγος και η κ. **Βαζαίου**, παιδίατρος, αναπληρώτρια διευθύντρια της Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη του Διαβητολογικού Κέντρου - Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού». Το συνέδριο ολοκληρώθηκε με τις εισηγήσεις του κ. **Κωστάκη**, καθηγητή Χειρουργικής Μεταμοσχεύσεων της Ιατρικής Σχολής Αθηνών και προέδρου του Εθνικού Οργανισμού Μεταμοσχεύσεων, με θέμα τη μεταμόσχευση παγκρέατος και νησιδίων του παγκρέατος και του κ. **Ράπτη** σχετικά με τα λάθη στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη.



ΜΑΡΑΘΩΝΙΟΣ ΠΑΙΔΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 1

Υπό την αιγίδα της ΕΛΟΔΙ, του ιδρύματος JDRF και την οικονομική υποστήριξη της φαρμακευτικής εταιρίας Pfizer

Στις 4 Νοεμβρίου 2007 η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και το ίδρυμα JDRF, σε συνεργασία με το ΣΕΓΑΣ που διοργάνωσε τον Μαραθώνιο, ενθάρρυναν για πρώτη φορά τη συμμετοχή παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στο άθλημα της σκυταλοδρομίας. Η εκδήλωση υποστηρίχτηκε οικονομικά από την εταιρεία Pfizer.

Στο συγκεκριμένο Μαραθώνιο έτρεχαν 2 παιδιά σε κάθε χιλιόμετρο, ενώ συνολικά αγωνίστηκαν 88 παιδιά, τα οποία τερμάτισαν στο Παναθηναϊκό Στάδιο. Στην

εκδήλωση συμμετείχε και ομάδα παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη που ήρθαν ειδικά για αυτό το σκοπό από την Ολλανδία.

Με αυτό τον τρόπο, καταδείχτηκε ότι και τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη μπορούν να λαμβάνουν μέρος σε όλες τις αθλητικές δραστηριότητες και ότι ο βαθμός της άσκησης βοηθάει ουσιαστικά στην καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου του αίματος.

Ο ενθουσιασμός και η χαρά των παιδιών αυτών αντικατοπτρίζεται στη διπληνή φωτογραφία.



Στιγμιότυπο από τη συμμετοχή παιδιών με Σ.Δ. στη σκυταλοδρομία του Μαραθώνα, στο Παναθηναϊκό στάδιο.

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΙΣ ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ

Σάββατο 20 Οκτωβρίου 2007, Ξενοδοχείο Holiday Inn

Η Ελληνική Εταιρεία Παιδικής και Εφηβικής Ενδοκρινολογίας οργάνωσε και πραγματοποίησε στις 20 Οκτωβρίου 2007 ένα ημερήσιο εκπαιδευτικό σεμινάριο, με σκοπό την ενημέρωση παιδιατρών, ενδοκρινολόγων και άλλων λειτουργών της υγείας σε σημαντικά θέματα που αφορούν το παιδί και τον έφηβο. Ο πρόεδρος της Εταιρείας και καθηγητής διευθυντής της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» κ. **Γ. Χρούσος** απηύθυνε ανοιχτή πρόσκληση σε κάθε ενδιαφερόμενο να προσέλθει στο ξενοδοχείο Holiday Inn και να παρακολουθηθεί από κοντά τις ομιλίες. Οι θεματικές ενότητες περιελάμβαναν τη διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση του παιδιού και του εφήβου με χαμηλό ανάστημα ή πρώιμη ήβη, την παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο, που, σύμφωνα με τον κ. Χρούσο, έχουν λάβει μορφή πανδημίας, τη συχνή πλέον θυρεοειδοπάθεια, τη διερεύνηση και αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, τα νεότερα δεδομένα στο σακχαρώδη διαβήτη και, τέλος, τις εξελίξεις στη συγγενή υπερπλησία των επινεφριδίων και την επινεφριδιακή ανεπάρκεια. Οι συμμετέχοντες ομιλητές



Ο καθ. Γ. Χρούσος κατά τη διάρκεια της ομιλίας του στο ξενοδοχείο Holiday Inn, διατυπώνει μεταξύ άλλων την ανησυχία του για τις απειλητικές διαστάσεις που έχουν πάρει σήμερα η παχυσαρκία και το μεταβολικό σύνδρομο.

ήταν στο σύνολό τους ειδικά καταρτισμένοι επιστήμονες με κλινική εμπειρία στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία, όπως μεταξύ άλλων η κ. **Γαλλή-Τσινοπούλου**, παιδοενδοκρινολόγος, επίκουρη καθηγήτρια Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, η κ. **Δάκου**, ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών, οι κ. **Κανακά** και **Μαγιάκου**, επίκουρες καθηγήτριες Ενδοκρινολογίας Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία», οι κ. **Χατζηθανασίου** και **Καιμάρα-Παπαθανασίου**, διευθυντές και αναπληρώτρια διευθύντρια, αντίστοιχα, του Ενδοκρινολογικού Τμήματος του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», οι κ. **Σπηλιώτη** και **Χρύσης**, αναπληρώτρια καθηγήτρια και επίκουρος καθηγητής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημίου Πατρών, ο κ. **Παπαδημητρίου**, επίκουρος καθηγητής Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας Γ' Παιδιατρικής Κλινικής του Πανεπιστημίου Αθηνών - ΠΓΝ «Αττικόν» και η κ. **Λιακοπούλου**, παιδοψυχίατρος-ψυχίατρος, αναπληρώτρια διευθύντρια ΕΣΥ του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία». Η είσοδος στο σεμινάριο ήταν ελεύθερη.

Η αγάπη για τον άνθρωπο - κινητήριος δύναμη!



Η Pfizer (Φάιζερ) ιδρύθηκε το 1849
και σήμερα είναι μία από τις μεγαλύτερες
φαρμακευτικές εταιρείες.

Στη Φάιζερ είμαστε αφοσιωμένοι
στο αίτημα της ανθρωπότητας
να ζεί περισσότερο, πιο υγιής, ευτυχέστερη.

Με εκατοντάδες καινοτόμα ερευνητικά
προγράμματα να βρίσκονται σε εξέλιξη
και πρωτοποριακά φαρμακευτικά σκευάσματα
να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών,
συνεχίζουμε την προσπάθεια έχοντας
πάντα ως αρχή τον σεβασμό μας
για τον άνθρωπο.

Εμείς στη Φάιζερ έχουμε ένα όραμα
και σας το αφιερώνουμε:



Εργαζόμαστε για έναν υγιέστερο κόσμο™

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑΓΓΕΙΑΚΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΗΣ ΟΜΑΔΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ «ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΡΔΙΑ» ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Η Ομάδα Εργασίας «Διαβήτης και Καρδιά» (ΟΕΔΙΚ) της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας διοργάνωσε σε συνεργασία με τον Ιατρικό Σύλλογο Ηρακλείου επιστημονική εκδήλωση με θέμα «Σακχαρώδης Διαβήτης, Καρδιαγγειακός Κίνδυνος». Η εκδήλωση έλαβε χώρα στο ξενοδοχείο Candia Maris Hotel, στο Ηράκλειο Κρήτης, στις 20 Οκτωβρίου 2007.

Η συμμετοχή ήταν ελεύθερη και περιλάμβανε, χωρίς οικονομική επιβάρυνση, την παρακολούθηση του συνεδρίου, τη χορήγηση συνεδριακού υλικού και πιστοποιητικού παρακολούθησης, καθώς και επίσκεψη στον εκθεσιακό χώρο και ελαφρύ γεύμα. Όπως αναφέρουν οι διοργανωτές στην πρόσκλησή τους (κ. **Μπούσμπουλης**, πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας, και κ. **Μελιδώνης**, κ. **Παναγιώτου**, κ. **Αντωνόπουλος**, κ. **Μπιλιανού**, κ. **Νούτσου** - Διοικούσα Επιτροπή της ΟΕΔΙΚ), ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ο κύριος συντελεστής της αυξημένης αθηρωματικής δραστηριότητας στο καρδιομεταβολικό σύνδρομο, ενώ είναι γνωστό ότι και άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η κοιλιακή παχυσαρκία, συμβάλλουν στην εξέλιξη του συνδρόμου. Στόχος του συνεδρίου ήταν η παρουσίαση νέων δεδομένων και εξελίξεων και η απάντηση σε ερωτηματικά για τις παρεμβατικές στρατηγικές. Οι ομιλίες

που πραγματοποιήθηκαν αφορούσαν τη δυσλιπιδαιμία ως παράγοντα καρδιαγγειακού κινδύνου, την υπέρταση και την αρτηριοσκλήρυνση στο διαβήτη, τους παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς στη στεφανιαία νόσο και το διαβήτη, την εισπνεόμενη ινσουλίνη, την αξία της μεσογειακής διατροφής στην πρόληψη του διαβήτη και της καρδιαγγειακής νόσου. Δύο κλινικά φροντιστήρια συνόδευσαν τις ομιλίες, με σκοπό να εφαρμοστούν στην πράξη οι θεωρητικές προσεγγίσεις των ομιλιών. Συντονιστές και ομιλητές της εκδήλωσης ήταν διακεκριμένοι ενδοκρινολόγοι, καρδιολόγοι και παθολόγοι γιατροί από ολόκληρη τη χώρα, όπως ο κ. **Αθαβέρας**, ο κ. **Βαλσαμάκης**, ο κ. **Γανωτάκης**, ο κ. **Ζάχαρης**, ο κ. **Καφάτος**, ο κ. **Παππός**, ο κ. **Κεφαλογιάννης**, ο κ. **Λυδάκης**, η κ. **Μαυρογιαννάκη**, ο κ. **Μελιδώνης**, η κ. **Μηλιάνου**, ο κ. **Παναγιώτου**, ο κ. **Στεφανίδης**, ο κ. **Τουρνής**, ο κ. **Φουκαράκης** και η κ. **Κυρλήκη**.



Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ο κύριος συντελεστής της αυξημένης αθηρωματικής δραστηριότητας στο καρδιομεταβολικό σύνδρομο, ενώ είναι γνωστό ότι και άλλοι παράγοντες, όπως για παράδειγμα η κοιλιακή παχυσαρκία, συμβάλλουν στην εξέλιξη του συνδρόμου.

14 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2007 – ΜΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΗΜΕΡΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

Οι αγώνες της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (IDF - International Diabetes Federation) είναι γνωστοί από τις πολυσχιδείς και πολυετείς δραστηριότητές της στην αναγνώριση του προβλήματος σε εθνικό αλλά και σε παγκόσμιο επίπεδο. Έχοντας καταλείψει τη δράση της σε περιοχές και των πέντε ηπείρων, η IDF προσφέρει όχι μόνο εκπαιδευτικό, ενημερωτικό αλλά και κοινωνικό έργο, ιδιαίτερα σε χώρες του Τρίτου Κόσμου.

Η Ελλάδα μετέχει στην IDF, με δύο οργανώσεις της, την Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), καθώς και την Ελληνική Διαβητολογική Εταιρεία (ΕΔΕ). Η πρώτη, η ΕΛΟΔΙ, ανταποκρίθηκε στην πρόσκληση να εκπροσωπηθεί η Ελλάδα στην Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη στον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, στη

Νέα Υόρκη, στις 14 Νοεμβρίου 2007.

Αν και η 14η Νοεμβρίου, η ημέρα των γενεθλίων του ανακαλύψαντος την ινσουλίνη Frederick Banting, είχε καθιερωθεί από ετών ως Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη από τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF), η καθιέρωσή της από τον Οργανισμό Ηνωμένων Εθνών, με απόφαση της Γενικής

Συνέλευση που λήφθηκε παρρηφεί στις 26 Δεκεμβρίου 2006, αποτελεί μεγάλο ιστορικό γεγονός για το διαβήτη. Πρώτον, γιατί η WDD (World Diabetes Day) όπως συντετμημένα ονομάστηκε, αποτελεί από φέτος Ημέρα των Ηνωμένων Εθνών και καθιερώνεται παγκοσμίως πλέον με σκοπό τη διεθνή αναγνώριση και αντιμετώπιση

του προβλήματος και στη συνέχεια με τη συμμετοχή όλων των κρατών της υφηλίου με εκδηλώσεις, και ιδιαίτερα με ειδική γαλάζια φωταγώγηση 250 και πλέον ιστορικών μνημείων σε όλο τον κόσμο, αρχίζοντας από το Empire State Building της Νέας Υόρκης, το κτίριο του Ελληνικού Κοινοβουλίου, την Όπερα του Σίδνι της Αυστραλίας κ.λπ.

Το έργο της διεθνούς κινητοποίησης πέτυχε κατά κύριο λόγο ο πρόεδρος της IDF παιδίατρος Dr. Martin Silink και οι συνεργάτες του μετά την πίεση μιας 20άχρονης φοιτήτριας με σακχαρώδη διαβήτη, της Kari Rosenfeld από το Oregon των ΗΠΑ. Εκτός από την IDF στην ιδέα της Kari προσέτρεξαν και ανέλαβαν την υποστήριξή της οι παιδίατροι Dr. Francine Kaufman και Dr. Larry Deeb (πρώην και νυν) πρόεδροι της ADA – Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, το Διεθνές Ίδρυμα Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (JDRF) και τα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας (NIDDKD).

Οι εκδηλώσεις στην έδρα των Ηνωμένων Εθνών στη Νέα Υόρκη διήρκεσαν επί τριήμερο (13-15 Νοεμβρίου 2007) με το εξής πρόγραμμα:

Τρίτη, 13 Νοεμβρίου 2007.

Οι εκπρόσωποι των εταιρειών, ενώσεων και ομοσπονδιών διαβήτη-μελών της IDF απ' όλες τις χώρες συγκεντρώθηκαν (9.00-13.00) για να συζητήσουν τρία θέματα:

1ον. Αντιμετώπιση της παγκόσμιας επιδημίας διαβήτη,

2ον. Θέσεις κυβερνητικές (σε ομάδες εργασίας)

3ον. Από το όραμα στη δράση. Αξιολόγηση της Απόφασης 61/225 των Ηνωμένων Εθνών. Εντύπωση έκανε η διαφορά παροχών, δυνατοτήτων και περιθαλψης μεταξύ αναπτυγμένων και αναπτυσσόμενων χωρών.

12.30–13.00: Λειτουργήσε Κέντρο Τύπου με παρουσίαση στοιχείων από τις διάφορες χώρες.

18.00–21.30: Το γεύμα της WDD για τους υποστηρικτές από τη Νέα Υόρκη, τους εκπροσώπους από τις εταιρείες-μέλη της IDF και επισήμους. Την οργάνωση και τις ομιλίες είχε επιμεληθεί ο ελληνι-

κής καταγωγής τηλεοπτικός anchorman Ernie Anastos, ο οποίος παρουσίασε τους ομιλητές, τον πρόεδρο της IDF καθηγητή Martin Silink, τον επόμενο πρόεδρο καθηγητή Jean-Claude Mbanya από το Cameroon, τον καθηγητή Larry Deeb, πρόεδρο της ADA από το Πανεπιστήμιο της Florida στο Talahassee, τον πρόεδρο του Εθνικού Ιδρύματος Διαβήτη, Πепτικών και Νεφρικών Νόσων (NIDDKD) και, φυσικά, την αεράτη και δυναμική φοιτήτρια Kari Rosenfeld. Ήταν πολύ συγκινητικές οι στιγμές, αλλά ακόμη περισσότερο ήταν το 15λεπτο ντοκιμαντέρ του Wayne Lachman, που παρουσίασε τις τραγικές συνθήκες αντιμετώπισης του διαβήτη στα παιδιά του Nepal.

Στις 11 π.μ. της 14ης Νοεμβρίου 2007, περίπου 1.500 άτομα σχημάτισαν το συμβολικό γαλάζιο κύκλο, στον Κήπο των Ρόδων του ΟΗΕ, κρατώντας γαλάζιες ομπρέλλες με το σήμα των Ηνωμένων Εθνών. Απνύθουν χαιρετισμό ο Martin Silink και η πρέσβειρα του Bangladesh Ismat Jahan και επακολούθησε πορεία με τις ομπρέλλες κατά μήκος της Λεωφόρου York από τα Ηνωμένα Έθνη μέχρι την 59η Οδό. Διακόσια σαράντα βήματα για τις ζωές 240 εκατομμυρίων ατόμων που πάσχουν σήμερα από διαβήτη.

11.30–12.30 ήταν η προγραμματισμένη συνέντευξη Τύπου από τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF) για να τονιστεί η Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη (WDD).

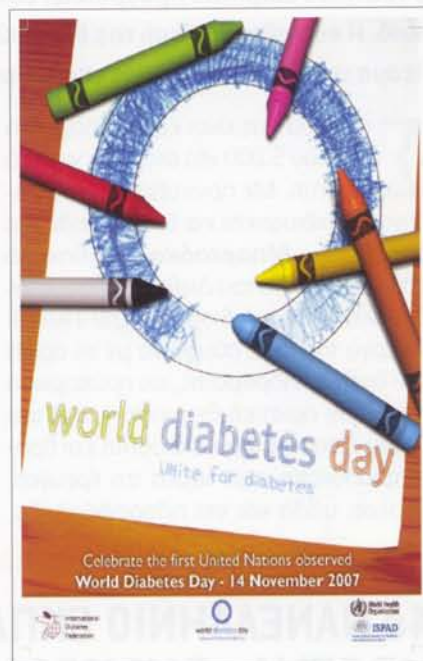
3.30–5.30: Συζήτηση στρογγυλής τραπέζης για το διαβήτη για τους εκπροσώπους κυβερνήσεων στα Ηνωμένα Έθνη, που οργανώθηκε από τη Πρεσβεία της Λαϊκής Δημοκρατίας του Bangladesh σε συνεργασία με την IDF.

6.00–9.00: Δεξίωση για 1.000 άτομα στην τραπεζαρία των εθνικών αντιπροσωπειών στα Ηνωμένα Έθνη για τον πρώτο εορτασμό της WDD από τον ΟΗΕ. Οικοδέσποινα ήταν και πάλι η πρέσβειρα και μόνιμος αντιπρόσωπος στα Η.Ε. από το Bangladesh σε συνεργασία με την IDF.

Πέμπτη 15 Νοεμβρίου 2007.

Βιβλιοθήκη Dag Hammarskjöld:

10.00–12.00. Ενημέρωση των ΜΚΟ (Μη Κυβερνητικών Οργανώσεων) στα Ηνωμένα



Έθνη, στις οποίες πλέον μετέχει ως πλήρες μέλος και η IDF. Ομιλητές ήταν από την IDF, τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) και τη μόνιμη αντιπροσωπεία του Bangladesh στον ΟΗΕ. Οι ομιλητές εξήγησαν την εξάπλωση και την επίπτωση του διαβήτη σε ολόκληρη την υφήλιο και έδωσαν έμφαση στο Έτος του Παιδιού με Διαβήτη (2007-2009).

Η εμπειρία συμμετοχής στον εντυπωσιακό και πανηγυρικό αυτό εορτασμό της Παγκόσμιας Ημέρας Διαβήτη υπήρξε σημαντική, άγγιξε τις καρδιές όλων εκείνων που συμμετείχαν και εκπροσωπούσαν τη διαβητική κοινότητα απ' όλες τις χώρες. Ήταν πολλά τα μηνύματα που λήφθηκαν από τους συμμετέχοντες αλλά και που προβλήθηκαν στον κοινό αγώνα κατά του διαβήτη. Ενωμένοι γιατροί, πάσχοντες, συγγενείς και εκπρόσωποι φαρμακοβιομηχανίας δώσαμε υπόσχεση ότι θα τον νικήσουμε.

Μεγάλη είναι η ευγνωμοσύνη μου προς την ΕΛΟΔΙ, που μου έδωσε την ευκαιρία να ζήσω τις μεγάλες στιγμές του διαβήτη και να σημειώσω εδώ ότι η IDF περιμένει πολλά από τη χώρα μας!

Χρήστος Μπαρτσόκας
ομότιμος καθ. Παιδιατρικής

ΕΠΙΔΕΙΞΗ ΜΟΔΑΣ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ

Ο νεανικός διαβήτης προσβάλλει ετησίως ένα μεγάλο αριθμό ανθρώπων οι οποίοι υποφέρουν διά βίου από το νόσημα αυτό. Η ευαισθητοποίηση της διεθνούς ιατρικής κοινότητας αλλά και της κοινής γνώμης στο πρόβλημα έχει ως αποτέλεσμα την ίδρυση ποικίλων επιστημονικών και κοινωνικών οργανώσεων που ασχολούνται με το νεανικό διαβήτη.

Στη χώρα μας είναι καταγεγραμμένα περίπου 5.000 νέα άτομα με νεανικό διαβήτη. Με πρωτοβουλία του καθηγητή Παιδιατρικής και Ενδοκρινολογίας κ. **Χρήστου Μπαρτσόκα**, ιδρύθηκε το Ελληνικό Τμήμα του Διεθνούς Ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (JDRF Hellas). Το έργο του έχει, σύμφωνα με τις αρχές του διεθνούς ιδρύματος, ως πρωταρχικό στόχο την οριστική θεραπεία (cure) του τύπου 1 σακχαρώδους διαβήτη και δραστηριοποιείται στον τομέα της έρευνας, κυρίως, αλλά και της πληροφόρησης.

Σήμερα πρόεδρος του ιδρύματος είναι η κ. **Αγγελική Παπανικόλα**. Την Παρασκευή 2 Νοεμβρίου 2007 διοργανώθηκε για τους σκοπούς του ιδρύματος επίδειξη μόδας υψηλής ραπτικής στην αίθουσα εκδηλώσεων του ξενοδοχείου Μεγάλη Βρετανία. Εντυπωσιακά βραδινά σύνολα από το σχεδιαστή μόδας Laskaris, καθώς και επιλεγμένες γούνες του γνωστού οίκου γυναικών John Papanicolaou επιστρατεύτηκαν σε μια προσπάθεια στήριξης των φιланθρωπικών σκοπών του JDRF Hellas. Η κ.

Παπανικόλα υπογράμμισε τη σημασία τέτοιων εκδηλώσεων για τη συγκέντρωση πόρων για την καταπολέμηση, πρόληψη και θεραπεία του νεανικού διαβήτη. Τη στήριξή τους στο ίδρυμα δήλωσαν με την παρουσία τους εκλεκτοί παρευρισκόμενοι, όπως η κ. Ειρήνη Νταϊφά, η κ. Νίτσα Μαυρολέων, η κ. Λίζα Έμπερτ, η κ. Αμαλία Καραγκούνη-Κύρτσου κ.ά., η γνωστή δημοσιογράφος Έμη Λιβανίου, η οποία παρουσίασε την εκδήλωση, ενώ παρών ήταν και ο ιδρυτής του ιδρύματος καθηγητής κ. Μπαρτσόκας.

4ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΣΕΜΙΝΑΡΙΟ ΜΕ ΘΕΜΑ «ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ» ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΘ' ΗΜΕΡΑ ΠΡΑΞΗ

ΔΙΟΡΓΑΝΩΣΗ: ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΚΑΔΗΜΙΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΠΙΜΟΡΦΩΣΗΣ «ΤΟ ΠΑΓΚΡΕΑΣ»
1 & 2 Φεβρουαρίου 2008 - Ξενοδοχείο Divani Caravel, Αθήνα

Η Γενική Συνέλευση των Ηνωμένων Εθνών, αναγνωρίζοντας ότι ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί πλέον μια παγκόσμια απειλή για την ανθρωπότητα, υιοθέτησε πρόσφατα ένα σημαντικό ψήφισμα με το οποίο καλεί όλα τα κράτη μέλη να διαθέσουν τις δυνάμεις τους τόσο στην ευαισθητοποίηση του κοινού για τον επερχόμενο κίνδυνο όπως επίσης και να ενδυναμώσουν τα προγράμματα πρόληψης και αντιμετώπισης της νόσου.

Στο πλαίσιο αυτό εντάσσεται και το 4ο αυτό μετεκπαιδευτικό σεμινάριο, που αποβλέπει στην εκπαίδευση των επιστημόνων υγείας στη χώρα μας και ιδιαίτερα των νεότερων συναδέλφων, για τη σωστή μεθοδολογία στην αντιμετώπιση των καταστάσεων που σχετίζονται με το διαβήτη αλλά και για τα νεότερα μέσα που ενδυναμώνουν τη θεραπευτική μας φάρετρα, καθώς και τις μελλοντικές κατευθύνσεις των ερευνητικών προσπαθειών στο πεδίο του σακχαρώδους διαβήτη.

Έτσι, αναφορά έγινε στον ορισμό του

μεταβολικού συνδρόμου και τη βαρύτητα αξιολόγησης των επιμέρους παραγόντων του συνδρόμου, στο θέμα της παχυσαρκίας στη γένεση του διαβήτη τύπου 2, στην αύξηση της συχνότητας του παιδικού και εφηβικού σακχαρώδους διαβήτη, καθώς και την κατάθλιψη που συνοδεύει το σακχαρώδη διαβήτη. Ο καθηγητής **Σωτήριος Ράπτης** αναφέρθηκε στο επίμαχο θέμα του αν τα αντιδιαβητικά δισκία προκαλούν ή όχι παρενέργειες στο καρδιαγγειακό σύστημα. Παρόλ' αυτά παρουσιάστηκαν καινούρια φάρμακα, όπως οι αναστολείς του ενζύμου DPP4 ή τα ανάλογα του GLPI (Glucagon Like Peptide I), που αποτελούν ένα ριζοσπαστικό νεωτερισμό στην αντιμετώπιση του διαβήτη τύπου 2, επεμβαίνοντας στο φυσιολογικό μηχανισμό της έκκρισης ινσουλίνης.

Ιδιαίτερη μνεία έγινε στα προβλήματα που προκαλεί η ανάπτυξη της διαβητικής νεφροπάθειας και πώς είναι δυνατό να προληφθούν ή να αντιμετωπιστούν, καθώς και στο πώς ο διαβήτης προσβάλλει τα



Ο καθ. Σ. Ράπτης κατά τη διάρκεια της ομιλίας του στο ξενοδοχείο Divani Caravel.

αγγεία και ποια θα είναι η αντίστοιχη των βλαβών κλινική εικόνα, με έμφαση στις νοσολογικές οντότητες της διαβητικής νευροπάθειας και κατ' επέκταση του διαβητικού ποδιού.

Τέλος, πραγματοποιήθηκε πανηγυρική διάλεξη του καθηγητή του Πανεπιστημίου του Giessen Γερμανίας και προέδρου του Παγκόσμιου Αρχείου Καταγραφής των Μεταμοσχεύσεων Νησιδίων του Παγκρέατος **Reinhardt Bretzel**, στην οποία παρουσιάστηκαν οι νεότερες, ριζοσπαστικές επιτεύξεις στο στάδιο αυτό.

Σύγχρονες ινσουλίνες: τι μπορούν να μας προσφέρουν;

Αρκετές συζητήσεις γίνονται τελευταία για τις σύγχρονες ινσουλίνες και τα πλεονεκτήματά που προσφέρουν σε σχέση με τις παλαιότερες. Είναι όμως όντως πλεονεκτικότερη η χρήση τους ή μήπως αυτή έχει υπερεκτιμηθεί; Και επίσης είμαστε σε θέση να τις αξιολογήσουμε ή μήπως θα πρέπει να περιμένουμε λίγο ακόμη για να συλλέξουμε δεδομένα από περισσότερες κλινικές μελέτες;



ΓΙΑΝΝΟΣ ΜΠΕΡΣΗΣ

Υπεύθυνος Προϊόντων για το Σακχαρώδη
Διαβήτη Novo Nordisk Hellas

Οι σύγχρονες ινσουλίνες, που ονομάζονται και ανάλογα ινσουλίνες, έχουν προέλθει από μακροχρόνια έρευνα ύστερα από τροποποιήσεις της δομής του μορίου της ανθρώπινης ινσουλίνης. Με αυτό τον τρόπο δημιουργήθηκαν μόρια που να έχουν υπογλυκαιμική δράση εξίσου αποτελεσματική όσο και η ανθρώπινη ινσουλίνη, αλλά διαφορετική φαρμακοδυναμική συμπεριφορά. Τι σημαίνει αυτό; Πολύ απλά, να δρουν όσο πιο παρόμοια γίνεται με την ενδογενή ινσουλίνη που παράγεται από ένα φυσιολογικό πάγκρεας.

Αυτό το χαρακτηριστικό είναι καθοριστικής σημασίας για τη χρήση των σύγχρονων προϊόντων. Αυτό το συνειδητοποιούμε αν σκεφτούμε πως ουσιαστικά με την ινσουλινοθεραπεία δι-
αρκώς προσπαθούμε για την υποκατάσταση της φυσιολογικής έκκρισης της ινσουλίνης. Προσπαθούμε δηλαδή να μιμηθούμε και να αναπαράγουμε το φυσιολογικό πρότυπο, που έχει δύο συστατικά: α. μια διαρκή στο χρόνο, σταθερή έκκριση ινσουλίνης που την ονομάζουμε βασική και β. ορισμένα κύματα ινσουλίνης, τόσα όσα και ο αριθμός των γευμάτων μίας μέρας, που χαρακτηρίζονται από την άφθονη προσφορά ινσουλίνης για βραχύ χρονικό διάστημα (όσο διαρκεί το κάθε γεύμα) και που ονομάζονται γευματικές αιχμές.

Το παραπάνω μοντέλο με τη βασική χορήγηση καθ' όλο το 24ωρο και τις «γενναίες» γευματικές αιχμές κατά τα γεύματα προσπαθούμε να επιτύχουμε με την ινσουλινοθεραπεία. Είτε χρησιμοποιούμε παλαιότερα προϊόντα είτε σύγχρονα, ο στόχος μας είναι ο ίδιος – να υποκαταστήσουμε την έκκριση της ινσουλίνης που μας χρειάζεται και που μας λείπει. Κι εδώ ακριβώς είναι το σημείο όπου τα σύγχρονα προϊόντα υπερτερούν.

Το πρώτο όφελος από τη χρήση των σύγχρονων γευματικών ινσουλινών σχετίζεται με την ιδιότητά τους να δρουν πολύ γρήγορα. Χάρη σε αυτήν, μπορούμε να τα χορηγήσουμε κατά την έναρξη του γεύματος χωρίς να χρειάζεται να περιμένουμε να περάσει μισή ώρα, όπως απαιτείται με τις συμβατικές ινσουλίνες ταχείας δράσης. Ωστόσο, αυτό το όφελος είναι η μία μόνο όψη του νομίσματος. Η άλλη αφορά στη βραχεία διάρκεια της



δράσης τους, γεγονός που απλά σημαίνει ότι δρουν τόσο όσο μας χρειάζεται. Αφού, λοιπόν, η δράση τους δεν παρατείνεται άσκοπα πέρα από το γευματικό στάδιο, δεν απαιτείται η λήψη επιπλέον γευματιδίων (snacks), όπως συνθιζόνταν με τις συμβατικές ινσουλίνες. Ταυτόχρονα, η χορήγηση της κατάλληλης δόσης έχει σαν επακόλουθο την αποκατάσταση της ευγλυκαιμίας μετά το γεύμα, που είναι άλλωστε και το ζητούμενο.

Από την άλλη πλευρά, οι σύγχρονες βασικές ινσουλίνες κατάφεραν να καλύψουν τις βασικές ανάγκες του 24ώρου με μία χορήγηση την ημέρα. Αυτό διευκόλυνε αρκετά την ινσουλινοθεραπεία, αφού απλοποιήθηκαν αρκετά τα θεραπευτικά σχήματα. ▣

Επίσης, κατάφεραν να περιορίσουν δραστικά τις αδικαιολόγητες διακυμάνσεις του σαχάρου αίματος. Οι διακυμάνσεις αυτές ήταν ανεξάρτητες των συνθηκών διαβίωσης. Αντίθετα, αποτελούν χαρακτηριστικό της κάθε (βασικής) ινσουλίνης. Με τα παλαιότερα σκευάσματα η χορήγηση της ίδιας ποσότητας στο ίδιο άτομο μπορούσε να έχει διαφορετικό αποτέλεσμα σε δύο διαφορετικές ημέρες. Έτσι, η δράση της ίδιας πάντοτε δόσης στο ίδιο ακριβώς άτομο άλλοτε ήταν επαρκής και τα επίπεδα του σαχάρου παρέμεναν μέσα σε φυσιολογικά όρια, άλλοτε ανεπαρκής, με αποτέλεσμα την εμφάνιση (αδικαιολόγητης) υπεργλυκαιμίας και άλλοτε ήταν υπερβολική, με αποτέλεσμα την εμφάνιση (αδικαιολόγητης) υπογλυκαιμίας. Το φαινόμενο αυτό περιορίστηκε δραστικά με τις σύγχρονες βασικές ινσουλίνες, που προσφέρουν πιο προβλέψιμη δράση με λιγότερες διακυμάνσεις στο ζάχαρο αίματος.

Δεν είναι όμως λίγοι όσοι διερωτώνται αν η χρήση των σύγχρονων ινσουλινών μάς βοήθησε να επιτύχουμε καλύτερα επίπεδα ρύθμισης. Το ερώτημα αυτό είναι παραπλανητικό. Όποια ινσουλίνη κι αν χρησιμοποιήσει κανείς, μπορεί να πετύχει επίπεδα γλυκόζης τόσο χαμηλά όσο επιθυμεί. Άρα, η αναζήτηση της άριστης δόσης μάς οδηγεί στην επίτευξη των στόχων μας, όσο αυστηροί κι αν είναι. Το σωστό ερώτημα είναι: «Με ποιο τίμημα»;

Το μεγαλύτερο όφελος από τη χρήση των σύγχρονων ινσουλινών είναι η μείωση των ανεπιθύμητων υπογλυκαιμικών επεισοδίων με την επίτευξη της ίδιας καλής ρύθμισης. Αυτό σημαίνει ότι μπορούμε να επιτύχουμε τους θεραπευτικούς μας στόχους με λιγότερες υπογλυκαιμίες, γεγονός που, φυσικά, οφείλεται στις βελτιωμένες φαρμακοδυναμικές ιδιότητες που αναφέρθηκαν προηγουμένα.

Αφού, λοιπόν, οι χρήστες των σύγχρονων ινσουλινών βιώνουν σημαντικά λιγότερες υπογλυκαιμίες συγκριτικά με εκείνους που χρησιμοποιούν τις συμβατικές, μπορούν να επιδιώξουν ακόμα καλύτερη ρύθμιση γιατί αισθάνονται περισσότερο ασφαλείς. Η τραυματική εμπειρία της υπογλυκαιμίας αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στο «κυνήγι» της άριστης ρύθμισης. Αυτό το φαινόμενο δεν παρατηρείται στις κλινικές μελέτες, γιατί σε αυτές τα άτομα με διαβήτη, όπως και οι θεραπευτές τους, δρουν και λαμβάνουν αποφάσεις με βάση συγκεκριμένους αλγόριθμους που καθορίζονται εκ των προτέρων. Αντίθετα, στην πραγματικότητα, όταν κυκλοφορήσει ένα σκεύασμα κι αρχίσει να χρησιμοποιείται όλο και περισσότερο, η εικόνα είναι διαφορετική. Οι σύγχρονες ινσουλίνες, με τη μειωμένη συχνότητα υπογλυκαιμιών

που τις διακρίνουν, προσφέρουν την ασφάλεια που χρειάζεται να αισθανθεί το άτομο για να τοημήσει να επιδιώξει μια ακόμη καλύτερη ρύθμιση.

Τελικά, με βάση τα παραπάνω, έχουμε τις αποδείξεις που χρειαζόμαστε για να δεχτούμε την ανωτερότητα των σύγχρονων ινσουλινών; Και, ακόμα κι αν η απάντηση είναι θετική, μας εξασφαλίζει ο αριθμός των ατόμων που τις έχουν χρησιμοποιήσει μέχρι σήμερα ή μήπως θα πρέπει να περιμένουμε να διευρυνθεί πρώτα η χρήση τους;

Στο πρώτο ερώτημα η απάντηση είναι: «αναμφισβήτητα, ναι». Ο αριθμός των κλινικών μελετών που έχουν ολοκληρωθεί μέχρι σήμερα είναι ήδη πολύ μεγάλος, όπως άλλωστε αρκετά μεγάλη είναι και η εμπειρία που έχει συγκεντρωθεί. Σύμφωνα με τις γνώσεις που αποκομίσαμε από τη χρήση των σύγχρονων

ινσουλινών, η χρήση τους είναι πλεονεκτικότερη της χρήσης των συμβατικών ινσουλινών.

Το δεύτερο ερώτημα είναι όμως παραπλανητικό. Πρώτον, ο αριθμός των ατόμων που χρησιμοποιήσαν τα ανάλογα ινσουλίνες έχει ξεπεράσει την κρίσιμη τιμή που απαιτείται για να επιβεβαιωθεί η ασφάλειά τους. Βρίσκονται ήδη σε κυκλοφορία για περισσότερο από μία δεκαετία και έχουν αποδείξει ότι είναι ασφαλή. Δεύτερον, η αμφιβολία προέρχεται από διάφορες ουσίες που ανακαλύφθηκαν πρόσφατα και χρειάστηκε να αποσυρθούν μετά την κυκλοφορία

τους, όταν έγινε γνωστό ότι προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Στην περίπτωση όμως των ινσουλινών τα πράγματα είναι διαφορετικά. Η ινσουλίνη είναι μια πρωτεΐνη που έχει μελετηθεί κατά κόρον από τότε που ανακαλύφθηκε και σήμερα είμαστε σε θέση να γνωρίζουμε με ακρίβεια το τι μπορεί να συμβεί όταν τροποποιούμε τη δομή της. Έτσι, οδηγηθήκαμε στη δημιουργία νέων ινσουλινών μέσα από μια διαδικασία σχεδιασμού νέων μορίων, που η μετέπειτα χορήγησή τους αρχικά σε ζώα και μετέπειτα σε ανθρώπους απέδειξε ότι ο σχεδιασμός ήταν επιτυχής.

Με βάση, λοιπόν, όσα αναφέρθηκαν πιο πάνω, η στροφή στις σύγχρονες ινσουλίνες δεν είναι απλά μια επιλογή με σκοπό τον πειραματισμό μας στα νέα προϊόντα που κυκλοφορούν. Είναι μία συνειδητή στροφή προς την επιλογή που μεγιστοποιεί τα οφέλη, εκμεταλλευόμενη τις δυνατότητες που η σύγχρονη τεχνολογία μπορεί να μας προσφέρει. Σε θέματα που σχετίζονται με τη δημόσια υγεία, η παράβλεψη των εξελίξεων που η επιστήμη μάς προσφέρει είναι επιζήμια και θα πρέπει να αποφεύγεται. ■



Προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία ο σακχαρώδης διαβήτης;

Το παραπάνω ερώτημα αποτελεί συχνά πηγή ανησυχίας και άγχους στους άρρενες με σακχαρώδη διαβήτη. Η σεξουαλική συμπεριφορά αποτελεί ουσιώδες συστατικό της ωρίμανσης του άντρα (αρρενοποίηση) κάτω από την επίδραση των ανδρικών ορμονών και καθορίζει σε σημαντικό βαθμό την προσωπικότητά του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Είναι, συνεπώς, αυτονόητη η ανησυχία για το ενδεχόμενο διαταραχής αυτής της λειτουργίας που ανήκει στη σφαίρα των σημαντικών παραμέτρων αυτοεκτίμησης.



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας-Ιατρική
Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

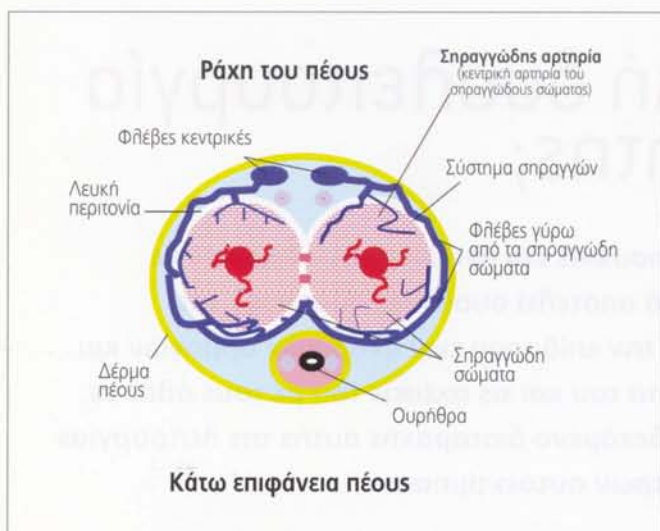
Η αληθινή αύξηση των γνώσεών μας για τους μηχανισμούς που ρυθμίζουν τη σεξουαλική λειτουργία επιτρέπει σήμερα να προσεγγίζουμε το θέμα περισσότερο αντικειμενικά. Για να γίνει όμως κατανοητή η απάντηση στο ερώτημα είναι απαραίτητο να προηγηθεί αδρή περιγραφή των μηχανισμών της φυσιολογικής σεξουαλικής λειτουργίας του άντρα.

Η φυσιολογική σεξουαλική λειτουργία του άντρα προϋποθέτει σεξουαλική διάθεση-επιθυμία (libido), στυτική λειτουργία και ικανότητα να φτάνει σε οργασμό και εκσπερμάτιση. Όλοι συμφωνούν ότι η συχνότερη διαταραχή στον άντρα είναι η αδυναμία του να εμφανίσει ή/και να διατηρήσει στύση επαρκή (ικανή) για σεξουαλική επαφή. Η αδυναμία επίτευξης ή/και διατήρησης της στύσης για ικανοποιητική σεξουαλική επαφή είναι κοινό πρόβλημα που προσβάλλει σχεδόν το ένα τρίτο των ενήλικων αντρών.

Η στύση είναι ένα πολύπλοκο αιμοδυναμικό φαινόμενο που προϋποθέτει τη φυσιολογική λειτουργία του νευρικού συστήματος και των αγγείων. Ειδικότερα, μηνύματα-εντολές από το κεντρικό και το περιφερικό νευρικό σύστημα προκαλούν διαστολή των αρτηριών της πυέλου και του πέους, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η ροή αίματος προς το τελευταίο, ενώ ταυτόχρονα μειώνεται η φλεβική απομάκρυνση αίματος από αυτό. Η αυξημένη παροχή αίματος γεμίζει τις «εσωτερικές δεξαμενές» του πέους, με αποτέλεσμα αυτό να μεταβάλλεται σε μήκος, διάμετρο και σκληρία οδηγώντας σ' αυτό που είναι γνωστό ως στύση. Το όλο φαινόμενο συμβαίνει σε μια δίδυμη εσωτερική κατασκευή του πέους που φέρεται με το όνομα σπαραγγώδη σώματα (σχήμα 1).

Τα χαρακτηριστικά αυτής της ανατομικής κατασκευής είναι η ελαστικότητα και η εσωτερική διαμόρφωση πολυδαΐδων χώρων (δεξαμενών) που επικοινωνούν μεταξύ τους και είναι γνωστοί ως σπαραγγώδεις κόλποι. Το τοίχωμα





ΣΧΗΜΑ 1. Σχηματική απεικόνιση κάθετης διατομής πέλους. Σημειώνεται το ζεύγος των σπαραγγωδών σωμάτων του πέλους και το σύστημα των αγγείων. Στο κέντρο η αρτηρία που προσάγει αίμα στο εσωτερικό δίκτυο των χώρων των σπαραγγωδών σωμάτων και στην περιφέρεια το φλεβικό σύστημα που αποχετεύει το αίμα από τα σπαραγγώδη σώματα.

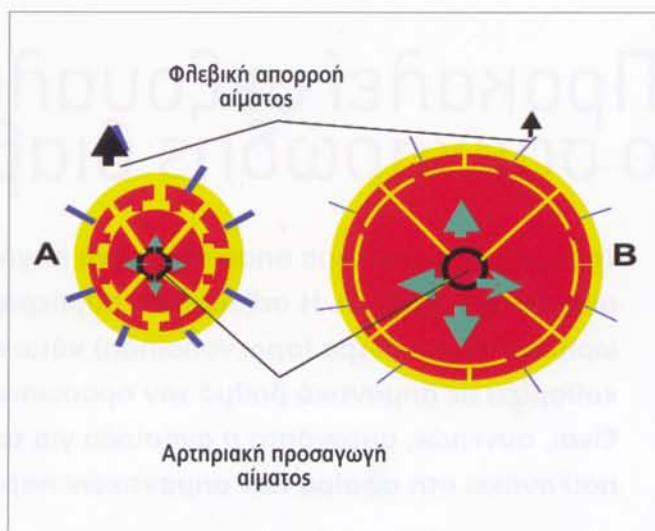
αυτών των κόλπων έχει κύτταρα που μπορούν να συστέλλονται και να διαστέλλονται, ενώ η εσωτερική επιφάνεια καλύπτεται με άλλα κύτταρα που παράγουν το μονοξείδιο του αζώτου, ουσία που προκαλεί τη χαλάρωση του τοιχώματος και επιτρέπει την αυξημένη είσοδο αίματος.

Για την πρόκληση του φυσιολογικού φαινομένου της στύσης τέσσερις είναι οι κύριοι παράγοντες:

A. η καλή μετάδοση του νευρικού μηνύματος στις αρτηρίες και τα σπαραγγώδη σώματα,

B. η καλή κατάσταση των αρτηριών που στέλνουν αίμα στο πέος, ώστε να είναι δυνατή η παροχή αίματος,

Γ. η ικανότητα του τοιχώματος των κόλπων των σπαραγγωδών σωμάτων να χαλαρώνουν, ώστε να δημιουργείται χώρος για το αίμα που εισέρχεται και



ΣΧΗΜΑ 2. (Εγκάρσια διατομή σπαραγγώδους σώματος πέλους). Σχηματική απεικόνιση των μηχανισμών εισροής και εξόδου αίματος στο σπαραγγώδες σώμα και της κατάστασης του ελαστικού ιστού (στυτικού) του σπαραγγώδους σώματος κατά τη φάση χαλάρωσης (A) και στύσης (B) του πέλους. Η ένταση των γραμμών και τα βέλη υποδηλώνουν την ένταση των διάφορων μηχανισμών.

Δ. η καλή λειτουργία των φλεβών, ώστε να περιορίζεται, όταν χρειάζεται, η απομάκρυνση του αίματος από το εσωτερικό των σπαραγγωδών σωμάτων.

Ο συνδυασμός των ανωτέρω λειτουργιών οδηγεί, όπως αναφέρθηκε παραπάνω, σε διάταση, επιμήκυνση και σκλήρυνση του πέλους (σχήμα 2B). Στη φάση αυτή η πίεση μέσα στα σπαραγγώδη σώματα είναι λίγο μικρότερη από τη συστολική αρτηριακή πίεση. Αυξάνει σε επίπεδα υψηλότερα της συστολικής αρτηριακής πίεσης όταν συσπώνται οι μύες του εδάφους της πυέλου, οπότε και παρατηρείται η μέγιστη δυνατή σκλήρυνση του πέλους.

Μετά την εκπερμάτιση αντιστρέφεται το όλο φαινόμενο. Η αρτηριακή προσαγωγή ελαττώνεται, η φλεβική απαγωγή αυξάνει και μειώνεται η ελαστικότητα του ιστού των σπαραγγωδών σωμάτων. Αποτέλεσμα αυτών των αλλαγών είναι η χαλάρωση του πέλους (σχήμα 2A).

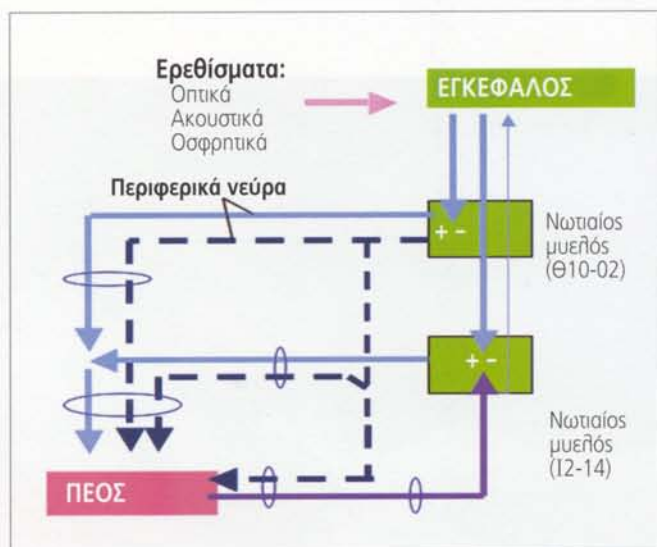
Το σημαντικά εξειδικευμένο βιολογικό φαινόμενο της στύσης προϋποθέτει λεπτούς ρυθμιστικούς μηχανισμούς. Το νευρικό σύστημα επιτελεί τον ειδικό αυτό ρόλο (σχήμα 3). Στο ρόλο αυτό ενέχονται αρκετά κέντρα του εγκεφάλου, ενώ στο νωτιαίο μυελό ενεργούν δίκτυα που εκπορεύονται από το θωρακο-οσφυϊκό συμπαθητικό κέντρο (T10-T12) και το ιερό παρασυμπαθητικό κέντρο (S2-S4), που λειτουργεί και ως σωματικό. Η συνεργασία των ανωτέρω νευρικών οδών ρυθμίζει τη ροή του αίματος εντός του πέλους και την πρόκληση της στύσης. Τελικοί δέκτες των νευρικών μηνυμάτων είναι οι λείες μυϊκές ίνες των αγγείων και του ελαστικού ιστού των σπαραγγωδών σωμάτων.

Η συχνότητα της στυτικής δυσλειτουργίας αυξάνεται με την ηλικία και συνήθως παρατηρείται σε άντρες με συστηματικά νοσήματα όπως υπέρταση, ισχαιμική καρδιακή νόσος και σακχαρώδη διαβήτης. Οι ηλικιωμένοι είναι περισσότερο επιρρεπείς σε συστηματικά νοσήματα τα οποία μπορεί να επηρεάζουν

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα στυτικής δυσλειτουργίας. Εκτιμάται ότι σε διαβητικούς η συχνότητά της από το 6% στην ηλικία των 25 ετών αυξάνεται στο 50% στην ηλικία των 60 ετών.

τη σεξουαλική συμπεριφορά. Εκτιμάται ότι η συχνότητα της στυτικής δυσλειτουργίας είναι διπλάσια από τη συχνότητα της στεφανιαίας νόσου, γεγονός που κάνει φανερή την έκταση και τη σημασία του προβλήματος.

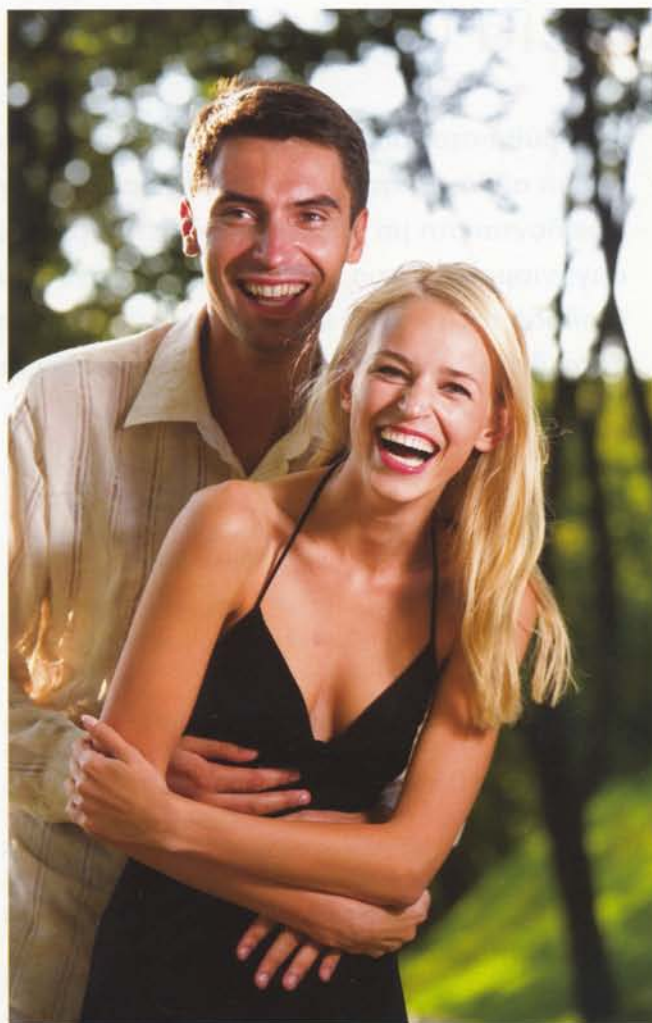
Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ένας παράγοντας που αυξάνει την πιθανότητα στυτικής δυσλειτουργίας. Εκτιμάται ότι σε διαβητικούς η συχνότητά της από το 6% στην ηλικία των 25 ετών αυξάνεται στο 50% στην ηλικία των 60 ετών. Φυσικά, αιτία στυτικής δυσλειτουργίας δεν είναι μόνο η διαταραχή του σακχάρου. Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα στυτικής δυσλειτουργίας. Στους



ΣΧΗΜΑ 3. Σχηματική απεικόνιση του τρόπου που διάφορα ερεθίσματα μέσω του εγκεφάλου και δύο περιοχών του νωτιαίου μυελού (θωρακο-οσφυϊκή, Θ10-02 και ιερά, Ι2-Ι4) διεγείρουν τη στύση. Επίσης, ερεθίσματα από τα γεννητικά όργανα μεταφέρονται στο κατώτερο κέντρο του νωτιαίου μυελού, απ' όπου επιστρέφουν στο πέος διεγείροντας τη στύση.

παράγοντες αυτούς συγκαταλέγονται το κάπνισμα, οι έντονες συναισθηματικές διαταραχές (οργή, κατάθλιψη) και η παρουσία στεφανιαίας νόσου.

Όπως προαναφέρθηκε, για τη φυσιολογική λειτουργία της στύσης είναι απαραίτητη η καλή κατάσταση των νεύρων, των αρτηριών, του ιστού των σπραγγών σωμάτων και των φλεβών του πέους. Δυστυχώς, ο αρρυθμισμός Σ.Δ., όπως είναι γνωστό, προκαλεί βλάβες των μικρών και των μεγάλων αρτηριών και των νεύρων. Επίσης, φαίνεται ότι επηρεάζει και την ελαστικότητα του ιστού των σπραγγών σωμάτων. Φαίνεται ότι ο αρρυθμισμός διαβήτης επηρεάζει δυσμενώς τη λειτουργία των κυττάρων (μυϊκών ινών και ενδοθηλιακών κυττάρων) που βρίσκονται στο τοίχωμα των πολυδαιδαλίων χώρων των σπραγγών σωμάτων, που περιγράφηκαν πιο πάνω, και των αρτηριών. Οι παραπάνω αλληλαγές οδηγούν σε ελάττωση της εισόδου αίματος



στα σπραγγώδη σώματα και συνεπώς διαταράσσουν τη στύση. Είναι, συνεπώς, λογικό να περιμένει κανείς μεγαλύτερη συχνότητα διαταραχής της στύσης στους άντρες με Σ.Δ.

Το μήνυμά μοιάζει δυσάρεστο, αλλά συνήθως τα πράγματα δεν είναι όπως φαίνονται. Όλοι γνωρίζουμε από τις πρόσφατες μεγάλες μελέτες ότι η καλή ρύθμιση του διαβήτη προλαμβάνει την εμφάνιση των βλαβών στα αγγεία και αναστέλλει την εξέλιξή τους όταν η φροντίδα μας για τη ρύθμιση του σακχάρου αρχίσει καθυστερημένα. Επιπρόσθετα, έχουμε τη δυνατότητα, χορηγώντας φάρμακα που αυξάνουν την παραγωγή μονοξειδίου του αζώτου στα σπραγγώδη σώματα, να αποκαθιστούμε τη διαταραγμένη σεξουαλική λειτουργία σε σημαντικό αριθμό αντρών με διαταραχή. Ευνόητο είναι να αναρωτηθεί κανείς αν ο Σ.Δ. προκαλεί αντίστοιχα προβλήματα και στις γυναίκες. Ευτυχώς, στις γυναίκες δεν έχουμε τέτοια προβλήματα.

Συμπερασματικά, στο ερώτημα αν ο Σ.Δ. προκαλεί σεξουαλική δυσλειτουργία η απάντηση είναι θετική. Ωστόσο, πρόκειται για ενδεχόμενο που εξουδετερώνει η καλή ρύθμιση του σακχάρου. ■

Σακχαρώδης διαβήτης και στοματική υγεία σε παιδιά και εφήβους

Ο αρρυθμιστος σακχαρώδης διαβήτης παρουσιάζει σοβαρές επιπλοκές όχι μόνο στη γενική αλλά και στη στοματική υγεία. Πιο συγκεκριμένα, οι επιπτώσεις στη στοματική υγεία οφείλονται στη μη φυσιολογική λειτουργία των κυττάρων της άμυνας πρώτης γραμμής του οργανισμού ενάντια, κυρίως, στα παθογόνα μικρόβια της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (δηλαδή του λευκού επιχρίσματος που σχηματίζεται στην επιφάνεια των δοντιών και αποτελείται από βλεννοπρωτεΐνες και μικρόβια) (Page, 1998).

 **Λ. ΠΑΠΑΓΙΑΝΝΟΥΛΗ,**
καθηγήτρια Παιδοδοντιατρικής
Οδοντιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

 **ΑΙΚ. ΧΡΥΣΙΚΟΠΟΥΛΟΥ,**
Παιδοδοντίατρος, υποψήφια διδάκτωρ

Η δυσλειτουργία των κυττάρων αυτών μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα ποσοστά εμφάνισης των νόσων του στόματος. Ωστόσο, ακόμη και σε περιπτώσεις που ο σακχαρώδης διαβήτης είναι ρυθμισμένος, η ύπαρξη στοματικής νόσου και πιο συγκεκριμένα περιοδοντίτιδας μπορεί να οδηγήσει σε απορρύθμιση του διαβήτη. Ως εκ τούτου, η συστηματική οδοντιατρική φροντίδα συμβάλλει σημαντικά στη σωστή αντιμετώπιση του χρόνιου αυτού νοσήματος.

Σκοπός του άρθρου αυτού είναι να αναφερθούν α) τα οδοντιατρικά προβλήματα που συσχετίζονται με την ύπαρξη διαβήτη, β) τα καθημερινά προληπτικά μέτρα στοματικής υγιεινής και γ) οι προϋποθέσεις για παροχή οδοντιατρικής περίθαλψης στο παιδί ή τον έφηβο με σακχαρώδη διαβήτη.

Α. Οδοντιατρικά προβλήματα σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη (Τερηδόνα)

Η τερηδόνα είναι μια πολυπαραγοντική, μικροβιακής αιτιολογίας, χρόνια νόσος, η οποία θεωρείται ακόμα και σήμερα η συχνότερη νόσος του στόματος στα παιδιά και τους εφήβους, καθώς και η πιο συχνή χρόνια παιδική νόσος. Σύμφωνα με την επικρατέστερη θεωρεία για τη δημιουργία τερηδόνας, τα μικρόβια της οδοντικής μικροβιακής πλάκας (ΟΜΠ) παράγουν οξέα από τη ζύμωση των υδατανθράκων της διατροφής και κυρίως της ζάχαρης. Η παραγωγή οξέων στην ΟΜΠ συντελεί στην απομάκρυνση αλάτων ασβεστίου και φωσφόρου από την επιφάνεια της αδαμαντίνης. Η συχνή επανάληψη της διαδικασίας αυτής έχει ως αποτέλεσμα τον τερηδονισμό του δοντιού, δηλαδή τη σταδιακή καταστροφή των σκληρών ιστών του και τη δημιουργία κοιλότητας σε αυτό. Σε αυτή τη διαδικασία πολύ σημαντική για την πρόληψη της αποβελτίωσης της αδαμαντίνης και της προοδευτικής δημιουργίας



κοιλότητας είναι η προστασία που παρέχει το σάλιο, το οποίο εξουδετερώνει την δράση των οξέων.

Σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη παρατηρείται μειωμένη έκκριση σάλιου. Αυτό, σε συνδυασμό με τα αυξημένα επίπεδα γλυκόζης στο σάλιο, έχει ως αποτέλεσμα την υπεργλυκαιμία, που παρουσιάζεται κυρίως σε περιόδους ανεπάρκειας ινσουλίνης. Κατά τη διάρκεια αυτών των περιόδων τα επίπεδα γλυκόζης στη στοματική κοιλότητα είναι αυξημένα, διευκολύνοντας την ανάπτυξη βακτηριδίων και αυξάνοντας τον κίνδυνο εμφάνισης τερηδονικών βλαβών. Σε αρκετές μελέτες έχει βρεθεί πως η τερηδόνα αυξάνεται σε περιπτώσεις αρρυθμισμού διαβήτη. Σε άλλες μελέτες ωστόσο δεν παρατηρήθηκε διαφορά στη συχνότητα εμφάνισης τερηδόνας ανεξάρτητα από το βαθμό ρύθμισης του διαβήτη. Πολλή ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας σουηδικής μελέτης. Στη μελέτη αυτή η συχνότητα της τερηδόνας ήταν σημαντικά υψηλότερη αμέσως μετά τη διάγνωση του διαβήτη σε σχέση με τη συχνότητα της

τερηδόνας δύο χρόνια μετά. Στο διάστημα των δύο χρόνων της μελέτης η σωστή ρύθμιση του διαβήτη περιελάμβανε –εκτός των άλλων– και διατροφή με περιορισμένη κατανάλωση ζυμώσιμων υδατανθράκων και ζάχαρης. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται πως μπορεί να υπάρχει αύξηση τερηδόνας σε περιπτώσεις αρρυθμισμού διαβήτη και μη ελεγχόμενης διατροφής. Λογικά όμως σε περιπτώσεις ρύθμισης του διαβήτη και σωστής διατροφής μπορεί να έχουμε και μειωμένη επίπτωση τερηδόνας.

Νόσοι του περιοδοντίου (ουλίτιδα - περιοδοντίτιδα)

Αναφορικά με την ουλίτιδα και την περιοδοντίτιδα, έχει παρατηρηθεί αξιοσημείωτη αύξηση στην επίπτωση και τη βαρύτητα εμφάνισής τους, ανεξάρτητα εάν ο διαβήτης είναι ρυθμισμένος ή όχι. Έτσι οι περισσότερες μελέτες απέδειξαν ότι η εμφάνιση της περιοδοντικής νόσου ήταν πολύ συχνή σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη. Πολύ σημαντικό εύρημα είναι το ότι η βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου αυξάνεται με τη διάρκεια της νόσου και την ηλικία, χωρίς να επηρεάζεται από την ΟΜΠ. Αυτό δείχνει ότι άλλοι παράγοντες πέραν των βακτηρίων της ΟΜΠ μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την αυξημένη συχνότητα και βαρύτητα της περιοδοντικής νόσου σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη. Η πρόληψη και η πρώιμη θεραπεία της περιοδοντικής νόσου σε νεαρούς ασθενείς με διαβήτη θα πρέπει να είναι αδιάλειπτη. Επιπλέον, η θεραπεία της περιοδοντικής νόσου μπορεί να έχει ευεργετικό αποτέλεσμα στη ρύθμιση του διαβήτη.

Άλλα προβλήματα από το στόμα

Οι ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη παρουσιάζουν μειωμένη έκκριση σάλιου που πολλές φορές έχει ως αποτέλεσμα ξηροστομία, διόγκωση των σιαλογόνων αδένων, αλλαγές στη γεύση, λοιμώξεις του βλεννογόνου του στόματος και μειωμένη ικανότητα επούλωσης σε περιπτώσεις τραυματισμού.

Β. Καθημερινά προληπτικά μέτρα στοματικής υγιεινής

Τα καθημερινά προληπτικά μέτρα στοματικής υγιεινής είναι τα ίδια για όλα τα παιδιά και τους εφήβους με ή χωρίς διαβήτη. Καθοριστικός παράγοντας για την πρόληψη των νόσων της στοματικής κοιλότητας είναι η στοματική υγιεινή που συνίσταται στην αφαίρεση της οδοντικής μικροβιακής πλάκας με οδοντό-

βουρτσα και νήμα. Το φθόριο αποτελεί το αποτελεσματικότερο μέτρο για την πρόληψη της τερηδόνας και χορηγείται κυρίως τοπικά. Η φθοριούχος οδοντόπαστα αποτελεί τον πιο διαδεδομένο τρόπο τοπικής εφαρμογής φθορίου.

Στα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη η πρόσληψη ζάχαρης και υδατανθράκων είναι μειωμένη λόγω της ελεγχόμενης διατροφής. Ιδιαίτερη προσοχή πρέπει να δίνεται στην εκπαίδευση των παιδιών και των εφήβων, ώστε να αναγνωρίζουν τις τροφές που περιέχουν κρυμμένη ζάχαρη. Επιπλέον, η σύσταση των τροφών πρέπει να μην είναι μαλακή και κολλώδης, καθώς τροφές αυτού του είδους παραμένουν για μεγαλύτερο διάστημα στα δόντια.

Γ. Προϋποθέσεις παροχής οδοντιατρικής περίθαλψης

Στα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, όπως και στα υγιή παιδιά, η οδοντιατρική φροντίδα πρέπει να αρχίζει με την εμφάνιση του πρώτου δοντιού στο στόμα και όχι αργότερα από τα πρώτα γενέθλια. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζεται πρωτογενής πρόληψη, δηλαδή η πρόληψη πριν την εμφάνιση νόσων του στόματος. Η πρώιμη αυτή παρέμβαση οδηγεί σε καλύτερη αποδοχή και διαμόρφωση θετικής στάσης προς την οδοντιατρική θεραπεία, καθώς και στη θεμελίωση της στοματικής του υγείας. Στη συνέχεια θα πρέπει να γίνεται περιοδικός έλεγχος από τον παιδοδοντίατρο κάθε 3 ή 6 μήνες, ανάλογα με τις οδοντιατρικές ανάγκες του παιδιού.

Σε περίπτωση θεραπευτικής οδοντιατρικής παρέμβασης (σφράγισμα, εξαγωγή κ.ο.κ.), ο οδοντίατρος πρέπει να ενημερώνεται για τη φαρμακευτική αγωγή του ασθενή και το ωράριο λήψης τροφής. Καλύτερα η θεραπεία να γίνεται τις πρωινές ώρες πριν ή μετά τις περιόδους που η ινσουλίνη είναι σε υψηλά επίπεδα, ώστε να αποφεύγονται υπογλυκαιμικές αντιδράσεις.

Συνήθως η οδοντιατρική θεραπεία δεν απαιτεί προσαρμογή των δόσεων της ινσουλίνης. Σε περίπτωση που μετά την οδοντιατρική θεραπεία η πρόσληψη τροφής δεν είναι εφικτή για αρκετές ώρες, οι απαιτούμενες θερμίδες παρέχονται μέσω τροφών σε υγρή μορφή (π.χ. γάλα).

Εάν εμφανιστούν συμπτώματα υπογλυκαιμίας κατά τη διάρκεια της θεραπείας, ο οδοντίατρος διακόπτει την εργασία ώστε να ελεγχθούν τα επίπεδα γλυκόζης. Όταν τα επίπεδα αυτά είναι χαμηλά ή δεν υπάρχει διαθέσιμο τεστ, γίνεται θεραπεία υπογλυκαιμίας.

Συμπερασματικά, ο ρόλος του παιδοδοντίατρου/οδοντίατρου για την καλύτερη ρύθμιση και την πρόληψη των επιπλοκών από το στόμα σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη αναδεικνύεται σημαντικός. Σύμφωνα με την American Diabetes Association, η εξέταση του στόματος είναι μια από τις πρώτες εξετάσεις που πρέπει να κάνουν άτομα με υποψία για σακχαρώδη διαβήτη. Η καθημερινή προληπτική φροντίδα στο σπίτι και η περιοδική τουλάχιστον κάθε 3 ή 6 μήνες στον οδοντίατρο, ανάλογα με τις ανάγκες των παιδιών και των εφήβων, θεωρείται σήμερα αναπόσπαστο μέρος της αποτελεσματικής αντιμετώπισης του χρόνιου αυτού μεταβολικού νοσήματος. ■

Η θεραπεία καλύτερα να γίνεται
πρωί, πριν ή μετά τις περιόδους
που η ινσουλίνη είναι σε υψηλά
επίπεδα, ώστε να αποφεύγονται
υπογλυκαιμικές αντιδράσεις.

Οι γονείς των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη: συμπεριφορές και διλήμματα

Η οικογένεια είναι ένας ζωντανός και μεταβαλλόμενος οργανισμός. Η εμφάνιση μιας χρόνιας ασθένειας σε ένα παιδί της οικογένειας επηρεάζει τη λειτουργία της, αφού επηρεάζεται η λειτουργία των μελών που την αποτελούν, του ίδιου του παιδιού, των γονιών και των άλλων αδελφών.



ΜΑΓΔΑ ΛΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ

Ψυχίατρος - Παιδοψυχίατρος Αναπηρώτρια διευθύντρια
Παιδοψυχιατρικού τμήματος Νοσοκομείου Παιδών «Η Αγία Σοφία»

Οι παιδοψυχίατροι Lask και Fasson, προσπαθώντας να παρουσιάσουν τη λειτουργία της οικογένειας όταν υπάρχει παιδί με ασθένεια, περιέγραψαν τις εξής αλληλεπιδράσεις που δημιουργούνται:

1) Η αρρώστια του παιδιού δημιουργεί στενοχώρια στη μητέρα.

Διάγραμμα 1. Αιτία και αποτέλεσμα σε μια δυάδα
Άρρωστο παιδί → Στενοχωρημένη μητέρα

2) Αλλή και η στενοχωρημένη μητέρα επιδρά πάνω στο άρρωστο παιδί.

Διάγραμμα 2. Δυαδική αλληλεπίδραση

Άρρωστο παιδί ↔ Στενοχωρημένη μητέρα

3) Υπάρχει όμως και τριαδική αλληλεπίδραση.

Ο εκνευρισμός ή στενοχώρια του πατέρα επηρεάζει τη μητέρα, η οποία μπορεί να επηρεάσει το άρρωστο παιδί.

Άρρωστο παιδί → Στενοχωρημένη μητέρα →
Εκνευρισμένος πατέρας

4) Τέλος, δημιουργείται ένας φαύλος κύκλος, όπου το άρρωστο παιδί, ο πατέρας και η μητέρα του επηρεάζουν ο ένας τον άλλο και αυτή η διαταραχή ανακυκλώνεται, αφού διαχέεται προς όλες τις κατευθύνσεις.

Διάγραμμα 4. Φαύλος κύκλος

Άρρωστο παιδί ↔ Στενοχωρημένη μητέρα
Εκνευρισμένος πατέρας ↔

Οι μελέτες της τελευταίας δεκαετίας που αφορούν την οικογένεια και ιδιαίτερα τους γονείς του παιδιού με διαβήτη σκιαγραφούν με εύγλωττο τρόπο τις παρατηρήσεις αυτές.

Οι αρχικές αντιδράσεις

Οι γονείς είναι έκπληκτοι και πανικόβλητοι αρχικά, όταν το παιδί τους εμφανίσει αυτή τη χρόνια ασθένεια, το σακχαρώδη διαβήτη. Έχουν ένα υγιές παιδί το οποίο ξαφνικά παρουσιάζει πολιουρία, πολιδιψία, ζαλάδες, απίσχναση και μερικές φορές μπορεί να πέσει σε κώμα. Οι γονείς περνούν σιγά σιγά τα διάφορα στάδια του πένθους (πενθούν για την απώλεια της τέλει σωματικής υγείας του παιδιού), περνούν δηλαδή από στάδια θυμού και διαμαρτυρίας, θλίψης και τελικά αποδοχής της ασθένειας και προσαρμογής στην καινούρια πραγματικότητα. Αυτή η περίοδος πένθους είναι διαφορετική για κάθε οικογένεια και για καθέναν από τους δύο γονείς, συνήθως όμως διαρκεί περί τους έξι μήνες έως και ένα χρόνο, όπως μας έδειξε η κλινική μας εμπειρία αλλά και παλαιότερες ερευνητικές μελέτες. Την ίδια παρατήρηση έκανε τελευταία και μια ομάδα νορβηγών ερευνητών, οι οποίοι μελέτησαν 58 οικογένειες από την αρχή της εμφάνισης του διαβήτη και επί 9 μήνες μετά, και βρήκαν ότι οι περισσότεροι γονείς αντέδρασαν ισχυρά στην αρχή της πρώτης νοσηλείας αλλά μετά η αντίδραση αυτή άρχισε να μειώνεται. Ωστόσο, σε ορισμένες περιπτώσεις μια πολύ έντονη αρχική συναισθηματική αντίδραση ενός γονιού είχε την τάση

να συνεχιστεί και αργότερα. Αυτή η μελέτη υποστηρίζεται και από μια άλλη, γνωστής ερευνήτριας στο διαβήτη, της Maria Kovacks (1990), η οποία παρακολούθησε μύτερες από την αρχή της ασθένειας του παιδιού και για 6 χρόνια μετά και βρήκε ότι η προσαρμογή της μτέρας λίγο μετά την ανακοίνωση της ασθένειας του παιδιού είναι ισχυρός προγνωστικός παράγοντας της μακροχρόνιας συναισθηματικής της κατάστασης. Η Maria Kovacks και οι συνεργάτες της (1997) ανακοίνωσαν τη συνέχεια της ίδιας μελέτης που ανέφερα πριν, όπου βρήκαν τα εξής που επιβεβαιώνουν τις κλινικές παρατηρήσεις που εικονογραφούνται στα προηγούμενα διαγράμματα. Η παρακολούθηση είχε επεκταθεί στα 10 χρόνια μετά την έναρξη του διαβήτη σε 92 παιδιά, με μέσο όρο ηλικίας τα 20 χρόνια. Η ψυχοπαθολογία της μτέρας κατά τα αρχικά στάδια της νόσου ήταν παράγοντας κινδύνου για ψυχιατρική διαταραχή στα παιδιά, και ιδιαίτερα η μητρική κατάθλιψη ήταν ένας ειδικός παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη κατάθλιψης στα παιδιά. Τέλος, μια άλλη μελέτη με 38 παιδιά τα οποία παρακολούθηθηκαν επί 5 χρόνια έδειξε ότι τα παιδιά που δεν πήγαιναν καλά είχαν κακό μεταβολικό έλεγχο επί αρκετά χρόνια και μάλιστα από το δεύτερο χρόνο της ασθένειας και είχαν επίσης πατέρες των οποίων οι συναισθηματικές απαντήσεις έδειχναν κακή προσαρμογή στην κατάσταση.

Ίσως αυτά τα ερευνητικά συμπεράσματα είναι μια ένδειξη ότι γονείς που έχουν υπερβολικά έντονες αρχικές αντιδράσεις θα πρέπει να ζητούν και να έχουν συμβουλευτική για να μην επηρεάσει αρνητικά η παρατεταμένη αρχική αντίδρασή τους τη ζωή του παιδιού τους αλλά και τη δική τους. Υπάρχουν γονείς που αρνούνται να πιστέψουν ότι το παιδί τους έχει σακχαρώδη διαβήτη γιατί δεν μπορούν να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα.

Υπάρχουν γονείς για τους οποίους ο διαβήτης του παιδιού είναι το κεντρικό σημείο στη ζωή τους, περιστρέφονται γύρω από αυτό, υπερ-προστατεύουν το παιδί, παρεμβαίνουν συνεχώς σε όλα τα θέματα της ζωής του. Όλοι οι γονείς νιώθουν τη φυσική τάση να προστατέψουν το παιδί τους όταν περνάει δυσκολίες. Πόση προστασία όμως χρειάζεται και τι διαταραχές και προβλήματα δημιουργεί η υπερπροστασία; Να ένα δίλημμα που αντιμετωπίζουν οι γονείς όλων των παιδιών, αλλά ιδιαίτερα οι γονείς των παιδιών με χρόνια ασθένεια όπως ο διαβήτης.

Έλεγχος, καθοδήγηση, υποστήριξη

Πρόσφατη μελέτη 52 παιδιών με διαβήτη, ηλικίας 13-20 χρόνων, έδειξε ότι τα παιδιά που ήταν καλά ρυθμισμένα προέρχονταν από οικογένειες που τις θεωρούσαν ότι είχαν ρόλο καθοδηγητικό, συμβουλευτικό και ελεγκτικό. Τα ίδια αποτελέσματα επιβεβαιώνονται και από άλλη πρόσφατη μελέτη. Αλλά πόσος έλεγχος και καθοδήγηση χρειάζονται; Πρόσφατη μελέτη μας σε 55 παιδιά και 55 μύτερες έδειξε ότι η συναισθηματική υπερεμπλοκή των μντέρων, δηλαδή το υπερβολικό ενδιαφέρον που οδηγούσε σε ανάμιξη και ενοχλητικές παρεμβάσεις, σχετιζόταν με κακό μεταβολικό έλεγχο των παιδιών. Φαίνεται, λοιπόν, ότι η καθοδήγηση και η επίβλεψη

των παιδιών χρειάζεται αλλά όχι η ενοχλητική παρέμβαση και η ενοχλητικού βαθμού συναισθηματική απασχόληση με το παιδί. Φαίνεται, επίσης, ότι ο έλεγχος που είναι ανάγκη να γίνεται από τους γονείς πρέπει να συνοδεύεται από συναισθηματική συμμετοχή, από ζεστασιά και κατανόηση συγχρόνως. Αυτά είναι και τα συμπεράσματα μελέτης του 1998, όπου οι έφηβοι νοσηλευόμενοι για επεισόδια κετοξέωσης συγκρίθηκαν με έφηβους που δεν είχαν τέτοια επεισόδια. Εκτός του ότι οι νοσηλευόμενοι έφηβοι είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά ψυχικής διαταραχής, οι γονείς τους παρουσίαζαν μια στάση ελέγχου ως προς το διαβήτη αλλά χωρίς ζεστασιά και υποστηρικτικό ενδιαφέρον. Βέβαια, η στάση αυτή μπορεί να ήταν αποτέλεσμα των επανειλημμένων ταλαιπωριών που περνούσαν εξαιτίας των νοσηλείων του παιδιού.

Η ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων

Η οικογενειακή ατμόσφαιρα που επιτρέπει την έκφραση συναισθημάτων άμεσα αλλά που συγχρόνως δεν χαρακτηρίζεται από συγκρούσεις βοηθάει στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο των παιδιών με διαβήτη. Δύο μελέτες με 60 οικογένειες η μία και 70 οικογένειες η άλλη υποστηρίζουν αυτό το συμπέρασμα. Επιπλέον, η οργάνωση της οικογένειας ή οι δυσκολίες στην οργάνωση της οικογένειας, υπό την έννοια της ύπαρξης μόνο του ενός γονιού έπειτα από χωρισμό ή διαζύγιο ή ακόμη η δημιουργία νέας οικογένειας μετά το δεύτερο γάμο του ενός γονιού, φαίνεται ότι συσχετίζεται με κακό μεταβολικό έλεγχο του παιδιού σε τρεις μελέτες που εμφανίστηκαν την τελευταία πενταετία. Από τις προηγούμενες μελέτες συμπεραίνεται ότι οι γονείς βοηθούνται για μια καλύτερη ποιότητα ζωής και μια καλύτερη συζυγική σχέση από την καλή πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια, τη ρεαλιστική εικόνα της ασθένειας και τις πρακτικές συμβουλές για τα καθημερινά προβλήματα. Δεν βοηθάει η άνιση κατανομή των υπευθυνοτήτων μεταξύ των γονιών και η έλλειψη χρόνου για ανάπαυση και ψυχαγωγία.

Συμπεράσματα

Τι συμπεράσματα προκύπτουν από αυτή την ανασκόπηση; Πρώτα-πρώτα, πρέπει να παρακολουθείται η έντονη αρχική συναισθηματική αντίδραση της μτέρας γιατί, εάν δεν προσαρμόζεται σε χαμηλότερα επίπεδα έντασης, είναι κακός προγνωστικός παράγοντας για τη συναισθηματική εξέλιξη της ίδιας αλλά και του παιδιού, όπως επίσης και για τη ρύθμιση του διαβήτη. Τα παιδιά και οι έφηβοι με διαβήτη χρειάζονται από τους γονείς έλεγχο και καθοδήγηση που θα γίνονται με ευαισθητο, υποστηρικτικό τρόπο και όχι ενοχλητική υπερασχόληση με αυτά. Η οικογενειακή ατμόσφαιρα πρέπει να επιτρέπει την έκφραση συναισθημάτων, η μτέρα δεν πρέπει να σκάνει όλο το βάρος για τον έλεγχο του διαβήτη, οι γονείς πρέπει να έχουν καλή πληροφόρηση από τους ειδικούς και χρόνο για ψυχαγωγία. Τέλος, ειδική φροντίδα πρέπει να δίνεται στις οικογένειες παιδιών με διαβήτη, όπου υπάρχει διαζύγιο και δεύτερος γάμος του γονιού. ■

«Ο διαβήτης δεν είναι ασθένεια-είναι τρόπος ζωής»

Κάθε μέρα ο διαβήτης προσβάλλει περισσότερα από 200 παιδιά σε όλο τον κόσμο. Ένα εκατομμύριο Έλληνες πάσχουν σήμερα από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ 200.000 εκτιμάται ότι έχουν τη νόσο χωρίς να το γνωρίζουν.



 ΚΑΤΙΑ ΑΝΤΩΝΙΑΔΗ

Η Άντζυ Παπαθεοδωροπούλου είναι, σήμερα, 29 ετών και ζει με διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) από 10 ετών. Οι δόσεις ενέσιμης ινσουλίνης που χρειάζεται καθημερινά κυμαίνονται από 3 μέχρι 5.

«Νόσησα το 1988, σε ηλικία περίπου 10 ετών. Θυμάμαι χαρακτηριστικά ότι ήταν η περίοδος του Πάσχα και βρισκόμασταν οικογενειακώς στην επαρχία για διακοπές. Από καιρό είχα κάποια χαρακτηριστικά συμπτώματα, πολυουρία, έντονους πονοκεφάλους, απώλεια βάρους, άρνηση λήψης φαγητού. Ήμουν και υπέρβαρο παιδί, κάτι πολύ σημαντικό, γιατί είναι διαπιστωμένο ότι τα υπέρβαρα παιδιά παρουσιάζουν τέτοιου είδους προβλήματα».

Τα τελευταία 30 χρόνια το ποσοστό των διαβητικών έχει τετραπλασιαστεί στη χώρα μας. Η αλματώδης εξάπλωση της παχυσαρκίας –λόγω της κακής διατροφής και της μειωμένης φυσικής δραστηριότητας– έχει ως συνέπεια να παρατηρείται σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (ο λεγόμενος διαβήτης των ενηλίκων) ακόμη και στα παιδιά.

«Κάποια στιγμή οι γονείς μου ανησύχησαν πολύ και αποφάσισαν να πάμε στο νοσοκομείο. Εκεί, με μια απλή εξέταση αίματος, διαπιστώθηκε ότι πάσχω από σακχαρώδη διαβήτη. Από κει και μετά οι δύο γιατροί που με παρακολουθούν μέχρι και σήμερα, ο κύριος Χιώτης και η κυρία Μπενρουμπή, ανέλαβαν να μου εξηγήσουν τι είναι αυτή η ασθένεια. Ήταν σχετικά δύσκολο στην αρχή γιατί ο διαβήτης σε ωθεί να ακολουθήσεις ένας τρόπο ζωής διαφορετικό από αυτόν που ζουν τα παιδιά. Σύντομα συνειδητοποίησα ότι άλλαξε η ζωή μου. Πριν νοσήσω ζούσα όπως ένα φυσιολογικό παιδί, με γεύματα σε άτακτα χρονικά διαστήματα, με junk food και καθόλου άσκηση».

Περνώντας τα χρόνια, η Άντζυ άρχισε να εξοικειώνεται πλήρως με τη νέα της καθημερινότητα. «Ολοκλήρωσα τις σπουδές μου στο πανεπιστήμιο, ξένες γλώσσες, εργαζόμουν παράλληλα. Δεν ήταν εύκολο. Συνειδητοποίησα όμως ότι ο διαβήτης αποτέλεσε σχολείο για εμένα. Ζω 20 χρόνια με το διαβήτη και έχω μάθει στην πειθαρχία, στην ωριμότητα, στην αντιμετώπιση δύσκολων καταστάσεων».

Η συμβίωση με το διαβήτη δεν είναι εύκολη υπόθεση. «Έχουν υπάρξει φορές που έχω νιώσει κουρασμένη, που δεν θέλω να σηκωθώ το πρωί για να μετρήσω τα επίπεδα του σακχάρου στο αίμα μου, που δεν έχω διάθεση... Το θετικό είναι ότι, τώρα πια με τα καινούρια φαρμακευτικά σκευάσματα, το ωράριο που ακολουθώ δεν είναι τόσο αυστηρό». Πιο παλιά ο διαβητικός έπρεπε να ακολουθεί ένα "στάνταρ" πρόγραμμα, από το οποίο δεν είχε τη δυνατότητα να παρεκκλίνει. «Τώρα τα πράγματα είναι πιο ελαστικά. Απλά, φροντίζεις να οργανώσεις το πρόγραμμά σου από το προηγούμενο βράδυ. Ο διαβητής είναι ένας κύκλος. Αν οι κρίκοι δεν ενωθούν σωστά, υπάρχει πρόβλημα. Απλά όταν φροντίζεις οι κρίκοι να είναι ενωμένοι, δεν σπάει ποτέ η αλυσίδα».



Ο διαβητής είναι μια πάθηση που δεν θεραπεύεται. Η όλη θεραπεία αποσκοπεί στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην πρόληψη των επιπλοκών. Η προσπάθεια αυτή απαιτεί οπωσδήποτε τη συμμετοχή του διαβητικού για να έχει επιτυχία. «Είναι καθαρά θέμα ψυχολογίας. Πρέπει να γνωρίζεις τον εαυτό σου και το σώμα σου και να ανταποκριθείς στις ανάγκες του».

Όταν η Άντζυ βρίσκεται στο σπίτι της, τα πράγματα είναι πιο απλά. «Το ζητούμενο είναι ο διαβητής να μη σου δημιουργεί πρόβλημα έξω από το σπίτι. Εγώ έχω πάντα μαζί μου όλα τα "σύνεργά" μου μέσα στην υπερμεγέθη τσάντα μου! Είναι εργαλεία ζωής. Ειδικά στην ηλικία τη δική μου, που δεν ξέρω τι θα συμβεί κατά τη διάρκεια της ημέρας, πού θα με βγάλει ο δρόμος, ποιο απρόοπτο θα τύχει, φροντίζω να είμαι καλυμμένη, να έχω τα εργαλεία μου μαζί».

Δεν έχει νιώσει ποτέ αμήχανα να πει στους άλλους για την περίπτωση της. «Όλοι οι διαβητικοί έχουν μια ιστορία να πουν. Έχω ζήσει καταστάσεις του τύπου "μην τη φιλάς, γιατί μπορεί να κολλήσεις" ή "μην πεις από το ίδιο ποτήρι γιατί η Άντζυ είναι άρρωστη". Δεν αγανάκτησα ποτέ, γιατί από νωρίς είχα καταλάβει ότι ο κόσμος είναι ανενημέρωτος. Και είναι πολύ ήπιο να μη γνωρίζει ο κόσμος».

Η εξάπλωση του διαβήτη έχει πάρει εκρηκτικές διαστάσεις. Και οι προβλήσεις για το μέλλον είναι δυσοίωνες. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Σακχαρώδη Διαβήτη (IDF), ο αριθμός των διαβητικών στην υφήλιο είναι σήμερα 240 εκατομμύρια. Ο αριθμός των διαβητικών στην Ευρώπη μέχρι το 2025 αναμένεται να παρουσιάσει αύξηση 30%-40%. Στην Ελλάδα ο αριθμός των ατόμων με διαβήτη σχεδόν τετραπλασιάστηκε τα τελευταία 30 χρόνια. «Δεν βλέπω το λόγο για να μην το λέω. Όλοι οι φίλοι μου και οι δικοί μου άνθρωποι το ξέρουν. Το ξέρουν, κυρίως για να μπορούν να με βοηθήσουν αν ποτέ χρειαστεί».

Η ίδια προβληματίζεται όταν βλέπει διαβητικούς που

προσπαθούν να κρύψουν την πάθησή τους: «Οι διαβητικοί δεν είναι άνθρωποι με ειδικές ανάγκες. Μπορούμε να ανταποκριθούμε πλήρως σε ό,τι και να κάνουμε. Αν γυρίσεις και κοιτάξεις γύρω σου, όλοι οι άνθρωποι έχουν κάτι. Άλλος έχει χοήστερίνη. Άλλος έχει ημικρανίες. Άλλος αρθριτικά... Και αυτοί είναι αναγκασμένοι να παίρνουν φάρμακα και να προσέχουν. Έτσι κι εμείς».

Η λογική της είναι αφοπλιστική: «Είναι κρίμα, εν έτει 2008, να μη γνωρίζει ο κόσμος. Υπάρχουν τόσα ενημερωτικά φυλλάδια, περιοδικά, εκατοντάδες ιστοσελίδες στο Διαδίκτυο. Το βασικό είναι να σταματήσει ο κόσμος να φοβάται. Θέλει ισορροπημένη

διατροφή, ρύθμιση, άσκηση. Αυτό που θέλει, κυρίως, βέβαια, είναι εξοικείωση. Αυτό είναι το Α και το Ω».

Οι γιατροί υποστηρίζουν ότι το βασικό «φάρμακο» για την επιτυχή αντιμετώπιση της μάστιγας του διαβήτη είναι η εκπαίδευση του ανθρώπου. Με τη σωστή μάθηση των εργαλείων που διαθέτουν σήμερα η Ιατρική και η Φαρμακευτική, ο άνθρωπος με διαβήτη, ο εκπαιδευμένος άνθρωπος με διαβήτη, είναι σε θέση να ζήσει χωρίς επιπλοκές. «Για να το καταφέρει όμως αυτό κάποιος, βασική προϋπόθεση είναι η αποδοχή της πάθησης

και η απόφασή του να ζήσει με αυτήν».

Η Άντζυ αυτό τον καιρό ξεκουράζεται, ψάχνοντας για την επαγγελματική προοπτική που θα την γεμίσει. «Ποτέ δε σταμάτησα να δουλεύω. Και τώρα, που έχω αποφασίσει να μείνω "ανεργή" για λίγο καιρό μού έχει κάνει καλό». Ονειρεύεται το μέλλον της, προγραμματίζει διακοπές με φίλους, απολαμβάνει την παρέα της οικογένειάς της. «Κάνω όνειρα όπως κάνουν όλοι. Δεν διαφέρω σε τίποτα. Θέλω να κάνω κι εγώ οικογένεια, να μεγαλώσω τα παιδιά μου, όπως ακριβώς θέλουν και οι άλλες κοπέλες της ηλικίας μου. Δεν έχω στερηθεί ποτέ τίποτα και δεν θα σταματήσω να ονειρεύομαι». Και η ευχή της; «Εύχομαι να υπάρξει σύντομα καλύτερη ενημέρωση όλων των ανθρώπων. Και καλύτερη αντιμετώπιση. Ελπίζω, επίσης, να υπάρξει κοινωνική βοήθεια από το κράτος. Ο διαβητής είναι μια ασθένεια "βασίλική", που η φαρμακευτική της περίθαλψη στοιχίζει ακριβά. Για τον εαυτό μου εύχομαι να συνεχίσω να είμαι καλά. Κάθε άνθρωπος έχει πλάνα για τη ζωή του. Όπως όλοι, έτσι κι εμείς, τα διαβητικά παιδιά. Ευχόμαστε να είναι καλά η υπόλοιπη ζωή μας. Απλά, για να γίνει αυτό, πρέπει να φροντίσουμε εμείς. Και μόνο εμείς γιατί, πραγματικά, είναι κάτι που περνάει από το δικό μας χέρι».

Το παιδί με σακχαρώδη διαβήτη - ένα φυσιολογικό άτομο της κοινωνίας

Στη χώρα μας αναρωτιέται κανείς πώς μπορεί ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη, που χρειάζεται ινσουλίνη καθημερινά, να είναι ένα φυσιολογικό άτομο.

Υπάρχει όμως μια απλή απάντηση στο ερώτημα αυτό.



ΒΑΣΙΛΙΚΗ Ε. ΓΚΡΕΚΑ - ΣΠΗΛΙΩΤΗ

Αναπλ. Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας
Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Πατρών - Υπεύθυνη
Μονάδας Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και Διαβήτη

Τα θεμέλια για μια φυσιολογική ζωή για το παιδί με διαβήτη στρώνονται κιόχλας από την πρώτη μέρα που έρχεται το παιδί στο νοσοκομείο για τη θεραπεία με ινσουλίνη. Βασίζεται στην υποστήριξη που θα έχει από τους γονείς του, από τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό και προπαντός από την εξειδικευμένη θεραπευτική ομάδα που αποτελείται από τον παιδοενδοκρινολόγο/διαβητολόγο, την εκπαιδευτρια νοσηλεύτρια, τον διαιτολόγο και τον ψυχολόγο. Αυτή η εξειδικευμένη ομάδα είναι ο κρίκος που μπορεί να βοηθήσει το παιδί και τους γονείς του να κρατήσουν την ισορροπία τους την πρώτη μέρα όταν «φεύγει η γη κάτω από τα πόδια τους» με την αναγγελία της διάγνωσης και καθ'όλη τη διάρκεια των ετών που μεγαλώνει το παιδί και δημιουργείται η προσωπικότητά του.

Η εκπαίδευση και ενημέρωση του παιδιού και των γονέων του από τη θεραπευτική ομάδα από την πρώτη μέρα έχει ως στόχο τη διδασκαλία του τρόπου με τον οποίο το παιδί θα ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Η ειδικρηνής ενημέρωση του παιδιού είναι η βάση της δημιουργίας μιας σωστής μακροχρόνιας σχέσης με τον παιδοενδοκρινολόγο/διαβητολόγο και την υπόλοιπη ομάδα. Το παιδί από την ηλικία των 4 ετών μπορεί να συμμετέχει σε όλο το εκπαιδευτικό πρόγραμμα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του και σε κάθε του επίσκεψη στο ιατρείο.

Από την πρώτη μέρα εξηγείται στο ίδιο το παιδί και στους γονείς του ότι δεν προκάλεσαν το διαβήτη με κάποια λάθη τους. Εξηγείται ότι ο οργανισμός έκανε ένα λάθος και νόμισε ότι τα νησίδια, μέσα στο πάγκρεας, που φτιάχνουν ινσουλίνη είναι «ξένα» και κατά λάθος τα «πολεμάει». Τονίζεται ότι μόνο



τα νησίδια του παγκρέατος δυσλειτουργούν ενώ το υπόλοιπο σώμα λειτουργεί άψογα και ότι η ινσουλίνη που του δίνουμε, (επειδή λείπει από τον οργανισμό του) είναι η «φίλη» του. Αυτή θα «ανοίξει την πόρτα» για να μπαίνει η γλυκόζη (η «βενζίνη του οργανισμού») μέσα στον οργανισμό του, για να μπορεί να πηγαίνει στο σχολείο του, να παίζει, να τρέχει και να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητές του όπως πριν. Όσο παίρνει την ινσουλίνη το σώμα του λειτουργεί απολύτως φυσιολογικά, γιατί αυτό που λείπει από τον οργανισμό το συμπληρώνει.

Εξηγείται η δράση της ινσουλίνης και προσαρμόζεται ο τρόπος χορήγησης και το είδος της ινσουλίνης στην ηλικία, στο πρόγραμμα των γευμάτων και στη δραστηριότητα του κάθε παιδιού και έφηβου. Προσαρμόζονται οι μετρήσεις της γλυκόζης αίματος με το μετρητή γλυκόζης και η χορήγηση της ινσουλίνης

με το πρόγραμμα που ήδη υπάρχει του παιδιού. Διδάσκεται πώς μπορεί το παιδί και οι γονείς του να αλληλάξουν τις ώρες χορήγησης ινσουλίνης όταν αλληλάζει και το πρόγραμμά του, ξέροντας τις ώρες δράσης της ινσουλίνης.

Συζητιέται η διατροφή του παιδιού με έμφαση στην υγιεινή διατροφή. Διδάσκεται ο τρόπος αντιμετώπισης και πρόληψης της υπογλυκαιμίας, για να μπορεί το παιδί να έχει την ελευθερία κίνησης, που είναι απαραίτητο για ένα φυσιολογικό παιδί, χωρίς να φοβούνται οι γονείς για άσχημες συνέπειες από την μεγάλη δραστηριότητά τους.

Επικοινωνούν τηλεφωνικά οι γονείς με το «hot-line» της θεραπευτικής ομάδας (που λειτουργεί καθημερινά) όταν οι τιμές της γλυκόζης αίματος έχουν ξεφύγει από τις φυσιολογικές τιμές και συμβουλευούνται στην αλλαγή της θεραπευτικής αγωγής με ινσουλίνη άμεσα. Έτσι βοηθούνται οι γονείς στην ρύθμιση του διαβήτη, με στόχο τη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη κάτω από 7%, για να μην υπάρχουν επιπλοκές από το διαβήτη.

Δίνεται συνεχόμενη ψυχολογική υποστήριξη στο παιδί και έφηβο και στους γονείς του από την αρχική μέρα καθ'όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του παιδιού και σε κάθε επίσκεψη του παιδιού με τον παιδοενδοκρινολόγο/διαβητολόγο και την υπόλοιπη θεραπευτική ομάδα στο ιατρείο. Σε αυτές τις συναντήσεις είναι η δουλειά της ομάδας να καθοδηγήσει το παιδί, τον έφηβο και τους γονείς του στη δημιουργία μιας καλής «εικόνας του εαυτού του». Για να πετύχει αυτό πρέπει να βοηθηθούν οι γονείς και το παιδί να δεχτούν το διαβήτη σαν ένα μέρος της καθημερινής τους ζωής, κάτι που είναι πολλές φορές δύσκολο αλλιώς όχι αδύνατο. Η επιτυχία σε αυτό –ακόμα και στη χώρα μας– έρχεται όμως μόνο όταν το παιδί και η οικογένειά του ζουν με την αλήθεια.

Όταν κρύβεται η διάγνωση του διαβήτη από τους συγγενείς, φίλους και δασκάλους ή καθηγητές, τότε δεν μπορεί το παιδί να ζήσει μια φυσιολογική ζωή. Τότε πάντα θα υπάρχει ο φόβος ότι κάποιος θα το μάθει. Το γεγονός ότι πρέπει να κρύψει το διαβήτη του δημιουργεί το αίσθημα του άρρωστου παιδιού. Τα παιδιά με διαβήτη που έχουν πετύχει να δεχτούν τον διαβήτη μέσα στην ζωή τους είναι φυσιολογικά παιδιά. Έχουν μια καλή αληθινή εικόνα του εαυτού τους. Μαθαίνουν ότι το φυσιολογικό άτομο δεν είναι πάντα τέλειο. Μαθαίνουν ότι το φυσιολογικό άτομο θα κάνει λάθη, άλλα μαθαίνουν επίσης να γίνονται καλύτερα άτομα από τα λάθη τους. Αυτά τα παιδιά με διαβήτη ωριμάζουν και γίνονται φυσιολογικοί ενήλικες.

Είναι καιρός ποια στην Ελλάδα να αποβάλλουμε την απαισιόδοξη εικόνα για το διαβήτη και το άτομο με διαβήτη που έχουν πολλοί γιατροί και άλλα άτομα της κοινωνίας μας. Έχουν και τα δικά μας παιδιά και έφηβοι την ικανότητα να ζουν φυσιολογικά με το διαβήτη, όπως ζουν τα παιδιά στο εξωτερικό.

Μπορούν και τα ελληνόπουλα, όπως και τα παιδιά στο εξωτερικό, να πετύχουν στη ζωή τους «με το σπαθί τους». Δεν τους λείπει τίποτα, αρκεί εμείς οι γιατροί και οι γονείς να το πιστέψουμε με το μυαλό και με την ψυχή μας. Αυτή είναι η



Τα παιδιά με διαβήτη που έχουν πετύχει να δεχτούν τον διαβήτη μέσα στην ζωή τους είναι φυσιολογικά παιδιά. Έχουν μια καλή αληθινή εικόνα του εαυτού τους. Μαθαίνουν ότι το φυσιολογικό άτομο δεν είναι πάντα τέλειο.

απάντηση στο ερώτημα πώς μπορεί ένα παιδί με σακχαρώδη διαβήτη, που χρειάζεται ινσουλίνη καθημερινά, να είναι ένα φυσιολογικό άτομο. Μπορεί με την πίστη μας σε αυτό και με τη συνεχόμενη διδασκαλία και ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού, του εφήβου και του ενήλικα με διαβήτη. ■

Οδηγίες διατροφής σε παιδιά και εφήβους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Η θεραπευτική αντιμετώπιση στο σακχαρώδη διαβήτη στηρίζεται σε 4 σκέλη, με την ίδια σπουδαιότητα και σημασία:

1. Ινσουλινοθεραπεία
2. Εφαρμογή μιας ισορροπημένης και υγιεινής διατροφής
3. Διατήρηση συστηματικής φυσικής δραστηριότητας
4. Τακτικός έλεγχος των επιπέδων σακχάρου του αίματος



ΠΗΝΕΛΟΠΗ ΜΑΝΤΑ

Κλινική Διαιτολόγος, Διατροφολόγος
Νοσοκομείο Παιδών «Αγία Σοφία»

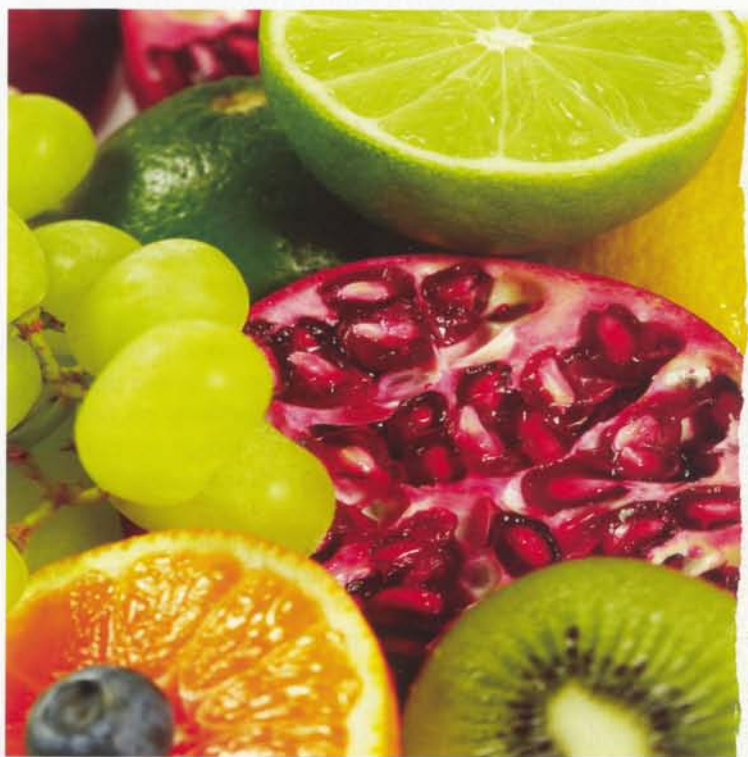
Η ισορροπία ανάμεσα στη διαιτητική πρόσληψη, στα επίπεδα ινσουλίνης και στην κατανάλωση ενέργειας, μέσω της σωματικής δραστηριότητας, αποτελούν αναγκαία προϋπόθεση για το βασικό στόχο της θεραπείας, που είναι η ρύθμιση της γλυκόζης σε φυσιολογικά επίπεδα. Επιπλέον ο τακτικός έλεγχος του σακχάρου αίματος καθιστά το άτομο με διαβήτη ικανό να αναπροσαρμόζει καθένα από τα υπόλοιπα τρία μέρη της θεραπευτικής τετράδας (διατροφή, ινσουλίνη, φυσική δραστηριότητα). Οι στόχοι της διαιτητικής αντιμετώπισης του διαβήτη τύπου 1 είναι:

1. Η διατήρηση της γλυκόζης αίματος σε φυσιολογικά ή όσο το δυνατόν πιο κοντά στα φυσιολογικά επίπεδα
2. Η επίτευξη φυσιολογικού ρυθμού ανάπτυξης των παιδιών και των εφήβων
3. Η ανάπτυξη σωστών και υγιεινών διατροφικών συνηθειών που θα ακολουθεί το άτομο σε όλη του τη ζωή
4. Η εξατομίκευση της δίαιτας και η προσαρμογή των διαιτητικών οδηγιών στις ανάγκες αθλή και στις προσωπικές προτιμήσεις του ατόμου
5. Η επίτευξη και διατήρηση του ιδανικού σωματικού βάρους
6. Η διατήρηση ικανοποιητικού βαθμού φυσικής δραστηριότητας
7. Η πρόληψη και αντιμετώπιση οξέων επεισοδίων όπως: υπογλυκαιμίας ή υπεργλυκαιμίας, ασθένειας ή προβλημάτων που σχετίζονται με την άσκηση
8. Η πρόληψη των μακροχρόνιων επιπλοκών.

Διαιτητικές συστάσεις

Οι διαιτητικές συστάσεις που απευθύνονται σήμερα σε παιδιά και εφήβους με διαβήτη τύπου 1 δεν διαφέρουν από αυτές που απευθύνονται σε άτομα της ίδιας ηλικίας χωρίς διαβήτη και περιλαμβάνουν:

1. Επαρκή πρόσληψη θερμίδων και θρεπτικών συστατικών



για προαγωγή της ανάπτυξης και διατήρηση του ιδανικού βάρους σώματος

2. Πρόσληψη γευμάτων με σταθερό ποσό υδατανθράκων ανά τακτά χρονικά διαστήματα
3. Κατανομή της τροφής και της πρόσληψης υδατανθράκων σε σχέση με το είδος και το χρονοδιάγραμμα δράσης της ινσουλίνης
4. Τον περιορισμό του ολικού λίπους της τροφής και ιδιαίτερα του κορεσμένου λίπους (ζωικού λίπους) και της χοληστερόλης
5. Αύξηση της πρόσληψης φυτικών ινών (φρούτων, λαχανικών, δημητριακών ολικής άλεσης, οσπρίων)
6. Περιορισμένη κατανάλωση γλυκών
7. Περιορισμένη χρήση αλτιού

8. Κατανάλωση οιονονεύματος με σύνεση, ιδιαίτερα από τους εφήβους.

Πώς μπορείς να επιτύχεις αυτούς τους στόχους;

Ο σχεδιασμός του ατομικού σου διαιτολογίου και οι πίνακες των ισοδυνάμων των τροφίμων είναι τα πρώτα απαραίτητα εφόδια που θα σε βοηθήσουν να πετύχεις τους παραπάνω στόχους.

Θα στερούμαι φαγητά και τρόφιμα τώρα που έχω Σ.Δ.;

Σωστή διατροφή στο Σ.Δ. δεν σημαίνει στέρηση αληθιά σωστός τρόπος διατροφής. Στην πραγματικότητα τίποτα δεν απαγορεύεται. Όλα μπορούν να καταναλωθούν απλά με μέτρο. Δώσε την πρέπει σημασία στη δίαιτά σου, αληθιά μη θεωρείς την τροφή σαν φάρμακό σου.

Ώρες και σχεδιασμός γευμάτων

Ο προγραμματισμός των γευμάτων γίνεται κατά τέτοιο τρόπο ώστε να προσαρμόζεται στις συνήθειες της οικογένειας. Ο γιατρός θα καθορίσει ανάλογα με το σχήμα και το είδος της ινσουλίνης, τον αριθμό των γευμάτων.

Γιατί πρέπει να ελέγχεται η ποσότητα των υδατανθράκων;

Ένα υγιεινό και ισορροπημένο πρόγραμμα διατροφής περιλαμβάνει τρόφιμα που περιέχουν και τα τρία βασικά συστατικά, δηλαδή υδατάνθρακες, πρωτεΐνες και λίπη στη σωστή ποσοστιαία αναλογία στο σύνολο των ημερήσιων θερμίδων που προσλαμβάνεις. Για το σχεδιασμό των γευμάτων, ιδιαίτερα στο Σ.Δ. τύπου 1, τον πιο σπουδαίο ρόλο διαδραματίζουν οι υδατάνθρακες. Με τη βοήθεια του διαιτολόγου θα καθοριστεί η απαιτούμενη ποσότητα υδατανθράκων ανά γεύμα.

Βασικές οδηγίες που αφορούν την πρόσληψη υδατανθράκων

- Συστήνεται η πρόσληψη τροφίμων πλούσιων σε σύνθετους υδατάνθρακες με τα γεύματα (δημητριακά, ζυμαρικά, ρύζι, πατάτες)
- Ενθαρρύνεται η πρόσληψη υδατανθράκων που περιέχουν φυτικές ίνες. Η καθημερινή κατανάλωση τουλάχιστον 5 μερίδων πλούσιων σε ίνες λαχανικών ή φρούτων και τουλάχιστον 3-4 μερίδων οσπρίων την εβδομάδα μπορεί να εξασφαλίσει την πρόσληψη των απαιτούμενων ποσοτήτων φυτικών ινών.

Ποιες είναι οι γενικότερες συστάσεις για το λίπος της δίαιτας;

- Συστήνεται μια δίαιτα χαμηλή σε λίπος, με έμφαση στη μειωμένη κατανάλωση προϊόντων που είναι πλούσια σε κορεσμένα λιπαρά οξέα (τρόφιμα ζωικής προέλευσης, όπως πλήρες γάλα, τυρί, βούτυρο, κόκκινα κρέατα) και trans ακόρεστα λιπαρά (π.χ. μπισκότα, κέικ και σοκολάτες).
- Συστήνεται η αντικατάσταση προϊόντων πλούσιων σε κορεσμένα με προϊόντα πλούσια σε πολυακόρεστα ή μονοακόρεστα λιπαρά οξέα π.χ αντικατάσταση κόκκινου κρέατος με ξηρούς καρπούς και λιπαρά ψάρια.

■ Τα ακόρεστα ω-3 λιπαρά που υπάρχουν στα λιπαρά ψάρια και σε ορισμένα φυτικά έλαια είναι ιδιαίτερα ωφέλιμα για τον οργανισμό.

■ Τα μονοακόρεστα λιπαρά οξέα που υπάρχουν στις ελιές, στο σουσάμι, στους ξηρούς καρπούς έχουν αποδειχθεί πολύ χρήσιμα στον έλεγχο των λιπιδίων του αίματος και προστατεύουν από καρδιαγγειακές παθήσεις.

Πρωτεΐνη

Οι ανάγκες σε πρωτεΐνη εξαρτώνται από την ηλικία, το επίπεδο και το ρυθμό της ανάπτυξης.

Ενθαρρύνεται η πρόσληψη πρωτεϊνών φυτικής προέλευσης, όπως αυτές που υπάρχουν στα όσπρια, φασόλια, δημητριακά ολικής άλεσης, διότι περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες και υψηλό ποσοστό φυτικών ινών.

Η απαιτούμενη πρόσληψη πρωτεΐνης κατά στάδιο ανάπτυξης και ηλικία στο ημερήσιο πρόγραμμα καθορίζεται από διαιτολόγο σε εξατομικευμένο επίπεδο

Μπορώ να πίνω αλκοολούχα ποτά;

Είναι γνωστό ότι το αλκοόλ είναι επικίνδυνο για τα παιδιά. Εντούτοις, δεν είναι απαγορευτικό ένας έφηβος ή ενήλικας με Σ.Δ. να πίνει 1-2 φορές την εβδομάδα, συγκεκριμένες ποσότητες αλκοολούχων ποτών εφόσον τηρούνται κάποιες προϋποθέσεις.

Βασικοί κανόνες που πρέπει

πάντα να θυμάσαι όταν πίνεις αλκοόλ

- Είναι απαραίτητο να τρως κάτι, κυρίως υδατάνθρακες πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη λήψη αλκοόλ
- Η υπερβολική κατανάλωση αλκοόλ προκαλεί κίνδυνο υπογλυκαιμίας για παρατεταμένο χρονικό διάστημα
- Τα ποτά που περιέχουν ζάχαρη (λικέρ) θα αυξήσουν αρχικά για λίγο τη γλυκόζη αίματος αληθιά ο κίνδυνος για υπογλυκαιμία έπειτα
- Ένα ποτήρι μπύρας περιέχει το ίδιο ποσό υδατανθράκων με ένα ποτήρι γάλα
- Ποτέ μην πας για ύπνο το βράδυ αν είσαι πωμένος και ζαλισμένος.

Γλυκά και παγωτά

- Τα γλυκίσματα και τα παγωτά δεν απαγορεύονται στα παιδιά με διαβήτη, αληθιά δεν πρέπει να καταναλώνονται και ελεύθερα.
- Μπορείς να έχεις ένα γλυκό ή ένα παγωτό 1 φορά την εβδομάδα, αφού το προγραμματίσεις, ή περιστασιακά π.χ. σε μια γιορτή ή ένα πάρτι, αφού ρυθμίσεις κατάλληλα τη δίαιτα και την ινσουλίνη για να μην ανέβει πολύ υψηλά το σάκχαρο στο αίμα.
- Τα γλυκά δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για τη διόρθωση της υπογλυκαιμίας.■

Άσκηση και σακχαρώδης διαβήτης: τι πρέπει να γνωρίζουμε για να είναι η άσκηση ασφαλής και επωφελής

Όλοι σχεδόν όσοι έχετε σακχαρώδη διαβήτη έχετε την εμπειρία ότι, όταν παίζετε ή γυμνάζεστε, το σάκχαρο στο αίμα κατεβαίνει και μερικές φορές σε επίπεδο που να προκαλείται το αίσθημα της υπογλυκαιμίας.



ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΔΑΚΟΥ-ΒΟΥΤΕΤΑΚΗ

Ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας
Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών

Αντίθετα, όταν προτιμάτε να περάσετε την ώρα σας καθιστοί, είτε διαβάζοντας είτε παρακολουθώντας τηλεόραση, το σάκχαρο στο αίμα ανεβαίνει – και όχι μόνο.

Γιατί αυτό που εκείνη την ώρα δεν αντιλαμβάνεστε είναι ότι τα λιποκύτταρα (κύτταρα που αποθηκεύουν λίπος) δέχονται την ενέργεια της τροφής που περίσσεψε, που δεν καταναλώθηκε, και την αποθηκεύουν ως λίπος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη σταδιακή αύξηση του σωματικού βάρους, που τελικά οδηγεί στην παχυσαρκία, με τις πολυάριθμες δυσμενείς επιπτώσεις – οργανικές και ψυχολογικές.

Όλοι, λοιπόν, συμφωνούμε ότι η άσκηση μειώνει το σάκχαρο στο αίμα, μας προστατεύει από την παχυσαρκία, φτιάχνει ένα ωραίο μυϊκό σύστημα και δημιουργεί ένα αίσθημα ευεξίας.

Ας δούμε όμως πώς βοηθάει η άσκηση στην πτώση του σακχάρου στο αίμα και πώς θα προλάβουμε την υπογλυκαιμία.

Όπως γνωρίζετε, η ινσουλίνη αποτελεί το μαγικό κλειδί που ανοίγει την πόρτα του κυττάρου για να περάσει μέσα το σάκχαρο, που στη συνέχεια θα μεταβολιστεί (θα καεί) και θα προσφέρει έτσι στο κύτταρο την απαραίτητη ενέργεια για τη λειτουργία του.

Συγκεκριμένα, για την άσκηση μας ενδιαφέρει το μυϊκό κύτταρο.

Όταν, λοιπόν, ασκείστε, το μυϊκό κύτταρο αποκτά, όπως λέμε, μεγαλύτερη ευαισθησία προς την ινσουλίνη.

Αυτό σημαίνει ότι στην άσκηση με την ίδια ποσότητα ινσουλίνης στο αίμα εισέρχεται μεγαλύτερη ποσότητα γλυκόζης στο μυϊκό κύτταρο και χρησιμοποιείται πιο πολύ για να καλυφθούν οι αυξημένες ενεργειακές ανάγκες.

Αυτή, λοιπόν, η μαζική, θα λέγαμε, είσοδος της γλυκόζης από το αίμα στο μυϊκό κύτταρο και η ταχεία καύση του θα έχουν ως συνέπεια την πτώση του σακχάρου στο αίμα. Η πτώση αυτή γίνεται αντιληπτή από τον εγκέφαλο και, όταν είναι έντονη, έχουμε τα γνωστά συμπτώματα της υπογλυκαιμίας.

Υπολογίζεται ότι το σάκχαρο του αίματος μειώνεται κατά 2 mg για κάθε λεπτό άσκησης.

Εάν δε συγχρόνως υπάρχει και περίσσεια ινσουλίνης στον οργανισμό, γιατί δώσαμε περισσότερες μονάδες απ' ό,τι ήταν αναγκαίο, δεν γίνεται απελευθέρωση της γλυκόζης από το ήπαρ

(μιας αποθήκης γλυκόζης για τον οργανισμό) και έτσι επαυξάνεται ο κίνδυνος για υπογλυκαιμία.

Πρέπει να τονιστεί ότι η αυξημένη ευαισθησία του κυττάρου προς την ινσουλίνη δεν διαρκεί μόνο κατά το χρόνο της άσκησης.

Μπορεί να παραταθεί για 8-12 ώρες μετέπειτα και να προκαλέσει, ως εκ τούτου, συμπτώματα υπογλυκαιμίας αρκετές ώρες μετά την άσκηση.

Εάν, λοιπόν, δεν γνωρίζουμε το φαινόμενο αυτό για να το προλάβουμε μειώνοντας την επόμενη δόση της ινσουλίνης ή αυξάνοντας την πρόσληψη της τροφής, θα προκληθεί υπογλυκαιμία. Π.χ. εάν ασκηθούμε σήμερα το απόγευμα ενώ χτες δεν είχαμε ασκηθεί, πρέπει να μειώσουμε τη βραδινή ινσουλίνη σήμερα, για να μην παρουσιάσουμε υπογλυκαιμία τη νύχτα.

Εάν, βέβαια, αθλούμαστε κάθε απόγευμα και για περίπου σταθερό χρονικό διάστημα, κάτι που είναι πολύ επιθυμητό, τότε δεν χρειάζεται να μειώσουμε την ινσουλίνη γιατί έχουμε ήδη διαπιστώσει ποια δόση ινσουλίνης μας χρειάζεται με αυτό το ημερήσιο πρόγραμμα άσκησης. Με άλλα λόγια, η προσαρμογή της ινσουλίνης χρειάζεται όταν δεν αθλούμαστε κάθε μέρα το ίδιο και την ίδια ώρα της ημέρας.

Μπορεί το σάκχαρο στο αίμα να αυξηθεί κατά την άσκηση αντί να μειωθεί;

Ναι, αυτό μπορεί να συμβεί σε δύο περιπτώσεις:

1. Εάν δεν υπάρχει στον οργανισμό επαρκής ποσότητα ινσουλίνης, τότε το σάκχαρο αφενός μεν δεν μπορεί να περάσει μέσα στο κύτταρο και να καεί, αφετέρου απελευθερώνεται σάκχαρο από το ήπαρ, οπότε το αίμα πλημμυρίζει από σάκχαρο και διαπιστώνονται πολύ αυξημένες τιμές.
2. Μια άλλη κατάσταση κατά την οποία μπορεί το σάκχαρο στο αίμα να αυξηθεί κατά την άθληση είναι η συμμετοχή σε αγώνες (ανταγωνιστικός αθλητισμός ή πρωταθλητισμός). Δηλαδή δεν παίζουμε ή δεν αθλούμαστε για το κέφι μας αλλά για να νικήσουμε. Στην περίπτωση αυτή, έχουμε αγωνία (στρες), κάτι που προκαλεί μεγάλη αύξηση της αδρεναλίνης, μιας ορμόνης που ανεβάζει πολύ το σάκχαρο του αίματος. Πρέπει όμως να γνωρίζουμε ότι αυτή η αντίδραση θα παρέλθει, θα αρχίσει να κυριαρχεί η αύξηση της ευαισθησίας στην ινσουλίνη και θα ακολουθήσει υπογλυκαιμία έπειτα από κάποιο χρονικό διάστημα.

Γενικές οδηγίες για την άσκηση:

1. Καλύτερη ώρα για την άσκηση είναι το χρονικό διάστημα 1-2 ώρες μετά το φαγητό και μετά τη χορήγηση της κρυσταλλικής ινσουλίνης.
2. Αποφυγή του μηρού ή γενικά του ασκούμενου μέρους του σώματος για χορήγηση της ινσουλίνης πριν από την άσκηση, γιατί μπορεί να αυξηθεί η απορρόφησή της και να υπάρχει επιπρόσθετος λόγος για πρόκληση υπογλυκαιμίας. ▣



Η άσκηση μειώνει το σάκχαρο στο αίμα, μας προστατεύει από την παχυσαρκία, φτιάχνει ένα ωραίο μυϊκό σύστημα και δημιουργεί ένα αίσθημα ευεξίας

3. Λήψη 10-15 gr. υδατανθράκων (30 gr. ψωμί ή 1 μπανάνα ή ένας χυμός ή άλλο ισοδύναμο) για κάθε 30 λεπτά άσκησης μετά τα πρώτα 30 λεπτά.
4. Μείωση της δόσης της ινσουλίνης πριν από την άσκηση αντί της αύξησης της λήψης της τροφής, ιδιαίτερα εάν θέλουμε να χάσουμε βάρος.
5. Εάν το σάκχαρο του αίματος είναι 90-100 mg, τρώμε κάτι πριν από την άσκηση.



6. Εάν το σάκχαρο του αίματος είναι 250-300 mg, πρέπει να γίνει κρυσταλλική ινσουλίνη πριν από την άσκηση. Στην περίπτωση αυτή, δεν χρησιμοποιούμε την άσκηση για να μειώσουμε το σάκχαρο.
7. Εάν έχουμε αυξημένο σάκχαρο αίματος και οξόνη, δεν πρέπει να ασκηθούμε γιατί είναι επικίνδυνο. Θα κάνουμε κρυσταλλική ινσουλίνη και θα ελεγχθούμε ξανά έπειτα από 2 ώρες.
8. Πρέπει να έχουμε πάντοτε μαζί μας ζάχαρη ή χυμό για την αντιμετώπιση τυχόν υπογλυκαιμίας.

Χρειάζεται, βέβαια, να γίνει από τον καθένα κάποιος «πειραματισμός», ώστε να βρεθεί ποια δόση ινσουλίνης και ποια γεύματα στη δεδομένη άσκηση προσφέρουν άριστη ρύθμιση, χωρίς υπογλυκαιμία.

Αυτό, βέβαια, μπορεί να επιτευχθεί με συχνό αυτοέλεγχο του σακχάρου του αίματος.

Γνωρίζοντας τα παραπάνω, είναι δυνατόν να κάνουμε διάφορες προσαρμογές. Είναι όμως πολύ πιο εύκολο να εφαρμόσουμε ένα κάπως σταθερό πρόγραμμα άσκησης.

Με άλλα λόγια, είναι πιο εύκολο να πειραματιστούμε και να διαπιστώσουμε για τον εαυτό μας τη δόση της ινσουλίνης και την τυχόν επιπρόσθετη τροφή που απαιτείται όταν ασκούμε κάθε μέρα για κάποιο περίπου σταθερό χρονικό διάστημα παρά όταν τη μια ημέρα ασκούμε έντονα και την άλλη καθόλου.

Η άσκηση είναι ευχαρίστηση

Εξυπακούεται ότι η άσκηση δεν πρέπει να γίνει ψυχαναγκασμός, δηλαδή μια ακόμη υποχρέωση που πρέπει να εκπληρώσουμε για τη ρύθμιση του σακχάρου και, προπάντων, πρέπει να επιλέξουμε το είδος της άσκησης που προσωπικά μας ευχαριστεί, όποιο κι αν είναι αυτό.

Οι επιδόσεις του διαβητικού στον αθλητισμό δεν διαφέρουν από εκείνες ενός ατόμου χωρίς σάκχαρο, όταν τηρούνται οι προϋποθέσεις που αναφέρθηκαν.

Τα οφέλη

Τελειώνοντας, να πούμε ότι η ωφέλεια που προκύπτει από την άθληση είναι πολυπληθής και εκφράζεται σε διάφορα επίπεδα του οικοδομήματος που λέγεται «υγεία» για όλα τα άτομα, αλλά ιδιαίτερα για το άτομο με σακχαρώδη διαβήτη. Πιο απλά, η άσκηση:

1. Αυξάνει την ευαισθησία στην ινσουλίνη και έτσι ρυθμίζεται το σάκχαρο με μικρότερη δόση ινσουλίνης.
2. Αυξάνει την καλή χοληστερίνη (HDL).
3. Προστατεύει από την παχυσαρκία, που –εκτός των άλλων– αυξάνει την αντίσταση προς την ινσουλίνη και επηρεάζει δυσμενώς τον ψυχισμό μας, αφού οπωσδήποτε δεν μας ευχαριστεί η κακή μας εμφάνιση.
4. Δυναμώνει το μυϊκό μας σύστημα.
5. Προσφέρει αίσθημα ευεξίας και αισιοδοξίας που οφείλεται στην παραγωγή των ενδορφινών, που αποκαλούνται και «ορμόνες της ευτυχίας».

Η προσαρμογή της ινσουλίνης χρειάζεται όταν δεν αθλούμαστε κάθε μέρα το ίδιο και την ίδια ώρα της ημέρας.

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]



ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΔΗ

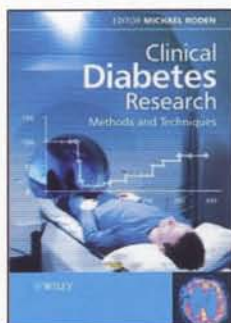


ΣΥΝΤΑΓΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΤΡΟΛΟΓΙΑ ΓΙΑ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ - ΕΝΑΣ ΠΛΗΡΗΣ ΟΔΗΓΟΣ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ:

Βασισμένο στην Ελληνική Παραδοσιακή Μεσογειακή Κουζίνα

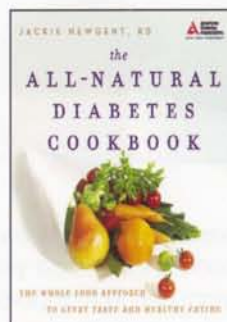
- **Συγγραφείς:** Ελένη Χαρατσά-Γιωτάκη • **Ημερομηνία έκδοσης:** 5/2007
- **Εκδοτικός οίκος:** ΜΕΤΑΙΧΜΙΟ • **Σελίδες:** 350 (μαλακό εξώφυλλο) • **ISBN:** 9789604551491

Η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή έχει αποδείξει τις ευεργετικές της δράσεις στην ανθρώπινη υγεία. Στο βιβλίο της, η παθολόγος-διαβητολόγος Ελένη Χαρατσά-Γιωτάκη υποστηρίζει ότι η μεσογειακή διατροφή είναι κατάλληλη και για το διαβητικό ασθενή, ο οποίος, απολαμβάνοντας απλές, παραδοσιακές συνταγές και γεύσεις, μπορεί να επιτύχει μια άριστη ρύθμιση της νόσου του, χωρίς να στερείται τίποτα και χωρίς να κινδυνεύει από υπογλυκαιμία. Σε ένα σύνολο 350 σελίδων η κ. Χαρατσά-Γιωτάκη σχεδιάζει υποδειγματικά μεσογειακά γεύματα, παραθέτει τα ισοδύναμά τους και παράλληλα προτείνει μονάδες ινσουλίνης για κάθε μερίδα και γεύμα. Οι συνταγές αυτές αποτελούν, όπως άλλωστε αναφέρει και ο τίτλος του βιβλίου, έναν ολοκληρωμένο οδηγό διατροφής για διαβητικούς και διευκολύνουν την καθημερινή τους ζωή, εφόσον τους επιτρέπουν να προσαρμόσουν τη συνήθη διατροφή της οικογένειας στις δικές τους ανάγκες. Το γεγονός ότι χρησιμοποιούνται όλα τα συστατικά της ελληνικής παραδοσιακής κουζίνας καθιστά το βιβλίο εξίσου χρήσιμο σε όποιον επιθυμεί μια υγιεινή διατροφή, με απώτερο στόχο την πρόληψη του διαβήτη και της αρτηριοσκλήρυνσης.



CLINICAL DIABETES RESEARCH

- **Συγγραφείς:** Michael Roden
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 9/2007
- **Εκδοτικός οίκος:** Wiley, John & Sons
- **Σελίδες:** 424 (σκληρό εξώφυλλο)
- **ISBN:** 13: 9780470017289



THE ALL-NATURAL DIABETES COOK- BOOK

- **Συγγραφείς:** Jackie Newgent
- **Ημερομηνία έκδοσης:** 6/2007
- **Εκδοτικός οίκος:** American Diabetes Association
- **Σελίδες:** 224 (μαλακό εξώφυλλο)
- **ISBN:** 13: 9781580402750

Το σύγγραμμα αυτό εξετάζει όλες τις σύγχρονες τεχνικές και τεχνολογίες που χρησιμοποιούνται σήμερα στην κλινική έρευνα για το σακχαρώδη διαβήτη και στόχο έχουν την καλύτερη κατανόηση της παθοφυσιολογίας της νόσου, του συνδρόμου αντίστασης στην ινσουλίνη, της παχυσαρκίας και των επιπτώσεων της θεραπείας στο μεταβολισμό. Είναι χωρισμένο σε τρία μέρη. Στο πρώτο μέρος γίνεται σύγκριση των μέχρι σήμερα υπαρχόντων εξετάσεων που μετρούν τη δράση της ινσουλίνης, στο δεύτερο μέρος περιγράφονται οι μέθοδοι που ποσοτικοποιούν τις μεταβολικές παραμέτρους που εμπλέκονται στο διαβήτη, ενώ το τρίτο και τελευταίο μέρος επικεντρώνεται στο σχεδιασμό κλινικών μελετών, σχετικών με το μεταβολισμό. Σε κάθε κεφάλαιο περιέχεται ένας συνδυασμός θεωρίας και πράξης, αφού δηλαδή παρατεθούν οι υπάρχουσες εναλλακτικές, προτείνονται πρακτικές οδηγίες για την επιλογή της κατάλληλης μεθόδου. Το βιβλίο απευθύνεται σε άτομα που ασχολούνται με την έρευνα στο σακχαρώδη διαβήτη και το μεταβολισμό, είτε είναι φοιτητές, μεταδιδακτορικοί εργαστηριακοί ερευνητές ή κλινικοί ενδοκρινολόγοι και διαβητολόγοι.

Η συγγραφέας αυτού του βιβλίου μαγειρικής, η Jackie Newgent, είναι μια διατροφολόγος με μακρόχρονη εμπειρία στο θέμα του διαβήτη. Σε συνεργασία με την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία (American Diabetes Association), παρουσιάζει ένα πρωτότυπο βιβλίο συνταγών για διαβητικούς στο οποίο προτείνει την αποκλειστική χρήση υγιεινών φυσικών προϊόντων. Ως τέτοια νοούνται τροφές με την ελάχιστη δυνατή επεξεργασία, χωρίς αντιβιοτικά, χωρίς συνθετικά συστατικά, χωρίς συντηρητικά και χωρίς υδρογονωμένα ή trans-λιπίδια. Το βιβλίο περιλαμβάνει 150 συνταγές από διάφορες εθνικές κουζίνες που ποικίλλουν από κόκκινα φασόλια με ρύζι ως τον ψημένο σοκολάτο με σάλτσα πορτοκάλι και επιδόρπιο fudgy brownies. Σε κάθε συνταγή περιέχονται όλες οι απαραίτητες μετατροπές και τα ισοδύναμα που ενδιαφέρουν, ενώ παράλληλα προτείνονται και «μυστικά» για περαιτέρω νοστιμιά. Η κ. Newgent εγγυάται στους αναγνώστες ότι θα απολαύσουν απaráμιλλες γεύσεις και θα ξεχάσουν για πάντα τις άνοστες χαμηλές σε θερμίδες τροφές, χωρίς κανέναν κίνδυνο απορρύθμισης της νόσου τους.

Γιατρέ, εξήγησέ μου...

■ Τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης;

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια κατάσταση του οργανισμού που χαρακτηρίζεται από υψηλή τιμή σακχάρου στο αίμα. Στα παιδιά συνήθως πρόκειται για το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, δηλαδή ο οργανισμός δεν παράγει πια αρκετή ινσουλίνη για να μπορέσει να χρησιμοποιήσει το σάκχαρο, ενώ στους ενήλικες συνήθως πρόκειται για σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, δηλαδή ο οργανισμός έχει αρκετή ινσουλίνη, αλλά αυτή δεν μπορεί να δράσει καλά και έτσι πάλι ανεβαίνει το σάκχαρο του αίματος.

Ο σακχαρώδης διαβήτης οφείλεται, λοιπόν, σε μια σχετική ή πλήρη ανεπάρκεια έκκρισης (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1) ή δράσης της ινσουλίνης (σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2).



■ Τι είναι η ινσουλίνη;

Η ινσουλίνη είναι μια ορμόνη του οργανισμού που βοηθά την είσοδο της γλυκόζης, δηλαδή του σακχάρου, στα κύτταρα για να παραχθεί ενέργεια. Η ινσουλίνη παράγεται από τα λεγόμενα β-κύτταρα των νησιδίων του Langerhans στο πάγκρεας και απελευθερώνεται στην κυκλοφορία, δηλαδή στο αίμα, όταν τα επίπεδα σακχάρου ανέβουν, π.χ. έπειτα από ένα γεύμα, όταν το άτομο έχει καταναλώσει τροφή πλούσια σε σάκχαρο.

■ Πού βρίσκει ο οργανισμός το σάκχαρο;

Τα συστατικά των τροφών

Η τροφή μας αποτελείται κυρίως από τους υδατάνθρακες, τα λίπη και τις πρωτεΐνες, ενώ σε μικρότερη συγκέντρωση περιέχει και βιταμίνες, άλατα, ιχνοστοιχεία.

Οι υδατάνθρακες, που βρίσκονται κυρίως στα ζυμαρικά, το ψωμί, την πατάτα, το ρύζι, τα μακαρόνια, αποτελούν την κύρια πηγή ενέργειας του οργανισμού. Μετά τη λήψη της τροφής διασπώνται στο γαστρεντερικό σωλήνα σε σάκχαρο που μπορούν με τη βοήθεια της ινσουλίνης να εισέλθουν στα κύτταρα για την παραγωγή ενέργειας.

Τα λίπη βρίσκονται κυρίως στο βούτυρο, το λάδι, τη μαργαρίνη, το τυρί, το γάλα. Τα θεωρεί ο οργανισμός, κυρίως, αποθηκευτικό υλικό, για να το χρησιμοποιήσει για παραγωγή ενέργειας όταν δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει υδατάνθρακες. Βεβαίως, τα λίπη χρειάζονται και σαν πρώτη ύλη για άλλες ουσίες του σώματος μας, όπως κάποιες ορμόνες. Τα λίπη, όταν χρησιμοποιούνται

από τον οργανισμό για παραγωγή ενέργειας, αφήνουν ένα υπόλειμμα (όπως το κάρβουνο αφήνει τη στάχτη), που λέγεται οξύνη ή κετόνη. Δηλαδή, όταν σε μια εξέταση ούρων ή αίματος βρίσκουμε κετόνη, σημαίνει ότι ο οργανισμός αναγκάστηκε να χρησιμοποιήσει λίπος για τις καύσεις του, είτε γιατί δεν υπήρχαν στον οργανισμό υδατάνθρακες, π.χ. σε παρατεταμένη νηστεία ή εμετούς και διάρροιες, ή ο οργανισμός είχε μεν υδατάνθρακες, αλλά επειδή δεν είχε ινσουλίνη, δεν μπόρεσε να εισαγάγει στα κύτταρα τη γλυκόζη για τις καύσεις του.

Τέλος, **οι πρωτεΐνες** που παίρνουμε από τις τροφές και βρίσκονται κυρίως στο κρέας, το ψάρι, το αυγό, το γάλα χρησιμοποιούνται σαν δομικά συστατικά των κυττάρων μας.

■ Πώς εξηγούνται τα συμπτώματα του παιδιού;

Στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, μια αυτοάνοση προσβολή των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη οδηγεί σε ελαττωμένη πια παραγωγή της, με αποτέλεσμα το παιδί να τρώει μεν κανονικά, αλλά το σάκχαρο της τροφής να μην μπορεί να εισέλθει στα κύτταρα για να του προσφέρει ενέργεια, αλλά να συσσωρεύεται μέσα στο αίμα, με αποτέλεσμα τα επίπεδά του στο αίμα να ανεβαίνουν σημαντικά. Έτσι, ενώ τα φυσιολογικά επίπεδα σακχάρου αίματος είναι 70-100mg% (**ευγλυκαιμία**), μπορεί να φτάσουν πολύ ψηλότερα, 300-500mg% (**υπεργλυκαιμία**) ή ακόμη παραπάνω. Η αυξημένη συγκέντρωση σακχάρου στο αίμα, οδηγεί σε μετακίνηση νερού από τα κύτταρα προς το αίμα έτσι ώστε τα κύτταρα αφυδατώνονται. Ο μεγάλος όγκος του αίματος που περιέχει μεγάλη συγκέντρωση σακχάρου, περνώντας από τα νεφρά, οδηγεί σε αυξημένη διούρηση, δηλαδή μεγάλη ποσότητα ούρων, έτσι λέμε ότι το παιδί έχει **πολυουρία**. Σε μικρότερα παιδιά αυτό μπορεί να εκδηλωθεί με βαριές πάνες ή ένα νήπιο που είχε τον έλεγχο των σφιγκτήρων ξαναρχίζει να βρέχει το κρεβάτι του. Τα μεγαλύτερα παιδιά που ξυπνούν μόνα τους το βράδυ για να πάνε τουαλέτα μπορεί να μην το πουν στους γονείς τους και έτσι να καθυστερήσει η διάγνωση. Δεδομένου ότι ο οργανισμός χάνει μεγάλη ποσότητα υγρών, το παιδί διψά πολύ, αρχίζει, λοιπόν, **πολυδιψία** και, εφόσον χάνονται και θερμίδες μέσω των ούρων (το σάκχαρο που δεν μπορεί να εισέλθει στα κύτταρα), αρχίζει και **πολυφαγία**. Παρά την πολυφαγία, το παιδί τελικά **χάνει βάρος** γιατί αφενός οι θερμίδες των γευμάτων δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν και ο οργανισμός αρχίζει να καίει τα αποθέματά του σε λίπος.

Αν η διαταραχή διαρκέσει για μεγάλο διάστημα προτού τεθεί η διάγνωση, το παιδί, πέρα από τα προαναφερθέντα συμπτώματα, μπορεί να παρουσιάσει **κοιλιακά άλγη** (πόνο στην κοιλιά), να αρχίσει να αναπνέει πιο γρήγορα (**αναπνοή Kussmaul**) και επιφανειακά ή ακόμα μπορεί να **επηρεαστεί το επίπεδο συνείδησής** του και να είναι σαν θολωμένο ή ληθαργικό. Όλη αυτή η μεταβολική διαταραχή χαρακτηρίζεται **διαβητική κετοξέωση**.

Ένα καλύτερο αύριο στα χέρια μας.



Συνεργασία Ε.Σ.Α.μεΑ. - LANNET

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

τηλ. επικοινωνίας

801-111-1780



Η ΝΕΑ ΜΕΓΑΛΗ ΔΥΝΑΜΗ
ΣΤΙΣ ΤΗΛΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΕΣ



Άριστα... 10

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

Χρησιμοποιεί
δίσκο 10 ταινιών
με τεχνολογία
χωρίς
κωδικοποίηση



www.bayerdiabetes.com

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

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

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

NEO Αποτελέσματα σε μόνο 5 δευτερόλεπτα*

NEO Ελάχιστο δείγμα αίματος (μόλις 1 μl)*

NEO 420 μνήμες αποτελεσμάτων

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

* Χρησιμοποιεί τους δίσκους ταινιών
μέτρησης BREEZE® 2

ASCENSIA
BREEZE
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare