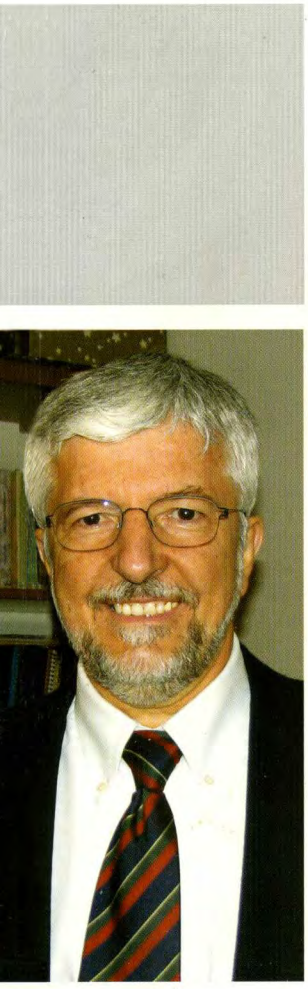
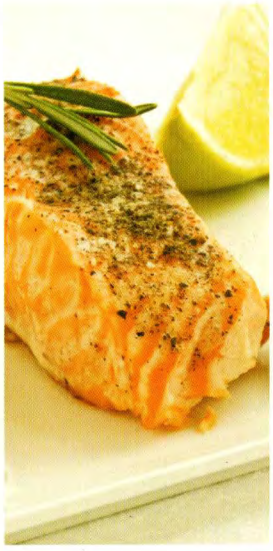
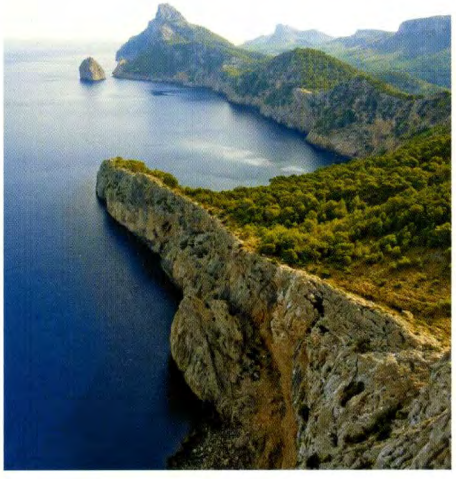
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ





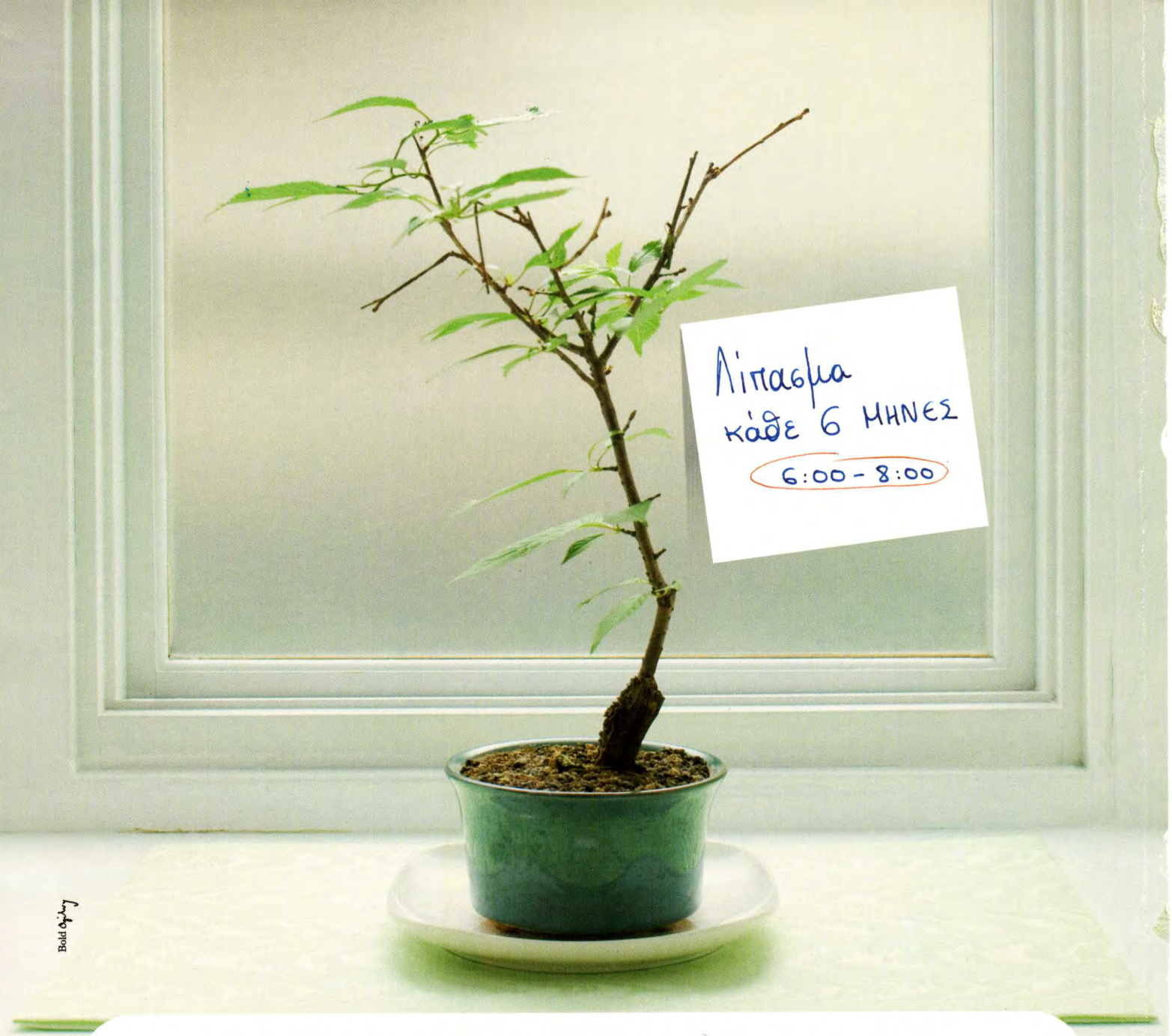






- Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων: «Η ακαδημαϊκή πορεία μοιάζει κάπως με τον δρόμο προς την Ιθάκη...»
- Αυτοκαταστροφική η πολιτική της κυβέρνησης για τα φάρμακα
- Η ευεργετική δράση των ω-3 λιπαρών οξέων στη διατροφή
- Ανοίξτε πανιά για κρουαζιέρα στη Μεσόγειο

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
ΕΛΟΔΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ



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

Για να διατηρούμε την υγεία μας, πρέπει να τη φροντίζουμε. Να ζούμε υγιεινά, να γυμναζόμαστε, να τρεφόμαστε σωστά. Απολαμβάνουμε γαλακτοκομικά προϊόντα από την ποικιλία της ΦΑΓΕ. Προϊόντα υψηλής ποιότητας, με μοναδική, γεμάτη γεύση και την εγγύηση της ΦΑΓΕ.



Σωστή διατροφή για ζωή υγιεινή.

ΦΑΓΕ

ΕΛΟΔΙ
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

Ε.ΚΕ.ΔΙ

International Diabetes Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Τζένη Περγιαλιώτου
Λ. Αλεξάνδρας 207, 115 23 Αθήνα
τηλ: 210 6433883, φαξ: 210 6470095
Συντακτική & Δημιουργική Επιμέλεια-Παραγωγή:

Medivox Healthcare Communications

Διεύθυνση Έκδοσης
Τζένη Περγιαλιώτου
jp@medivox.gr

Art Director
Χρήστος Γεωργίου
cgeorgiou@medivox.gr

Διεύθυνση Διαφήμισης
Αναστασία Καφούση
anastasia@medivox.gr

Σύνταξη
Μαρία Γαρατζιώτη
Μαρία Χατζηδάκη

Διόρθωση Κειμένων
Δημήτρης Χατζησταύρου

Υποδοχή Διαφήμισης
Μαρία Μαρινάκη
info@medivox.gr

Συντονισμός Ύλης
Μαρία Χατζηδάκη
mhatzidaki@medivox.gr

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

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, *καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας, διευθυντής Ενδοκρινολογικού Τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών*

Ανδριανή Βαζαίου, *παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»*

Χαράλαμπος Βασιλόπουλος, *ενδοκρινολόγος, αναπλ. διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας - Μεταβολισμού, Διαβητολογικό Κέντρο Νοσ. «Ευαγγελισμός»*

Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη, *ομότιμη καθηγήτρια Παιδιατρικής - Ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

Γεώργιος Δημητριάδης, *καθηγητής Παθολογίας, Β΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική & Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικόν»*

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

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

Βασίλειος Καραμάνος, *αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

Δημήτριος Καραμήτσος, *καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ*

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

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

Όλγα Κορδονούρη, *καθηγήτρια Παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παίδων, Ανόβερο, Γερμανία*

Γεώργιος Κουκούλης, *αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας*

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

Ασημίνα Μητράκου, *επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών*

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

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

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

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

Κωνσταντίνος Πολυχρονάκος, *καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου Ενδοκρινολογικής Γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής Τμήματος Παιδατρικής Ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παίδων Μοντρεάλ*

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

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

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

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

Αγαθοκλής Τσατσούλης, *καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*

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

Γεώργιος Χρούσος, *καθηγητής Παιδιατρικής, διευθυντής Α΄ Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών*





ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ *τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται στα δερματολογικά ιατρεία*

4 **ΠΡΟΟΙΜΙΟ**

Δημήτριος Π. Χιώτης

Διευθυντής σύνταξης περιοδικού ΕΛΟΔΙ

6 **ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ** ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ

Αγαθοκλής Τσατσούλης

«Το κυριότερο πρόβλημα θεωρώ ότι είναι η αλόγιστη συνταγογράφηση των φαρμάκων από την ιατρική κοινότητα και η πολυφαρμακία. Εδώ χρειάζεται να μπουν κάποιοι κανόνες ορθολογικής συνταγογράφησης για να μειωθεί η απώλεια εθνικών πόρων και να χρησιμοποιούνται τα χρήματα για αναβάθμιση άλλων υπηρεσιών υγείας»



12 **ΕΙΔΗΣΕΟΓΡΑΦΙΑ**

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

16 **ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ**

- *Η «Νονο» αναστέλλει φάρμακα από την αγορά*
- *«Κινδυνεύουμε να μην έχουμε ούτε φάρμακα...»*
- *Αυτοκαταστροφική η πολιτική της κυβέρνησης για τα φάρμακα*

20 **ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ**

Ένωση γονέων παιδιών και νέων με διαβήτη βορείου Ελλάδος. 20 χρόνια συνεχούς προσφοράς και δράσης

22 **ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ**

Ανάπτυξη διαβήτη τύπου 1 και δυνατότητες πρόληψης

24 **ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ**

Η θέση της μετφορμίνης στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη

28 **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ**

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

36 **ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ**

Μελανίζουσα ακάνθωση

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ *καλύτερη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας*





ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ *τα τελευταία χρόνια πολλές είναι οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τις ευεργετικές δράσεις των ω-3 λιπαρών οξέων*

40 **ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ**
Καινούριες αντλίες ινσουλίνης. Ένα βήμα πιο κοντά στο τεχνητό πάγκρεας

44 **ΕΞΟΠΛΙΣΜΟΣ - ΟΠΛΟΣΤΑΣΙΟ ΒΟΗΘΕΙΑΣ**
Εξελίσσοντας την αντλία ινσουλίνης

48 **ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ**
Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

50 **ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ**
Η στάση των εκπαιδευτικών σε σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

54 **ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ**
Γιάννα Αντωνίου: «Έμαθα να ζω με τον διαβήτη και έγινα ο γιατρός... του εαυτού μου»

56 **ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ**
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

58 **ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ**
Η σημασία των ω-3 λιπαρών οξέων στη διατροφή

62 **ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ**
Νοιώστε την απόλυτη ηρεμία και τη γαλήνη οδηγώντας ένα ποδήλατο

65 **ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ**
Κρουαζιέρα: Ελλάδα - Ιταλία - Κορσική - Γαλλία - Τυνησία - Μάλτα

67 **ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ**

70 **ΧΡΗΣΤΙΚΑ**
Ο οδηγός των διαβητολογικών κέντρων σε όλη τη χώρα

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



ΑΠΟΔΡΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟ *αφήστε πίσω τις σκοτούρες και τα άγχη και σαλπάρετε για εννέα μέρες στη δυτική Μεσόγειο*



Δημήτριος Π. Χιώτης
διευθυντής σύνταξης

Αγαπητοί αναγνώστες,

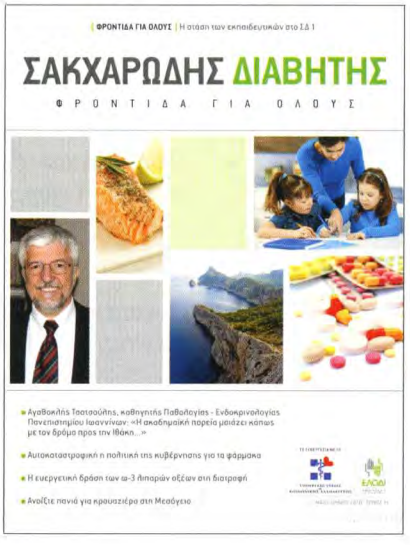
Τους τελευταίους μήνες επικρατεί μια σύγχυση σε ολόκληρη τη χώρα σχετικά με την πορεία της οικονομίας μας. Απ' τον καταιγισμό των εξελίξεων δεν θα μπορούσε να μείνει ανέγγιχτος ο χώρος της υγείας. Μετά την ανακοίνωση του νέου δελτίου τιμών, σύσσωμη η φαρμακευτική βιομηχανία αντιδρά, με αποτέλεσμα να κλυδωνίζεται το μέλλον των ασθενών και ειδικά εκείνων που πάσχουν από χρόνιες παθήσεις, οι οποίοι δεν μπορούν πλέον να νοιώθουν ασφαλείς για την ομαλή συνέχιση της θεραπείας τους.

Ας έλθω όμως στο θέμα του σακχαρώδη διαβήτη, που μας αφορά λίγο πιο άμεσα. Όπως θα διαβάσετε και στο σχετικό άρθρο της ενότητας «κοινωνική μέριμνα» (σ. 16) η πρόσφατη απόφαση του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης να μειώσει τις τιμές όλων των φαρμάκων, πέραν του αναμενόμενου, που ήταν ο μέσος όρος των τριών χαμηλότερων τιμών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, έχει αναγκάσει κάποιες φαρμακευτικές εταιρίες να αποσύρουν ανάλογα ινσουλίνης τα οποία χρειάζονται για τη ρύθμιση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, ακόμη και του μοναδικού – μονοπωλιακού φαρμάκου γλυκαγόνης που είναι άκρως απαραίτητο για την αντιμετώπιση βαριάς υπογλυκαιμίας.

Το ΔΣ της ΕΛΟΔΙ με επιστολές διαμαρτυρήθηκε προς τις φαρμακευτικές εταιρίες ενώ με προσωπική συνάντηση που είχε με τον Υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης κύριο Ανδρέα Λοβέρδο, στις 3 Ιουνίου 2010, έθεσε επί τάπητος όλα τα «φλέγοντα» θέματα, όπως ασφαλιστικά και παροχής απρόσκοπτης φαρμακευτικής αγωγής, καθώς και των αναλωσίμων, που είναι απαραίτητα για τη σωστή ρύθμιση των διαβητικών ατόμων, ειδικά αυτό το διάστημα που συζητείται η περαιτέρω ενοποίηση των ταμείων.

Αν ανατρέξετε στη σελίδα 28 των επιστημονικών και κοινωνικών δράσεων του συγκεκριμένου τεύχους, θα μπορέσετε να ενημερωθείτε ενδελεχώς για τη συγκεκριμένη συνάντηση, κατά την οποία τελικά ο υπουργός ήταν θετικός στις προτάσεις που υπέβαλλε το ΔΣ της ΕΛΟΔΙ και υποσχέθηκε περαιτέρω συνεργασία για την καλύτερη αντιμετώπιση του όλου θέματος στο εγγύς μέλλον.

Εύχομαι όλη αυτή η αναταραχή που έχει ξεσπάσει να κοπάσει και το κράτος να στηρίξει όπως οφείλει τους συμπολίτες μας, οι οποίοι βασίζονται εξ' ολοκλήρου στην κοινωνική πρόνοια για να μπορούν να διασφαλίσουν μια πιο ποιοτική και ανθρώπινη ζωή.





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

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

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

Πάντα για τους ασθενείς μας.

MERCK SERONO

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

www.merckserono.net • www.merckserono.gr

GEN/2/08.08

[ΑΓΑΘΟΚΛΗΣ ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ]

Η ακαδημαϊκή πορεία μοιάζει κάπως με τον δρόμο προς την Ιθάκη...

«Το κυριότερο πρόβλημα θεωρώ ότι είναι η αλόγιστη συνταγογράφηση των φαρμάκων από την ιατρική κοινότητα και η πολυφαρμακία. Εδώ χρειάζεται να μπουν κάποιοι κανόνες ορθολογικής συνταγογράφησης για να μειωθεί η απώλεια εθνικών πόρων και να χρησιμοποιούνται τα χρήματα για αναβάθμιση άλλων υπηρεσιών υγείας»

ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΓΙΑΛΙΩΤΟΥ



Είστε ένας από τους πλέον εξέχοντες επιστήμονες στον χώρο του διαβήτη. Ποια στιγμή στην ακαδημαϊκή σας πορεία ξεχωρίζετε μέχρι σήμερα;

Ευχαριστώ για τη φιλοφρόνηση, που είναι μάλλον υπερβολική. Η αλήθεια είναι ότι είμαι ένας απλός υπηρέτης της ιατρικής στον χώρο της ενδοκρινολογίας και του διαβήτη και είμαι ευτυχής που διάλεξα τον δρόμο αυτό.

Όσον αφορά το συγκεκριμένο ερώτημά σας, γενικά θα ήθελα να πω ότι η ακαδημαϊκή πορεία μοιάζει κάπως με τον δρόμο προς την Ιθάκη. Στην πορεία αυτή συναντά κανείς πολλά εμπόδια και δυσκολίες μαζί με εκπλήξεις, απογοητεύσεις αλλά και συγκινήσεις και πάνω από όλα είναι μια πορεία γεμάτη εμπειρίες. Ιδιαίτερα στη δική μου περίπτωση, θα μπορούσα να ξεχωρίσω δύο στιγμές που στάθηκαν σημαδιακές στην πορεία μου προς την Ιθάκη. Η πρώτη ήταν η ευκαιρία που μου έδωσε ο καθηγητής Shalet, όταν ήμουν στην Αγγλία, να κάνω τη διδακτορική μου διατριβή στο πανεπιστήμιο του Manchester, πράγμα που μου επέτρεψε την είσοδό μου στην ακαδημαϊκή αρένα. Η δεύτερη κρίσιμη στιγμή ήταν η εκλογή μου στη θέση του επίκουρου καθηγητή Παθολογίας-Ενδοκρινολογίας στο πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, με την υποστήριξη του τότε καθηγητή παθολογίας Χαράλαμπου Μουτσόπουλου, ο οποίος και μου εμπιστεύτηκε την ανάπτυξη της ενδοκρινολογίας στα Γιάννενα. Ευχαριστώ και τους δύο καθηγητές που με βοήθησαν στην ακαδημαϊκή μου πορεία.

Η ενασχόλησή σας με τον σακχαρώδη διαβήτη ήταν συνειδητή επιλογή, η απόρροια κάποιων συγκυριών ή προτροπών από τον οικογενειακό ή φιλικό σας περιβάλλον;

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί αναπόσπαστο και το πιο σημαντικό κομμάτι στον χώρο της ενδοκρινολογίας, την οποία και διάλεξα να υπηρετήσω ως ιατρική ειδικότητα. Στην επιλογή αυτή συνέβαλαν δύο άνθρωποι. Πρώτος ήταν ο ελληνικής καταγωγής δρ. Γεράσιμος Σπάθης, που γνώρισα ως φοιτητής στην Αγγλία, στο πλαίσιο του προγράμματος ανταλλαγής φοιτητών. Ο δρ. Σπάθης ήταν διευθυντής κλινικής σε ένα από τα νοσοκομεία του Λονδίνου με ιδιαίτερο ενδιαφέρον στην ενδοκρινολογία και τον διαβήτη. Εκείνος μου ενέπνευσε την αγάπη προς την ενδοκρινολογία και μάλιστα με έφερε σε επαφή με τον καθηγητή ενδοκρινολογίας στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο St. Thomas του Λονδίνου, τον Peter Sonksen, ο οποίος για μένα υπήρξε υπόδειγμα ακαδημαϊκού δασκάλου. Έτσι, επιστρέφοντας στην Ελλάδα και τελειώνοντας την ιατρική σχολή του πανεπιστημίου Αθηνών, πήρα την απόφαση να ακολουθήσω τον δρόμο της ενδοκρινολογίας και του διαβήτη και μάλιστα να κάνω την ειδικότητα στην Αγγλία.

Ως επικεφαλής τμήματος σε ένα από τα σημαντικότερα πανεπιστημιακά νοσοκομεία της χώρας, ποιες ήταν οι κύριες δυσκολίες που συναντήσατε όλα αυτά τα χρόνια της καριέρας σας και πώς καταφέρατε να τις ξεπεράσετε;

Όταν ανέλαβα υπηρεσία στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων δεν υπήρχε στον οργανισμό του νοσοκομείου τμήμα ενδοκρινολογίας και έτσι άρχισα από το μηδέν. Αντιμετώπισα, λοιπόν, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάθε Έλληνας όταν έχει να κάνει με το ελληνικό δημόσιο, όπως τη γραφειοκρατία, την απροθυμία για βοήθεια και την αδιαφορία. Η διαδικασία της οργάνωσης της ενδοκρινολογίας πέρασε πρώτα από την ίδρυση Μονάδας Ενδοκρινολογίας, στο πλαίσια της παθολογικής κλινικής και στη συνέχεια μετά από μαραθώνια προσπάθεια την ίδρυση και λειτουργία ανεξάρτητης ενδοκρινολογικής κλινικής. Η τελευταία προσπάθεια ήταν η αναβάθμιση του διαβητολογικού ιατρείου σε διαβητολογικό κέντρο, που έγινε πριν έναν χρόνο. Απομένει η σωστή οργάνωση και λειτουργία του κέντρου για την αναβάθμιση της φροντίδας των ατόμων με διαβήτη στην περιοχή. Έτσι, υπάρχει αρκετός δρόμος ακόμη προς την Ιθάκη.

Πόσο κοντά σας υπήρξαν οι κρατικοί φορείς στην εύρυθμη λειτουργία του τμήματός σας και γενικότερα στην τεράστια προσπάθεια που καταβάλλετε για την αναβάθμιση της ποιότητας ζωής των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη;

Όπως προανέφερα, η κρατική μηχανή στην Ελλάδα είναι δυσκίνητη και κάθε αίτημα για βελτίωση των υπηρεσιών υγείας στον διαβήτη μπλοκάρεται στα γρανάζια της γραφειοκρατίας. Μπορώ να πω ότι περισσότερη κατανόηση και συμπαράσταση βρήκα στην προσπάθεια αυτή από τα μέλη της Πανηπειρωτικής Ένωσης για τον Νεανικό Διαβήτη (ΠΕΝΔΙ), παρά από τους κρατικούς φορείς.

Θα ήθελα εδώ να εκφράσω έναν γενικότερο προβληματισμό σχετικά με τον τρόπο που αντιμετωπίζει η πατρίδα μας τους επιστήμονες που προοδεύουν στο εξωτερικό και επιθυμούν να επιστρέψουν στην Ελλάδα. Είτε τους αποδιώχνει ή αν καταφέρουν να βρουν μια θέση τους αφήνει αβοήθητους στις πλεκτάνες της γραφειοκρατίας και της αδιαφορίας. Η Ελλάδα, λοιπόν, δεν προσέχει, αλλά πληγώνει τα παιδιά της.

Ποια είναι η γνώμη σας για τα νέα μέτρα που ανήγγειλε πρόσφατα το υπουργείο Υγείας σε ότι αφορά τις μειώσεις των τιμών των φαρμάκων; Θεωρείτε ότι θα υπάρξει πρόβλημα στη διάθεση ορισμένων φαρμάκων που είναι πολύτιμα για τη σωστή ρύθμιση των διαβητικών ατόμων;

Το πρόβλημα με τα φάρμακα στην Ελλάδα έχει δύο πλευρές. Η πρώτη αφορά την υπερτιμολόγηση των φαρμάκων. Αυτό μπορεί να λυθεί εάν η χώρα μας υιοθετήσει τον μέσο όρο των τριών χαμηλότερων τιμών που ισχύουν στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η πρόσφατη απόφαση του υπουργείου Υγείας να μειώσει συλλήβδην τις τιμές όλων των φαρμάκων είναι μάλλον σπασμωδική και έχει αναγκάσει κάποιες φαρμακευτικές εταιρείες να αποσύρουν ανάλογα ινσουλίνης, τα οποία χρειάζονται για τη ρύθμιση των ατόμων με διαβήτη. Το κυριότερο πρόβλημα θεωρώ ότι είναι η αλόγιστη συνταγογράφηση των φαρμάκων από την ιατρική κοινότητα και η πολυφαρμακία. Εδώ χρειάζεται να μπουν κάποιοι κανόνες ορθολογικής συνταγογράφησης για να μειωθεί η απώλεια εθνικών πόρων και να χρησιμοποιούνται τα χρήματα για αναβάθμιση άλλων υπηρεσιών υγείας.

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

Ενώ υπάρχει το νομοθετικό πλαίσιο για τη σωστή οργάνωση και λειτουργία των διαβητολογικών κέντρων στην Ελλάδα, στην πράξη αυτά μένουν στα χαρτιά και τα κέντρα λειτουργούν ως απλά εξωτερικά διαβητολογικά ιατρεία. Τα διαβητολογικά κέντρα, πέραν από την παροχή υπηρεσιών υγείας σε δευτεροβάθμιο επίπεδο, πρέπει πάνω από όλα να προσφέρουν εκπαίδευση. Εκπαίδευση των ιατρών, του παραϊατρικού προσωπικού και εκπαίδευση των ατόμων με διαβήτη. Η επιτυχία στην αντιμετώπιση του προβλήματος του διαβήτη έγκειται κυρίως στη σωστή εκπαίδευση και ενημέρωση. Τέλος, πρέπει τα διαβητολογικά κέντρα να κάνουν έρευνα και να παράγουν νέα γνώση. Δυστυχώς, η εκπαίδευση και η έρευνα στην Ελλάδα εξαρτώνται κυρίως από τις φαρμακευτικές εταιρείες και έτσι αναπόφευκτα είναι κατευθυνόμενη. Χρειάζεται, λοιπόν, θεμελιώδη αναβάθμιση της οργάνωσης και της λειτουργίας των διαβητολογικών κέντρων για να επιτελέσουν τους παραπάνω σκοπούς.

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

«Όταν ανέλαβα υπηρεσία στο πανεπιστημιακό νοσοκομείο Ιωαννίνων δεν υπήρχε στον οργανισμό του νοσοκομείου τμήμα ενδοκρινολογίας και έτσι άρχισα από το μηδέν. Αντιμετώπισα, λοιπόν, τις δυσκολίες που αντιμετωπίζει κάθε Έλληνας όταν έχει να κάνει με το ελληνικό δημόσιο, όπως τη γραφειοκρατία, την απροθυμία για βοήθεια και την αδιαφορία»

« Η πρόσφατη απόφαση του υπουργείου Υγείας να μειώσει συλλήβδην τις τιμές όλων των φαρμάκων είναι μάλλον σπασμωδική και έχει αναγκάσει κάποιες φαρμακευτικές εταιρείες να αποσύρουν ανάλογα ινσουλίνης, τα οποία χρειάζονται για τη ρύθμιση των ατόμων με διαβήτη »

Πράγματι ο διαβήτης και η παχυσαρκία αποτελούν τη δίδυμη επιδημία της σύγχρονης εποχής. Σε αυτό συμβάλλουν -εν μέρει- οι γενετικές καταβολές, αλλά κατά κύριο λόγο περιβαλλοντικοί παράγοντες που έχουν να κάνουν με τον τρόπο ζωής. Οι παράγοντες αυτοί είναι η καθιστική ζωή, η κακή διατροφή και το χρόνιο στρες. Πρόσφατα υπάρχουν ενδείξεις ότι διάφορα τοξικά απόβλητα, που έχουν μολύνει το περιβάλλον, επίσης συμβάλλουν στην εκδήλωση της παχυσαρκίας και του διαβήτη.

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής αναπόφευκτα οδηγεί στην εκδήλωση της παχυσαρκίας και μάλιστα της «κακής μορφής» της λεγόμενης κοιλιακής παχυσαρκίας, όταν το περιττό λίπος εναποτίθεται στο άνω μέρος του σώματος και την κοιλιακή χώρα.

Η κοιλιακή παχυσαρκία με τη σειρά της προκαλεί αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Αυτό αναγκάζει τα β-κύτταρα του παγκρέατος να εκκρίνουν περισσότερη ινσουλίνη και να διατηρήσουν την ομοιοστασία της γλυκόζης. Η χρόνια επιβάρυνση των β-κυττάρων τα οδηγεί τελικά σε εξάντληση, ιδιαίτερα σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα και τελικά στην εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2.

Έτσι, λοιπόν, εάν θέλουμε να προλάβουμε και να καθυστερήσουμε την εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2, θα πρέπει να ανατρέξουμε στην αρχική αιτία. Να αποφύγουμε την ανάπτυξη της κοιλιακής παχυσαρκίας με αλλαγή του τρόπου ζωής. Αυτό σημαίνει υγιεινή και λιτή διατροφή, συστηματική σωματική άσκηση, λιγότερο στρες και καθαρό περιβάλλον. Εάν αλλάξουμε τρόπο και στάση ζωής θα αποφύγουμε την εκδήλωση της παχυσαρκίας και του διαβήτη και θα ζήσουμε καλύτερα.

Συνήθως στα νεοδιαγνωσθέντα περιστατικά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2, η πάγια τακτική είναι η χορήγηση αντιδιαβητικών δισκίων. Στην πορεία της νόσου, περνάμε στη θεραπεία συνδυασμού και στο τέλος έρχεται η ινσουλίνη. Μπορεί να αποφευχθεί αυτή η πορεία ή είναι προδιαγεγραμμένη; Ποια είναι η δική σας αντιμετώπιση στα συγκεκριμένα περιστατικά;

Εκτιμάται ότι κατά την κλινική εκδήλωση του διαβήτη τύπου 2 έχει ήδη χαθεί πάνω από το 50% της λειτουργικότητας των β-κυττάρων του παγκρέατος. Από εκεί και μετά υπάρχει μια συνεχής πτωτική πορεία, ώστε μετά από 15-20 χρόνια τα β-κύτταρα εξαντλούνται τελείως και καταλήγουμε σε ινσουλινοπενία. Αυτό, λοιπόν, που πρέπει να κάνουμε είναι να ενισχύσουμε τα β-κύτταρα και να καθυστερήσουμε την έκπτωση της λειτουργίας του. Τα φάρμακα που υπάρχουν δεν φαίνεται να βοηθούν αποτελεσματικά στην κατεύθυνση αυτή. Επανερχόμαστε, λοιπόν, στη μείωση της επιβάρυνσης των β-κυττάρων μέσω μείωσης της κοιλιακής παχυσαρκίας και κατά της αντίστασης στην ινσουλίνη με τα υγιεινοδιαιτητικά μέσα που προαναφέρουμε.

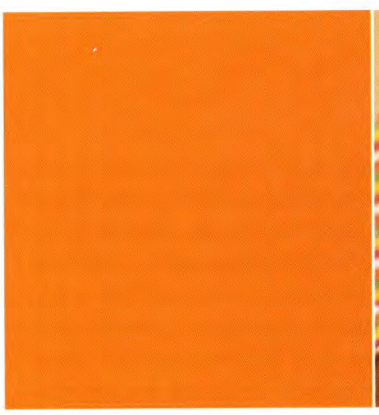
Στην κλινική πράξη σήμερα, με τη διάγνωση του διαβήτη, αρχίζουμε παράλληλα με την υγιεινοδιαιτητική αγωγή και φάρμακα κυρίως τη μετφορμίνη. Στη συνέχεια χρησιμοποιούμε συνδυασμούς φαρμάκων και στο τέλος ινσουλίνη. Στην προσπάθεια αυτή, γιατροί και ασθενείς ξεχνούμε το πρωταρχικό μέλημα που είναι η μείωση του βάρους με τη σωστή διατροφή και την άσκηση. Μερικά από τα φάρμακα για τον διαβήτη και η ινσουλίνη αυξάνουν το βάρος ή προκαλούν υπογλυκαιμίες. Εάν, λοιπόν, ο ασθενής μας δεν καταφέρει να χάσει βάρος από την αρχή και να το διατηρήσει χαμηλό, τότε η συνεχής προσθήκη νέων φαρμάκων ή και ινσουλίνης θα αυξήσει το βάρος και θα οδηγήσει σε έναν φαύλο κύκλο.

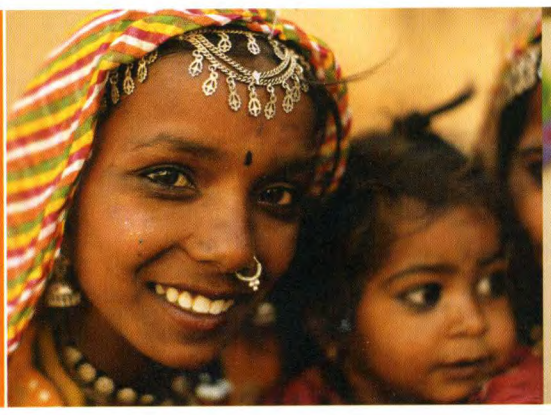
Επειδή σήμερα κυκλοφορούν διάφορα νέα φάρμακα για τον διαβήτη, οι γιατροί οφείλουν να γνωρίζουν τον τρόπο δράσης τους και τις παρενέργειες και να ενημερώνονται συνεχώς από την επιστημονική βιβλιογραφία ώστε να χρησιμοποιούν τα φάρμακα κατά ορθολογικό τρόπο και με βάση την ιδιαιτερότητα του ασθενή και το στάδιο της εξέλιξης του διαβήτη. Χρειάζεται, λοιπόν, εξατομίκευση.

Η εκπαίδευση των φροντιστών του διαβήτη είτε πρόκειται για το νοσηλευτικό προσωπικό του νοσοκομείο είτε και για τον οικογενειακό περίγυρο του ασθενή είναι τελικά δύσκολη υπόθεση. Υπάρχουν τρόποι για να γίνει το πολύτιμο έργο αυτών των ανθρώπων πιο εύκολο και αποτελεσματικό;

Όπως ήδη αναφέραμε, η εκπαίδευση είναι το άλφα και το ωμέγα στην αντιμετώπιση του προβλήματος του διαβήτη. Ιδιαίτερα, θα πρέπει να εκπαιδεύονται οι φροντιστές του διαβήτη, εκείνοι δηλαδή που θα εκπαιδεύσουν τα άτομα με διαβήτη και το οικογενειακό τους περίγυρο. Αυτοί θα δώσουν τις σωστές οδηγίες της υγιεινοδιαιτητικής αγωγής, καθώς και τον τρόπο διαχείρισης του διαβήτη και θα επιβλέψουν την υλοποίησή τους. Αυτό προϋποθέτει σωστή εκπαίδευση των εκπαιδευτών του διαβήτη. Θα πρέπει τα διαβητολογικά κέντρα και οι διαβητολογικές εταιρείες στα μετεκπαιδευτικά τους προγράμματα να περιλαμβάνουν πέραν από την ενημέρωση των ιατρών και πρακτικά μαθήματα εκπαίδευσης των φροντιστών του διαβήτη.

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







8167 APR/2010/NOV/AD/12

Εταιρική Ευθύνη και Κοινωνική Αλληλεγγύη

- **Ένας στους τέσσερις κατοίκους του πλανήτη μας λιμοκτονεί**
- **Ένας στους τρεις ανθρώπους δεν έχει πρόσβαση σε περίθαλψη και φαρμακευτική αγωγή**
- **Κάθε χρόνο, δύο εκατομμύρια άνθρωποι πεθαίνουν από φυματίωση**
- **Κάθε 30 δευτερόλεπτα ένα παιδί πεθαίνει από ελονοσία**

Αυτές οι τραγικές διαπιστώσεις ευαισθητοποίησαν τη Novartis να καθιερώσει προγράμματα κοινωνικής προσφοράς που απευθύνονται σε εκατομμύρια συνανθρώπους μας σε όλο τον κόσμο, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στις αναπτυσσόμενες χώρες.

Η Novartis έχει συνυπογράψει την Οικουμενική Σύμβαση του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών (UN Global Compact) και είναι η πρώτη εταιρεία στην Ευρώπη στην οποία απονεμήθηκε το Αριστείο Εταιρικής Φιλανθρωπίας (Excellence in Corporate Philanthropy Award).

Το 2009, η Novartis διέθεσε το ποσόν των 1,5 δισεκατομμυρίων δολαρίων για φαρμακευτική περίθαλψη 80 εκατομμυρίων ασθενών παγκοσμίως.

Σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), η Novartis προσφέρει δωρεάν φάρμακα σε 4 εκατομμύρια πάσχοντες από τη λέπρα. Επιπλέον, έχει προμηθεύσει σε 40 χώρες που μαστίζονται από την ελονοσία περισσότερες από 300 εκατομμύρια φαρμακευτικές θεραπείες σε τιμή κόστους, βοηθώντας να σωθούν 750.000 πάσχοντες. Για την αντιμετώπιση της φυματίωσης, προσφέρει δωρεάν σταθερό συνδυασμό αντιφυματικών φαρμάκων για τη θεραπεία 500.000 ασθενών.

Το Ίδρυμα Novartis για την Αειφόρο Ανάπτυξη (Novartis Foundation for Sustainable Development) με εντυπωσιακό έργο εδώ και 30 χρόνια, υπογραμμίζει τη δέσμευσή μας να εξασφαλίσουμε φαρμακευτική περίθαλψη, να συμβάλουμε ενεργά στην εξάλειψη της φτώχειας και των κοινωνικών ανισοτήτων, ενισχύοντας προγράμματα εκπαίδευσης του πληθυσμού, οικιστικής ανάπτυξης, ψυχολογικής υποστήριξης ορφανών παιδιών και βελτίωσης των συνθηκών διαβίωσης σε πολλές χώρες του κόσμου.

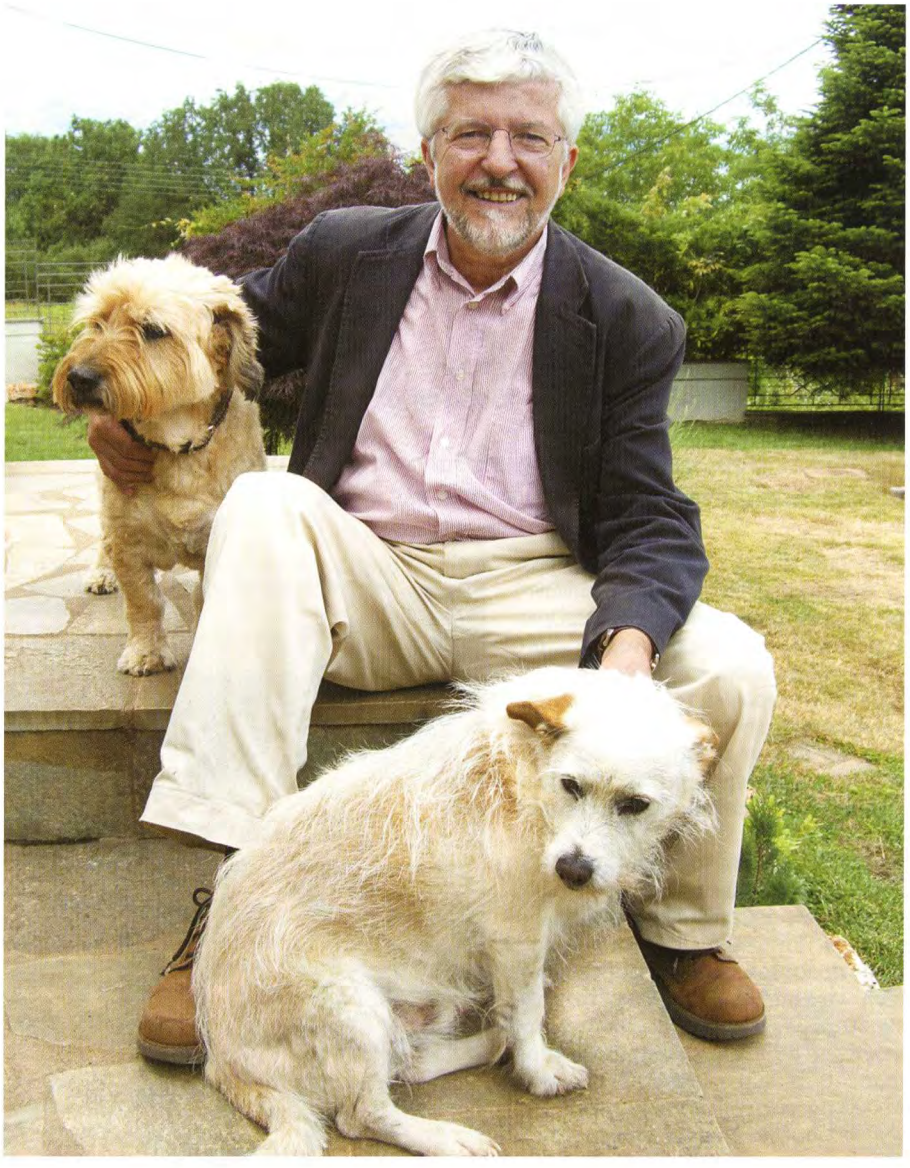
Το Ινστιτούτο Τροπικών Νόσων της Novartis (Novartis Institute for Tropical Diseases), ένα υπερσύγχρονο βιο-ιατρικό ερευνητικό κέντρο με έδρα τη Σιγκαπούρη, εστιάζεται στην εξελιγμένη έρευνα και ανακάλυψη φαρμάκων για τον δάγγειο πυρετό, την ελονοσία και τη φυματίωση, και τα οποία θα διατεθούν αφιλοκερδώς σε απόρους ασθενείς που τα έχουν σοβαρή ανάγκη.



Είμαστε αισιόδοξοι ότι θα συνεχίσουμε αυτή την εξαιρετική προσπάθεια συμβάλλοντας με όλες μας τις δυνάμεις σε ένα καλύτερο αύριο των συνανθρώπων μας.

NOVARTIS
caring and curing

www.novartis.gr



« Ήμουν τυχερός που γνώρισα μερικούς γνήσιους ανθρώπους και επιστήμονες που επηρέασαν τον τρόπο σκέψης μου και τη στάση ζωής. Ένας μάλιστα από αυτούς μου έδωσε την εξής συμβουλή: «Be yourself», δηλαδή «έσω ο εαυτός σου» και αυτή τη συμβουλή προσπάθησα να ακολουθήσω στη ζωή μου »

Πράγματι, είχα την τύχη να συναντήσω σημαντικούς επιστήμονες και ανθρώπους στη μέχρι τώρα πορεία μου. Θα πρέπει να πω ότι οι ολοκληρωμένοι επιστήμονες είναι και οι πιο απλοί και προσιτοί άνθρωποι και με ανιδιοτέλεια μεταδίδουν το απόσταγμα της γνώσης τους. Εκείνοι που έχουν κενά μέσα τους φορούν τη μάσκα του επιστήμονα και δεν έχουν να δώσουν τίποτε. Ήμουν τυχερός που γνώρισα μερικούς γνήσιους ανθρώπους και επιστήμονες που επηρέασαν τον τρόπο σκέψης μου και τη στάση ζωής. Ένας μάλιστα από αυτούς μου έδωσε την εξής συμβουλή: «Be yourself», δηλαδή «έσω ο εαυτός σου» και αυτή τη συμβουλή προσπάθησα να ακολουθήσω στη ζωή μου.

Κλείνοντας, θα ήθελα να μου πείτε, μέσα από όλο αυτό το οδοιπορικό σας στα δύσβατα μονοπάτια του σακχαρώδη διαβήτη, ποιο ήταν το λιθαράκι που πιστεύετε ότι βάλατε στην προσπάθεια για τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των διαβητικών ατόμων;

Δύσκολη ερώτηση. Αυτό που προσπάθησα να κάνω στην ακαδημαϊκή μου πορεία ήταν μελετώντας να κατανοήσω τα μυστικά του διαβήτη και να τα μεταδώσω με τον πιο απλό τρόπο στους φοιτητές μου και τους νέους συναδέλφους. Δεν ξέρω αν το κατάφερα. Επίσης, ένα άλλο πράγμα που έμαθα από τους δασκάλους μου ήταν να ακούω τους ασθενείς μου και να μιλάω τη γλώσσα τους, ώστε να κατανοήσω την αιτία του προβλήματός τους και να τους βοηθήσω. Αυτό τον τρόπο επικοινωνίας με τους ασθενείς προσπαθώ να το μεταδώσω στους νεότερούς μου.

Τέλος, μου δόθηκε η ευκαιρία να επιμεληθώ της έκδοσης μαζί με δύο συναδέλφισσες από την Αμερική, ενός βιβλίου με τίτλο: «Diabetes in Women» («Διαβήτης στη Γυναίκα») που κυκλοφόρησε πέρυσι στην Αμερική από τον εκδοτικό οίκο «Humana Press». Το βιβλίο αυτό είναι αφιερωμένο στη γυναίκα με διαβήτη και διαπραγματεύεται θέματα όπως η αντισύλληψη, η εγκυμοσύνη, η εμμηνόπαυση και πως οι καταστάσεις αυτές επηρεάζουν τον διαβήτη. Ένα τέτοιο βιβλίο έλειπε από τη διεθνή βιβλιογραφία και από τη σκοπιά αυτή ελπίζω να αποτελέσει ένα λιθάρι και να βοηθήσει στο πρόβλημα του διαβήτη.

Αναζητάτε μια καλύτερη εμπειρία μέτρησης στη διαχείριση του διαβήτη;



ΤΑ ΠΛΕΟΝΕΚΤΗΜΑΤΑ ΑΡΧΙΖΟΥΝ ΕΔΩ...

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

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

Γραμμή Υποστήριξης Πελατών

800 11 ABBOTT
800 11 22268

Αθήνα: 210 9985220
Θεσ/νίκη: 2310 472947

(χωρίς χρέωση από σταθερό)

FreeStyle Lite
Ταινίες μέτρησης γλυκόζης αίματος

www.abbott.gr/diabetescare

ΚΑΝΟΥΜΕ ΤΗ ΔΙΑΦΟΡΑ

Abbott Diabetes Care

ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ, ιατρός

ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΜΕΤΑ-ΑΝΑΛΥΣΗΣ



Τα ερευνητικά δεδομένα για το αν η χορήγηση στατινών συνδέεται με μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη στους ασθενείς που τις λαμβάνουν είναι πολλά και αντικρουόμενα. Με στόχο την αποσαφήνιση της σχέσης, ομάδα ερευνητών από το Ηνωμένο Βασίλειο πραγματοποίησε μία μεταανάλυση δημοσιευμένων και μη στοιχείων από το 1994 ως το 2009 στις βάσεις δεδομένων Medline, Embase και Cochrane Central Register of Controlled Trials.

Συμπεριλήφθηκαν μελέτες με περισσότερους από 1000 ασθενείς και πανομοιότυπη παρακολούθηση των ομάδων παρέμβασης και μαρτύρων για περισσότερο από ένα χρόνο, ενώ δεν λήφθηκαν υπόψη μελέτες με μεταμοσχευμένους ή αιμοκαθαιρόμενους ασθενείς. Έτσι μελετήθηκαν στα πλαίσια της μεταανάλυσης συνολικά 91140 συμμετέχοντες, 4278 εκ των οποίων ανέπτυξαν σακχαρώδη διαβήτη μετά από 4 χρόνια.

Η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι η θεραπεία με στατίνες συνδέεται με κατά 9% περισσότερο κίνδυνο για ανάπτυξη διαβήτη με λόγο πιθανοφάνειας 1,09 95% (CI 1.02-1.17). Φαίνεται δε ότι ο παραπάνω κίνδυνος ήταν μεγαλύτερος μεταξύ των πιο ηλικιωμένων, ενώ η δεν διαπιστώθηκε σχέση με το δείκτη μάζας σώματος και τα επίπεδα LDL χοληστερόλης κατά την έναρξη της θεραπείας. Χαρακτηριστική ήταν η σχετικά μικρή ετερογένεια των αποτελεσμάτων μεταξύ των μελετών. Συμπερασματικά οι ερευνητές κατέληξαν ότι ο κίνδυνος που διαπιστώθηκε ήταν μικρός, τόσο σε απόλυτη τιμή όσο και σε σχέση με τον κίνδυνο καρδιαγγειακών συμβαμάτων από τη μη χορήγηση των φαρμάκων. Συνεπώς, δεν στοιχειοθετείται λόγος να αλλάξει η μέχρι σήμερα ακολουθούμενη πρακτική χορήγησης στατινών σε άτομα με μέτριο ή υψηλό δείκτη καρδιαγγειακού κινδύνου ή με υπάρχουσα καρδιαγγειακή νόσο.

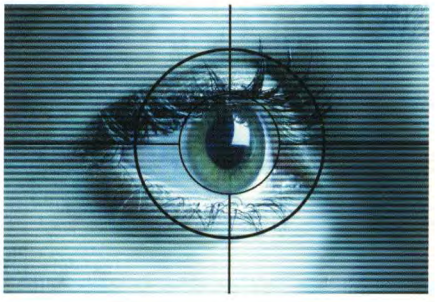
Lancet. 2010;375:735-742. Epub 16 Φεβρουαρίου 2010

Η ΜΑΚΡΟΧΡΟΝΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΜΕΤΦΟΡΜΙΝΗΣ ΣΥΝΔΕΕΤΑΙ ΜΕ ΑΝΕΠΑΡΚΕΙΑ ΒΙΤΑΜΙΝΗΣ Β12

Η μετφορμίνη θεωρείται ο ακρογωνιαίος λίθος στην θεραπεία του διαβήτη και αποτελεί το συχνότερα συνταγογραφούμενο φάρμακο για τους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Επιπλέον, φαίνεται να βελτιώνει τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας από καρδιαγγειακή νόσο. Ωστόσο, επάγει τη δυσαπορρόφηση της βιταμίνης Β12 που μπορεί να οδηγήσει σε ανεπάρκεια Β12, καθώς και σε χαμηλές συγκεντρώσεις φυλλικού οξέος και ομοκυστεϊνης. Μια πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, διπλή, τυφλή μελέτη που δημοσιεύτηκε πρόσφατα, έδειξε ότι υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στη μακροχρόνια αγωγή με μετφορμίνη και την ανεπάρκεια σε βιταμίνη Β12, η οποία όμως μπορεί να προληφθεί. Πρακτικά, αυτό σημαίνει ότι οι διαβητικοί ασθενείς που λαμβάνουν μετφορμίνη θα πρέπει να λαμβάνουν ειδικό διαιτολόγιο πλούσιο σε Β12 και να υποβάλλονται σε τακτικές μετρήσεις των συγκεντρώσεών της στον ορό. Βέβαια, είναι απαραίτητη μια μετανάλυση των αποτελεσμάτων ώστε να αποφευχθεί η επιβάρυνση των ασθενών με τη θεραπεία απλών βιοχημικών δεικτών που ενδέχεται να μην έχουν και το αντίστοιχο κλινικό αντίκτυπο.

Πηγή: BMJ. online δημοσίευση, 20 Μαΐου 2010

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ LASER ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΟΘΡΩΣΗ ΤΗΣ ΜΥΩΠΙΑΣ



Ερευνητές από Νοσοκομείο του Λονδίνου στο Ηνωμένο Βασίλειο θέλησαν να συγκρίνουν το αποτέλεσμα και την ασφάλεια της διαθλαστικής χειρουργικής με Laser με εκείνο της τοποθέτησης ενδοφθαλμικών φακών σε ασθενείς με μυωπία. Το υλικό τους αποτέλεσαν τρεις τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές μελέτες οι οποίες μεταναλύθηκαν. Η επέμβαση με Laser για τη διόρθωση της μυωπίας εφαρμόζεται σε τμήμα του κερατοειδούς μεταβάλλοντας τη διαθλαστική του ικανότητα, ενώ οι ενδοφθαλμικοί φακοί αποκλίνουν τις ακτίνες του φωτός. Και οι δυο μέθοδοι έχουν σαν αποτέλεσμα την εστίαση ενός αντικειμένου επάνω στον αμφιβληστροειδή και όχι μπροστά από αυτόν. Η τοποθέτηση ενδοφθαλμικών φακών φάνηκε να συνοδεύεται από μικρότερη απώλεια οπτικής οξύτητας μέσα σε 12 μήνες από την επέμβαση αν και καμία από τις δυο μεθόδους δεν επηρέασε τη βέλτιστη τελική οπτική οξύτητα. Η πρώιμη εμφάνιση καταρράκτη, αν και σπάνια, ήταν συχνότερη στην περίπτωση των φακών. Η επέμβαση τοποθέτησης φακών φάνηκε επίσης να είναι περισσότερο προτιμητέα από τους ασθενείς και να χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ευαισθησία στην οπτική αντίθεση. **Πηγή: Cochrane Database Syst Rev. online δημοσίευση, 12 Μαΐου 2010**



GlucoMen® Gm

Σύστημα Μέτρησης της Γλυκόζης Αίματος



Χωρίς Βαθμονόμηση

Δεν απαιτείται να βαθμονομήσετε.
Ο μετρητής ενεργοποιείται (ON) αυτόματα με την εισαγωγή μιας ταινίας και απενεργοποιείται (OFF) 2 λεπτά μετά την ολοκλήρωση της μέτρησης.



Αυτόματος Έλεγχος του Όγκου Δείγματος

Η ταινία μέτρησης GlucoMen® Gm Sensor ελέγχει τον απαιτούμενο όγκο αίματος ανιχνεύοντας την εφαρμοζόμενη ποσότητα του. Αν μετά την πρώτη σταγόνα αίματος ο μετρητής δεν ξεκινήσει, πρέπει να απορρίψετε την τελευταία ταινία και να επαναλάβετε τη μέτρηση χρησιμοποιώντας μια νέα ταινία.

MENARINI diagnostics

MANAGING diabetes

ΜΕΝΑRINI ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ – ΙΑΤΡΙΚΑ ΟΡΓΑΝΑ Α.Ε.Β.Ε
Λεωφ.Βουλιαγμένης 575, 16451 Αργυρούπολη, Αθήνα, Τηλ.: 210 9944950-4, Fax: 210 9945029
Τομπάζη 20, 55510 Πυλαία Θεσσαλονίκης, Τηλ.: 2310 475004, Fax: 2310 475054
Γραμμή Εξυπηρέτησης Διαβήτη: 801 11 44400, www.menarinidiagnostics.gr

ADDICTAD 2106852940

ΠΑΙΔΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ, ΟΣΤΙΚΗ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΠΑΧΥΣΑΡΚΙΑ



Βάσει των αποτελεσμάτων μίας μελέτης που δημοσιεύτηκε πρόσφατα, φαίνεται ότι η κατανάλωση διαφόρων ειδών και χρωμάτων λαχανικών σε συνδυασμό με τον περιορισμό έτοιμων τηγανισμένων τροφών στην παιδική ηλικία, συνδέεται με αύξηση της οστικής μάζας και μείωση της ποσότητας λίπους του οργανισμού. Συγκεκριμένα, στην έρευνα συμμετείχαν 325 παιδιά ηλικίας από 3,8 έως 7,8 ετών, τα οποία παρακολουθήθηκαν για περίπου 4 χρόνια. Καταγράφηκαν οι συνήθειες διατροφής και εκτιμήθηκε η οστική πυκνότητα με απεικονιστικές μεθόδους και βρέθηκε ότι δίαιτα πλούσια σε λαχανικά οδηγεί σε αυξημένη οστική πυκνότητα και χαμηλότερο ποσοστό λίπους, η πρόσληψη επεξεργασμένου κρέατος συνδέεται με αυξημένη οστική πυκνότητα, ενώ η μεγάλη κατανάλωση τηγανισμένων τροφών με μεγαλύτερη εναπόθεση λίπους στον οργανισμό. Οι παραπάνω συσχετίσεις παρέμειναν σταθερές και μετά από εξομοίωση ως προς άλλες παραμέτρους, όπως η φυλή, το φύλο, το βάρος, η πρόσληψη θερμίδων και ασβεστίου και η φυσική δραστηριότητα. Δεν είναι ακριβώς γνωστός ο μηχανισμός με τον οποίον τα λαχανικά επιδρούν στην οστική πυκνότητα, θεωρείται όμως πιθανόν να σχετίζεται με την υψηλή περιεκτικότητά τους σε ανόργανα συστατικά όπως το κάλιο. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης, φαίνεται ότι οι παραπάνω διαιτητικές συνήθεις μόνο όφελος μπορούν να επιφέρουν.

Am J Clin Nutr. Online δημοσίευση, 2 Ιουνίου 2010

ΣΙΛΔΕΝΑΦΙΛΗ (VIAGRA) ΚΑΙ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΟΞΕΙΑ ΑΠΩΛΕΙΑ ΑΚΟΗΣ

Όπως φάνηκε σε μια πρόσφατα δημοσιευμένη αναδρομική μελέτη, οι άνδρες που έχουν λάβει σιλδεναφίλη (Vigra- Pfizer) είναι περισσότερο πιθανό να παρουσιάσουν οξεία νευροαισθητηριακή κώφωση. Κατά το παρελθόν, περισσότερες από 20 αναφορές έχουν επισημάνει τη συσχέτιση ανάμεσα στην οξεία νευροαισθητηριακή απώλεια ακοής και τους αναστολείς της φωσφωδιεστεράσης τύπου 5, ένα παράδειγμα εκ των οποίων είναι και το Viagra. Η μελέτη συνέκρινε άτομα με ή χωρίς απώλεια ακοής σε σχέση με τη χρήση αναστολέων της φωσφωδιεστεράσης τύπου 5 πριν και μετά την τροποποίηση για πιθανούς συμπαράγοντες. Φάνηκε να υπάρχει μια συνολική επίπτωση διαταραχής της ακοής της τάξης του 17.9%, ενώ παρατηρήθηκε αύξηση του ποσοστού σε σχέση με την ηλικία. Περίπου το 2% των συμμετεχόντων είχαν λάβει φάρμακο της συγκεκριμένης κατηγορίας με το 80,3% εξ'αυτών να αναφέρεται στο Viagra. Το ιστορικό χρήσης αυτών των φαρμάκων ήταν διπλάσιο σε άτομα με απώλεια ακοής και το αποτέλεσμα αυτό διατηρήθηκε ακόμα και μετά τις τροποποιήσεις για δημογραφικούς και παράγοντες υγείας.

Πηγή: Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2010;136:488-492

Η ΒΙΤΑΜΙΝΗ D ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΠΟΛΕΜΗΣΗ ΤΗΣ ΓΡΙΠΗΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΣΘΜΑΤΙΚΩΝ ΚΡΙΣΕΩΝ

Σε μια ιαπωνική μελέτη που έγινε σε μαθητές, φάνηκε ότι η χορήγηση σκευασμάτων βιταμίνης D κατά τους χειμερινούς μήνες συνέβαλε στην πρόληψη της εποχιακής γρίπης και των ασθματικών κρίσεων. Η ιδέα για τη συγκεκριμένη μελέτη προήλθε από μια προηγούμενη που διαπραγματευόταν το ρόλο της βιταμίνης D στην πρόληψη της οστεοπόρωσης, όπου φάνηκε ότι τα άτομα που λάμβαναν τη βιταμίνη παρουσίασαν συμπτώματα γρίπης και κοινού κρυολογήματος κατά 3 φορές λιγότερο σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Στην προκείμενη μελέτη, η ομάδα των ασθενών που έλαβαν βιταμίνη D φάνηκε να νοσεί κατά 58% λιγότερο από τον ιό της γρίπης Α. Επίσης, η βιταμίνη φάνηκε να έχει ευεργετική επίδραση και στην καταστολή ασθματικών κρίσεων σε παιδιά με σχετικό ιστορικό. Δεν φάνηκε να υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις δυο ομάδες σε ό,τι αφορά την προσβολή από τον ιό της γρίπης Β. Καταλήγοντας, οι ερευνητές συστήνουν τη λήψη 1200 IU Vit. D ημερησίως, από το Σεπτέμβριο, για την πρόληψη της γρίπης τύπου Α και των ασθματικών κρίσεων κατά τη διάρκεια του χειμώνα.



Πηγή: Am J Clin Nutr 2010

Dialevel®

Βοηθά στη ρύθμιση των επιπέδων του σακχάρου

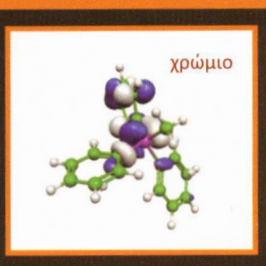
Στα πρώιμα στάδια του διαβήτη

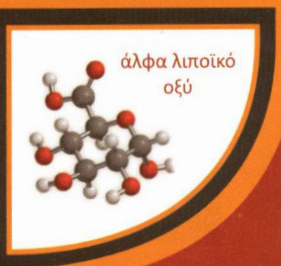


Dialevel®

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







ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ
ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ

ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟ

Λιανική τιμή: 25,30 €

Από φυτικά εκχυλίσματα!

Κουτί με 60 ταμπλέτες
Κάθε ταμπλέτα περιέχει:

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

WALMARK

Α.Π.Γ. ΕΟΦ: 83537/23-11-2009



CERTIFICATE OF GUARANTEE OF QUALITY GMP

HACCP
Hazard Analysis Critical Control Points

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

Η «Novo Nordisk Ελλάς ΕΠΕ» αναστέλλει φάρμακα από την αγορά

Η «Novo Nordisk» αναστέλλει προσωρινά τη διάθεση των περισσότερων προϊόντων της στην Ελλάδα, λόγω των αιφνίδιων, υποχρεωτικών μειώσεων των τιμών τους



Η εταιρεία σε ανακοίνωσή της αναφέρει τα εξής: «Η "Novo Nordisk Ελλάς ΕΠΕ" ενημερώνει με λύπη της ότι η εφαρμογή της νέας αγορανομικής διάταξης (αρ. 3/2010) μπορεί να οδηγήσει σύντομα σε έλλειψη των περισσοτέρων προϊόντων της στην ελληνική αγορά.

Οι επίπεδες μειώσεις των τιμών των φαρμάκων οδήγησαν σε μια άνευ προηγουμένου απαξίωση των προϊόντων μας, τα οποία διατίθεντο ήδη στην ελληνική αγορά σε τιμές μεταξύ των τριών χαμηλότερων των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στη μεγάλη τους πλειονότητα. Η μείωση του κύκλου εργασιών μας διαμορφώνεται μεσοσταθμικά στο 24-25%. Υπό αυτές τις συνθήκες, η λειτουργία του ελληνικού υποκαταστήματος καθίσταται σημαντικά ζημιογόνος.

Για τη διασφάλιση κάλυψης των άμεσων αναγκών των ατόμων με διαβήτη, θα συνεχίσουν να διατίθενται σε φιαλίδια οι ινσουλίνες Actrapid, Protaphane και Mixtard 30, καθώς επίσης και ο παράγοντας πήξης αίματος NovoSeven.

Η "Novo Nordisk" εμφανίζει τη λύπη της για την ταλαιπωρία και τις ανησυχίες που προκύπτουν από την εξέλιξη αυτή και διαβεβαιώνει ότι καταβάλλει κάθε δυνατή προσπάθεια για να ελαχιστοποιήσει τις συνέπειες για τους ασθενείς που χρησιμοποιούν τα προϊόντα της και τους επαγγελματίες υγείας που τους παρακολουθούν».

Είναι πιθανό ότι η εξέλιξη αυτή θα οδηγήσει σε έλλειψη των ακόλουθων προϊόντων στην ελληνική αγορά:

1. Actrapid Penfill inj.sol.fl 5x3ml x 100iu/ml
2. Glucagen Hypokit
3. Levemir inj.sol. 100u/ml flexpen x 5pf.pen x3ml
4. Mixtard 30 Penfill inj.sol fl 5x3ml
5. Mixtard 40 Penfill inj.sol fl 5x3ml
6. Mixtard 50 Penfill inj.sol fl 5x3ml
7. Norditropin Simplexx 5mg
8. Novomix 30 flexpen 5 pf.penx3mlx100/ml
9. Novonorm 0,5 mg 120tabs
10. Novonorm 1,0 mg 120tabs
11. Novonorm 2,0 mg 120tabs
12. Novorapid 1 vial 10 ml x100u/ml
13. Novorapid inj.sol flexpen 5 penx3mlx100u/ml
14. Protaphane Penfill inj.sol.fl 5x3ml
15. Trisequens FC tabl BT X 28
16. Vagifem 25 mg
17. Victoza in.so.pfp 6 mg/ml 2 pens x 3ml



«Κινδυνεύουμε να μην έχουμε ούτε φάρμακα...»

Ο ΣΦΕΕ καταγγέλλει την λανθασμένη πρόθεση της κυβέρνησης για επίπεδη μείωση στις τιμές των φαρμάκων, που θα τινάξει στον αέρα το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στη χώρα μας. «Πρόκειται για ένα μέτρο - έκτρωμα, το οποίο φοβόμαστε ότι θα οδηγήσει σε απόσυρση πολλών απαραίτητων φαρμάκων, τα οποία θα στερηθούν οι Έλληνες ασθενείς με ό,τι αυτό συνεπάγεται για τη δημόσια υγεία

Ακόμη, το μέτρο πρακτικά θα λειτουργήσει ως ταφόπλακα για τη φαρμακοβιομηχανία στην Ελλάδα και φοβόμαστε ότι θα προκαλέσει κύμα απολύσεων σε έναν από τους ελάχιστους υγιείς και αναπτυσσόμενους κλάδους, που διαθέτει σήμερα η χειμαζόμενη ελληνική οικονομία. Και αντί να τη διαφυλάξουμε ως κόρη οφθαλμού, προχωρούμε σε μέτρα τα οποία μόνο να τη βλάψουν μπορούν.

Το μέτρο αυτό είναι μία λύση πανικού ύστερα από την αδυναμία της Γενικής Γραμματείας Εμπορίου να εκδώσει Δελτίο Τιμών για την ανατιμολόγηση όλων των φαρμάκων μετά από εξάμηνες προσπάθειες - κάτι που εκτιμούμε ότι θα μπορούσε να είχε γίνει εξ αρχής μέσα σε 30 ημέρες. Κατά αυτό τον τρόπο θα φθάσουμε στο ακραίο φαινόμενο, οι τιμές στην Ελλάδα να είναι ακόμα πιο χαμηλές και από την τελευταία χώρα παγκοσμίως.

Ο ΣΦΕΕ επαναλαμβάνει για μία

ακόμη φορά ότι έτσι δεν θα επιτευχθεί η μείωση της σπατάλη στο χώρο της υγείας ούτε και της δημόσιας φαρμακευτικής δαπάνης ενώ απεναντίας δεν θα βρίσκει ο κόσμος τα φάρμακά του και θα κινδυνεύσει η υγεία πολλών ασθενών. Τονίζουμε παράλληλα ότι η δημόσια δαπάνη για το φάρμακο αποτελεί μόνο το 1/5 των συνολικών δαπανών υγείας.

Αντιθέτως, το μέτρο αυτό είναι παντελώς άδικο και θα οδηγήσει σε τεράστιες ελλείψεις φαρμάκων στα φαρμακεία της χώρας, διότι αν οι τιμές μειωθούν παραπάνω από αυτό που ορίζει ο νόμος (3 χαμηλότερες τιμές της Ευρώπης) τότε τα σχετικά φάρμακα και ειδικότερα αυτά με πολύ χαμηλή τιμή, θα εξάγονται και θα εξαφανιστούν άμεσα από την ελληνική αγορά.

Με δεδομένο ακόμη ότι το μέτρο αφορά μειώσεις τιμών σε όλο το φάσμα και όχι μόνο σε φάρμακα που διατίθενται στην Κοινωνική Ασφάλιση και τα Δημόσια Νοσοκομεία, θα οδηγήσει σε μείωση των εσόδων του Κράτους από ΦΠΑ και φόρους εισοδήματος των επιχειρήσεων.

Ο ΣΦΕΕ στην παρούσα οικονομική συγκυρία τονίζει πως υπάρχει αξιόπιστη και αποτελεσματική λύση. Η αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου μπορεί σε διάστημα μιας εβδομάδας, με τη συνεργασία του κλάδου, να εκδώσει Δελτίο Τιμών με τη σωστή ανατιμολόγηση όλων των 6.500 φαρμάκων και με αυστηρή εφαρμογή της Αγορανομικής Διάταξης. Με αυτό τον τρόπο θα εξοικονομηθούν σημαντικοί οικονομικοί πόροι για τα ασφαλιστικά ταμεία χωρίς να επηρεασθεί η Δημόσια Υγεία και η απασχόληση στον κλάδο.

Από τις αποφάσεις αυτές εξαρτάται το πιο πολύτιμο αγαθό για την υγεία, το φάρμακο και κατ' επέκταση η ίδια η υγεία του Έλληνα Πολίτη».

Αυτοκαταστροφική η πολιτική της κυβέρνησης για τα φάρμακα



Η Αγορανομική Διάταξη για τις τιμές των φαρμάκων, που εξέδωσε το υπουργείο Οικονομίας, προβλέποντας επίπεδες μειώσεις μέχρι 27%, θα τινάξει το σύστημα ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης στην Ελλάδα

Ο ΣΦΕΕ εκφράζει για μια ακόμη φορά την πλήρη αντίθεσή του με την Αγορανομική Διάταξη, η οποία είναι παράνομη. Παράλληλα, εκτιμά ότι θα έχουμε δραματικές συνέπειες με τεράστιες ελλείψεις φαρμάκων στην αγορά. Θύμα θα είναι οι Έλληνες ασθενείς, που θα στερηθούν τα φάρμακά τους και θα κινδυνεύσει η υγεία τους.

Η εφαρμογή της Αγορανομικής Διάταξης θα προκαλέσει ένα επικίνδυνο ντόμινο στις τιμές των φαρμάκων σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες, στις οποίες η Ελλάδα αποτελεί χώρα αναφοράς για την τιμολόγηση των φαρμάκων. Το γεγονός αυτό θα πλήξει ανεπανόρθωτα το ήδη πληγωμένο γόητρο της Ελλάδας στο διεθνές οικονομικό περιβάλλον.

Λύση υπάρχει! Ο ΣΦΕΕ καλεί για μία ακόμη φορά την κυβέρνηση να εφαρμόσει τη μοναδική νόμιμη, διαφανή και αποτελεσματική λύση, δηλαδή, τον Νόμο που ίδια ψήφισε και διασφαλίζει την προσδοκώμενη εξοικονόμηση πόρων. Το Υπουργείο Οικονομίας έχει ήδη στα χέρια του το μέσο όρο των χαμηλότερων τιμών στις 22 χώρες της Ε.Ε. για τα 6.500 φάρμακα, όπως ορίζει η ισχύουσα νομοθεσία.

Η διασφάλιση του δημοσίου συμφέροντος και η έκτακτη κατάσταση στα δημοσιονομικά της χώρας δεν επιτρέπουν άστοχους χειρισμούς. Ο ΣΦΕΕ τονίζει πως με την υπεύθυνη στάση του το αμέσως επόμενο διάστημα θα λάβει όλες τις αναγκαίες πρωτοβουλίες για να τηρηθεί η νομιμότητα και να διασφαλιστεί η δημόσια υγεία.

αλλάζουμε το διαβήτη με επίκεντρο τον άνθρωπο



Γιοτάμ Χαλπερίν*



Γιάννης Μπουρούσης*

Ο διαβήτης μπορεί να πλήξει οποιονδήποτε και οποτεδήποτε. Σήμερα 266 εκατομμύρια άτομα περίπου ζουν με το διαβήτη. Ο αριθμός αυτός αναμένεται να ξεπεράσει τα 380 εκατομμύρια άτομα το 2025. Για να αντιμετωπίσουμε αυτή τη μάστιγα πρέπει να δράσουμε άμεσα. Υιοθετούμε 4 απλά βήματα για να προλάβουμε αλλά και να αντιμετωπίσουμε το διαβήτη.

Βήμα 1: Ενημερωνόμαστε για το οικογενειακό μας ιστορικό – κάνουμε μια απλή εξέταση σακχάρου

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

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

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

Ελάτε μαζί μας στην προσπάθεια να «αλλάξουμε το διαβήτη! Μας αφορά όλους!

DBU/COPR/ADV76/11.2009

Novo Nordisk Ελλάς Ε.Π.Ε.
Αλ. Παναγούλη 80 & Αγ. Τριάδας 65
153 43 Αγία Παρασκευή
τηλ.: 210 60 71 600
http://www.novonordisk.gr
http://www.diabetes-in-greece.gr

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

novo nordisk®



Ένωση γονέων παιδιών και νέων με διαβήτη βορείου Ελλάδος

20 χρόνια συνεχούς προσφοράς και δράσης

Την 20ή Ιανουαρίου 1990 πραγματοποιήθηκε στο Ιπποκράτειο Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης η πρώτη συγκέντρωση γονέων παιδιών με διαβήτη, με πρωτοβουλία ορισμένων ατόμων και τη βοήθεια των γιατρών μας, στην οποία συμμετείχαν 26 άτομα. Την ημέρα εκείνη έγινε η ιδρυτική πράξη και ορίσθηκε προσωρινό διοικητικό συμβούλιο, το οποίο επιμελήθηκε το καταστατικό. Στις 15 Μαΐου του ίδιου έτους εγκρίθηκε η ίδρυση του συλλόγου μας

ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΡΑΠΤΗΣ,
πρόεδρος ένωσης γονέων παιδιών και νέων με διαβήτη βορείου Ελλάδος

Σύμφωνα με την ιδρυτική πράξη σκοπός του συλλόγου ήταν η «προαγωγή, μελέτη, επιμόρφωση, ενθάρρυνση της έρευνας και ενημέρωση σχετικά με τον διαβήτη και τις επιπλοκές του, η ανάπτυξη αλληλεγγύης και συνεργασίας μεταξύ των μελών του, η ευαισθητοποίηση της πολιτείας και της κοινής γνώμης στα προβλήματα των παιδιών και εφήβων με διαβήτη κ.λπ.».

Το έργο του συλλόγου δεν ήταν εύκολο, όπως δεν ήταν και η προσέγγιση και εγγραφή μελών από όλη τη βόρεια Ελλάδα, σε μια κοινωνία που η χρόνια πάθηση στα παιδιά θεωρούνταν στίγμα. Για την ενημέρωση και την επικοινωνία με γονείς και παιδιά πραγματοποιήσαμε πολλές εκδηλώσεις και ημερίδες στην Καβάλα, Βέροια, Κοζάνη, Πολύγυρο, Καστοριά, Ξάνθη, Φλώρινα, Νάουσα, Σέρρες, Ιωάννινα κ.ά.

Για την κοινωνικοποίηση και ανεξαρτητοποίηση των παιδιών αλλά και για την εκπαίδευσή τους στον αυτοέλεγχο του

διαβήτη, κρίθηκε απαραίτητη η συμμετοχή τους σε κατασκήνωση.

Το 1994 πραγματοποιήθηκε η πρώτη κατασκήνωση στη Χανιώτη Χαλκιδικής με μεγάλη προσπάθεια και προσωπική δουλειά από τα μέλη μας και με τη συνεχή συμπαράσταση και παρουσία των γιατρών μας. Στην κατασκήνωση αυτή πήραν μέρος 17 παιδιά για εννέα μέρες.

Το Ψυχολογικό Κέντρο Β.Ε. παραχώρησε τον χώρο της κατασκήνωσης και τις σκηνές και όλα τα άλλα έγιναν με προσωπική δουλειά των γονέων. Η εξασφάλιση τροφίμων, το μαγείρεμα, η καθαριότητα, η απασχόληση και η ψυχαγωγία των παιδιών, ακόμη και η μεταφορά τους στη θάλασσα με Ι.Χ. αυτοκίνητα.

Το εγχείρημα είχε μεγάλη επιτυχία και από την επόμενη χρονιά οι κατασκηνώσεις πραγματοποιήθηκαν στη Μεταμόρφωση Χαλκιδικής και αργότερα βρήκαν μόνιμη στέγη στις εγκαταστάσεις της ΧΑΝΘ στον Άγιο Νικόλαο Χαλκιδικής. Το σημαντικό είναι ότι τα παιδιά ενσωματώνονται στην κατασκήνωση και στο πρόγραμμά της χωρίς να αποτελούν ξεχωριστή ομάδα, δεν διαμένουν σε χωριστό θάλαμο και δεν εξαιρούνται από καμία δραστηριότητα.

Οι δεσμοί και οι φιλίες που αναπτύχθηκαν από τις πρώτες ακόμη κατασκηνώσεις έχουν δημιουργήσει έναν πυρήνα νέων που πλαισιώνουν δυναμικά τον σύλλογο, συμμετέχουν στο διοικητικό συμβούλιο και παίρνουν μέρος σε όλες τις εκδηλώσεις.

Από τα πρώτα χρόνια της ύπαρξης του συλλόγου μας προσπαθήσαμε να φέρουμε σε επαφή τις οικογένειες διοργανώνοντας διήμερες και μονοήμερες εκδρομές. Έτσι, τα νέα μέλη μας έχουν την ευκαιρία να συναντήσουν άλλα παιδιά και νέους που με τη ζωντάνια τους, το κέφι, την πρόοδό τους είναι ένα ζωντανό παράδειγμα πως «δεν χρειάζεται να προσαρμόσουμε τη ζωή μας στον διαβήτη, αλλά τον διαβήτη στη ζωή μας».

Κάθε χρόνο συμμετέχουμε στον εορτασμό της ημέρας του διαβήτη με την παρουσία μας σε κεντρικές πλατείες της πόλης και διανομή ενημερωτικού υλικού. Επίσης, πραγματοποιούμε ημερίδα για την ενημέρωση των μελών μας με συμμετοχή γιατρών, διατροφολόγων, ψυχολόγων και καθηγητών γενετικής του ΑΠΘ. Τα δύο τελευταία χρόνια οι ημερίδες αυτές πραγματοποιήθηκαν στη Φλώρινα και Ιωάννινα. Διοργανώνουμε σεμινάρια διατροφολογίας για εντατικοποιημένα σχήματα και αντλίες ινσουλίνης με την αφιλοκερδή συμμετοχή ειδικών διατροφολόγων.





Οργανώσαμε ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης γονέων και νέων. Δημιουργήσαμε ιστοσελίδα στο internet για την προβολή των εκδηλώσεων και αναρτήσαμε όλη τη σχετική νομοθεσία για θέματα που μας αφορούν. Συνεργαζόμαστε με άλλους ομοειδείς συλλόγους για την από κοινού αντιμετώπιση και επίλυση των προβλημάτων μας. Πρωτοστατήσαμε στην προσπάθεια για ενότητα των δύο ομοσπονδιών, μαζί με άλλους συλλόγους από την Μακεδονία.

Το φθινόπωρο του 2009 ενταχθήκαμε στην ΕΛΟΔΙ, ενώνοντας τις δυνάμεις μασμε πολλούς άλλους συλλόγους από όλη την Ελλάδα.

Τα γραφεία μας βρίσκονται στο κέντρο της Θεσσαλονίκης, Ερμού 13, 4ος όροφος, τηλ. 2310 223518, fax: 2310 223595, email info@diabetic.gr και η ηλεκτρονική μας σελίδα είναι www.diabetic.gr.

Ανάπτυξη διαβήτη τύπου 1 και δυνατότητες πρόληψης

Οι επιδημιολογικές μελέτες των τελευταίων χρόνων δείχνουν αναμφισβήτητα ότι όλο και περισσότερα άτομα αναπτύσσουν διαβήτη τύπου 1, ιδιαίτερα στο πλαίσιο της παιδικής και εφηβικής ηλικίας. Μέχρι την ηλικία των 14 ετών, η ετήσια αύξηση των πρωτοδιαγνωσθέντων ασθενών κυμαίνεται μεταξύ 3 και 5%

ΟΛΓΑ ΚΟΡΔΟΝΟΥΡΗ,
παιδίατρος - διαβητολόγος,
καθηγήτρια Παιδιατρικής
Πανεπιστημίου Ανοβέρου Γερμανίας

Οι ακριβείς αιτίες αυτού του φαινομένου παραμένουν άγνωστες, καθώς τόσο γενετικοί όσο και περιβαλλοντολογικοί παράγοντες παίζουν έναν σημαντικό ρόλο. Μεγάλες προοπτικές και πολυκεντρικές τρέχοντες μελέτες όπως η TEDDY (The Enviromental Determinants of Diabetes in the Young) στην Αμερική και την Ευρώπη (Γερμανία, Σουηδία, Φιλανδία), η DIPP (Diabetes Prediction and Prevention Project) στη Φιλανδία ή η TEENDIAB στη Γερμανία (Μόναχο, Ανόβερο) προσπαθούν να διαπιστώσουν τους παράγοντες που οδηγούν στην εκκίνηση του αυτοάνοσου μηχανισμού (autoimmune insulitis - αυτοάνοση «ινσουλινίτιδα») σε παιδιά που προέρχονται είτε από τον γενικό πληθυσμό είτε από οικογένειες με επιβαρυμένο ιστορικό (συγγενής 1ου βαθμού με διαβήτη τύπου 1).

Μέχρι στιγμής δεν υπάρχει αποδεδειγμένος τρόπος πρόληψης ή επιβράδυνσης της ανάπτυξης του διαβήτη τύπου 1 στον άνθρωπο. Τα πρώτα αποτελέσματα μεγάλων πολυκεντρικών μελετών που εξετάζουν την επίδραση της αποφυγής πρωτεϊνών γάλακτος αγελαδινής προέλευσης (TRIGR, Trial to Reduce IDDM in Genetically at Risk - δοκιμασία να μειώσουμε τον τύπου 1 διαβήτη σε άτομα με γενετικό κίνδυνο) ή της γλουτένης (BABYDIÄT) από τη διατροφή των νηπίων κατά τους πρώτους μήνες ζωής στην ανάπτυξη των αυτοάνοσων φαινομένων (diabetes-related autoimmunity -αυτοανοσία σχετιζόμενη με τον διαβήτη) και την εκδήλωση του κλινικού διαβήτη αναμένονται τα επόμενα δύο μέχρι πέντε χρόνια.

Κατά συνέπεια η πλειοψηφία της έρευνας επικεντρώνει το ενδιαφέρον της στην καλυτέρευση των θεραπευτικών δυνατοτήτων για ασθενείς με διαβήτη τύπου 1, την αποφυγή ανάπτυξης οξέων (π.χ. σοβαρών υπογλυκαιμιών) και μακροχρόνιων επιπλοκών (π.χ. διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, διαβητική νεφροπάθεια), καθώς και στην καλυτέρευση της ποιότητας ζωής τους.

Μετά την κλινική εμφάνιση του διαβήτη και έναρξη της ινσουλινοθεραπείας η πλειοψηφία των ασθενών (μέχρι και 70%) έχει ακόμα τη δυνατότητα ενδογενούς παραγωγής ινσουλίνης. Η μεταανάλυση των δεδομένων της γνωστής αμερικανικής πολυκεντρικής μελέτης DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) έδειξε ότι η διατήρηση της ενδογενούς παραγωγής ινσουλίνης («περίοδος του μέλιτος») για όσο το δυνατόν περισσότερο χρονικό διάστημα συσχετίζεται με λιγότερες οξείες, π.χ. λιγότερα σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια και μακροχρόνιες επιπλοκές του διαβήτη. Για αυτόν τον λόγο μια σειρά επίκαιρων ερευνητικών μελετών εξετάζει την αποτελεσματικότητα και ασφάλεια διαφόρων φαρμακευτικών αγωγών παράλληλα με τη θεραπεία με εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλίνης, που κατά κανόνα ξεκινούν μέσα στους τρεις πρώτους μήνες από την εμφάνιση του διαβήτη και έχουν ως στόχο τη διατήρηση της καλύτερα δυνατής ενδογενούς παραγωγής ινσουλίνης, π.χ. μετά από ένα χρόνο της νόσου.

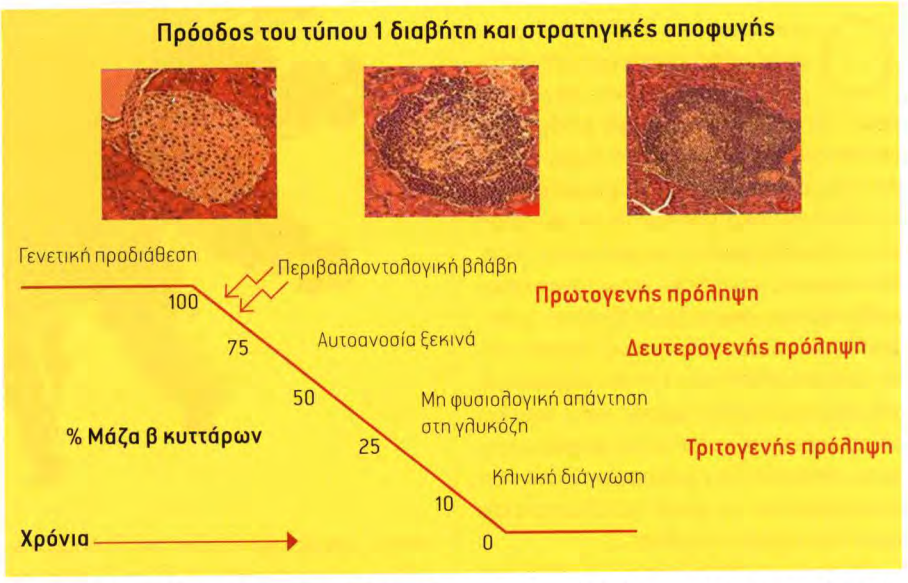
Οι φαρμακευτικές αυτές αγωγές περιλαμβάνουν φάρμακα που σαν σκοπό έχουν τη μεταβολή των αυτοάνοσων μηχανισμών που συμμετέχουν στην επικείμενη φλεγμονή των β-κυττάρων του παγκρέατος. Αγωγές με φάρμακα που καταστέλλουν το ανοσοποιητικό σύστημα (όπως π.χ. κυκλοσπορίνη Α, μεθοτρεξάτη, κορτιζόνη κ.λπ.) ήταν αντικείμενα μελέτων ήδη στη δεκαετία του 1980, μολαταύτα με απογοητευτικά αποτελέσματα, είτε διότι δεν έδειξαν κάποιο ικανοποιητικό αποτέλεσμα είτε γιατί η προστατευτική τους επίδραση στη διατήρηση των β-κυττάρων διαρκούσε μόνο όσο η διάρκεια της θεραπείας είτε -και το σημαντικότερο- γιατί συνοδεύονταν από σοβαρές επιπλοκές (π.χ. τοξική νεφροπάθεια κατά τη θεραπεία με κυκλοσπορίνη Α). Σε αντίθεση με τις παραπάνω ανοσοκατασταλτικές ουσίες, οι καινούργιες θεραπευτικές ουσίες στοχεύουν στην «επανεκπαίδευση» του ανοσοποιητικού συστήματος και τη δημιουργία μιας ανοσοποιητικης ανοχής (immuno-tolerance). Σε αυτές τις περιπτώσεις πρόκειται για φάρμακα με «ανοσορύθμιση» (immunomodulation). Τα θεραπευτικά σχήματα στα νέα αυτά πρωτόκολλα εφαρμόζονται επανειλημμένως, για σύντομο χρονικό διάστημα με τη μορφή ενδοφλέβιων ή υποδόριων εγχύσεων. Οι ερευνητικές επεμβάσεις διαχωρίζονται σε τρεις κατηγορίες: ειδικές για αντιγόνα (antigen-specific),

συστηματική «ανοσορύθμιση» (systemic immunomodulation) ή συνδυασμό των δύο (combination).

Μέχρι τώρα τα πιο ενθαρρυντικά αποτελέσματα επιτεύχθηκαν κατά την εφαρμογή των μονοκλωνικών αντισωμάτων anti-CD3 (teplizumab, hOKT3γ1Ala-Ala). Herold και συνεργάτες διαπίστωσαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερες συγκεντρώσεις c-peptide c-πεπτιδίου, χαμηλότερες τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και μικρότερες ανάγκες ημερήσιας εξωγενούς χορήγησης ινσουλίνης μέχρι και δύο χρόνια μετά τη θεραπεία με teplizumab (Herold KC et al. NEJM 2002;346:1692-1698). Αυτήν τη στιγμή η αποτελεσματικότητα διαφόρων δοσολογιών του teplizumab (Macrogenics Inc.) εξετάζεται στο πλαίσιο μιας διεθνούς, πολυκεντρικής μελέτης (Protégé, Research to Protect Beta Cells - έρευνα για την προστασία των β κυττάρων) με 530 άτομα ηλικίας οκτώ μέχρι 35 ετών με πρωτοδιαγνωσθέντα διαβήτη (< 3 μήνες) και ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης (detectable fasting or stimulated C-peptide - ανιχνεύσιμο c-πεπτιδίο μετά από νηστεία ή διέγερση). Πρωταρχικός στόχος (primary objective) αυτής της μελέτης είναι η επίτευξη τιμών HbA1c < 6,5% και ημερήσιων αναγκών ινσουλίνης < 0,5 μονάδων κατά χιλιόγραμμο βάρους σώματος μετά από ένα χρόνο εμφάνισης διαβήτη.

Μια άλλη ενθαρρυντική μελέτη δημοσιεύθηκε στα τέλη του 2008 και έδειξε ότι ο εμβολιασμός με rhGAD65-alum (glutamate decarboxylase - γλουταμική δεκαρβοξυλάση), ενός από τα κυριότερα αλλοαντιγόνα του διαβήτη τύπου 1, σε νεαρά διαβητικά άτομα με θετικά GAD αντισώματα και ενδογενή παραγωγή ινσουλίνης οδηγεί σε στατιστικά σημαντικά υψηλότερα επίπεδα C-peptide μέχρι και 30 μήνες μετά την εκδήλωση της ασθένειας (Ludvigsson J. et al, NEJM 2008;359:1909-1920). Πρόσφατες δημοσιεύσεις της σουηδικής ερευνητικής ομάδας επιβεβαιώνουν το φαινόμενο αυτό μέχρι και τέσσερα χρόνια διαβήτη. Τον Οκτώβριο του 2009 ολοκληρώθηκε η στρατολογία 334 ασθενών ηλικίας 10 έως 20 ετών σε μία πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη μελέτη (DIAMYD, Diamyd Therapeutics AB) με στόχο τον έλεγχο της αποτελεσματικότητας του εμβολιασμού με rhGAD65-alum για τη διατήρηση της ενδογενούς παραγωγής C-peptide μετά από 15 μήνες διαβήτη. Τα αποτελέσματα της μελέτης αυτής αναμένονται στις αρχές του 2012. Επιπλέον, επίκαιρα ερευνητικά πρωτόκολλα σε άτομα με πρωτοδιαγνωσθέντα διαβήτη τύπου 1 συμπεριλαμβάνουν την εφαρμογή πεπτιδίων, π.χ. προϊνσουλίνης (proinsulin C19-A3), ινσουλίνης (insulin/IFA) ή heat-schock proteins (DiaPep277) με σκοπό την επίτευξη μιας ειδικής για το αντιγόνο «ανοσοπαρέμβασης» στα άτομα αυτά. Τα αποτελέσματα μιας συστηματικής ανοσορύθμισης ερευνούνται σε προγράμματα με μονοκλωνικά αντισώματα όπως anti-CD20 (rituximab, TrialNet Rituximab), anti-CTLA-4 (TrialNet Abatacept) ή Il-1r antagosnist (Anakinra).

Συμπερασματικά η έρευνα του διαβήτη τύπου 1 κινείται με γρήγορους σχετικά ρυθμούς στη διεύρυνση της θεραπείας του διαβήτη με σκοπό όχι μόνο τον καλύτερο μεταβολικό έλεγχο αλλά και τη μεσολάβηση στους μηχανισμούς που οδηγούν στη φλεγμονή των κυττάρων του παγκρέατος. Έκτος απο την αποτελεσματικότητα των θεραπευτικών ουσιών, σημαντικός στόχος της έρευνας είναι και ο έλεγχος της ασφάλειας και η μείωση των παρενεργειών των ουσιών αυτών, τόσο βραχυπρόθεσμα όσο και μακροπρόθεσμα. Το όραμα κάθε διαβητολόγου ερευνητή είναι η εφαρμογή τέτοιων θεραπευτικών αγωγών όχι μόνο μετά την κλινική εκδήλωση της νόσου, αλλά ήδη στο στάδιο που προηγείται αυτής (pre-diabetes - προ-διαβήτης) με σκοπό την αποφυγή ή τουλάχιστον την καθυστέρηση της εμφάνισης της κλινικής νόσου για πολλά χρόνια. Αυτήν τη στιγμή φαίνεται ότι η επιστήμη είναι ένα βήμα πιο κοντά στην επίτευξη αυτού του οράματος.



Σχηματική απεικόνιση της ανάπτυξης του διαβήτη τύπου 1. Υπό την επίδραση περιβαντολλογικών παραγόντων σε άτομα με γενετική προδιάθεση ξεκινά ο αυτοάνοσος μηχανισμός που οδηγεί στη φλεγμονή και απόπτωση των β κυττάρων του παγκρέατος (insulitis - ινσουλινίτιδα). Κατά τη διάρκεια του σταδίου που προηγείται της κλινικής εμφάνισης της νόσου (pre-diabetes - προδιαβήτης) παρατηρείται η εμφάνιση αντισωμάτων (diabetes-related autoantibodies) και αργότερα η παθολογική αντίδραση σε τεστ διεγέρσεως με γλυκόζη (OGTT, ivGTT). Η κλινική εμφάνιση της νόσου με συμπτώματα πολυουρίας, πολυδιψίας ή και απώλειας βάρους ακολουθεί όταν πάνω από 80% των β κυττάρων έχουν πια καταστραφεί. Ερευνητικές προσπάθειες που αποσκοπούν την πρόληψη της εξέλιξης αυτού του αυτοάνοσου μηχανισμού διαχωρίζονται σε πρωτογενείς (primary), δευτερογενείς (secondary) και τριτογενείς (tertiary) ανάλογα με το στάδιο που επεμβαίνουν

Η θέση της μετφορμίνης στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί συχνή μεταβολική διαταραχή στον γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι έξι στα εκατό άτομα πάσχουν από τη νόσο, γεγονός που σημαίνει ότι στη χώρα μας νοσούν γύρω στα 700.00 άτομα. Ο σακχαρώδης διαβήτης 2 είναι η συχνότερη μορφή διαβήτη, αφού 90% των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη νοσούν από αυτήν τη μορφή της νόσου. Ιδιαίτερης σημασίας είναι η παρατήρηση ότι στις ΗΠΑ από τους νεοδιαγνωζόμενους διαβητικούς σχεδόν οι μισοί (45%) είναι παιδιά ή έφηβοι

ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ,
αναπληρωτής καθηγητής
παθολογίας-ενδοκρινολογίας
Ιατρικής Σχολής Παν/μίου Θεσσαλίας



Ο σακχαρώδης διαβήτης 2 αποτελεί νόσο συστηματικής φθοράς της καρδιάς και των αρτηριών. Οι ασθενείς που δεν ρυθμίζουν ικανοποιητικά το σάκχαρό τους, έχουν διπλάσιο κίνδυνο να παρουσιάσουν καρδιοαγγειακά νοσήματα σε σύκριση με μη διαβητικούς συνομήλικούς τους. Οι οδυνηρές συνέπειες μη ικανοποιητικά ρυθμισμένου σακχαρώδη διαβήτη 2 επιβάλλουν την αποτελεσματική θεραπευτική αντιμετώπισή του. Για την κατανόηση της θεραπευτικής προσέγγισής του και τη σημασία της χρήσης της μετφορμίνης είναι αναγκαίο να προεκτεθούν στοιχεία που αφορούν τη φύση της διαταραχής στον σακχαρώδη διαβήτη 2.

Ο σακχαρώδης τύπου 2 είναι μια μεταβολική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από διαταραχή σε πολλά όργανα στα οποία περιλαμβάνονται τα β-κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος, οι σκελετικοί μύες, ο λιπώδης ιστός και το ήπαρ. Πρόκειται για μια διαταραχή που εξελίσεται για πολλά χρόνια μέχρι την εμφάνιση αυξημένου σακχάρου στο αίμα (υπεργλυκαιμία) που αποτελεί συνήθως και το σημείο στο οποίο διαγιγνώσκεται η νόσος. Στα αρχικά στάδια της διαταραχής, κύριο χαρακτηριστικό είναι η αύξηση των απαιτήσεων του οργανισμού σε ινσουλίνη. Αυτό οφείλεται στο φαινόμενο της ινσουλινοαντίστασης, που σημαίνει την ανάγκη περισσότερης ινσουλίνης, η οποία ρυθμίζει την είσοδο της γλυκόζης στα κύτταρα όπου και μεταβολίζεται. Η ινσουλινοαντίσταση είναι χαρακτηριστικό των ατόμων που αυξάνουν το σωματικό τους βάρος, κάνουν καθιστική ζωή ή τρέφονται με τροφή πλούσια σε λίπος.

Στα άτομα με ινσουλινοαντίσταση, τις αυξημένες απαιτήσεις του οργανισμού σε ινσουλίνη μπορούν να καλύψουν τα β-κύτταρα του παγκρέατος τα πρώτα χρόνια της διαταραχής. Όμως, με το πέρασμα των χρόνων τα β-κύτταρα κουράζονται και ένα ποσοστό τους πεθαίνει, με αποτέλεσμα να παράγεται λιγότερη ινσουλίνη από όση χρειάζεται ο οργανισμός, οπότε και έχουμε αύξηση της γλυκόζης στο αίμα. Η αύξηση της γλυκόζης στο αίμα ακολουθεί μια μακροχρόνια

προοδευτική πορεία μέχρι να φθάσει σε επίπεδα που επιτρέπουν τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη 2. Η φάση αυτή ορίζεται ως «προδιαβήτης» και περιγράφει τις καταστάσεις εκείνες όπου η γλυκόζη στο αίμα είναι πάνω από τα φυσιολογικά όρια, αλλά όχι τόσο ώστε να μπαίνει η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτης 2. Χαρακτηρίζεται από ινσουλινοαντίσταση, σχετική ανεπάρκεια σε ινσουλίνη και προσφορά γλυκόζης από το ήπαρ στο αίμα. Το τελευταίο συμβαίνει, γιατί τη δυσκολία της γλυκόζης να μπεί στα κύτταρα ο οργανισμός την αντιλαμβάνεται ως έλλειψή της και κινητοποιεί μηχανισμούς παραγωγής νέας γλυκόζης, κυρίως στο ήπαρ, από όπου στέλνεται στην κυκλοφορία (ηπατική παραγωγή γλυκόζης).

Η υπεργλυκαιμία που αρχίζει στον προδιαβήτη αυξάνει τον κίνδυνο φθοράς του καρδιαγγειακού συστήματος, που μπορεί να είναι σημαντική χρόνια πριν από τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη 2. Ο ασθενής με σακχαρώδη διαβήτη 2 κατά τη διάγνωση έχει υποστεί την επίδραση της υπεργλυκαιμίας και της ινσουλινοαντίστασης τα προηγούμενα 7 έως 10 χρόνια και έχει χάσει το 50% των β-κυττάρων. Είναι αυτονόητο ότι η πρώιμη διόρθωση της υπεργλυκαιμίας αποτρέπει αυτήν την εξέλιξη, ενώ ταυτόχρονα προστατεύει τη λειτουργία των β-κυττάρων.

Στην αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη 2, που συνήθως αφορά παχύσαρκα άτομα με περιορισμένη σωματική δραστηριότητα, η πρώτη θεραπευτική οδηγία αφορά την αλλαγή του τρόπου ζωής. Η αλλαγή αυτή στοχεύει στη βελτίωση της ινσουλινοαντίστασης και την καταστολή της υπεργλυκαιμίας. Ωστόσο, πολλοί ασθενείς δεν κατορθώνουν να αλλάξουν τις συνήθειές τους, για αυτό ομάδα ειδικών της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας και της Ευρωπαϊκής Εταιρείας για τη μελέτη του διαβήτη, στο πλαίσιο κανόνων που διατύπωσαν για τη θεραπεία του διαβήτη, προτείνουν η αλλαγή του τρόπου ζωής να συνδυάζεται με ταυτόχρονη έναρξη θεραπείας με μετφορμίνη κατά τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη 2. Η απόφαση για την επιλογή της μετφορμίνης ως πρώτου χορηγούμενου φαρμάκου βασίστηκε στην αποτελεσματικότητά της, την ασφάλειά της και το χαμηλό της κόστος.

Η μετφορμίνη χρησιμοποιείται ως φάρμακο για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 στην Ευρώπη από το 1950, ενώ στην Αμερική επιτράπηκε η χρήση της στο τέλος του 1994. Θεωρείται σήμερα ακρογωνιαίος λίθος στη θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη και είναι το συχνότερα συνταγογραφούμενο φάρμακο σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη 2. Λαμβάνεται από το στόμα με τα γεύματα σε ημερίσια δόση, που μπορεί να ανέλθει στα 2,5 γρ.

Η μετφορμίνη είναι ένα αντιυπεργλυκαιμικό φάρμακο, το οποίο βοηθάει στη ρύθμιση της γλυκόζης στο αίμα. Ελαττώνει τη γλυκόζη αίματος τόσο κατά τη νηστεία όσο και μετα τη λήψη τροφής με μηχανισμούς που διαφέρουν από εκείνους των άλλων κατηγοριών αντιδιαβητικών φαρμάκων. Η ελάττωση της γλυκόζης στο αίμα κατά τη νηστεία ανέρχεται περίπου στο 25-30%. Η μετφορμίνη ελαττώνει την απορρόφηση της γλυκόζης από το έντερο. Είναι αποτελεσματική μόνο όταν τα β-κύτταρα μπορούν να παράγουν ινσουλίνη. Η κύρια δράση της ασκείται στο ήπαρ, όπου ελαττώνει την παραγωγή γλυκόζης. Επιπρόσθετα, αυξάνει τη χρησιμοποίηση της γλυκόζης από τους περιφερικούς ιστούς (μειώνει την ινσουλινοαντίσταση) κυρίως μετά τη λήψη του γεύματος και ελαττώνει τα ελεύθερα λιπαρά οξέα στο αίμα, περιορίζοντας έτσι την πρώτη ύλη για τη σύνθεση νέας γλυκόζης στο ήπαρ.

Ασκεί ευνοϊκή επίδραση στα λιπίδια του αίματος προκαλώντας μέτρια ελάττωση των τριγλυκεριδίων και των ελεύθερων λιπαρών οξέων, μικρή ελάττωση στην LDL (κακή) χοληστερόλη και μέτρια αύξηση στην HDL (καλή) χοληστερόλη.

Εκτός από την ευνοϊκή επίδραση στη ρύθμιση της υπεργλυκαιμίας η μετφορμίνη φαίνεται να ασκεί προστατευτική



δράση στο καρδιαγγειακό σύστημα και με άλλους μηχανισμούς. Είναι ένα από τα λίγα αντιυπεργλυκαιμικά φάρμακα που ελαττώνει τη νοσηρότητα και θνητότητα από νοσήματα της καρδιάς και των αγγείων, που ως γνωστόν αποτελούν τη συχνότερη αιτία θανάτου σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη. Στη μελέτη UKPDS βρέθηκε ότι οι διαβητικοί ασθενείς μετά από 10 χρόνια αγωγής με μετφορμίνη είχαν κατά 33% μικρότερο κίνδυνο να υποστούν έμφραγμα και κατά 27% μικρότερο κίνδυνο θανάτου από οποιαδήποτε αιτία σε σύγκριση με τους ασθενείς που ελάμβαναν άλλη φαρμακευτική αγωγή. Ωστόσο, η μετφορμίνη δεν βρέθηκε να μειώνει τη συχνότητα των βλαβών στις μικρές αρτηρίες.

Η μετφορμίνη έχει το πρόσθετο πλεονέκτημα ότι μπορεί να συνδιαστεί με όλες τις άλλες κατηγορίες φαρμάκων που διαθέτουμε για την αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη 2 και μπορεί επίσης να δοθεί μαζί με ινσουλίνη, συμβάλλοντας στη μικρότερη αύξηση του σωματικού βάρους, στη μείωση της δόσης της ινσουλίνης και γενικά στην καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου των ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη 2.

Ιδιαίτερα σημαντική, αν και υποβαθμισμένη, είναι η πρόληψη της εξέλιξης του προδιαβήτη σε σακχαρώδη διαβήτη 2. Στη φάση του προδιαβήτη η εφαρμογή αλλαγών στον τρόπο ζωής (5% έως 7% ελάττωση στο βάρος του σώματος και άσκηση 30 λεπτά την ημέρα για πέντε ημέρες την εβδομάδα) αποτελούν θεραπευτικούς χειρισμούς που υπερέχουν σε αποτελεσματικότητα από τη φαρμακευτική αγωγή. Στους ασθενείς με προδιαβήτη που αδυνατούν να τηρήσουν την αλλαγή του τρόπου ζωής ενδείκνυται η χορήγηση μετφορμίνης, η οποία βρέθηκε να ασκεί ευεργετική επίδραση καθυστερώντας την εξέλιξη της διαταραχής σε σακχαρώδη διαβήτη 2 στο ένα τρίτο των ασθενών. Σημαντικό ρόλο στη εξέλιξη αυτή παίζει και η ιδιότητα της μετφορμίνης να βοηθάει στην ελάττωση του σωματικού βάρους.

Η ινσουλινοαντίσταση αποτελεί, επίσης, χαρακτηριστικό των γυναικών που έχουν σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Στις περιπτώσεις αυτές η χορήγηση της βελτιώνει την ινσουλινοαντίσταση, ελαττώνει τα επίπεδα της ινσουλίνης στο αίμα και παράλληλα μειώνει τα επίπεδα των ανδρογόνων με αποτέλεσμα τη ρύθμιση του κύκλου των γυναικών και τη βελτίωση της γονιμότητάς τους. Η χορήγησή της δεν φαίνεται να επηρεάζει το κύημα.

Η μετφορμίνη δεν επηρεάζει την έκκριση της ινσουλίνης από το πάγκρεας. Έτσι, σε αντίθεση με την ομάδα των αντιδιαβητικών φαρμάκων που ονομάζονται σουλφονυλουρίες, πολύ σπάνια προκαλεί υπογλυκαιμία. Σε αντίθεση με τον παλαιότερο πρόγονό της, τη φενφορμίνη, η μετφορμίνη δεν φαίνεται να επηρεάζει τον μεταβολισμό του γαλακτικού οξέως και δεν προκαλεί γαλακτική οξέωση εκτός και εάν υπάρχει σοβαρή βλάβη των νεφρών ή σοβαρή υποξία. Πριν τη χορήγησή της πρέπει πάντα να ελέγχεται η νεφρική λειτουργία. Όταν υπάρχει σοβαρή έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας (κρεατινίνη αίματος >1,4 mg/dl) αποφεύγεται η χορήγησή της. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται σε ηλικιωμένους ασθενείς. Επίσης, σε ασθενείς οι οποίοι λαμβάνουν μετφορμίνη και πρόκειται να υποβληθούν σε ακτινολογική εξέταση που απαιτεί χρήση σκιαγραφικής ουσίας, το φάρμακο διακόπτεται 12 ώρες πριν την εξέταση και επαναχορηγείται 48 ώρες μετά.

Οι συνηθέστερες ανεπιθύμητες δράσεις του φαρμάκου εκδηλώνονται από το πεπτικό. Είναι κυρίως διάρροια, ναυτία και εμετός, αίσθημα επιγαστικού φόρτου, ελαφρά ανορεξία και αίσθημα μεταλλικής γεύσης. Η ανορεξία που προκαλεί βοηθάει στην ελάττωση του βάρους του σώματος. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι ηπιότερες και παροδικές, όταν το φάρμακο χορηγηθεί σε προοδευτικά αυξανόμενη δοσολογία.

Αξίζει να σημειωθεί ότι η χρόνια λήψη μετφορμίνης μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της βιταμίνης B12, με αποτέλεσμα αυτό οδηγήσει στην αύξηση των επιπέδων της ομοκυστείνης, η οποία αποτελεί βλαπτικό παράγοντα των αρτηριών. Ο θεράπων γιατρός οφείλει να ελέγχει τα επίπεδα της βιταμίνης B12 στο αίμα και αν διαπιστώσει ελάττωσή της να τη χορηγήσει. Το φάμακο είναι γενικώς καλά ανεκτό από τους ασθενείς και σύμφωνα με μελέτες μόνο 5% των ασθενών που ελάμβαναν μετφορμίνη διέκοψαν την αγωγή λόγω των παρενεργειών.

Συμπερασματικά, η μετφορμίνη επιτυγχάνει ικανοποιητική ρύθμιση της γλυκόζης, χωρίς να αυξάνει το σωματικό βάρος, να έχει σοβαρές ανεπιθύμητες δράσεις ή να προκαλεί υπογλυκαιμία. Αποτελεί ένα αντιυπεργλυκαιμικό φάρμακο χαμηλού κόστους και χορηγείται μόνη της ως αρχική αγωγή στους περισσότερους ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη 2 κατά τη διάγνωση, ενώ μπορεί να συνδυαστεί με τα άλλα αντιδιαβητικά φάρμακα ή την ινσουλίνη.

Βιβλιογραφία

1. Bailey CJ, Turner RC. Metformin. N Engl J Med 1996;334:574-9.
2. Gahagan S, Silverstein J. Prevention and treatment of type 2 diabetes mellitus inchildren, with special emphasis on American Indian and Alaska Native children. American Academy of Pediatrics Committee on Native American Child Health. Pediatrics 2003;112:e328.
3. Hermann LS, Scherstein B, Bitzen PO, et al. Therapeutic comparison of metformin and sulfonylurea, alone, and in various combinations. A double-blind controlled study. Diabetes Care 1994;17:1100-9.
4. Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med 2002;346:393–403.
5. Kosasa TS. Making a Case for Metformin. OB/GYN 2003;48:69-80.
6. Lalau JD, Lacroix C, Compagnon P, et al. Role of metformin accumulation in metformin-associated lactic acidosis. Diabetes Care 1995;18:779-84.
7. Nathan DM, Buse JB, Davidson MB, et al. Management of hyperglycaemia in type 2 diabetes: a consensus algorithm for the initiation and adjustment of therapy. A consensus statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetologia 2006;49:1711-21.



Να είστε καλά. Δεν είναι ευχή. Είναι φιλοσοφία.

Ν.Πετσιάβας α.ε.
η υγεία στα ελληνικά

Αθήνα: Αγίων Αναργύρων 21,
145 64 Κάτω Κηφισιά,
Τηλ.: 210-6202301, Fax: 210-8077079
Θεσσαλονίκη: Αθηνάς 15, 570 08,
Τηλ.: 2310-722600, Fax: 2310-722669

Η αρχή έγινε το 1920. Σε αυτή τη σπουδαία πορεία στο χρόνο άλλαξαν πολλά. Νέες τεχνολογίες, καινοτόμες ιδέες, πρωτοπόρα σκευάσματα, καλύτερη ποιότητα ζωής για τους ανθρώπους που μας εμπιστεύονται. Πολλά όμως έμειναν ίδια. Η δράση με επίκεντρο τον άνθρωπο, η προσήλωση στην κορυφαία ποιότητα, το υψηλό αίσθημα κοινωνικής ευθύνης, η συνεπής προσφορά από μία ελληνική οικογένεια σε κάθε ελληνική οικογένεια. Πέρασαν 90 ολόκληρα χρόνια. Και είναι μόνο η αρχή για μια σύγχρονη ελληνική ιστορία που γράφεται καθημερινά με έναν ανώτερο σκοπό. Να είστε καλά. Δεν είναι ευχή.

Για τη Ν. Πετσιάβας α.ε. είναι ολόκληρη φιλοσοφία.

Συνάντηση ΕΛ.Ο.ΔΙ. με τον υπουργό Εργασίας Ανδρέα Λοβέρδο

3 Ιουνίου 2010, υπουργείο Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης

Τον υπουργό Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης Ανδρέα Λοβέρδο επισκέφτηκε αντιπροσωπεία του ΔΣ της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛ.Ο.ΔΙ) στις 3 Ιουνίου, προκειμένου να συζητήσουν για τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα με διαβήτη. Οι εκπρόσωποι της ΕΛ.Ο.ΔΙ. τόνισαν στον υπουργό τις ιδιαιτερότητες των ατόμων με διαβήτη, εστιάζοντας κυρίως στις παροχές και τα μέσα που βοηθούν τη ρύθμιση του σακχάρου. Συγκεκριμένα, ανέφεραν ότι συμφωνούν με την ενοποίηση των ταμείων, αφού με τον τρόπο αυτό είναι ευκαιρία να ισχύσουν για όλους τους ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη οι ίδιες παροχές και οι οποίες προτείνουνε -δεδομένης της δύσκολης οικονομικής συγκυρίας για τη χώρα μας- να είναι αυτές που ισχύουν ήδη στον ΟΑΕΕ (Εγκύκλιος 35- 4/5/2010).

Η εγκύκλιος ΟΑΕΕ 35-4/5/2010 προβλέπει: **1.** Ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα και βελόνες σκαριφισμού σε ανώτατες ποσότητες ανάλογα με την περίπτωση ως κατωτέρω: • Για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, οι οποίοι κατά τεκμήριο αντιμετωπίζονται με θεραπευτικά σχήματα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης, καθώς και για ασφαλισμένους που κάνουν χρήση αντλίας έγχυσης ινσουλίνης ημερησίως, 200 ταινίες μέτρησης σακχάρου του αίματος και 200 σκαριφιστήρες ανά μήνα. • Για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζονται με ινσουλίνη, 50 ταινίες μέτρησης σακχάρου του αίματος και 50 σκαριφιστήρες ανά μήνα.

Διευκρινίζεται ότι: **α)** για ασφαλισμένους με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 που αντιμετωπίζονται με αντιδιαβητικά δισκία, παραμένουν 25 ταινίες μέτρησης σακχάρου στο αίμα και 25 σκαριφιστήρες ανά μήνα, **β)** για τις ασθενείς με διαβήτη κύησης παραμένουν μέχρι 100 ταινίες και 100 σκαριφιστήρες το μήνα. Σε εξαιρετικές περιπτώσεις που κατά την κρίση του ελεγκτού ιατρού και με βάση τα προσκομιζόμενα ιατρικά στοιχεία δικαιολογούνται ποσότητες, πέραν των οριζομένων, οι χορήγησή τους θα γίνεται κατόπιν έγκρισης του ελεγκτή γιατρού και με τη σύμφωνη γνώμη του προϊσταμένου του τμήματος υγειονομικού της οικείας περιφερειακής διεύθυνσης. Η ΕΛ.Ο.ΔΙ. πιστεύει ότι η ως άνω εγκύκλιος -αν και αφαιρεί προνόμια του προγενέστερου καθεστώτος των ασφαλισμένων του ΟΑΕΕ- είναι προς τη σωστή κατεύθυνση, δεδομένης πάντα της οικονομικής συγκυρίας και της μεγάλης προσπάθειας που καταβάλλετε για έλεγχο και μειώσεις των δαπανών του κρατικού προϋπολογισμού.



Από αριστερά: Αργύρης Τσακνής, Δημήτρης Συκιώτης, Ανδρέας Λοβέρδος, Αγγελική Καλλιπολίτου, Τρύφωνας Ρουμελιώτης, Αθανάσιος Πετκίδης

Επίσης, ζητήθηκε να ισχύσει -όπως ήδη ισχύει σε κάποια ταμεία- να χορηγούνται τα παραπάνω χωρίς συμμετοχή του ασφαλισμένου, αλλά ούτε και προπληρωμή προκειμένου να επιστραφούν τα χρήματα στον ασφαλισμένο εν καιρώ από το ταμείο, αφού ειδικά τα ασφαλιστικά ταμεία του δημοσίου έχουν μεγάλη καθυστέρηση στις πληρωμές και με μεγάλο κόστος γραφειοκρατίας για τους ασφαλισμένους και τους εργαζομένους των ταμείων. Είναι χαρακτηριστική η περίπτωση της καθυστέρησης των πληρωμών από τον ΟΠΑΔ, η οποία ξεπερνά σε κάποια μέλη μας τους 14 μήνες, με αποτέλεσμα να αντιμετωπίζουν σοβαρό οικονομικό πρόβλημα οι οικογένειες των πασχόντων.

Επιπλέον, θα πρέπει να χορηγούνται από όλα τα ταμεία, οι αντλίες ινσουλίνης και οι συσκευές συνεχούς μέτρησης μαζί με τα απαραίτητα αναλώσιμα τους, κάτι που είναι απαραίτητο για τη σωστή ρύθμιση των τιμών του σακχάρου ειδικά στους νέους.

Στους απόρους πάσχοντες από σακχαρώδη διαβήτη, να γίνεται η παροχή από τα νοσοκομεία ινσουλινών και ταινιών μέτρησης γιατί, ενώ έχουν κριθεί άποροι από τη νομαρχιακή αυτοδιοίκηση, ορισμένα νοσοκομεία δεν τους χορηγούν ταινίες μέτρησης σακχάρου (π.χ. νοσοκομείο Ιωαννίνων). Να υπάρξει διευκρίνιση ως προς το εργασιακό καθεστώς για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενος). Η ομοσπονδία επιθυμεί τα άτομα που πάσχουν από διαβήτη τύπου 1 (ινσουλινοεξαρτώμενο) να συμμετέχουν μη αποκλειόμενα σε όλους τους διαγωνισμούς του δημοσίου και του ευρύτερου δημοσίου τομέα. Το επίδομα που λαμβάνουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 από το ταμείο πρόνοιας πριν εργαστούν, πρέπει να επανέρχεται σε περιπτώσεις ανεργίας των ατόμων αυτών.

Ευχή της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη και της ιατρικής κοινότητας (παιδιάτρων ενδοκρινολόγων - διαβητολόγων) είναι ο διαβήτης τύπου 1 να μη θεωρείται αναπηρία, με αποτέλεσμα αυτή να αποτελεί εμπόδιο στην επαγγελματική αποκατάσταση των νέων μας. Αυτό θα βοηθήσει στην καλύτερη ψυχολογία τους, με αποτέλεσμα καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου, καλή κοινωνική προσαρμογή και καλύτερη ποιότητα ζωής. Τέλος, μετέφεραν στον υπουργό τη διάθεση της Ομοσπονδίας να συμμετάσχει στις επιτροπές του υπουργείου, που συγκροτούνται για θέματα παροχών υγείας. Η συνάντηση έκλεισε με την διαβεβαίωση του υπουργού, ότι λείαν συντόμως θα επιλυθούν πολλά από τα αιτήματα που υποβλήθηκαν αλλά και συζητήθηκαν.

2ο Πανελλήνιο Συνέδριο με διεθνή συμμετοχή της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

15-17 Απριλίου 2010, Αθήνα



δρ ΧΡΗΣΤΟΣ ΜΑΝΕΣ,
παθολόγος - διαβητολόγος,
πρόεδρος Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού

Με μεγάλη επιτυχία διεξήχθη στις 15-17 Απριλίου το 2ο Πανελλήνιο Συνέδριο με διεθνή συμμετοχή της Εταιρείας Μελέτης Παθήσεων Διαβητικού Ποδιού (ΕΜΕΔΙΠ) σε γνωστό ξενοδοχείο της Αθήνας. Στο συνέδριο συμμετείχαν επιστήμονες από τον χώρο της ιατρικής κι άλλων επιστημονικών κατευθύνσεων. Την έναρξη κήρυξε ο καθηγητής κ. Μπάλλας.

Η επίσημη ομιλία δόθηκε από τον καθηγητή της φιλοσοφικής σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών Μαν. Μικρογιαννάκη με θέμα: «Κοινωνικοί προβληματισμοί». Ο κ. Μικρογιαννάκης εστίασε την ομιλία του στην κοινωνική απομόνωση των μη «υγιών» ατόμων από την περίοδο της κλασικής ιστορίας έως στις μέρες μας. Ανέκαθεν υπήρχε η τάση της κοινωνίας να απομονώνει τα άτομα με σωματικά προβλήματα υγείας, π.χ. ακρωτηριασμοί κάτω άκρων.

Η δεύτερη ομιλία στην έναρξη ήταν του Pr. Mike Edmonds από το King's College Hospital στο Λονδίνο. Ήταν χαρακτηριστική η περιγραφή του μεγέθους του προβλήματος στην παγκόσμια κοινότητα, όπου τόνισε με ιδιαίτερη έμφαση ότι κανένα σύστημα υγείας δεν μπορεί να αντέξει το κοινωνικοοικονομικό βάρος του διαβητικού ποδιού και των συνεπειών του, δηλαδή των ακρωτηριασμών.

Η θέση αυτή από έναν γιατρό που προέρχεται από χώρο με οργανωμένο εθνικό σύστημα υγείας (Μεγάλη Βρετανία) δείχνει ξεκάθαρα το μέγεθος του προβλήματος. Διατυπώθηκαν προτάσεις, λύσεις για την αντιμετώπιση των προβλημάτων στα πόδια των διαβητικών ασθενών. «Πολλοί επιστήμονες μπορούν και πρέπει να μετέχουν σε οργανωμένη ομάδα φροντίδας για το διαβητικό πόδι», τόνισε ο ίδιος.

Η ομάδα αυτή των επιστημόνων υγείας (ομάδα διαβητικού ποδιού) έχει διαφορετική σύνθεση όταν πρόκειται για τριτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή πρωτοβάθμια περίθαλψη. Υπάρχουν δεδομένα που αποδεικνύουν όπου υπήρχε ανάλογη οργάνωση και θεσμοθέτηση οι ακρωτηριασμοί μειώθηκαν σε πολύ μεγάλο ποσοστό, π.χ. στις χώρες Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία κ.λπ.

Στο πλαίσιο της παραδοχής αυτής είχε προηγηθεί στρογγυλό τραπέζι από νοσηλευτές όπου ξεκαθαρίστηκε ότι η συμβολή του νοσηλευτή στην περιποίηση - φροντίδα των διαβητικών ελκών είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για τη μείωση των δυσάρεστων συνεπειών. Από τη θέση του ο νοσηλευτής βρίσκεται πολύ πιο κοντά στον ασθενή και στο περιβάλλον του, έχει συχνότερη επικοινωνία και επομένως συμβάλλει στην πρόληψη ανάλογων προβλημάτων στην κοινότητα ή σε άτομα που επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

Η σωστή περιποίηση του διαβητικού έλκους από το νοσηλευτικό προσωπικό







στο πλαίσιο της ομάδας «Διαβητικού Ποδιού» μπορεί να περιορίσει την επέκταση των λοιμώξεων, συντελεί στη σύντομη επούλωση και κατά συνέπεια στην αποτροπή επανεμφάνισης του έλκους. Τονίστηκε ιδιαίτερα ότι δεν είναι απαραίτητη η χρήση τοπικών αντισηπτικών διαλυμάτων στο διαβητικό έλκος.

Μια ιδιαίτερη αναφορά έγινε στα άτομα με χρόνια νεφρική νόσο από τον σακχαρώδη διαβήτη, όπου τα προβλήματα στα πόδια είναι πολύ περισσότερα από τον πληθυσμό των ατόμων με διαβήτη και φυσιολογική νεφρική λειτουργία. Ο κίνδυνος είναι πολλαπλάσιος για τα άτομα με επηρεασμένη νεφρική λειτουργία όσον αφορά την εμφάνιση έλκους ή γάγγραινας και μετέπειτα ακρωτηριασμών. Επομένως η φροντίδα των ποδιών πρέπει να είναι συνεχής και ο έλεγχος καθημερινός από το ίδιο το άτομο που πάσχει με τις οδηγίες εξειδικευμένου ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Σε επόμενη ομιλία τονίστηκε πως το πόδι του διαβητικού ατόμου μπορεί να παρουσιάσει εκδηλώσεις που αφορούν άλλα νοσήματα, όπως π.χ. αρθρίτιδες, νεοπλασίες κ.λπ. «Οποιαδήποτε ανωμαλία στα χείλη του έλκους, π.χ. διαφορετικό πάχος κ.ά. οδηγούν τη σκέψη του θεράποντος ιατρού σε άλλα νοσήματα», όπως τόνισε ο ομιλητής Θωμάς Κατσαρός.

Μεγάλο πρόβλημα αποτελεί για τους λειτουργούς υγείας η άρθρωση Charcot. Είναι μια ειδική μορφή προχωρημένης διαβητικής νευροπάθειας, όπου τα οστά του ποδιού καταστρέφονται πολύ εύκολα. Χάνεται το λειτουργικό σχήμα του κάτω άκρου και εμφανίζονται συχνά κατάγματα.

Είχε ήδη τονιστεί την πρώτη μέρα από τον ορθοπεδικό κ. Ντούνη πόσο σοφά έχει δημιουργηθεί το πέλμα για να σηκώνει όλο το βάρος του σώματος και να αντέχει σε πολλαπλάσιες πιέσεις. Αυτό π.χ. επιτυγχάνεται με την ύπαρξη της «ποδικής καμάρας». Οποιαδήποτε παραμόρφωση στο μέρος αυτό του ποδιού οδηγεί σε πολύ δυσάρεστες καταστάσεις. Ήδη αναφέραμε την άρθρωση Charcot, που με τα πολλά κατάγματα των οστών του κάτω άκρου έχει αλλάξει τελείως η αρχιτεκτονική του ποδιού. Η παρέμβαση του ορθοπεδικού είναι καθοριστικής σημασίας, όπως σαφέστατα την παρουσίασε στη διάλεξή του ο καθηγητής Γ. Καπετάνος. Πολύ λεπτοί χειρισμοί από εξειδικευμένο ιατρικό προσωπικό μπορούν να αποτρέψουν την περαιτέρω καταστροφή των οστών του ποδιού.

Η βλάβη των οστών στο διαβητικό πόδι έχει όμως και μια άλλη μορφή, της λοίμωξης του οστού, δηλαδή της οστεομυελίτιδας. Η επέκταση της φλεγμονής υπό την επιφάνεια του δέρματος στους βαθύτερους ιστούς (μυϊκό ιστό και οστά) είναι μια δυσάρεστη κατάσταση. Τα μικρόβια μπορούν να εισχωρήσουν ταχύτατα σε μεγάλο βαθμό στο πόδι και να προσβάλουν τα οστά. Έχει, λοιπόν, πολύ μεγάλη σημασία η ανακάλυψη της οστεομυελίτιδας.

Στη συμβολή των ακτινολογικών μεθόδων που παρουσιάζουν με μεγάλη ειδικότητα την οστεομυελίτιδα εστιάσθηκε ένα στρογγυλό τραπέζι. Τονίστηκε πως όλες οι ακτινολογικές μέθοδοι (απλή α/α, μαγνητική τομογραφία και σπινθηρογράφημα οστών) παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στην αποκάλυψη λοίμωξης στα οστά. Ιδιαίτερη σημασία αποκτά το γεγονός πως αρχίζει και διαφαίνεται ότι η επιτυχής λειτουργία των αμυντικών δυνάμεων του οργανισμού και της επαρκούς χορήγησης αντιμικροβιακής αγωγής σχετικά με την ύφεση της φλεγμονής, μπορεί σε μερικές ειδικές περιπτώσεις να υποδειχθεί από τις ειδικές εξετάσεις. Στην περίπτωση βλάβης του οστού η αντιβίωση είναι ειδική, κατευθύνεται προς τη συγκεκριμένη εστία και διαρκεί μεγάλο χρονικό διάστημα. Αυτό τόνισε στη διάλεξή του ο καθηγητής B. Lipsky, (Washington,USA), πρωτοπόρος στον τομέα των λοιμώξεων του διαβητικού ποδιού.



McCann Erickson



Δεν είναι μόνο προϊόν.
Είναι καλύτερη διατροφή
για τα παιδιά όλου του κόσμου.

Βιτάμ Soft

Unilever

Γι' αυτό, στηρίζουμε ενεργά το έργο του World Food Program (WFP), της οργάνωσης του ΟΗΕ που πρωτοστατεί στον αγώνα για την καταπολέμηση της παγκόσμιας πείνας. Το WFP παρέχει κάθε χρόνο τροφή σε 90 εκατομμύρια ανθρώπους που το έχουν ανάγκη. Το Βιτάμ, μέσω του Σχολικού Προγράμματος Σίτισης, έχει προσφέρει μέχρι τώρα 720.000 σχολικά γεύματα σε παιδιά αναπτυσσόμενων χωρών, βοηθώντας τα παράλληλα να παραμείνουν μαθητές. Πιστεύουμε πως δικαίωμα σε σωστή και ισορροπημένη διατροφή δεν έχουν μόνο τα δικά μας παιδιά, αλλά τα παιδιά όλου του κόσμου. Με όπλο αυτό το όραμα, θα συνεχίσουμε να βρισκόμαστε στο πλευρό τους.

Γιατί για μας κανένα προϊόν δεν είναι μόνο προϊόν. Είναι μια καλύτερη ζωή.

Παρουσίαση βιβλίων του καθηγητού κ. Νικολάου Κατσιλάμπρου και των συνεργατών του

20 Απριλίου 2010, Πανεπιστήμιο Αθηνών

Την 20η Απριλίου το βράδυ στο κεντρικό πανεπιστήμιο έγινε η παρουσίαση δύο πρόσφατων βιβλίων του καθηγητού Ν. Κατσιλάμπρου και των συνεργατών του (Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ).

Τα δύο βιβλία ήταν: **α)** Απαντήσεις σε συνήθη ερωτήματα (Ν. Λ. Κατσιλάμπρος, Αλ. Κόκκινος και Α. Κοσμίδης) και **β)** Κλινική Διατροφή (Ν.Λ Κατσιλάμπρος με τη συνεργασία Ελ. Ρώμα - Γιαννίκου, Κ. Μακρυλάκη και Ι. Ιωαννίδη)



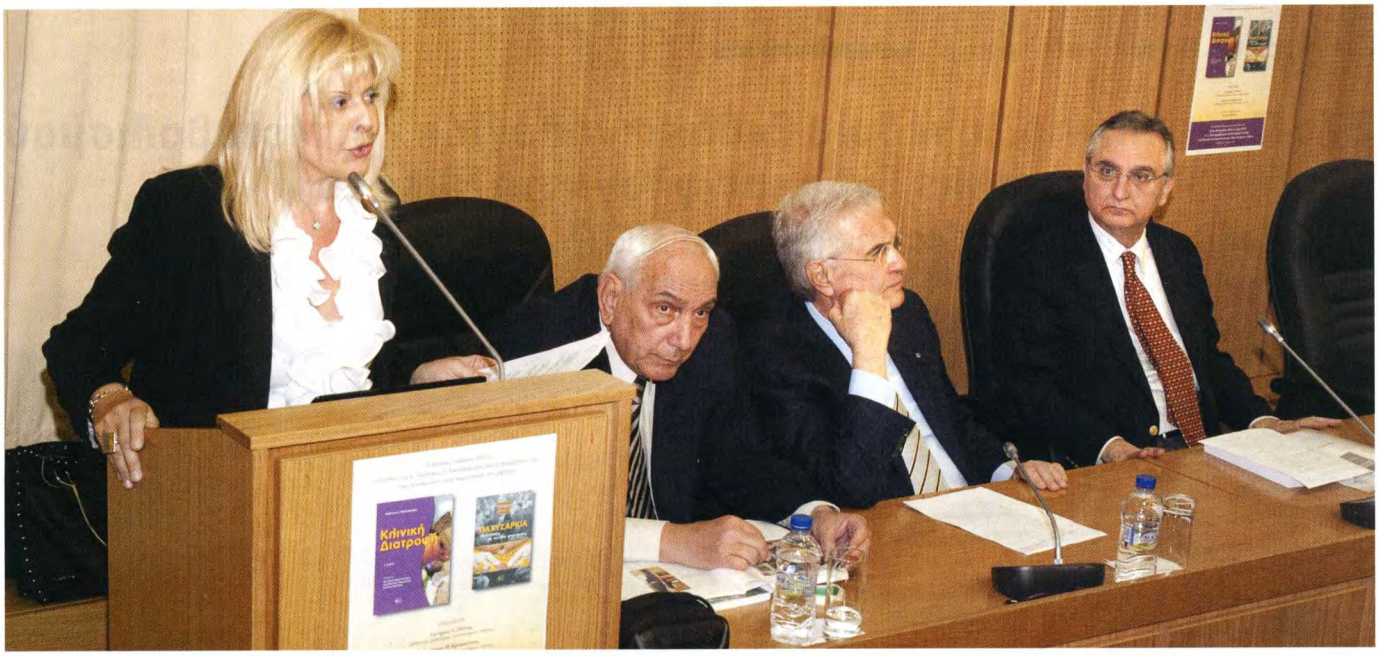


Στο βιβλίο αυτό συμμετείχαν επίσης ως συγγραφείς πολλοί εκλεκτοί συνεργάτες όπως οι καθηγητές Α. Τριχοπούλου, Αρτ. Σιμοπούλου, Ν. Ανδρικόπουλος, Β. Καραμάνος κ.α.)

Όπως ήδη αναφέρθηκε σε προηγούμενο τεύχος του περιοδικού μας τα δύο αυτά βιβλία αποτελούν μια πολύ σημαντική προσφορά για όλα τα επαγγέλματα υγείας αλλά και για το ευρύτερο κοινό.

Οι εκδόσεις αυτές προσφέρουν στον αναγνώστη μια σύγχρονη θεώρηση των καυτών προβλημάτων που αφορούν το θέμα της παχυσαρκίας και της διατροφής στην καθημερινή πράξη (πρόληψη αλλά και διατροφική αντιμετώπιση μιας πληθώρας νόσων που απασχολούν το κοινωνικό σύνολο και όλα τα συστήματα υγείας).

Η παρουσίαση των βιβλίων έγινε από τον καθηγητή Παθολογίας κ. Σωτήριο Ράπτη, πρόεδρο του Εθνικού Κέντρου για το Διαβήτη και τον αν. καθηγητή καρδιολογίας κ. Ιωάννη Λεκάκη. Οι δύο καθηγητές μίλησαν με τα θερμότερα λόγια για τα δύο βιβλία και ανέλυσαν σε έκταση το περιεχόμενό τους. Την εκδήλωση προλόγισε η δημοσιογράφος Εύα Ντελιδάκη η οποία αναφέρθηκε στα κυριότερα βιογραφικά στοιχεία του καθηγητού κ. Κατσιλάμπρου καθώς και στα πολυάριθμα άλλα βιβλία του ενώ δεν παρέλειψε να επισημάνει το υψηλό επιστημονικό ποιόν των συνεργατών του. Ανταπαντώντας ο καθηγητής κ. Κατσιλάμπρος ευχαρίστησε θερμά τους σχολιαστές καθηγητές, την κυρία Ντελιδάκη καθώς και τις εκδόσεις ΒΗΤΑ και ιδιαιτέρως την εκδότρια κυρία Νατάσσα Βασιλάκου. Επιπλέον, ο κ. Κατσιλάμπρος ευχαρίστησε και παρουσίασε με διαφάνειες τους επιστήμονες που συμμετείχαν στη συγγραφή των συγκεκριμένων βιβλίων αλλά και αρκετούς μαθητές του με τους οποίους συνεργάστηκε και συνεργάζεται στην έρευνα, στον κλινικό τομέα αλλά και στη συγγραφή πολλών άλλων βιβλίων, εκ των οποίων τέσσερα είναι στην







αγγλική γλώσσα (διεθνείς εκδόσεις). Η όλη συζήτηση έγινε σ' ένα κατάμεστο αμφιθέατρο με πολλούς όρθιους ακροατές. Η ατμόσφαιρα ήταν πολύ θερμή και συγκινησιακή. Ιδιαίτερο τόνο στη συζήτηση με το ακροατήριο έδωσε με το γνωστό επικοινωνιακό του τρόπο ο καθηγητής κ. Ράπτης. Την εκδήλωση ετίμησαν με την παρουσία τους πολλοί εκλεκτοί επιστήμονες. Μεταξύ αυτών διακρίναμε τους καθηγητές κ.κ. Γ. Δαϊκο, Π. Σφηκάκη, Φ. Παυλάτο. Μ. Μπατρίνο, Α. Παπαβασιλείου, Δ. Κελέκη, Μ. Κουτσιλιέρη, Κ. Σολδάτο, Ν. Λεγάκη, Ν. Ανδρικόπουλο, Ελ. Ρώμα, Β. Καραμάνο Ν. Τεντολούρη, Κ. Μακρυλάκη, Ειρήνη Βαφειάδου, Δ. Παπαδόγιαννη, Γιώτα Δοντά, Θ. Καρατζά και άλλους πολλούς.

Επίσης, παραβρέθηκαν διάφοροι εκπρόσωποι φορέων όπως ο τ. πρόεδρος της Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛ.Ο.ΔΙ) κ. Δ. Χιώτης, ο νεοεκλεγείς πρόεδρος της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρίας κ. Ι. Ιωαννίδης, ο διευθυντής του διαβητολογικού κέντρου του Τζανείου Νοσοκομείου κ. Α. Μελιδώνης, η γραμματεύς της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ Σταυρούλα Λόντου, η πανταχού παρούσα κυρία Ρέα Πολυζωγοπούλου άξια και δυναμική γραμματεύς καθώς και άλλοι που δεν κατορθώσαμε να εντοπίσουμε.

Ιδιαίτερα όμως τονίζεται η προσφορά πάρα πολλών απλών ανθρώπων που κυριολεκτικά έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από αυτή την εκδήλωση. Απ την εκδήλωση αυτή δεν θα μπορούσε να απουσιάσει και το ποιητικό ταλέντο του γνωστού σε όλους δασκάλου και καθηγητού Φώτη Παυλάτου με τον τίτλο «οι λαμπαδηφόροι του Ιπποκράτη».

Οι λαμπαδηφόροι του Ιπποκράτη

Στη θαυμαστή πορεία τη μεγάλη
άσβεστη φλόγα των πυρσών φωτίζει
στοργή, φροντίδα κι ανθρωπιά δωρίζει
στη σκληρή, την αέναη την πάλη.

Απ' την άκρη της γης τη μια, στην άλλη
πίστη κι αγάπη στις καρδιές ανθίζει
κι ό,τι το πνεύμα κι όρκος τους ορίζει
άφθαρτο πάντα στους αιώνες θάλλει.

Την προσφορά τους πως ν' αποτιμήσεις
τον πόνο της ψυχής σαν απαλύνουν,
έργα τους πως μπορείς να τα σταθμίσεις
σαν του κορμιού μας τις πληγές τις
κλείνουν;

Της «Άσπρης Μπλούζας» Διγενείς στ'
αλώνια
δεν λογαριάζουν θύελλες και χιόνια.

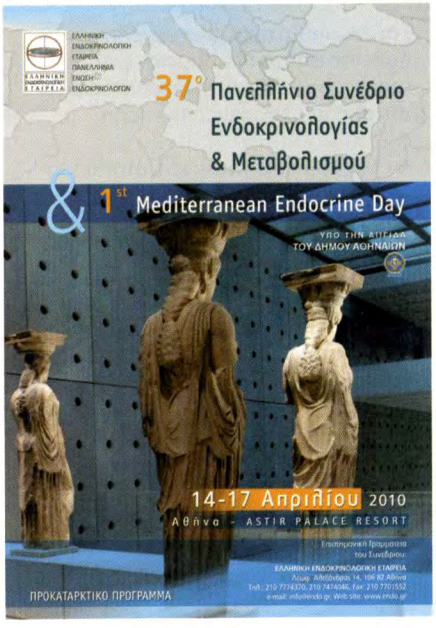
Φώτης Παυλάτος
20 Απριλίου 2010

37ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού και 1ης Μεσογειακής Ενδοκρινολογικής Ημέρας

(1st Mediterranean Endocrine day, 1st MED)

14-17 Απριλίου 2010, ξενοδοχείο «Astir Palace Resort», Αθήνα





Με μεγάλη επιτυχία διεξήχθη το Πανελλήνιο Συνέδριο Ενδοκρινολογίας και Μεταβολισμού στις 14-17 Απριλίου 2010 στην Αθήνα, στο ξενοδοχείο «Astir Palace Resort».

Για πρώτη φορά το Δ.Σ. της Ελληνικής Ενδοκρινολογικής Εταιρείας ανέλαβε τη διοργάνωση της 1ης Μεσογειακής Ενδοκρινολογικής ημέρας (1st Mediterranean Endocrine day 1st MED), που πραγματοποιήθηκε την ίδια μέρα στον χώρο του συνεδρίου.

Στο συνέδριο παρουσιάστηκαν πάνω από 140 εργασίες που δείχνει την έντονη ερευνητική δραστηριότητα των ελλήνων ενδοκρινολόγων. Πολλοί προσκεκλημένοι ομιλητές από διάφορες χώρες ανέπτυξαν ενδοκρινολογικά θέματα και μετέφεραν τη δική τους εμπειρία.

Η συμμετοχή των γιατρών ήταν μεγάλη και εξίσου σημαντική ήταν η συμμετοχή των φαρμακευτικών εταιρειών με stands σε ειδικό διαμορφωμένο χώρο του ξενοδοχείου.

Η Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) συμμετείχε με περίπτερο, όπου παρουσίασε το ενημερωτικό περιοδικό της «Σακχαρώδης Διαβήτης Φροντίδα για όλους», καθώς και με έντυπο υλικό για την ενημέρωση του κοινού, τους στόχους και τις δραστηριότητες της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη.

ΝΕΑ ΓΕΝΙΑ ΕΠΙΔΟΡΠΙΩΝ

ΓΙΩΤΗΣ®

Sweet & Balance

Τώρα ένα επιδόρπιο σύμμαχος στο γλυκαιμικό έλεγχο



κλινική μελέτη το αποδεικνύει

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

ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ

Συμβάλλει στον καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο



www.sweetandbalance.gr

Μελανίζουσα ακάνθωση

Τις τελευταίες δεκαετίες έχει αυξηθεί ο αριθμός των ασθενών που προσέρχονται στα δερματολογικά ιατρεία αιτιώμενοι μια ασυνήθιστη αλλαγή που παρατηρούν στο δέρμα τους, την εγκατάσταση δηλαδή βλαβών που χαρακτηρίζονται από πάχυνση, βελούδινη υφή, καθώς και μια σκούρα καστανή ως μελανή χροιά



δρ **ΚΟΡΙΝΑ ΤΖΙΜΑ,**
δερματολόγος-αφροδισιολόγος
και δερματοχειρουργός,
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»

Η δερματοπάθεια αυτή ονομάζεται μελανίζουσα ακάνθωση και ενώ παλαιότερα θεωρούνταν αμιγώς αισθητικό πρόβλημα, σήμερα και μετά από μια σειρά ερευνών έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί «καμπανάκι κινδύνου» για μια σειρά από παθήσεις που συνυπάρχουν και μπορεί να είναι από σοβαρές ως και επικίνδυνες για τη ζωή του πάσχοντα. Πώς είναι όμως δυνατόν μια απλή δερματοπάθεια να μας προβληματίζει τόσο και τι σχέση μπορεί να έχουν όλα τα παραπάνω με τον διαβητικό ασθενή;

Πώς εμφανίζεται η μελανίζουσα ακάνθωση;

Η μελανίζουσα ακάνθωση συνήθως εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 40 ετών και υπολογίζεται ότι μπορεί να επηρεάζει ως και 1% του πληθυσμού. Χαρακτηρίζεται -όπως προαναφέραμε- από υπερπλασία, πάχυνση και υπερμελάγχρωση του δέρματος, με αποτέλεσμα αυτό να αποκτά μια «βελούδινη» υφή κατά την ψηλάφηση, καθώς και να μετατρέπεται σε καστανόχροο ως γκριζόφαιο ή και μελανό. Οι αλλοιώσεις αυτές εμφανίζονται συμμετρικά και αφορούν κατά κύριο λόγο τις δερματικές πτυχές, δηλαδή τις περιοχές του λαιμού, των μασχαλών και των βουβώνων. Επιπλέον, η δερματοπάθεια αυτή μπορεί να παρουσιαστεί στον ομφαλό, τις θηλές των μαστών, αλλά και σε θέσεις τριβής, όπως τα γόνατα, τους αγκώνες και τη ραχιαία επιφάνεια των

Ένα ιδιαίτερα σημαντικό αίτιο είναι η παχυσαρκία (ψευδομελανίζουσα ακάνθωση). Φαίνεται ότι η συσσώρευση του λιπώδους ιστού έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την υπερέκκριση αυτής

δακτύλων, αλλά ακόμα και στο μέτωπο, τα βλέφαρα και τους επιπεφυκότες. Συχνά συνοδεύεται και από άλλες καλοήθεις δερματικές βλάβες, όπως είναι τα θηλώματα (μικρές μισχωτές βλάβες), οι σμηγματορροϊκές κερατώσεις (υπερκερατωσικά γκριζόφαια ή καστανωπά μορφώματα του δέρματος) και ενίοτε θηλωματώδεις βλάβες του βλεννογόνου του στόματος, της ρινός, του λάρυγγα και του οισοφάγου. Πέρα από ελαφρό κνησμό σε κάποιες περιπτώσεις, δεν υπάρχει συνήθως άλλη συμπτωματολογία.

Πού μπορεί να οφείλεται η εμφάνισή της;

Μετά από σειρά μελετών, έχουν διαπιστωθεί και καταγραφεί αρκετά γενεσιουργά αίτια της πάθησης αυτής. Τα σημαντικότερα είναι:

1. Σε παιδιά και νεαρούς ενήλικες, ένα ιδιαίτερα σημαντικό αίτιο είναι η παχυσαρκία (ψευδομελανίζουσα ακάνθωση). Φαίνεται ότι η συσσώρευση του λιπώδους ιστού έχει ως αποτέλεσμα την αυξημένη αντίσταση στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την υπερέκκριση αυτής. Ο συνακόλουθος υπερινσουλινισμός έχει ως αποτέλεσμα να ενεργοποιούνται ειδικοί αυξητικοί επιδερμιδικοί υποδοχείς με τελική συνέπεια την ενεργοποίηση κερατινοκυττάρων και δερματικών ινοβλαστών και τελικά την πάχυνση και υπερπλασία του δέρματος. Η μορφή αυτή αποτελεί και τη συχνότερη αιτία μελανίζουσας ακάνθωσης και ενώ το ποσοστό προσβολής στο γενικό πληθυσμό είναι της τάξης του 1%, όπως προαναφέρθηκε, σε υπέρβαρα άτομα ηλικιών μεταξύ 7-17 ετών μπορεί να αγγίζει ακόμα και το 23%!
2. Ο ίδιος μηχανισμός αντίστασης στην ινσουλίνη, με αποτέλεσμα την αύξηση των κυκλοφορούντων επιπέδων ινσουλίνης και την ακόλουθη υπερπλασία του δέρματος, ισχύει και στην περίπτωση που η μελανίζουσα ακάνθωση σχετίζεται με ενδοκρινοπάθειες. Και αυτό είναι ακριβώς το σημείο όπου η πάθηση αυτή εμπλέκεται στη ζωή ενός διαβητικού ασθενούς, διότι η συχνότερη ενδοκρινοπάθεια που συνδέεται με την εμφάνισή της είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, ιδίως όταν αυτός συνυπάρχει με παχυσαρκία. Έχει δε διαπιστωθεί από πολυκεντρικές μελέτες, ότι οι άνθρωποι που προσέρχονται στα δερματολογικά ιατρεία με μόνο σύμπτωμα την παρουσία μελανίζουσας ακάνθωσης και ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, παρουσιάζουν διαταραγμένη ανοχή της γλυκόζης, αλλά και αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη τα επόμενα χρόνια. Ο κίνδυνος δε αυτός αυξάνεται αν είναι συγχρόνως και παχύσαρκοι, ενώ μειώνεται εντυπωσιακά μετά από ουσιαστική απώλεια βάρους. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα η Αμερικανική Ένωση Μελέτης του Διαβήτη να ορίσει το 2000 τη μελανίζουσα ακάνθωση ως δείκτη κινδύνου για την εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη. Εξάλλου, άλλες ενδοκρινοπάθειες που παρουσιάζουν ως δερματική εκδήλωσή τους τη μελανίζουσα ακάνθωση είναι ο υπέρ και ο υποθυρεοειδισμός, το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών, η ακρομεγαλία και το σύνδρομο Cushing.
3. Η μελανίζουσα ακάνθωση σε κάποιες περιπτώσεις σχετίζεται με τη λήψη ορισμένων φαρμάκων, των οποίων η διακοπή έχει συνήθως ως αποτέλεσμα

Η μελανίζουσα ακάνθωση συνήθως εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 40 ετών και υπολογίζεται ότι μπορεί να επηρεάζει ως και 1% του πληθυσμού. Χαρακτηρίζεται -όπως προαναφέραμε- από υπερπλασία, πάχυνση και υπερμελάγχρωση του δέρματος, με αποτέλεσμα αυτό να αποκτά μια «βελούδινη» υφή κατά την ψηλάφηση, καθώς και να μετατρέπεται σε καστανόχροο ως γκριζόφαιο ή και μελανό



την υποχώρησή της. Στα φάρμακα αυτά συμπεριλαμβάνονται: το νικοτινικό οξύ, η ινσουλίνη, οι ορμονικές θεραπείες με οιστρογόνα και τα αντισυλληπτικά, το φουσιδικό οξύ, η μεθυλτεστοστερόνη και τα συστηματικά κορτικοστεροειδή.

4. Εξάλλου υπάρχουν και περιπτώσεις κληρονομικής μελανίζουσας ακάνθωσης μέσα σε ορισμένες οικογένειες, όπου η εμφάνιση της δερματοπάθειας αυτής μπορεί να γίνεται ακόμα και στην παιδική ηλικία, καθώς και περιπτώσεις καλοήθους μελανίζουσας ακάνθωσης, η οποία αφορά κυρίως τους προερχόμενους από την Αφρική πληθυσμούς με σκουρότερο χρώμα δέρματος, όπου παρουσιάζονται παχιές, «βελούδινες», υπερκερατωσικές βλάβες στη ραχιαία επιφάνεια χεριών και ποδιών. Και οι δύο αυτές κατηγορίες είναι κατά τα άλλα καλοήθεις και δεν συνοδεύονται από άλλη ενδοκρινική ανωμαλία.
5. Ωστόσο, η μελανίζουσα ακάνθωση δύναται να υποκρύπτει και πολύ σοβαρότερες συστηματικές παθήσεις. Στην περίπτωση αυτή μιλάμε για την «κακοήθη μελανίζουσα ακάνθωση», η οποία αποτελεί παρανεοπλασματική εκδήλωση καρκινωμάτων του γαστρεντερικού συστήματος και κυρίως του στομάχου (90% των περιπτώσεων), αλλά κι άλλων μορφών καρκίνου, όπως του ουροποιητικού, των πνευμόνων, του μαστού, του προστάτη, της μήτρας, των ωοθηκών, αλλά και λεμφωμάτων. Στις περιπτώσεις αυτές η προσβολή αφορά κυρίως σε άτομα άνω των 40 ετών που εμφανίζουν επιπλέον έντονη προσβολή του στοματικού βλεννογόνου, περιστοματική ανάπτυξη πεπαχυσμένων θηλωματωδών βλαβών και επίταση των γραμμών των παλαμών. Είναι δε αξιοσημείωτο ότι η μορφή αυτή της μελανίζουσας ακάνθωσης μπορεί να συνυπάρχει (60%), να έπεται της εκδήλωσης (22%), αλλά ακόμα και να προηγείται (18%) ως και πέντε χρόνια των άλλων συμπτωμάτων της κακοήθειας, με αποτέλεσμα να αποτελεί ένα σημαντικότατο δείκτη κινδύνου, έτσι ώστε με την εκδήλωσή της ο θεράπων να μπορεί να επέμβει εγκαίρως διαγνωστικά και θεραπευτικά στον πάσχοντα ασθενή, κερδίζοντας πολύτιμο χρόνο.

Πώς γίνεται η διάγνωση της δερματοπάθειας αυτής;

Η διάγνωση της μελανίζουσας ακάνθωσης είναι κατά κύριο λόγο κλινική. Σπάνια, ο εξειδικευμένος δερματολόγος θα χρειαστεί βιοψία δέρματος για επιβεβαίωση της διάγνωσης ιστοπαθολογικά. Ωστόσο, επειδή όπως τονίστηκε η δερματοπάθεια αυτή δεν είναι συνήθως αυτόνομη, αλλά δύναται να αποτελεί δείκτη μιας υποκείμενης συστηματικής πάθησης, απαιτούνται μια σειρά διαγνωστικών εξετάσεων προκειμένου να αποκλειστούν τα ανωτέρω νοσήματα. Εδώ περιλαμβάνονται: **α)** οι αιματολογικές εξετάσεις, **β)** η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη, η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη και τα επίπεδα ινσουλίνης στον ορό για τη διαπίστωση ενδεχόμενου υπερινσουλινισμού ή και υποκλινικού σακχαρώδους διαβήτη, **γ)** εξειδικευμένες ενδοκρινολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση ανωμαλιών της λειτουργίας ενδοκρινών αδένων, όπως του θυρεοειδούς, των ωοθηκών κ.ά. Σε περίπτωση υποψίας υποκείμενης κακοήθειας θα πρέπει σαφώς να συμπεριληφθούν και απεικονιστικές εξετάσεις του πάσχοντα, όπως ακτινογραφίες, αξονικές και μαγνητικές τομογραφίες.

Πότε θα πρέπει ο πάσχων να απευθυνθεί στον ιατρό του;

Ο ασθενής που ξεκινά να εμφανίζει τις δερματικές βλάβες που προαναφέρθηκαν, θα πρέπει να απευθύνεται σε κάθε περίπτωση στον δερματολόγο του, καθώς θα πρέπει να αποκλειστεί σε συνεργασία με ιατρούς άλλων ειδικοτήτων άμεσα η ύπαρξη αντίστασης στην ινσουλίνη, διαταραγμένης ανοχής στη γλυκόζη και σακχαρώδους διαβήτη, αλλά κι άλλων ενδοκρινοπαθειών. Ακόμα και στην περίπτωση που η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη είναι φυσιολογικές, τα επίπεδα ινσουλίνης στον ορό αυτών των ασθενών,

Η μελανίζουσα ακάνθωση σε κάποιες περιπτώσεις σχετίζεται με τη λήψη ορισμένων φαρμάκων, των οποίων η διακοπή έχει συνήθως ως αποτέλεσμα την υποχώρησή της



Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που σχετίζονται με παχυσαρκία και αντίσταση στην ινσουλίνη είναι η ουσιαστική απώλεια βάρους με δίαιτα και μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα με με τη χρήση αντιδιαβητικών σκευασμάτων. Για τους διαβητικούς ασθενείς η καλή ρύθμιση του σακχάρου τους αποτελεί τον χρυσό κανόνα και μπορεί να οδηγήσει από μόνη της σε ορατή βελτίωση των δερματικών βλαβών χωρίς καμιά άλλη θεραπευτική παρέμβαση

οι οποίοι είναι συνήθως υπέρβαροι, βρίσκονται σχεδόν πάντα αυξημένα, οπότε τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπευτική παρέμβαση από τον θεράποντα διαβητολόγο μπορούν να γίνουν έγκαιρα και αποτελεσματικά. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να λαμβάνεται οικογενειακό ιστορικό και να γίνεται έλεγχος και για λοιπές ενδοκρινοπάθειες.

Ενδελεχείς εξετάσεις για την ανεύρεση συνυπάρχουσας κακοήθειας έχουν νόημα στην περίπτωση που η μελανίζουσα ακάνθωση εμφανίζεται σε μη παχύσαρκα άτομα άνω των 40 ετών (σε αυτήν την ηλικία φυσικά το πρώτο αίτιο εξακολουθεί να είναι ο σακχαρώδης διαβήτης), όταν η εμφάνιση γίνεται αιφνίδια, σε μεγάλη έκταση του δέρματος, με εντονότερη πάχυνση και μελάγχρωση του δέρματος, με προσβολή του βλεννογόνου του στόματος και του δέρματος των παλαμών, αλλά και με συνυπάρχουσα απώλεια βάρους, απίσχνανση και κνησμό. Στις περιπτώσεις αυτές η πρόγνωση είναι συνήθως δυσμενής.

Ποιες θεραπευτικές επιλογές έχουμε σήμερα;

Υπάρχουν σήμερα πολυάριθμες θεραπευτικές επιλογές που μπορούν να εφαρμοστούν στους πάσχοντες, ξεκινώντας από μια ουσιαστική βάση: Ο ακρογωνιαίος λίθος της θεραπείας στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων που σχετίζονται με παχυσαρκία και αντίσταση στην ινσουλίνη είναι η ουσιαστική απώλεια βάρους με δίαιτα και μετά από συνεννόηση με τον θεράποντα με με τη χρήση αντιδιαβητικών σκευασμάτων. Για τους διαβητικούς ασθενείς η καλή ρύθμιση του σακχάρου τους αποτελεί τον χρυσό κανόνα και μπορεί να οδηγήσει από μόνη της σε ορατή βελτίωση των δερματικών βλαβών χωρίς καμιά άλλη θεραπευτική παρέμβαση. Αντίστοιχα, για τους ασθενείς που βρίσκονται πάσχοντες από κάποια κακοήθεια, η αφαίρεση του νεοπλάσματος οδηγεί συχνά σε ύφεση της δερματοπάθειας αυτής, όπως γίνεται και στις περιπτώσεις που οφείλονται σε κάποιο φάρμακο με τη διακοπή αυτού.

Στις θεραπευτικές επιλογές συγκαταλέγονται επιπλέον:

- τα τοπικά σκευάσματα που δρουν κερατολυτικά στις βλάβες, καθώς και «αποχρωματιστικά» για τις περιοχές που εμφανίζουν υπερμελάγχρωση, όπως είναι οι κρέμες που περιέχουν γαλακτικό αμμώνιο, καλσιποτριόλη, ουρία 20%, σαλυκιλικό οξύ, α-υδροξυοξέα, οι οποίες χρησιμοποιούνται με προσοχή και σε παιδιά, αλλά και τα τοπικά σκευάσματα με βάση την υδροκινόνη και τα τοπικά ρετινοειδή που απευθύνονται σε ενήλικες ασθενείς,
- συστηματικά φάρμακα, όπως είναι τα λαμβανόμενα από του στόματος αντιδιαβητικά δισκία (κυρίως η μετφορμίνη), τα αντισυλληπτικά δισκία αλλά και τα συστηματικά ρετινοειδή, καθώς και τα ω3 λιπαρά οξέα, σε δοσολογία που θα οριστεί κατά περίπτωση από τον θεράποντα, ανάλογα με την αντίστοιχη μορφή μελανίζουσας ακάνθωσης,
- στις περιπτώσεις που οι παραπάνω μέθοδοι δεν αποδώσουν λόγω ανθεκτικότητας των βλαβών, υπάρχει η θεραπευτική επιλογή της χειρουργικής παρέμβασης στις προσβεβλημένες περιοχές από εξειδικευμένους δερματολόγους, μέσω της χρήσης της δερμοαπόξεσης και του laser αλεξανδρίτη με πολύ καλά αισθητικά αποτελέσματα.

Γίνεται επομένως κατανοητό, ότι η μελανίζουσα ακάνθωση αποτελεί μια δερματοπάθεια που πέρα από αισθητικό πρόβλημα, μπορεί να υποκρύπτει πολύ σημαντικότερες συστηματικές παθήσεις του ασθενούς, στις οποίες το τρίπτυχο παχυσαρκία-αντίσταση στην ινσουλίνη-σακχαρώδης διαβήτης παίζει κυρίαρχο ρόλο. Είναι, λοιπόν, εξαιρετικά σημαντική η άμεση προσφυγή του πάσχοντα στον γιατρό του, χωρίς να χάνεται χρόνος με επιφανειακές θεραπείες που αποσκοπούν μόνο στο αισθητικό αποτέλεσμα, με στόχο την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία των υποκείμενων παθήσεων, που καλύπτουν το φάσμα από την απλή απώλεια βάρους όταν πρόκειται μόνο για περιπτώσεις παχυσαρκίας, μέχρι την καλή ρύθμιση του σακχάρου με τη συνεργασία θεράποντα και ασθενούς στις περιπτώσεις σακχαρώδους διαβήτη, αλλά και την παρέμβαση για τον αποκλεισμό μιας ενδεχόμενης κακοήθειας που μπορεί να υποκρύπτεται και να απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενούς.

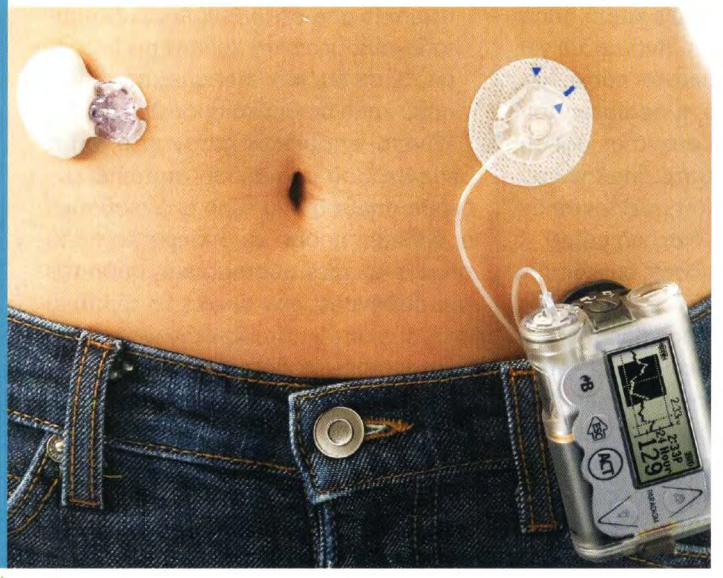
Καινούριες αντλίες ινσουλίνης

Καλύτερη αντιμετώπιση υπογλυκαιμίας-

Ένα βήμα πιο κοντά στο τεχνητό πάγκρεας

Μεγάλος θόρυβος γίνεται τελευταία για τα κλειστά συστήματα χορήγησης ινσουλίνης, κυρίως από τους ασθενείς, οι οποίοι προσδοκούν μια οριστική θεραπεία του διαβήτη τους. Είμαστε άραγε κοντά σε ένα κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης; Δεν φαίνεται να είμαστε πολύ μακριά με τις καινούριες αντλίες που κυκλοφορούν. Ένα τέτοιο σύστημα θα πρέπει να περιλαμβάνει τρία κύρια μέρη: την αντλία χορήγησης ινσουλίνης, τη συσκευή συνεχούς μέτρησης σακχάρου και ένα πρόγραμμα που θα ρυθμίζει τη χορήγηση ινσουλίνης ανάλογα με την τιμή του σακχάρου. Ένα τέτοιο σύστημα θα είχε τη δυνατότητα να αντιμετωπίζει καλύτερα τις υπογλυκαιμίες, ιδιαίτερα σε μικρές ηλικίες

ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΚΕΦΑΛΑΣ,
παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

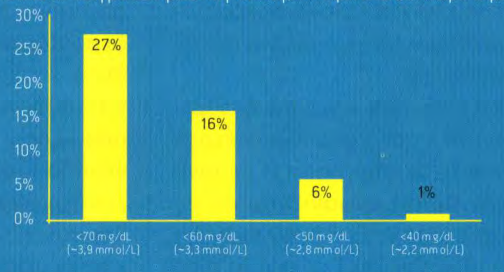


Τι είναι όμως υπογλυκαιμία; Είναι όταν το σάκχαρο αίματος είναι μικρότερο του 70 mg/dl. Συνήθως συνοδεύεται από συμπτώματα: ιδρώτας, πείνα, ταχυκαρδία, αδυναμία συγκέντρωσης (ήπια υπογλυκαιμία), σύγχυση, λήθαργος, σπασμοί (σοβαρή υπογλυκαιμία). Τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανό να απουσιάζουν, ιδιαίτερα σε ασθενείς που έχουν διαβήτη για πολύ καιρό, ή ασθενείς που έχουν πολύ καλό έλεγχο. Αυτό που ανησυχεί ιδιαίτερα τους γονείς παιδιών με διαβήτη είναι οι βραδινές υπογλυκαιμίες, όπου η επίγνωσή τους μπορεί να είναι πιο δύσκολη.

Νυχτερινή υπογλυκαιμία

Πάνω από ένα τέταρτο των δειγμάτων που λήφθηκαν ήταν σε υπογλυκαιμική τιμή

Ποσοστό δειγμάτων με υπογλυκαιμική τιμή στο σάκχαρο αίματος[1]



[1]2006 Standards of medical care for patients with diabetes mel tus. *Diabetes Care* 29(Suppl 1): S16 -S17

Είναι δεδομένο ότι το εντατικοποιημένο σχήμα ινσουλινοθεραπείας είναι προτιμώμενο σε όλους τους ασθενείς με διαβήτη, καθώς προκαλεί λιγότερες επιπλοκές. Αυτό όμως προκαλεί και περισσότερες και πιο σοβαρές υπογλυκαιμίες σε σχέση με το

Φόβος για υπογλυκαιμία

Η ανησυχία για υπογλυκαιμία είναι ένα κύριο εμπόδιο για εντατική θεραπεία

Ποσοστό σοβαρής υπογλυκαιμίας στην DCCT (ανά 100 ασθενή-έτη)

	Εντατικό group	Συμβατικό group	P value
Σοβαρή υπογλ.*	61.2	18.2	<0.001
Κώμα ή σπασμ.	16.3	5.4	<0.001

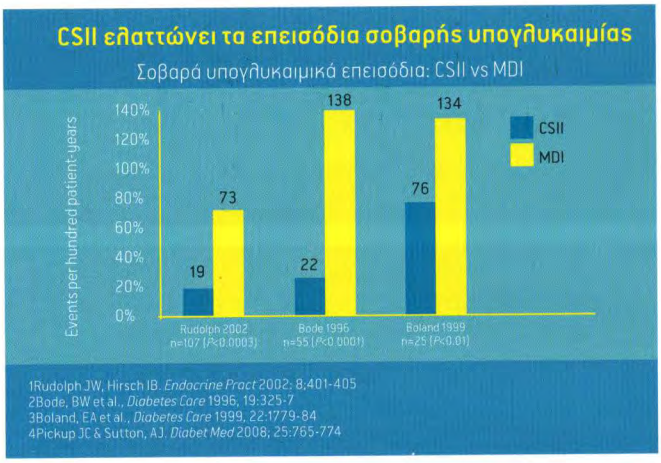
*ορίζονται σαν επεισόδια κατά τα οποία ο ασθενής χρειάστηκε βοήθεια και είχε διαπιστωμένο ΣΑ <50 mg/dL - 2.8 mmol/L

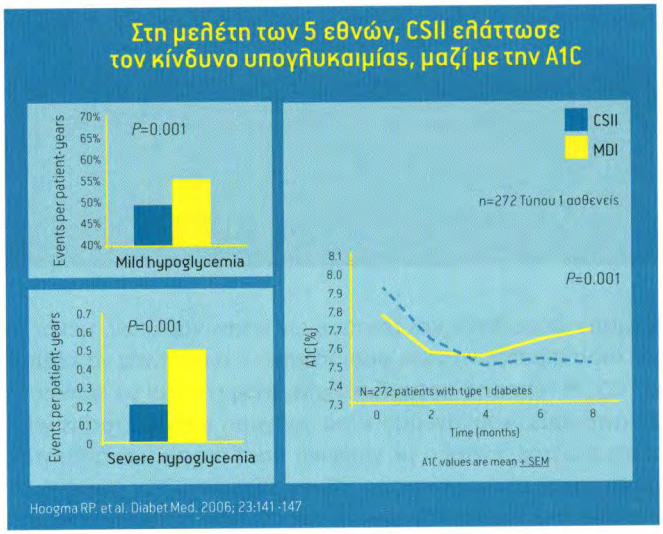
Παρόλο τον αυξημένο κίνδυνο υπογλυκαιμίας, η εντατική θεραπεία προτείνεται για τους περισσότερους ασθενείς με διαβήτη, δεδομένου τα οφέλη: μείωση του κινδύνου εμφάνισης μακροχρόνιων επιπλοκών

DCCT *Research Group*. Diabetes Care 1995;18:1415 -1427.

συμβατικό σχήμα ινσουλινοθεραπείας (61,2%, έναντι 18%). Είναι η ανησυχία των γονέων και των ασθενών στην προσπάθεια περαιτέρω εντατικοποίησης.

Η λύση μπορεί να δοθεί από τις αντλίες ινσουλίνης. Όλες οι μελέτες δείχνουν ότι οι αντλίες ινσουλίνης ελαττώνουν τις σοβαρές υπογλυκαιμίες τέσσερις με πέντε φορές σε σχέση με το σχήμα πολλαπλών ενέσεων, βελτιώνοντας παράλληλα και την HbA1c.





Οι νέες αντλίες γίνονται εξαιρετικά αποδεκτές από τους ασθενείς όλων των ηλικιών, καθώς είναι ελαφριές, εύχρηστες και με μικρούς καθετήρες.

Όμως για να λειτουργήσει ένα κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης, θα πρέπει να είναι δυνατή η μέτρηση με έναν αναίμακτο τρόπο. Οι συσκευές συνεχούς καταγραφής σακχάρου αίματος κάνουν ακριβώς αυτό. Καταγράφουν το σάκχαρο συνεχώς, στο διάμεσο υγρό, με δυνατότητα επίδειξης των τάσεων της γλυκόζης αίματος, με μεγαλύτερη ευαισθησία στις χαμηλές τιμές σακχάρου και ύπαρξης «συναγερμών» για χαμηλά ή υψηλά νούμερα.



Αυτό είναι εξαιρετικά σημαντικό, γιατί όπως έχουν δείξει μελέτες, με τον τρόπο αυτό μειώνεται η διάρκεια που ο ασθενής είναι σε υπογλυκαιμία έως 30% (Bailey et al - 2007, Garg et al - 2006). Το ιδανικό θα ήταν ένα πάντρεμα των δύο αυτών συσκευών με τη δυνατότητα στην αντλία να ενεργεί αυτόνομα, ανάλογα με την τιμή σακχάρου αίματος. Έτσι, θα αποφεύγαμε τις μεγάλες διακυμάνσεις στα σάκχαρα αίματος. Αυτό προσπαθεί να επιτύχει η καινούρια αντλία ινσουλίνης Paradigm Veo της Medtronic.

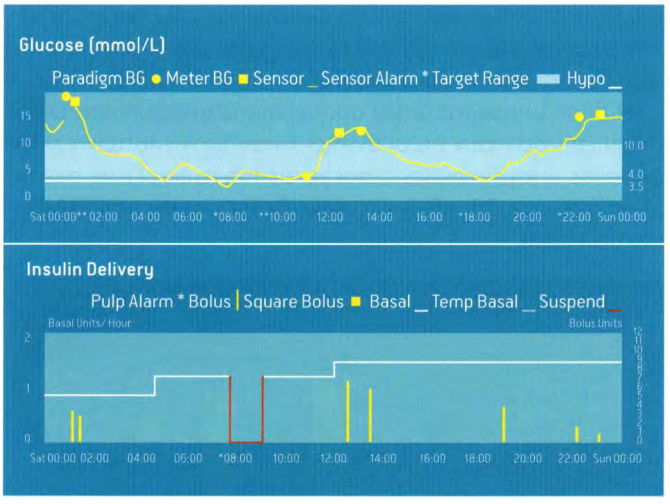
Στο σύστημα αυτό η αντλία δουλεύει ανεξάρτητα, αλλά και σαν οθόνη για τη συνεχή καταγραφή. Η συνεχής ενεργοποίηση της καταγραφής δεν είναι υποχρεωτική. Αυτό προϋποθέτει την τοποθέτηση ενός επιπλέον τμήματος στον ασθενή, με όλα τα οφέλη ή τα όποια μειονεκτήματα μπορεί να δει ο ασθενής, φυσικά.

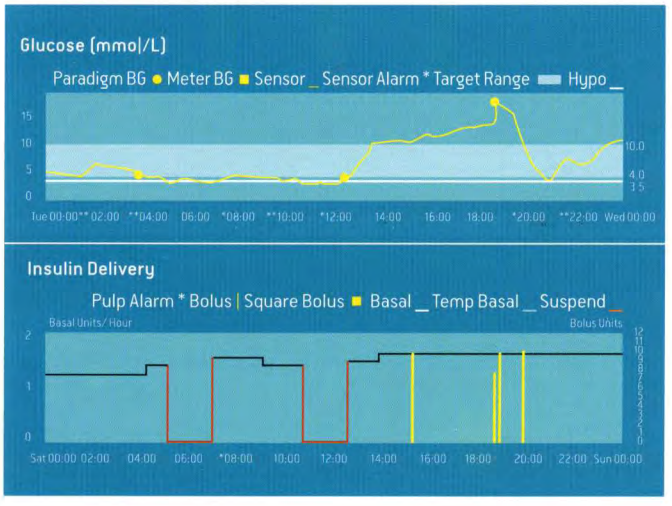
Η τεχνολογία σε αυτές τις αντλίες που συνοδεύονται με τη συνεχή καταγραφή συνεχώς βελτιώνεται. Υπάρχει η δυνατότητα να βλέπεις τις διακυμάνσεις για έως έξι ημέρες, με αυξημένη ευαισθησία στις υπογλυκαιμικές τιμές. Επίσης, περιέχουν στοιχεία στον λογισμικό τους, που προσπαθούν να κλείσουν το σύστημα, για πρώτη φορά. Συγκεκριμένα, προσφέρει μεγαλύτερη προστασία στις υπογλυκαιμίες. Διαθέτουν ένα πρόγραμμα, το οποίο σταματά την έγχυση ινσουλίνης τελείως αν ανιχνευθεί από τον αισθητήρα υπογλυκαιμία (Low Glucose Suspend - LGS).

Συνεχής καταγραφή - Αντλία ινσουλίνης

Το LGS είναι φτιαγμένο να ανιχνεύει την υπογλυκαιμία και να σταματάει την έγχυση ινσουλίνης πριν αυτή γίνει σοβαρή. Έτσι, ελαττώνονται τα επεισόδια σοβαρής υπογλυκαιμίας, οι «συναγερμοί» της συνεχούς καταγραφής συμπληρώνονται και υπάρχει μια επιπλέον ασφαλιστική δικλείδα σε έναν ασθενή που δεν αντιδρά ή είναι αναίσθητος, π.χ. ένα παιδί (LGS examples 1).







Το LGS είναι σχεδιασμένο να μειώσει τη σοβαρότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Είναι το πρώτο κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης που παίρνει αποφάσεις για τη χορήγηση χωρίς την παρέμβαση του ασθενούς

Το LGS έχει τα εξής χαρακτηριστικά δεδομένα: μπορεί να είναι ενεργό ή όχι, η κλίμακα για την υπογλυκαιμία μπορεί να οριστεί μεταξύ 40-110 mg/dl, ανάλογα τον ασθενή, σταματάει την έγχυση της ινσουλίνης για δύο ώρες αν δεν παρέμβει ο ασθενής και αν η γλυκόζη παραμένει σε υπογλυκαιμική τιμή τέσσερις ώρες μετά την έναρξη λειτουργίας της αντλίας, τότε η αντλία αναστέλλει τη λειτουργια της ξανά. Όλες οι υπόλοιπες λειτουργίες και «συναγερμοί» παραμένουν σε λειτουργία κατά την αναστολή (LGS examples 2).

Γιατί επιλέχθηκε το διάστημα των δύο ωρών για αναστολή της λειτουργίας; Μελέτες έδειξαν ότι αναστολή της έγχυσης της ινσουλίνης για δύο ώρες (Attia 1998, Zisser 2008, Buckingham 2009) προκαλεί αύξηση της γλυκόζης αίματος κατά 55 mg/dl περίπου, χωρίς rebound υπεργλυκαιμία. Μετά την πάροδο των δύο ωρών, η αντλία ξαναρχίζει την έγχυση ινσουλίνης και δίνει «συναγερμούς» για γρήγορες αλλαγές τάσεις γλυκόζης αίματος. Αν η γλυκόζη αίματος παραμένει χαμηλή τέσσερις ώρες μετά την επανέναρξη της έγχυσης ινσουλίνης, το LGS επαναλειτουργεί: κάνει κύκλους μεταξύ δίωρων αναστολών έγχυσης ινσουλίνης και τετράωρων επανενάρξεων, μέχρι το σάκχαρο αίματος να γίνει φυσιολογικό ή ο ασθενής να κλείσει το LGS. Η rebound υπεργλυκαιμία αποφεύγεται με αρκετούς μηχανισμούς: «συναγερμοί» για γρήγορη αλλαγή τάσης γλυκόζης αίματος, ένδειξη με γραφική παράσταση των αλλαγών, δυνατότητα επανεκκίνησης της αντλίας από τον ασθενή σε οποιοδήποτε σημείο της δίωρης αναστολής, αυτόματη επανεκκίνηση της λειτουργίας της αντλίας μετά δύο ώρες και χρήση αναλόγων ινσουλίνης που έχουν τη δυνατότητα τάχιστης διόρθωσης σε περίπτωση υπεργλυκαιμίας.

Το LGS είναι σχεδιασμένο να μειώσει τη σοβαρότητα των υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Το σύστημα χορήγησης ινσουλίνης της Medtronic Paradigm Veo με το LGS και τις βελτιώσεις του αλγορίθμου αντιπροσωπεύουν τη νέα εποχή στη θεραπεία του διαβήτη. Είναι το πρώτο κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης που παίρνει αποφάσεις για τη χορήγηση ινσουλίνης χωρίς την παρέμβαση του ασθενούς, με τη δυνατότητα παρεμβολής σε οποιοδήποτε σημείο. Φαίνεται ότι το κλειστό σύστημα χορήγησης ινσουλίνης δεν είναι μακριά!

Medtronic

Σύστημα MiniMed Paradigm® Veo™

Νέα εποχή στην αντιμετώπιση του διαβήτη



Η Paradigm Veo με μια ματιά

Έλεγχος όλο το 24ωρο:
Η συνεχής καταγραφή γλυκόζης (CGM) σας παρέχει όλες τις πληροφορίες που χρειάζεστε προκειμένου να λάβετε τις σωστές αποφάσεις

Χρήσιμες συμβουλές:
Απλοί συναγερμοί σας προτρέπουν να ενεργήσετε προκειμένου να διατηρήσετε σταθερά τα επίπεδα γλυκόζης

Προστασία από τη σοβαρή υπογλυκαιμία:
Η χορήγηση ινσουλίνης διακόπτεται αν τα επίπεδα γλυκόζης είναι πολύ χαμηλά

Ακρίβεια:
Ένας ελάχιστος βασικός ρυθμός έγχυσης των 0.025 μονάδων ανά ώρα βελτιώνει την ευελιξία στη χορήγηση ινσουλίνης

Μοναδικότητα:
5 χρωματικές επιλογές και μια σειρά από ΑΥΤΟΚΟΛΛΗΤΑ ΚΑΛΥΜΜΑΤΑ επιτρέπουν να δώσετε το δικό σας στυλ στην αντλία σας

www.medtronic-diabetes.gr

Medtronic Hellas AEE
Αγ. Βαρβάρας 5, 15231 Χαλάνδρι
Τηλ.: 210 6779 099 Φαξ: 210 6779 399

Εξελίσσοντας την αντλία ινσουλίνης

Μετά από περισσότερο από μια δεκαετία είναι πλέον αποδεδειγμένο ότι η συνεχής υποδόρια χορήγηση ινσουλίνης με αντλία αποτελεί τον πιο πιστό τρόπο μίμησης της φυσιολογικής λειτουργίας του παγκρέατος στα άτομα με διαβήτη τύπου 1

Με την ευγενική χορηγία της Roche Diagnostics

Τα αποτελέσματα πολλών μελετών έδειξαν ότι η θεραπεία με την αντλία υπερτερεί ακόμη και της καλύτερης εντατικοποιημένης ινσουλινοθεραπείας με πολλαπλές ενέσεις, αυτής δηλαδή με μια «βασική» ινσουλίνη και τρεις ενέσεις αναλόγων ινσουλίνης ταχείας δράσης στα γεύματα. Ο αριθμός των υπογλυκαιμιών, ιδίως των βαρειών και νυχτερινών, μειώνεται σημαντικά και τα σάκχαρα του αίματος είναι καλύτερα όλες τις ώρες της ημέρας. Ως παράδειγμα, μόνο η αντλία μπορεί να δώσει λύση στο «φαινόμενο της αυγής», στις αυξημένες δηλαδή ανάγκες σε ινσουλίνη νωρίς το πρωί. Το μεγαλύτερο όμως πλεονέκτημα είναι η βελτίωση της ποιότητας της καθημερινής ζωής, που μεταφράζεται σε καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου σε καταστάσεις όπως άθληση, άλλη αρρώστεια, νυχτερινή διασκέδαση, εργασία με βάρδιες κ.ά.

Τα οφέλη αυτά της θεραπείας με αντλία ινσουλίνης δεν έγιναν βέβαια τώρα γνωστά. Παρόλ' αυτά, ακόμα και σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Γερμανία (χώρες με τους περισσότερους χρήστες αντλιών), αντλία χρησιμοποιεί μόνο το 20-30% των ατόμων με διαβήτη τύπου 1. Το αρκετά μεγάλο κόστος της αντλίας, που καλύπτεται μόνο μερικώς και μετά από επίπονη διαδικασία σε ορισμένες χώρες (π.χ. Μεγάλη Βρετανία), είναι ο κυριότερος λόγος. Παραμένει ωστόσο ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων με διαβήτη που, περιέργως, αρνούνται τη θεραπεία με αντλία. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες, οι βασικοί λόγοι είναι η ανάγκη να φοριέται συνεχώς ένα «ξένο σώμα» και ο «περίπλοκος» χειρισμός της αντλίας. Το «ξένο σώμα», λένε τα ίδια τα άτομα με διαβήτη, «τραβάει τα μάτια των περίεργων» και αυτό τους επιβαρύνει ψυχολογικά. Κάποιοι πιστεύουν ακόμη ότι η αντλία είναι πιο επικίνδυνη από τις ενέσεις, γιατί αν δεν γίνει αντιληπτή η τυχόν διακοπή λειτουργίας της, ο χρήστης κινδυνεύει από διαβητική κετοξέωση. Οι γονείς μικρών παιδιών με διαβήτη ισχυρίστηκαν επιπλέον ότι ανησυχούν ότι το παιδί παίζοντας με την αντλία θα μπορούσε να επηρεάσει αρνητικά τη θεραπεία του.

Η «Roche Diagnostics», η πρώτη παγκοσμίως εταιρεία παραγωγής πρωτοποριακών διαγνωστικών συσκευών, ιδίως στον χώρο του διαβήτη, παρουσιάζει σήμερα με υπερηφάνεια το νέο τεχνολογικό της επίτευγμα, το σύστημα **Accu-Chek® Combo**, που αποτελείται από την αντλία ινσουλίνης Accu-Chek® Spirit Combo, τον μετρητή γλυκόζης αίματος Accu-Chek®



Aviva Combo και (προαιρετικά) τη συσκευή άμεσης μεταφοράς δεδομένων σε ηλεκτρονικό υπολογιστή (μαζί με το αντίστοιχο λογισμικό) Accu-Chek® Smart Pix, που σχεδιάστηκε για να καλύπτει απόλυτα τα παραπάνω ζητήματα που έθεσαν οι ίδιοι οι άνθρωποι με διαβήτη.

Η καινοτομία και τα μεγάλα πλεονεκτήματα του νέου συστήματος στηρίζονται στην **πλήρως αμφίδρομη επικοινωνία αντλίας και μετρητή** με απόλυτα ασφαλή τεχνολογία Bluetooth. Όλες οι λειτουργίες της αντλίας (και ο πλήρης χειρισμός της)

Η πρωτοπορία του νέου συστήματος Accu-Chek® Combo συνίσταται στην κάλυψη του τετράπτυχου διακριτικότητα, ευκολία και ταχύτητα, ασφάλεια και εξατομίκευση στη θεραπεία σε τέτοιο μεγάλο βαθμό που δεν κατάφερε καμία αντλία μέχρι σήμερα

ACCU-CHEK® | No.1 στον κόσμο

Roche



Σύστημα Αμφίδρομης Επικοινωνίας Accu-Chek® Combo

Πάρτε τον έλεγχο στα χέρια σας ... ... με το πάτημα ενός κουμπιού

ak 779/1005

Το νέο **σύστημα *ACCU-CHEK® Combo*** συνδυάζει έναν «έξυπνο» μετρητή γλυκόζης με μια αξιόπιστη αντλία ινσουλίνης. Οι ασθενείς μπορούν **εύκολα** και **γρήγορα** να υπολογίσουν το bolus στο μετρητή και **διακριτικά** να το στείλουν στην αντλία τους, **χωρίς καν να την αγγίξουν!** Επιπλέον το ηλεκτρονικό ημερολόγιο του μετρητή παρέχει ολοκληρωμένη εικόνα των βασικών δεδομένων του ασθενή **με μια ματιά**. Με το νέο **σύστημα Accu-Chek Combo** ο έλεγχος του διαβήτη είναι «στο χέρι» του ασθενή.

Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε:
Δωρεάν Γραμμή Υποστήριξης: 800 11 71000
Τηλεφωνικό Κέντρο: 210 2703700

www.accu-chek.com

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.
Αθήνα: Α. Παναγούλη 91, Νέα Ιωνία
Θεσσαλονίκη: 12ο χλμ. Ν.Ε.Ο. Θεσσαλονίκης - Ν. Μουδανίων

Τα ACCU-CHEK και ACCU-CHEK COMBO είναι εμπορικά σήματα της Roche.
Το λογότυπο Bluetooth και τα σήματα κατατεθέντα είναι κατοχυρωμένα εμπορικά σήματα που ανήκουν στην Bluetooth SIG, Inc. και κάθε χρήση τέτοιων σημάτων από την Roche υπόκειται σε άδεια. © 2009 Roche.

ACCU-CHEK®

εκτελούνται και από τον μετρητή, ενώ τα δεδομένα αποθηκεύονται και στις δύο συσκευές. Ό,τι φαίνεται στην οθόνη της αντλίας, προβάλλεται και σε αυτήν του μετρητή. Δεν απαιτείται η παραμικρή επαφή με την ίδια την αντλία. Η αντλία συνεπώς δεν γίνεται από κανέναν αντιληπτή και η **διακριτικότητα** εξασφαλίζεται πλήρως. Αντιληπτός μπορεί να γίνει μόνο ο μετρητής και αυτός έχει μέγεθος και σχήμα κινητού τηλεφώνου για ακόμη μεγαλύτερη διακριτικότητα. Η πρωτοποριακή αυτή λειτουργία δίνει επιπλέον τη δυνατότητα στους γονείς των παιδιών με διαβήτη να ελέγχουν πλήρως τη θεραπεία με την αντλία: με τον μετρητή ξέρουν οποιαδήποτε στιγμή και με κάθε λεπτομέρεια τι συμβαίνει με την αντλία που φοράει το παιδί τους.



Είναι γνωστό ότι όλα τα άτομα με διαβήτη δεν έχουν την ίδια ευαισθησία στην ινσουλίνη. Για αυτό η θεραπεία πρέπει να εξατομικεύεται. Το σύστημα Accu-Chek® Combo διαθέτει έναν **πρωτοποριακό «σύμβουλο bolus» (bolus advisor) νέας γενιάς**, μια λειτουργία δηλαδή που προτείνει στον χρήστη να δώσει μια συγκεκριμένη ποσότητα ινσουλίνης bolus, αφού λάβει υπόψη του όλες τις παραμέτρους, ευαισθησία στην ινσουλίνη, χρονική περίοδο της ημέρας, σάκχαρο αίματος, ποσότητα υδατανθράκων της τροφής, πιθανή σωματική άσκηση, αλλά και τη λεγόμενη **«ενεργή ινσουλίνη»**, δηλαδή ινσουλίνη που υπάρχει ήδη και δρα στον οργανισμό. Η τελευταία αυτή παράμετρος είναι που κάνει το «σύμβουλο bolus» του συστήματος Accu-Chek® Combo να ξεχωρίζει πλήρως από τους «υπολογιστές bolus» (bolus calculators) άλλων αντλιών, γιατί ο μη συνυπολογισμός της ινσουλίνης που ήδη δρα είναι προφανές ότι μπορεί να οδηγήσει σε υπογλυκαιμίες με απρόβλεπτες συνέπειες.

Η ευκολία στη διαχείριση της θεραπείας του διαβήτη αποτελεί έναν ακόμη στόχο που πετυχαίνει το νέο σύστημα. Μέτρηση γλυκόζης αίματος, πρόταση δόσης ινσουλίνης από το «σύμβουλο bolus» και χορήγηση της συνιστώμενης (ή άλλης) δόσης bolus μπορούν να γίνουν από τον μετρητή σε λιγότερο από ένα λεπτό και χωρίς καμία επαφή με την αντλία. Δεν είναι όμως μόνο αυτό. Η οθόνη του μετρητή είναι μεγάλη και έγχρωμη με ευδιάκριτα σχήματα και σύμβολα. Ο μετρητής έχει τη δυνατότητα να κάνει αναλύσεις των δεδομένων των μετρήσεων ή της



αντλίας με τη μορφή έγχρωμων γραφημάτων και γραφημάτων τύπου «πίτας». Αν είναι επιθυμητό βέβαια, όλα τα δεδομένα μπορούν να μεταφερθούν απλά με τεχνολογία υπερύθρων και τη συσκευή Accu-Chek® Smart Pix σε ηλεκτρονικό υπολογιστή με πολλαπλές πλέον δυνατότητες στατιστικής ανάλυσης. Επιπλέον χαρακτηριστικά, όπως η μεγάλη διάρκεια ζωής (έξι χρόνια), η μπαταρία λιθίου που διαρκεί μεγάλο διάστημα χωρίς την ανάγκη αντικατάστασης, η νέα, μεγάλη ποικιλία θηκών και αξεσουάρ και τα νέα βελτιωμένα σετ έγχυσης (ουσιαστικά ανώδυνοι πλαστικοί καθετήρες) συμβάλλουν επίσης στη βελτιωμένη θεραπεία με αντλία ινσουλίνης.

Η ασφάλεια αποτελεί ύψιστη προτεραιότητα για όλα τα προϊόντα της «Roche Diagnostics». Έτσι και το νέο σύστημα Accu-Chek® Combo, εκτός από την απόλυτα ασφαλή τεχνολογία Bluetooth, είναι εξοπλισμένο με ποικιλία υπενθυμίσεων (π.χ. αλλαγή καθετήρα, μέτρησης γλυκόζης αίματος), προειδοποιήσεων (π.χ. υπολειπόμενη ινσουλίνη, ημερομηνία λήξης εγγύησης, λήξης αντλίας, εξάντλησης ισχύος μπαταρίας) και συναγερμών, ηχητικών ή/και με δόνηση. Το πιο σημαντικό όμως είναι ο **«συναγερμός απόφραξης»** του συστήματος παροχής της ινσουλίνης. Όλες οι αντλίες διαθέτουν έναν τέτοιο συναγερμό, όμως δεν είναι σε όλες το ίδιο «ευαίσθητος». Γενικά, όσο μεγαλύτερος ο ρυθμός χορήγησης ινσουλίνης, τόσο πιο γρήγορα σημαίνει ο συναγερμός με σκοπό να «χάνεται» όσο γίνεται λιγότερη ινσουλίνη. Χάρη σε ένα τελείως καινούριο, ειδικό σύστημα ανίχνευσης της απόφραξης, το σύστημα Accu-Chek® Combo είναι εξαιρετικά ευαίσθητο και σημαίνει συναγερμό τόσο γρήγορα, ώστε, ακόμη και σε χαμηλό ρυθμό χορήγησης της ινσουλίνης, να μη «χάνονται» περισσότερες από 1,3 μονάδες ινσουλίνης, ποσότητα που σε καμία περίπτωση δεν εκθέτει το άτομο σε κίνδυνο διαβητικής οξέωσης.

Συνοψίζοντας, το νέο σύστημα Accu-Chek® Combo σχεδιάστηκε από την «Roche Diagnostics» ειδικά για να καλύψει τις σύγχρονες ανάγκες των ατόμων με διαβήτη, όπως οι ίδιοι τις εξέφρασαν λαμβάνοντας μέρος σε πολλές μελέτες σε όλον τον κόσμο. Όλες οι καθιερωμένες λειτουργίες της αντλίας Accu-Chek® Spirit, π.χ. τα διάφορα είδη bolus, η δυνατότητα χορήγησης ακόμη και ελάχιστου βασικού ρυθμού, η δυνατότητα αποθήκευσης πολλών διαφορετικών προφίλ βασικού ρυθμού, κ.λπ. διατηρήθηκαν. Η πρωτοπορία του νέου συστήματος **Accu-Chek® Combo** όμως, συνίσταται στην κάλυψη του τετράπτυχου **διακριτικότητα, ευκολία και ταχύτητα, ασφάλεια** και **εξατομίκευση** στη θεραπεία σε τέτοιο μεγάλο βαθμό που δεν κατάφερε καμία αντλία μέχρι σήμερα.

Diabecinn extra

ΚΑΨΟΥΛΕΣ ΚΑΝΕΛΑΣ

Κανέλα
για τον διαβήτη

Diabecinn Extra. Η ασφαλής λύση!



Οι κάψουλες κανέλας DIABECINN EXTRA περιέχουν ένα ειδικό εκχύλισμα κανέλας υδατικής βάσης (ZN112) που προσφέρει καλή απορρόφηση από τον οργανισμό, ελαχιστοποιώντας την πιθανότητα εμφάνισης αλλεργικών αντιδράσεων. Η δράση της κανέλας έχει αποδειχτεί ιδιαίτερα αποτελεσματική για τους διαβητικούς αλλά και όσους εμφανίζουν συμπτώματα του Μεταβολικού συνδρόμου (πχ. παχυσαρκία, υψηλή αρτηριακή πίεση, υψηλό επίπεδο χοληστερίνης, σακχαρώδη διαβήτη κ.α.).

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ ΓΙΑ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ (τύπου 2)

- Περιέχει πρόσθετα αντιοξειδωτικά (Βιτ. C και E), τις βιταμίνες B3 και B6 που ενισχύουν την ενέργεια του οργανισμού και έχουν θετική επίδραση στην χοληστερόλη και ηλεκτρολύτες που βοηθούν να ξεπεραστεί το οξειδωτικό στρες και οι θρεπτικές ανεπάρκειες που σχετίζονται με τον διαβήτη.
- Κατάλληλο για δίαιτα διαβητικών τύπου 2.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί παράλληλα με την συνήθη φαρμακευτική αγωγή για τον διαβήτη τύπου 2.

Αρ. Πρωτ. Γνωστ. ΕΟΦ: 69425/24-10-2007
Διατίθεται σε φαρμακεία

Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής

Diabecinn® CHOLESTEROL

Για υγιή επίπεδα χοληστερίνης!

"Αποτελεσματική δράση από τον πρώτο κιόλας μήνα"



Ελβετική Ποιότητα

Το Diabecinn® Cholesterol αποτελεί φυσικό, θρεπτικό συμπλήρωμα διατροφής, το οποίο βασίζεται στη δράση του ζυμωμένου κόκκινου ρυζιού και του αποστάγματος κανέλλας, που αποδεδειγμένα έχουν θετική επίδραση στα επίπεδα της Συνολικής Χοληστερόλης, στην LDL-Χοληστερόλη, στο επίπεδο των τριγλυκεριδίων (λιπίδια) καθώς και στο επίπεδο σακχάρου στο αίμα.

Περιέχει 9 διαφορετικά είδη μονακολινών (δράση ανάλογη με τις στατίνες, αλλά χωρίς τις αρνητικές τοξικές επιδράσεις), φυτοστερόλες (περιορίζουν την απορρόφηση χοληστερόλης στα έντερα), ισοφλαβόνες, μη κεκορεσμένα λιπαρά οξέα (βοηθούν στη μείωση των επιπέδων χοληστερόλης), καθώς και αντιοξειδωτικές ουσίες (προστατευτική επίδραση ενάντια στην οξείδωση της LDL-Χοληστερόλης που καταστρέφει τα αγγειακά τοιχώματα).

Θα το λατρέψει η καρδιά σας!

Δεν πρέπει να χρησιμοποιείται ως υποκατάστατο μιας ισορροπημένης διατροφής

Αρ. Πρωτ. Γνωστ. ΕΟΦ: 49498/23-7-2008
Διατίθεται σε φαρμακεία

ΕΛΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΑ Α.Ε.

Αποκλειστικός Αντιπρόσωπος Ελλάδας: **ΕΛΟΒΑΡΗ ΑΓΓΕΛΙΚΑ Α.Ε.**
Νικάνορος 33-35, Χαριλάου-Θεσσαλονίκη, τηλ.: 2310 856233
e-mail: info@elovari.gr, elovari@otenet.gr, www.elovari.gr

Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (40%) και στο 20% των πασχόντων από τύπου 2. Δυστυχώς, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νομικής τύφλωσης στον δυτικό κόσμο σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 65 ετών. Αυτό οφείλεται στην αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδους διαβήτη στις χώρες του δυτικού κόσμου

ΓΙΑΝΝΗΣ Α. ΜΑΛΛΙΑΣ,
χειρουργός οφθαλμίατρος, διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, μετεκπαιδευθείς στο Πανεπιστήμιο Columbia των ΗΠΑ

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης χαρακτηρίζεται από έλλειψη ή ελαττωμένη δράση μιας ορμόνης που παράγεται στο πάγκρεας και λέγεται ινσουλίνη.

Ο σακχαρώδης διαβήτης κατατάσσεται στις παρακάτω κατηγορίες:

- Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 ή νεανικός διαβήτης (ινσουλινοεξαρτώμενος), που προσβάλλει συνήθως νεαρά άτομα ηλικίας 10-20 ετών.
- Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 ή διαβήτης των ενηλίκων (μη ινσουλινοεξαρτώμενος), που προσβάλλει συνήθως άτομα ηλικίας 50-70 ετών.

Παράγοντες κινδύνου για την εκδήλωση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

1. Η χρονική διάρκεια της νόσου είναι ο σημαντικότερος παράγοντας. Σε ασθενείς νεότερους των 30 ετών, η πιθανότητα να αναπτύξουν διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι 50% στα πρώτα 10 χρόνια, ενώ μετά τα 30 η πιθανότητα αγγίζει το 90%.
2. Είναι διαπιστωμένο ότι ο καλός μεταβολικός έλεγχος μπορεί να καθυστερήσει σημαντικά την εμφάνιση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.
3. Η αρτηριακή υπέρταση, η αναιμία και η προσβολή των νεφρών είναι παράγοντες που μπορούν να επιταχύνουν ή να επιδεινώσουν την εμφάνιση της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας.

Παθογένεια της νόσου

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει τα μικρά αγγεία του οργανισμού (της καρδιάς, των νεφρών, των άκρων). Το ίδιο ακριβώς συμβαίνει και στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, προσβάλλονται δηλαδή τα μικρά αγγεία του αμφιβληστροειδούς χιτώνα του οφθαλμού (αρτηρίδια, τριχοειδή, φλεβίδια). Η βλάβη αυτή διακρίνεται σε δύο κατηγορίες:

α. Απόφραξη των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει ισχαιμία (ελλειμματική αιμάτωση) και υποξία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία ενός αγγειογενετικού παράγοντα από τον ισχαιμικό αμφιβληστροειδή σε μια προσπάθεια του οργανισμού να επαναιματώσει τις περιοχές του αμφιβληστροειδούς που δεν αιματώνονται ικανοποιητικά. Αυτός ο αγγειογενετικός παράγοντας έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία νεόπλαστων αγγείων στον αμφιβληστροειδή, στην κεφαλή του οπτικού νεύρου και στην ίριδα.

β. Διαρροή των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει διάχυτο ή εστιακό οίδημα του αμφιβληστροειδούς.

Όταν το οίδημα αυτό εντοπίζεται στην ωχρά κηλίδα, η οποία είναι το σημείο της ευκρινούς όρασης στο κέντρο του ματιού, τότε η οπτική οξύτητα του ασθενούς μειώνεται.



Έγχρωμη φωτογραφία βυθού ασθενούς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος. Απεικονίζονται μικροανευρύσματα και βαμβακόμορφα εξιδρώματα

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εμφανίζεται συχνότερα σε ασθενείς με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (40%) και στο 20% των πασχόντων από τύπου 2. Δυστυχώς, η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί τη συχνότερη αιτία νομικής τύφλωσης στον δυτικό κόσμο σε ασθενείς ηλικίας 20 έως 65 ετών

Κατηγορίες διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας

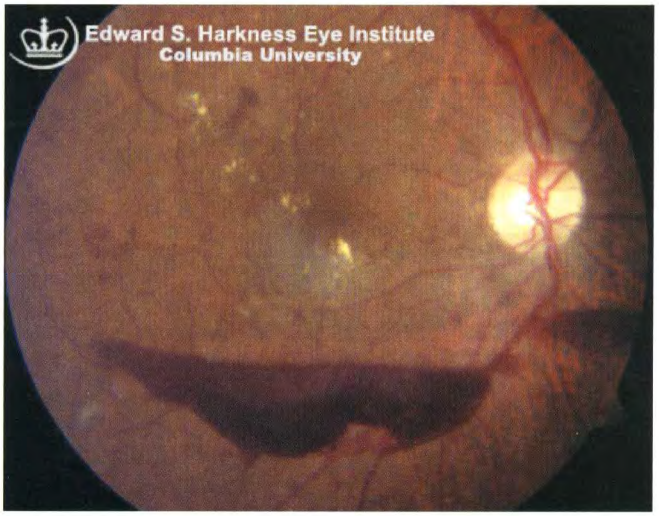
α. Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος: Χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες, μικροανευρίσματα, σκληρά εξιδρώματα και οίδημα αμφιβληστροειδούς. Στην κατηγορία αυτή δεν αναπτύσσονται νεοαγγεία. Όταν το οίδημα του αμφιβληστροειδούς προσβάλλει την ωχρά κηλίδα ή τη γύρω περιοχή, τότε η αντιμετώπιση γίνεται με φωτοπηξία με ακτίνες laser, που σκοπό έχει την ελάττωση του οιδήματος και τη διατήρηση της κεντρικής όρασης.

β. Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια: Χαρακτηρίζεται από την παρουσία νεοαγγείων στην κεφαλή του οπτικού νεύρου ή σε άλλη περιοχή του αμφιβληστροειδούς. Ο κίνδυνος απώλειας της όρασης από αιμορραγία των νεοαγγείων είναι άμεσος. Οι ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι δυνατόν να πάθουν ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς από έλξεις ινοαγγειακών μεμβρανών. Στους ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια εφαρμόζεται φωτοπηξία με ακτίνες laser. Σκοπός μας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η καταστροφή των ισχαιμικών περιοχών του αμφιβληστροειδούς, η οποία επιφέρει υποστροφή των νεοαγγείων.

Σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών με αιμορραγία υαλώδους ή ελκτική αποκόλληση αμφιβληστροειδούς έχει ένδειξη η χειρουργική αντιμετώπιση με τη μέθοδο της υαλοειδεκτομής.



Έγχρωμη φωτογραφία βυθού ασθενούς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια. Απεικονίζονται αιμορραγίες (κάτω αριστερά) και τα spots του laser μετά από παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία (μικρά άσπρα στίγματα)



Έγχρωμη φωτογραφία βυθού ασθενούς με διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και προαμφιβληστροειδική αιμορραγία

Συμπεράσματα

Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι μια από τις συχνότερες και σοβαρότερες οφθαλμικές παθήσεις που οδηγεί τον διαβητικό ασθενή στην τύφλωση αν μείνει χωρίς παρακολούθηση και θεραπεία. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση είναι καθοριστικής σημασίας για τον ασθενή. Η καλή ρύθμιση του σακχάρου αλλά κι άλλων παραμέτρων όπως η αρτηριακή πίεση και η νεφρική λειτουργία καθυστερούν την εξέλιξη της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας. Για αυτό η καλή συνεργασία του οφθαλμίατρου με τον διαβητολόγο είναι επιβεβλημένη.

Η στάση των εκπαιδευτικών σε σχέση με τον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1



ΓΕΩΡΓΙΑ ΚΟΥΛΙΑΝΙΔΗ,
νοσηλεύτρια ΤΕΙ Αθηνών,
τελειόφοιτος Παιδαγωγικού Πανεπιστημίου Δημοτικής Εκπαίδευσης

Επίπεδο γνώσης εκπαιδευτικών σχετικά με το θέμα

Παιδιά με χρόνιες ασθένειες όπως ο νεανικός διαβήτης ή αλλιώς σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 περνούν την περισσότερη μέρα στο σχολικό περιβάλλον. Τα σχολεία αντιμετωπίζουν προκλήσεις ενσωματώνοντας παιδιά με διαφορετικές ασθένειες μέσα στην τάξη. Οι σχολικές νοσηλεύτριες παίζουν σημαντικό ρόλο υπό αυτές τις συνθήκες, αφενός στη διαχείριση των μαθητών με αυτές τις ασθένειες και αφετέρου στην ενημέρωση των εκπαιδευτικών των εκάστοτε σχολικών ιδρυμάτων σχετικά με την αντιμετώπιση τέτοιων ιδιαίτερων καταστάσεων. Ωστόσο, λίγη προσοχή έχει δοθεί στους εκπαιδευτικούς και στο επίπεδο γνώσης τους σχετικά με τις χρόνιες ασθένειες των μαθητών τους μέσα στην τάξη.

Σύμφωνα με έρευνα που διεξήχθη σε 23 στοιχειώδη σχολεία, σε έξι κοινότητες του Vermont και του New Hampshire με σκοπό να αποτιμηθούν οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την επίδραση των χρόνιων ασθενειών στην τάξη, οι εκπαιδευτικοί σε γενικές γραμμές έχουν θετική στάση απέναντι στα παιδιά με χρόνιες ασθένειες, αλλά ανησυχούν για τα επείγοντα περιστατικά που μπορούν να συμβούν στην τάξη, καθώς και για το ρίσκο και την προσωπική ευθύνη που έχουν οι ίδιοι (Olson,Seidler, Goodman, Gaelic, Nordgren, 2004).

Οι Olson et al. (2004) διαπίστωσαν ότι ακόμη οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί έχουν λίγη εκπαίδευση σχετικά με τις ανάγκες των παιδιών με ιατρικά προβλήματα μέσα στην τάξη. Οι προσδοκίες των δασκάλων για ένα παιδί μπορεί να βασίζονται σε προσωπικές προκαταλήψεις ή άλλες εμπειρίες. Για παράδειγμα, έχει φανεί στο παρελθόν ότι εκπαιδευτικοί και γενικά το κοινό είχαν

αρνητική στάση απέναντι στα παιδιά με χρόνιες παθήσεις. Η Γεωργιάδη (2007) αναφέρει ότι ο δάσκαλος μπορεί να μην έχει επαρκή ενημέρωση για το τι είναι ο διαβήτης και να έχει κάποιες προκαταλήψεις για την ασθένεια. Ως εκ τούτου, ο δάσκαλος «μπορεί να νιώσει άγχος και φόβο σχετικά με την ευθύνη που αισθάνεται ότι αναλαμβάνει. Μπορεί πάλι να αισθάνεται αβεβαιότητα ως προς τον κατάλληλο χειρισμό της κατάστασης με αποτέλεσμα να υιοθετεί ακραίες ή αντιφατικές συμπεριφορές (π.χ. να πιστεύει ότι «δεν είναι τίποτα», ή να διαφοροποιεί το παιδί από τα άλλα παιδιά μέσω υπερπροστατευτικών ή απορριπτικών-τιμωρητέων στάσεων).

Συγκρινόμενος ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 με άλλες χρόνιες παθήσεις όπως το AIDS, χρόνιες καρδιοπάθειες, άσθμα κ.ά., θεωρείται από τους εκπαιδευτικούς η λιγότερο επικίνδυνη νόσος για τη ζωή των μαθητών (με σακχαρώδη διαβήτη) και ότι δεν ενέχει κίνδυνο μετάδοσης στους υπόλοιπους μαθητές και στους ίδιους τους εκπαιδευτικούς. Παρόλη τη θετική στάση, η ανησυχία και ο φόβος που δείχνουν όταν έρθουν αντιμέτωποι με επείγοντα περιστατικά υποδηλώνει ελλιπή ενημέρωση και άγνοια σχετικά με το τι είναι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1, ποιοι είναι οι τρόποι αντιμετώπισης της υπογλυκαιμίας και της υπεργλυκαιμίας, καθώς και ποιες είναι οι απαιτούμενες ενέργειες σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι εκπαιδευτικοί να χρειάζονται καλύτερη ενημέρωση για την ασθένεια και τις επιπλοκές που ενδέχεται να παρουσιαστούν στο σχολείο, έτσι ώστε όταν και εάν χρειαστεί, να παρέμβουν αποτελεσματικά. Είναι γεγονός ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί και το υπόλοιπο εκπαιδευτικό προσωπικό δεν λαμβάνουν κατάλληλη εκπαίδευση σχετικά με τις παιδικές χρόνιες ασθένειες κατά τη διάρκεια των σπουδών τους ούτε έχουν την ευκαιρία για μεταπτυχιακή εκπαίδευση ή άλλη επιμόρφωση αργότερα. (Olson et al., 2004).

Σύμφωνα με άλλη έρευνα (Wagner, Heapy, James, Abbot, 2006) στην οποία έλαβαν μέρος 58 παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 και οι γονείς τους, με σκοπό να ερευνηθούν οι σχέσεις ανάμεσα στις προσλαμβάνουσες σχολικές εμπειρίες, στον διαβητικό έλεγχο και την ποιότητα ζωής των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, διαπιστώθηκε ότι υπάρχει ανεπαρκής γνώση από πλευράς του εκπαιδευτικού προσωπικού για τις εκδηλώσεις και τις επιπτώσεις της νόσου. Παρόλο που έχουν γίνει κάποιες παρεμβάσεις για να βελτιωθεί η γνώση των εκπαιδευτικών πάνω στον διαβήτη, τα αποτελέσματα της εκπαίδευσής τους δεν είναι γνωστά. Πάντως, δεν υπάρχει αμφιβολία ότι όταν υπάρχει σωστή ενημέρωση και υποστήριξη από το εκπαιδευτικό προσωπικό, η ποιότητα ζωής των μαθητών με σακχαρώδη τύπου 1 βελτιώνεται. Οι συμμετέχοντες στην έρευνα ισχυρίστηκαν ότι όταν το εκπαιδευτικό προσωπικό λαμβάνει κατάλληλη εκπαίδευση, τότε και ο έλεγχος του διαβήτη είναι σημαντικά καλύτερος.

Αυτό προκύπτει και από μια άλλη έρευνα (Hayes-Bohn, Neumark-Sztainer, Mellin, Patterson, 2004) στην οποία συμμετείχαν 30 έφηβοι διαβητικοί και οι γονείς τους. Οι περισσότεροι νέοι με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 τυπικά ξοδεύουν το ένα τρίτο της μέρας τους στο σχολείο, οπότε το εκπαιδευτικό προσωπικό παίζει σημαντικό ρόλο στην καθημερινή τους φροντίδα. Τα παιδιά και οι έφηβοι πρέπει να επιτύχουν το ίδιο επίπεδο διαχείρισης του διαβήτη στο σχολείο με αυτό εκτός σχολικού περιβάλλοντος. Επομένως εξαρτώνται από τις γνώσεις και την αποτελεσματικότητα-δραστικότητα των εκπαιδευτικών. Σύμφωνα με τους εφήβους και τους γονείς τους, οι εκπαιδευτικοί δεν ήταν επαρκώς εκπαιδευμένοι ώστε να φροντίσουν μαθητές με διαβήτη, οι σχολικές νοσηλεύτριες δεν ήταν πάντα διαθέσιμες και η προσωπική φροντίδα-αυτοέλεγχος ήταν περιορισμένη στο σχολείο. Στην ίδια έρευνα, μελέτη σχετικά με τη γνώση των δασκάλων για τον διαβήτη σε 463 δασκάλους στο Arkansas έδειξε ότι 90% δεν είχαν λάβει καθόλου εκπαίδευση πάνω στον σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1. Ελάχιστοι μπορούσαν να αναγνωρίσουν τα συμπτώματα ή την κατάλληλη αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας. Η άγνοια ή η ελλιπής πληροφόρηση ίσως θέσουν ένα παιδί σε κίνδυνο εξαιτίας σοβαρών επιπλοκών από το μη σωστό έλεγχο του επιπέδου της γλυκόζης στο αίμα. ▫







Εκπαιδευτικοί χειρισμοί μαθητών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1

Σύμφωνα με την παραπάνω έρευνα (Olson et al., 2004) κάποια από τα ζητήματα που αναδείχθηκαν στην τάξη περιλαμβάνουν φόβο των εκπαιδευτικών για το πώς θα αντιδράσουν σε ένα επείγον περιστατικό, για την επίδραση της ασθένειας στη μαθητική επίδοση, καθώς επίσης ανησυχία για τις επιπλέον απαιτήσεις σε χρόνο και προσοχή από πλευράς εκπαιδευτικών στους συγκεκριμένους μαθητές. Ελάχιστοι ανησυχούσαν για προβλήματα συμπεριφοράς. Οι ερωτήσεις που τέθηκαν στους εκπαιδευτικούς που πήραν μέρος στην έρευνα ήταν στις ακόλουθες περιοχές ενδιαφερόντων: α) ακαδημαϊκή επίδραση στο παιδί, β) επίδραση στους συμμαθητές, γ) ειδική προσοχή και περισσότερος χρόνος και δ) προσωπικό ρίσκο και ευθύνη. Πολλοί εκπαιδευτικοί θεωρούν πως, συγκρινόμενοι με τον μέσο μαθητικό όρο, οι μαθητές με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 θα αντιμετωπίσουν περισσότερες δυσκολίες στο σχολείο και περισσότερα εμπόδια στο να επιτύχουν. Ένα παιδί υπό αυτές τις συνθήκες είναι πιο πιθανό να μαθαίνει με αργότερο ρυθμό. Όσον αφορά την επιρροή στους συμμαθητές, αρκετοί εκπαιδευτικοί πιστεύουν πως η παρουσία ενός μαθητή με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 μπορεί να αποσπάσει την προσοχή των υπόλοιπων μαθητών μέσα στην τάξη. Οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί πιστεύουν ότι ένα παιδί με την ίδια νόσο απαιτεί περισσότερο από τον χρόνο τους και την προσοχή τους σε σχέση με τους υπόλοιπους μαθητές. Επίσης, μαθητές ινσουλινοεξαρτώμενοι απαιτείται να έχουν επιπρόσθετη εκπαίδευση από το εκπαιδευτικό προσωπικό, καθώς επίσης να εισάγονται σε ειδική τάξη. Τέλος, όσον αφορά την προσωπική ευθύνη των εκπαιδευτικών, αρκετοί θα αισθάνονταν πιο άνετα αν δεν υπήρχε στην τάξη τους μαθητής με σακχαρώδη τύπου 1, γιατί πιστεύουν ότι η παρουσία του θα δημιουργούσε μια κατάσταση που απαιτεί επείγουσα ιατρική φροντίδα. Τους ανησυχεί η νομική ευθύνη που μπορεί να έχουν αν παρουσιαστεί πρόβλημα με αυτόν τον μαθητή στην τάξη.

Σε γενικές γραμμές, η έρευνα καταλήγει ότι τα ζητήματα που απασχολούν τους εκπαιδευτικούς και το υπόλοιπο εκπαιδευτικό προσωπικό δεν έχουν να κάνουν με μαθησιακά θέματα ή με τις σχέσεις των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη με τους συμμαθητές τους, αλλά με το ότι αισθάνονται υπεύθυνοι και αμήχανοι πολλές φορές να έχουν παιδιά με τη νόσο αυτή στην τάξη τους. Το εκπαιδευτικό προσωπικό θεωρεί ότι έχει να σηκώσει ένα επιπλέον φορτίο με τη φιλοξενία των συγκεκριμένων παιδιών, καθώς απαιτείται περισσότερος χρόνος και προσοχή για τη φροντίδα τους. Οι εκπαιδευτικοί αναφέρουν ότι συχνά λαμβάνουν τις απαραίτητες πληροφορίες για την ιδιαίτερη κατάσταση των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη από τους γονείς τους. Τα ζητήματα αυτά δεν είναι πάντα εύκολο να συζητηθούν με τους γονείς που είναι συναισθηματικά εμπλεκόμενοι.

Είναι αναγκαίο οι γονείς να εξηγήσουν στον δάσκαλο ότι είναι σημαντικό το παιδί να αισθάνεται ότι μπορεί να απευθύνεται σε αυτόν όταν δεν αισθάνεται καλά, να του παρέχεται η δυνατότητα να τρώει την κατάλληλη τροφή όταν παρουσιάζει συμπτώματα



υπογλυκαιμίας και να βγαίνει από την τάξη (π.χ. για να πιει νερό ή να πάει στην τουαλέτα σε περιπτώσεις υπεργλυκαιμίας) όταν το επιθυμεί (Γεωργιάδη, 2007).

Ένα θέμα που απασχολεί τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη τύπου1 και υπάγεται στους εκπαιδευτικούς χειρισμούς είναι οι σχολικές εξετάσεις. Καλό θα είναι αφενός τα παιδιά να φροντίζουν να έχουν κάποιο τρόφιμο μαζί τους κατά τη διάρκεια των εξετάσεων, αφετέρου ο εκπαιδευτικός να το επιτρέπει. Πολλά παιδιά προτιμούν να έχουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα, ώστε να αποφύγουν επεισόδια υπογλυκαιμίας. Δεν θα πρέπει να ξεχνούν ότι το άγχος πριν από τις εξετάσεις μπορεί να ανεβάσει το επίπεδο γλυκόζης στο αίμα. Θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να μετρήσουν τη γλυκόζη στο αίμα τους εάν αισθανθούν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολία συγκέντρωσης κατά τη διάρκεια των εξετάσεων. Ίσως μάλιστα χρειαστεί να επαναλάβουν τις εξετάσεις. Αυτό επαφίεται και πάλι στην κρίση του εκπαιδευτικού. Σε κάποιες περιπτώσεις, ίσως χρειαστεί πιστοποίηση από γιατρό για να επιβεβαιώσει την αδυναμία συγκέντρωσης (Hanas, 2007).

Κατά τους Hayes-Bohn et al. (2004), οι εκπαιδευτικοί που είναι ενημερωμένοι για τον σακχαρώδη διαβήτη και τις επιπτώσεις του, μπορούν να λειτουργήσουν υποστηρικτικά προς τους διαβητικούς μαθητές, βοηθώντας τους στην καθημερινή διαχείριση της ασθένειάς τους, δημιουργώντας ένα θετικό μαθησιακό περιβάλλον όπου οι διαβητικοί μαθητές αισθάνονται αποδεκτοί και βοηθώντας τους μαθητές να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που ίσως προκαλούν οι σχολικές απουσίες. Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να έχουν υπόψη ότι οι σχολικοί κανόνες μπορεί να είναι κατάλληλοι για τους υπόλοιπους μαθητές, συχνά όμως μπορεί να δημιουργήσουν προβλήματα στους μαθητές με σακχαρώδη διαβήτη τύπου1. Επομένως, θα πρέπει να σέβονται τις ιδιαίτερες ανάγκες των συγκεκριμένων μαθητών. Στο ίδιο συμπέρασμα καταλήγει και η έρευνα των Wagner et al. (2006), οι οποίοι τονίζουν ότι η υποστήριξη των μαθητών με την ίδια νόσο είναι καθήκον όλου του εκπαιδευτικού προσωπικού. Συγκεκριμένα, απαιτείται μια περισσότερη ευελιξία σε ότι αφορά το αυστηρό πρόγραμμα της διατροφής που πρέπει να ακολουθήσουν τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, καθώς και ως προς τον έλεγχο του επιπέδου γλυκόζης στο αίμα.

Βάσει έρευνας σχετικά με τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 στο σχολικό περιβάλλον, βρέθηκε ότι οι γονείς των μαθητών ισχυρίζονται πως τα προβλήματα των παιδιών τους αρχίζουν μόλις ανακοινώσουν την ασθένειά τους στο σχολείο. Οι γονείς θεωρούν πως τα σχολικά ιδρύματα και οι εκπαιδευτικοί είναι υπεύθυνοι για αυτά τα προβλήματα. Σύμφωνα με τις αντιλήψεις των γονέων, αρκετοί εκπαιδευτικοί δεν χειρίζονται σωστά ζητήματα που έχουν να κάνουν με τη διαχείριση της ασθένειας μέσα στην τάξη. Αυτό οφείλεται στο ότι πολλοί εκπαιδευτικοί δεν είναι ενημερωμένοι για τον διαβήτη τύπου 1 και αρκετοί τον μπερδεύουν με τον διαβήτη τύπου 2. Έχει παρατηρηθεί πως κάποιες φορές τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη δεν γίνονται αποδεκτά από μερικά σχολεία και αναγκάζονται να αλλάξουν σχολείο. Επίσης, παρατηρούνται διακρίσεις σε βάρος αυτών των παιδιών λόγω της διαφορετικότητάς, με αποτέλεσμα να αναγκάζονται να μειώνουν τις μετρήσεις γλυκόζης στο αίμα τους εξαιτίας της μη συνεργασίας του εκπαιδευτικού προσωπικού. Διακρίσεις σε βάρος των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη γίνονται κάποιες φορές και από τους συμμαθητές τους. Αυτό θα μπορούσε να αποτραπεί εάν οι εκπαιδευτικοί ενημέρωναν τους υπόλοιπους μαθητές για την ασθένεια και τις ιδιαίτερες ανάγκες των παιδιών με διαβήτη τύπου 1 (Amillategui, Calle, Alvarez, Cardiel, Barrio, 2007).

Αντίθετα σε έρευνα των Amillategui, Mora, Calle, Giralt (2009) βρέθηκε ότι οι περισσότεροι εκπαιδευτικοί αισθάνονται ότι οι συμμαθητές των παιδιών με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 δείχνουν κατανόηση και συμπάθεια προς τους μαθητές που πάσχουν από διαβήτη. Επίσης, οι γονείς και οι διαβητικοί μαθητές αναφέρουν ότι τη μεγαλύτερη υποστήριξη την έχουν από τους εκπαιδευτικούς και τους συμμαθητές τους και όχι από το υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου. Παρόλα αυτά, οι εκπαιδευτικοί εμφανίζονται να μην είναι σίγουροι ως προς την αναγνώριση των συμπτωμάτων της ασθένειας, καθώς και ως προς την ανταπόκρισή τους σε επείγοντα περιστατικά. Για αυτόν τον λόγο οι γονείς και τα παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη δεν έχουν πάντοτε εμπιστοσύνη στις ικανότητες των εκπαιδευτικών να αντιμετωπίσουν μια επείγουσα περίπτωση. Επομένως, οι περισσότεροι γονείς και οι διαβητικοί μαθητές επιθυμούν οι εκπαιδευτικοί να είναι καλύτερα πληροφορημένοι για την ασθένεια ώστε να έχουν κατάλληλη γνώση των βημάτων που απαιτούνται για να διαχειριστούν ενδεχόμενο επείγον περιστατικό.

«Έμαθα να ζω με τον διαβήτη και έγινα ο γιατρός... του εαυτού μου»



Μια «γλυκιά» προσωπικότητα, μα πάνω από όλα μια «γλυκιά» ψυχή, αντιμετωπίζει με σθένος και δυναμισμό τον διαβήτη στη ζωή της. Η εικοσάχρονη Γιάννα Αντωνίου, έμαθε να προστατεύει τον εαυτό της και να εμπιστεύεται τους ανθρώπους γύρω της. Με τη βοήθεια των «συμμάχων- φίλων» της αντιμετωπίζει πρόσωπο με πρόσωπο τις φοβίες και τις ανασφάλειες της, αναθεωρώντας τον «μίζερο» τρόπο που έβλεπε τα πράγματα γύρω της. Η μικρή... Γιάννα «καταθέτει» ψυχή μέσω του περιοδικού μας

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ: **ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ**

Ονομάζομαι Γιάννα Αντωνίου και είμαι 20 ετών. Η πρώτη μου γνωριμία με τον σακχαρώδη διαβήτη έγινε στην ηλικία των 11 ετών με αφορμή ένα λιποθυμικό επεισόδιο στο προαύλιο του σχολείου. Το περιστατικό αυτό θορύβησε τους γονείς μου, οι οποίοι δεν καθησυχάστηκαν από τις διαβεβαιώσεις των γιατρών του νοσοκομείου παίδων που το απέδωσαν σε μια πιθανή αδυναμία λόγω άγχους ή μη συμπληρωμένης διατροφής. Με πρωτοβουλία των γονιών μου έκανα τις κατάλληλες εξετάσεις και διαπιστώθηκε ότι πάσχω από σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1.

Στην αρχή με την προτροπή του γιατρού μου τότε, του κ. Ζούπα, προσπάθησα να αντιμετωπίσω το πρόβλημά μου με φαρμακευτική αγωγή. Όμως, τα αποτελέσματα δεν ήταν τα επιθυμητά. Η απώλεια βάρους ήταν αισθητή, καθώς και η αδυναμία μου, ενώ οι τιμές του σακχάρου παρουσίαζαν ημερησίως μεγάλα σκαμπανεβάσματα. Το επόμενο βήμα ήταν να ξεκινήσω ινσουλοθεραπεία. Αρχικά, σοκαρίστηκα. Ξαφνικά έπρεπε να υιοθετήσω ένα νέο τρόπο ζωής που περιελάμβανε ιδιαίτερα προσεγμένη διατροφή και ενέσεις ινσουλίνης τρεις με τέσσερις φορές κατά τη διάρκεια της ημέρας. Ωστόσο, δεν άφησα τον φόβο μου να επικρατήσει και το αντιμετώπισα σαν πρόκληση. Η οικογένειά μου ήταν δίπλα μου και με στήριζε. Παρόλα αυτά, διέκρινα αρκετές φορές μια περίεργη θλίψη στο βλέμμα τους και αυτό δεν το ήθελα. Για αυτό αποφάσισα να είμαι δυνατή, για να μπορούν και οι δικοί μου άνθρωποι να αντλούν δύναμη από μένα.

Οφείλω να παραδεχτώ ότι ο διαβήτης δεν στάθηκε εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων που είχα θέσει. Συνέχισα να ασχολούμαι με πράγματα που μου πρόσφεραν ευχαρίστηση και ικανοποίηση όπως ο χορός, μια μεγάλη αγάπη και αδυναμία. Μπορούσα να ανταποκριθώ στις απαιτητικές και πολύωρες προπονήσεις γιατί είχα καταφέρει να βρω τη χρυσή τομή. Τρεφόμουν σωστά, ξεκουραζόμουν αρκετά και ο διαβήτης ήταν σύμμαχός μου σε αυτήν τη σημαντική προσπάθειά μου. Μπορώ να πω ότι με εφοδίασε με περισσότερη πειθαρχία, εγκράτεια και αγωνιστικότητα, προτερήματα που απαιτεί το αθλητικό πνεύμα. Η αποκορύφωση αυτής της προσπάθειας ήρθε με την κατάκτηση της 2ης θέσης στο πανελλήνιο πρωτάθλημα αθλητικού χορού το 2006. Ένιωσα δικαιωμένη και συνειδητοποίησα ότι αυτή ήταν μόνο η αρχή της πορείας μου. Ωστόσο, υπήρχαν στιγμές που ήθελα να μοιραστώ με κάποιον τις ανασφάλειές μου, τις ανησυχίες μου και τις μικροδυσκολίες που αντιμετώπιζα σχετικά με τον διαβήτη. Η οικογένειά μου ήταν πάντα πρόθυμη να με ακούσει, αλλά εγώ αναζητούσα ένα άτομο της ηλικίας μου. Είχα την ανάγκη ενός πραγματικού φίλου. Δυστυχώς όμως, τα άτομα της ηλικίας μου δεν είχαν την ωριμότητα να καταλάβουν αυτό που βίωνα. Δεν μπορούσα να εμπιστευτώ σε κάποιον άλλον, εκτός της οικογένειάς μου, ένα τόσο σημαντικό μυστικό. Φοβόμουν ότι αντί να κερδίσω την εκτίμηση και τον σεβασμό τους, θα κέρδιζα τον οίκτο τους και η υπερηφάνειά μου δεν μου επέτρεπε κάτι τέτοιο.

Παρόλο που κατάφερνα να ρυθμίζω σωστά το σάκχαρό μου και να προσαρμόζομαι ολοένα και περισσότερο στη νέα μου καθημερινότητα, μέσα μου υπήρχε ένα συναισθηματικό κενό: η ανάγκη ενός πραγματικού φίλου. Έτσι, κλείστηκα στον εαυτό μου και προσπαθούσα να μη μάθει κανείς ότι είμαι διαβητική. Πίστευα ότι η εικόνα της δυναμικής κοπέλας που είχαν οι άλλοι για μένα θα άλλαζε και θα αντικαθιστούνταν από εκείνη του κακόμοιρου κοριτσιού. Ώσπου γνώρισα τον Αλέξανδρο, ο οποίος ήταν μια απρόσμενη, αλλά πολύ ευχάριστη έκπληξη στη ζωή μου. Γνω-

ριστήκαμε στο σχολείο. Ήταν ένα χρόνο μεγαλύτερος, αρκετά δημοφιλής και όμορφος. Τον ερωτεύτηκα αμέσως, όμως οι ανασφάλειές μου δεν με άφηναν να εκδηλωθώ. Πίστευα ότι του άρεσε μόνο η εικόνα του ωραίου κοριτσιού που έβλεπε και ότι δεν θα ενδιαφερόταν να με γνωρίσει πραγματικά όπως έκαναν τα περισσότερα αγόρια της ηλικίας του. Όμως εκείνος επέμενε, γιατί πίστευε ότι είμαι διαφορετική. Έτσι, λοιπόν, δεν δίστασα να του μιλήσω για το πρόβλημα της υγείας μου. Η αντίδρασή του; Απολύτως φυσιολογική. Ο Αλέξανδρος είχε μεγαλώσει με έναν οικογενειακό του φίλο που ήταν διαβητικός. Ήταν ενημερωμένος σχετικά με το θέμα του διαβήτη, οπότε για εκείνον δεν ήταν κάτι πρωτόγνωρο. Με έκανε να καταλάβω ότι δεν πρέπει να ντρέπομαι και να κρύβομαι. Δεν μειονεκτούσα σε σύγκριση με τις συνομήλικές μου. Για εκείνον ήμουν το ίδιο ερωτεύσιμη και όμορφη. Κατάφερε να σβήσει κάθε ανασφάλειά μου. Μπορούσα να μοιράζομαι μαζί του κάθε ανησυχία μου και φυσικά ήταν δίπλα μου κάθε φορά που τον χρειαζόμουν. Ακόμα και όταν για πρώτη φορά με είδε να παθαίνω ένα ισχυρό υπογλυκαιμικό επεισόδιο δεν φοβήθηκε, αλλά αντέδρασε άμεσα και ψύχραιμα. Ήξερε να με φροντίζει και να με στηρίζει, χωρίς όμως να με

φυσικά δεν σημαίνει ότι πρέπει να στερούμαστε. Μπορούμε κάποιες στιγμές να ενδίδουμε σε «γλυκούς» πειρασμούς, προσέχοντας όμως να μην ξεπερνάμε το μέτρο. Καθένας από εμάς διατηρώντας τις απαιτούμενες ισορροπίες μπορεί να επιτύχει την ομαλή ρύθμιση του διαβήτη.

Όμως, το πιο σημαντικό είναι να περιβαλλόμαστε από ανθρώπους που μας αγαπάνε. Τα νέα παιδιά δεν πρέπει να κρύβουν το γεγονός ότι πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη και να ενημερώνουν τους κατάλληλους ανθρώπους είτε πρόκειται για τους καθηγητές του σχολείου τους είτε τους προπονητές τους είτε τους εργοδότες τους είτε τους φίλους και συντρόφους τους, προκειμένου να μπορέσουν να τους βοηθήσουν σε ένα ενδεχόμενο υπογλυκαιμικό επεισόδιο. Επίσης, κάθε διαβητικός πρέπει να βρίσκεται σε διαρκή επικοινωνία με τον προσωπικό του γιατρό ώστε να υπάρχει ενημέρωση και από τις δύο πλευρές και να αποφεύγονται δυσάρεστα αποτελέσματα. Από την προσωπική μου εμπειρία διαπίστωσα ότι ο σακχαρώδης διαβήτης σαν ασθένεια δεν δυσκόλεψε τη ζωή μου σε κανέναν τομέα. Ο μόνος που με δυσκόλεψε ήταν ο ίδιος ο εαυτός μου. Άργησα να συνειδητοποιήσω ότι ο σακχαρώδης διαβήτης είναι τρόπος ζωής.

> « Οφείλω να παραδεχτώ ότι ο διαβήτης δεν στάθηκε εμπόδιο στην επίτευξη των στόχων που είχα θέσει. Συνέχισα να ασχολούμαι με πράγματα που μου πρόσφεραν ευχαρίστηση και ικανοποίηση όπως ο χορός, μια μεγάλη αγάπη και αδυναμία »

λυπάται. Αντίθετα, πίστευε ότι και χωρίς εκείνον μπορούσα να με φροντίσω, γιατί είχα μάθει να ζω με αυτό που ονομάζεται σακχαρώδης διαβήτης και είχα γίνει ο γιατρός του εαυτού μου. Απλά ο Αλέξανδρος προσπαθούσε να μη νιώθω ανασφαλής και να μην αφήνω οποιαδήποτε αποτυχία ή απόρριψη να επηρεάζει αρνητικά την ψυχολογία μου. Η προσπάθειά του αυτή ήταν ιδιαίτερα πιο έντονη κατά τη διάρκεια των πανελλαδικών εξετάσεων. Και με τη δική του βοήθεια κατάφερα να πετύχω τον στόχο μου. Πέρασα στη Νομική Αθηνών και τώρα είμαι στο 3ο έτος. Ωστόσο, δεν θα ήμουν ειλικρινής εάν έλεγα ότι όλη αυτή η διαδικασία ήταν εύκολη για μένα. Οι ατελείωτες ώρες διαβάσματος, η κούραση, η έλλειψη σωματικής άσκησης και το στρες απορύθμισαν για λίγο τον διαβήτη μου. Μπορεί να ήταν μια δύσκολη εμπειρία, αλλά κατάφερα να την αντιμετωπίσω με τη βοήθεια των αγαπημένων μου προσώπων. Και σε αυτό θα ήθελα να εστιάσω. Προφανώς κάθε διαβητικός πρέπει να προσέχει τη διατροφή του, να γυμνάζεται, να κάνει τακτικές μετρήσεις, να ακολουθεί σωστά την αγωγή του και να κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις ανά τρεις μήνες αποφεύγοντας τις καταχρήσεις. Αυτό

Σε αυτό το σημείο θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου, τους φίλους μου και τον γιατρό μου, τον κ. Χιώτη που με βοήθησαν, ο καθένας με τον δικό του τρόπο, να αποδεχτώ τον διαβήτη μου και να ζήσω με αυτόν. Όμως, το μεγαλύτερο ευχαριστώ θέλω να το πω στον Αλέξανδρο, γιατί χάρη σε εκείνον κατάφερα να νικήσω κάθε προσωπική ανασφάλεια και φόβο και να αναθεωρήσω τον «μίζερο» τρόπο με τον οποίο έβλεπα τα πράγματα. Εκτός από σύντροφός μου, ήταν και ο καλύτερός μου φίλος, όλα αυτά τα χρόνια που ήμασταν μαζί. Μπορεί πλέον να βαδίζουμε σε ξεχωριστούς δρόμους, αλλά ξέρω ότι όποτε τον χρειαστώ θα είναι εκεί. Γιατί ο ένας έχει κερδίσει μια σημαντική θέση στη ζωή του άλλου, η οποία έχει ισχυροποιηθεί από δυνατές εμπειρίες όπως η αντιμετώπιση του διαβήτη μου. Εύχομαι η ιστορία μου να περάσει στους αναγνώστες το μήνυμα ότι ο διαβήτης δεν λειτουργεί ανασταλτικά στη ζωή ενός διαβητικού ατόμου, εφόσον παρακολουθείται και ρυθμίζεται σωστά. Ανασταλτικός παράγοντας μπορεί να γίνει μόνο ο εαυτός μας και αυτό πρέπει να αποτρέψουμε. Εξάλλου, το να είσαι «γλυκός» είναι προτέρημα και όχι μειονέκτημα.

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]

ΜΑΡΙΑ ΓΑΡΑΤΖΙΩΤΗ, ιατρός

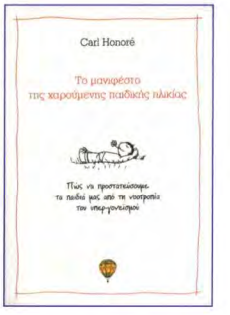


ΑΓΡΟΤΙΚΟ ΙΑΤΡΕΙΟ: Η ΣΥΝΕΙΔΗΤΟΠΟΙΗΣΗ ΤΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

• **Συγγραφέας:** Βασιλεία Χριστοδουλάκη, MD, MSc
• **Ημερομηνία έκδοσης:** Μάιος 2010 • **Εκδόσεις:** Επιστημονικές εκδόσεις Παρισιάνου Α.Ε.
• **Σελίδες:** 176 • **ISBN:** 978-960-394-550-5

Το αγροτικό ιατρείο αποτελεί για πολλούς νέους ιατρούς την πρώτη τους επαφή με την κλινική πραγματικότητα. Οι θεωρητικές γνώσεις πρέπει να μετουσιωθούν σε προσπάθεια επικοινωνίας με τον ασθενή, ερμηνεία κλινικών και εργαστηριακών ευρημάτων, διαγνωστική προσέγγιση και συνταγογράφηση. Εκτός από τα αμιγώς ιατρικά ζητήματα, πολύ συχνά προκύπτουν κοινωνικοί και ηθικοί προβληματισμοί. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με την ευθύνη και τις συνέπειες που συνοδεύουν την κάθε απόφαση, μπορούν να προκαλέσουν ποικίλα συναισθήματα και αντιδράσεις. Το συγκεκριμένο βιβλίο προέκυψε σαν μια τέτοια αντίδραση και γεννήθηκε μέσα από την καταγραφή των περιστατικών ενός περιφερικού αγροτικού ιατρείου, στο οποίο η ίδια η συγγραφέας εκπλήρωσε την υποχρεωτική Υπηρεσία Υπαίθρου. Στη συνέχεια εμπλουτίστηκε με σκέψεις και αυτοκριτική πάνω στα καθημερινά γεγονότα, παίρνοντας έτσι την τελική μορφή του. Γραμμένο με νοσταλγική διάθεση και χιούμορ φιλοδοξεί να θυμίσει στους παλαιότερους τη δική τους παρόμοια εμπειρία και να δώσει στους νεότερους μια ιδέα για το τι πρόκειται να επακολουθήσει. Άλλωστε, το αγροτικό ιατρείο είναι μόνο η αρχή της περιπέτειας...

ΤΟ ΜΑΝΙΦΕΣΤΟ ΤΗΣ ΧΑΡΟΥΜΕΝΗΣ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ
ΠΩΣ ΝΑ ΠΡΟΣΤΑΤΕΥΣΟΥΜΕ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΑΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΟΤΡΟΠΙΑ ΤΟΥ ΥΠΕΡ-ΓΟΝΕΪΣΜΟΥ



• **Συγγραφέας:** Carl Honore • **Μετάφραση από τα αγγλικά:** Άλκηστη Κελεσίδη
• **Ημερομηνία έκδοσης:** Μαΐος 2010 • **Εκδόσεις:** Αερόστατο • **Σελίδες:** 448 (μαλακό εξώφυλλο)
• **ISBN:** 978-960-9435-07-9

«Μεγαλώνουμε για γενιά από κουρασμένα παιδιά-φορτωμένα με υποχρεώσεις και στόχους», γράφει ο δημοσιογράφος και συγγραφέας Καρλ Ονόρε στο τελευταίο βιβλίο του, «Το μανιφέστο της χαρούμενης παιδικής ηλικίας, που μόλις κυκλοφόρησε από τις εκδόσεις Αερόστατο. Στην τέλεια εικόνα μιας ισορροπημένης παιδικής ηλικίας, θα έπρεπε το παιδί να ασχολείται όσο προβλέπει το εκπαιδευτικό σύστημα με το σχολείο του, να κάνει τα μαθήματά του και να έχει μπόλικο ελεύθερο χρόνο να παίξει. Όμως, για πολλά παιδιά της εποχής μας η εικόνα αυτή είναι ένα άπιαστο όνειρο που το βλέπουν από το παράθυρο του δωματίου τους, στο απέναντι πάρκο, όση ώρα μελετούν μία από τις δύο γλώσσες που διδάσκονται, ή εξασκούνται σε ένα μουσικό όργανο.
Το Μανιφέστο της χαρούμενης ηλικίας, είναι μια ενδιαφέρουσα καταγραφή και μια συναρπαστική ματιά στην παιδική ηλικία της εποχής μας. Είναι η επιτομή αυτού που θα λέγαμε «η αναζήτηση της παιδικότητας». Γραμμένο με τρόπο άμεσο και εύληπτο, απευθύνεται πρώτα και πάνω απ' όλα στους γονείς, είτε είναι ειδικοί στον χώρο της παιδοψυχολογίας, είτε είναι εκπαιδευτικοί ή άνθρωποι που απλώς ενδιαφέρονται για τα παιδιά τους.

THE TRUTH ABOUT DIABETES

• **Συγγραφέας:** Geoffrey Leigh • **Εκδοτικός οίκος:** MH Publishing • **ISBN:** 2940000085585

Το βιβλίο αυτό είναι ένα ηλεκτρονικό σύγγραμμα που απευθύνεται στο ευρύ κοινό και στόχο έχει την ενημέρωση σχετικά με την οντότητα του σακχαρώδους διαβήτη. Είναι πλέον δυστυχώς γεγονός ότι ο διαβήτης έχει λάβει επιδημικές διαστάσεις, μία διαπίστωση που επιβεβαιώνεται από στατιστικές και αριθμούς. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι στις ΗΠΑ περίπου το 6% του πληθυσμού πάσχει από τη νόσο, ενώ κάθε χρόνο διαγιγνώσκονται περισσότερες από 15 εκατομμύρια νέες περιπτώσεις. Τα παραπάνω. Έτσι όλοι ανεξαιρέτως θα πρέπει να έχουν τουλάχιστον κάποιες βασικές γνώσεις για τη νόσο, ώστε να προφυλαχθούν στο βαθμό του εφικτού και να είναι πιο έτοιμοι να αντιδράσουν αν χρειαστεί οι ίδιοι ή κάποιος του εγγύς περιβάλλοντός τους να αντιμετωπίσει το σακχαρώδη διαβήτη. Αυτός ακριβώς είναι ο στόχος του συγγραφέα, ο οποίος σε μόλις 92 KB ηλεκτρονικής μνήμης παρέχει μία σύντομη και απλουστευμένη παρουσίαση γνώσεων παθοφυσιολογίας και επιστημονικών δεδομένων σχετικά με το τι ακριβώς είναι ο διαβήτης και οι τύποι αυτού, ποιος είναι ο ρόλος της ινσουλίνης και του παγκρέατος στον οργανισμό, σε τι συνίσταται η υπογλυκαιμία, με ποια συμπτώματα εμφανίζεται, πώς αντιμετωπίζεται, ποια η σχέση της νόσου με το στρες κλπ.



Η απόλαυση δεν είναι μόνο για λίγους. Γι' αυτό και τα Lay's φροντίζουν να την προσφέρουν σε όλους. Με 50% λιγότερο αλάτι, αλλά πάντα με την ίδια ακαταμάχητη γεύση, τα Lay's είναι η πιο γευστική επιλογή ακόμα και για εσάς που προσέχετε τη διατροφή σας. Αληθινές πατάτες, αραβοσιτέλαιο και μια ιδέα αλάτι... Αυτά είναι τα Lay's. Φυσική απόλαυση για όλους.

BBDO ATHENS

Η σημασία των ω-3 λιπαρών οξέων στη διατροφή

Τα τελευταία χρόνια πολλές είναι οι μελέτες που έχουν ασχοληθεί με τις ευεργετικές δράσεις των ω-3 λιπαρών οξέων. Όμως, αν και οι δράσεις είναι ποικίλες, αυτές που είναι ευρύτερα γνωστές είναι όσες σχετίζονται με τις καρδιαγγειακές νόσους

ΧΑΡΗΣ ΔΗΜΟΣΘΕΝΟΠΟΥΛΟΣ,
MMedSc.SRD, κλινικός διαιτολόγος-βιολόγος

Οι γνωστότεροι τύποι ωμέγα 3 λιπαρών οξέων είναι:

- Το Alpha-linolenic acid (ALA)
- Το Eicosapentaenoic acid (EPA)
- Το Docosahexaenoic acid (DHA)

Ωμέγα-3 και διατροφικές πηγές

- Καρύδια
- Σιταρέλαιο
- Λινέλαιο/canola oil
- Μητρικό γάλα
- Θαλασσινά
- Λιπαρά ψάρια π.χ. τόνος, σκουμπρί, σολομός, σαρδέλες
- Ιχθυέλαια

Αναλογία ω-6: ω-3 στο διαιτολόγιο

Η δυτικού τύπου δίαιτα περιέχει υψηλότερα επίπεδα ω-6 λιπαρών οξέων, λόγω της υψηλής κατανάλωσης κρέατος και χαμηλότερα επίπεδα ω-3 λιπαρών οξέων, λόγω της χαμηλής κατανάλωσης ψαριών και της υψηλής κατανάλωσης αυγών και χορταρικών καλλιέργειας. Ονομάζονται απαραίτητα λιπαρά οξέα, δεδομένου ότι ενώ είναι απαραίτητο για την υγεία, αλλά δεν συντίθεται από τον ανθρώπινο οργανισμό, και για αυτό πρέπει να λαμβάνονται από τη δίαιτα. Ο ανθρώπινος οργανισμός μπορεί να συνθέσει άλλα omega-3 λιπαρά οξέα, εκτός του ALA:

1. Eicosapentaenoic acid (EPA): 20:5n-3
2. Docosahexaenoic acid (DHA): 22:6n-3

Αυτά τα δύο αναφέρονται ως **marine-derived omega-3** λιπαρά οξέα, δεδομένου ότι είναι άφθονα σε συγκεκριμένους τύπους ψαριών και θαλασσινών.Αντίθετα το ALA θεωρείται ως **plant-derived omega-3 λιπαρό οξύ**.

Ποιος είναι ο βιολογικός ρόλος των ω-3 λιπαρών οξέων;

Τα ωμέγα 3 λιπαρά οξέα έχουν συνδεθεί με πολλές ευεργετικές λειτουργίες για τον οργανισμό μας, ανάμεσα στις οποίες οι σπουδαιότερες είναι:

1. Μειώνουν την παραγωγή τριγλυκεριδίων στο ήπαρ
2. Μειώνουν την παραγωγή ουσιών που μετέχουν στη φλεγμονή
3. Μειώνουν τη συγκόλληση των αιμοπεταλίων και οδηγούν στη δημιουργία θρόμβων
4. Μειώνουν το ιξώδες του αίματος και αυξάνουν την παροχή οξυγόνου στους ιστούς
5. Μειώνουν την αρτηριακή πίεση σε άτομα με ήπια ΑΥ

Τα ω-3 λιπαρά οξέα έχουν ευεργετικό ρόλο τόσο στην πρόληψη όσο και στην αντιμετώπιση παθήσεων όπως:

1. Στεφανιαίας νόσου
2. Υπέρτασης
3. Σακχαρώδους διαβήτη ΙΙ
4. Νεφροπάθειας (ΧΝΑ και αυτοάνοσης)
5. Αυτοάνοσων νοσημάτων (ρευματοειδούς αρθρίτιδας, ΣΕΛ)
6. Ελκώδους κολίτιδας - Νόσου Crohn
7. Χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας
8. Ψυχικών διαταραχών

Παρενέργειες σχετιζόμενες με ανεπάρκεια απαραίτητων λιπαρών οξέων

1. Αιμορραγική δερματίτιδα
2. Δερματική ατροφία
3. Ξηροδερμία
4. Αδυναμία
5. Μειωμένη όραση
6. Μεταβολές διάθεσης
7. Οίδημα
8. Υψηλή πίεση
9. Αυξημένα τριγλυκερίδια
10. Αιματολογικές διαταραχές
11. Ανοσολογικές και πνευματικές διαταραχές
12. Μειωμένη ανάπτυξη

Πρόληψη παθήσεων:

Διαταραγμένη όραση και νευρολογική ανάπτυξη

Δεδομένου ότι το τελευταίο τρίμηνο της εγκυμοσύνης είναι μια κρίσιμη περίοδος για τη συγκέντρωση του DHA στον εγκέφαλο

και την ίριδα, τα πρόωρα νεογνά είναι **ιδιαίτερα ευπαθή** σε παρενέργειες από ανεπαρκή πρόσληψη DHA, όσο αφορά την όραση και το νευρικό σύστημα. Συγκεκριμένα μελέτες έδειξαν ότι αν και τα πρόωρα νεογνά μπορούν να συνθέσουν DHA από ALA, δεν μπορούν να συνθέσουν αρκετά για να καλύψουν τις μειωμένες ποσότητες DHA στο πλάσμα και τα κύτταρα, χωρίς επιπρόσθετη διαιτητική πρόσληψη. Βρέθηκε, λοιπόν, ότι όταν τα πρόωρα νεογνά λάβουν επιπρόσθετα DHA παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση της λειτουργίας της όρασης, συγκρινόμενα με πρόωρα νεογνά που τρέφονταν με DHA-free formula σε πέντε από τις πέντε τυχαιοποιημένες μελέτες.

Ωμέγα-3 και εγκεφαλικό

Το εγκεφαλικό οφείλεται σε μια μειωμένη παροχή αίματος σε συγκεκριμένο τμήμα του εγκεφάλου, η οποία μπορεί να είναι το αποτέλεσμα, το οποίο με τη σειρά του μπορεί να οφείλεται στην παρεμπόδιση της ροής αίματος από έναν θρόμβο. Ακόμα κι αν τα αποτελέσματα της αυξανόμενης πρόσληψης ωμέγα-3 λιπαρών οξέων και η επίπτωση του εγκεφαλικού δεν έχουν μελετηθεί τόσο λεπτομερώς όσο η σχέση με CHD, από τα μέχρι τώρα δεδομένα προτείνεται ότι η αυξανόμενη διαιτητική πρόσληψη ψαριών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο θρομβωτικού ή ισχαιμικού εγκεφαλικού επεισοδίου, αλλά όχι αιμορραγικού.

Ωμέγα-3 και καρκίνος

Τα ω-3 λιπαρά οξέα φάνηκε να συνδέονται με συγκεκριμένες μορφές καρκίνου όπως του στήθους, του εντέρου κ.ά. Μελέτες καρκίνου σε ζωικά μοντέλα, επίσης, δείχνουν ότι η αυξανόμενη πρόσληψη EPA και DHA μειώνει τον αριθμό των περιστατικών και την πρόοδο καρκίνου του στήθους, του προστάτη και των εντερικών όγκων. Εντούτοις, στους ανθρώπους λίγες μελέτες έχουν καταδείξει σημαντικές αντίστροφες σχέσεις μεταξύ της πρόσληψης ψαριών ή ωμέγα-3 λιπαρών οξέων και του κινδύνου εμφάνισης καρκίνου του στήθους, του προστάτη ή του εντέρου. Για ασθενείς που παρουσιάζουν απώλεια βάρους, λόγω της παρουσίας όγκου στο κεφάλι και στον λαιμό (head and neck cancer-HNSCCa), η λήψη ενός συμπληρώματος με υψηλή ενεργειακή και πρωτεϊνική πυκνότητα, καθώς και εμπλουτισμένο σε EPA μπορεί να περιορίσει ή να αντιστρέψει την απώλεια βάρους και να αυξήσει την άλιπη μάζα. Η προ-εγχειρητική βελτίωση της θρεπτικής κατάστασης, με τη χρήση ενός τέτοιου συμπληρώματος μπορεί να μειώσει τις μετεγχειρητικές επιπλοκές και να περιορίσει τη διάρκεια νοσηλείας (Gianotti et al, 2002).Η χορήγηση κατάλληλης διαιτολογικής συμβουλευτικής από κλινικούς διαιτολόγους και ενός ONS εμπλουτισμένο σε EPA οδηγεί στη διατήρηση μιας καλής διατροφικής κατάστασης και QOL, η οποία συνδέεται με την όρεξη, το αίσθημα κόπωσης, την ύπαρξη διαρροιών, την ενέργεια και τη γενικότερη αίσθηση σε ασθενείς με καρκίνους εντέρου. Ταυτόχρονα, η συμπληρωματικότητα της δίαιτας με omega-3 λιπαρά οξέα μπορεί να περιορίσει την ανάπτυξη ενός υπάρχοντα καρκίνου, αλλά και να συμβάλει στην πρόληψη ή επιβράδυνση μεταστάσεων.Τα omega 3 λιπαρά οξέα



μπορούν να αυξήσουν την αποτελεσματικότητα μιας χημειο-ή-ραδιοθεραπείας, ενώ η χορήγηση ω3 λιπαρών οξέων έχει επίσης προταθεί ως θεραπευτικό μέσο για την καχεξία που εμφανίζεται σε πολλές μορφές καρκίνου.

Φλεγματώδεις νόσοι:

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι η πιο συνηθισμένη συστηματική φλεγματώδης νόσος των αρθρώσεων. Αρκετές είναι οι μελέτες που έχουν διενεργηθεί για να αναδείξουν τις επιπτώσεις της πρόσληψης omega-3 λιπαρών οξέων στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Τα γενικά κλινικά οφέλη έχουν παρατηρηθεί μετά από μια ελάχιστη δόση 3 g/ημ EPA + DHA και δεν ήταν προφανή μέχρι τουλάχιστον τη συμπλήρωση των 12 εβδομάδων λήψης του συμπληρώματος.

Φλεγμονώδεις νόσοι του εντέρου:

Ελκώδης κολίτιδα και νόσος Crohn

Τα αποτελέσματα κλινικών δοκιμών ήταν λιγότερο συνεπή ως προς τις φλεγμονώδεις παθήσεις του εντέρου, από ότι σε ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα. Έχει βρεθεί πώς ένα σημαντικά μεγαλύτερο μέρος των ασθενών νόσου Crohn που πήραν συμπλήρωμα με 2,7 γ./ημέρα EPA + DHA παρέμεινε σε ύφεση κατά τη διάρκεια περιόδου ενός έτους, σε σχέση με αυτούς που ήταν σε placebo. Επίσης, σε τρεις τυχαιοποιημένες μελέτες όπου έγινε χορήγηση από του στόματος, συμπληρώματος ONS, εμπλουτισμένου με EPA + DHA, σε ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο Crohn, υπήρξαν **σημαντικές βελτιώσεις** όσον αφορά συγκεκριμένους παράγοντες όπως είναι: η μειωμένη χρήση

κορτικοστεροειδών φαρμάκων, η μειωμένη παραγωγή των παραγόντων φλεγμονής, η βελτίωση στην πορεία της νόσου, σε ιστολογικούς δείκτες και την αύξηση του βάρους.

Άσθμα

Αν και υπάρχουν ενδείξεις και αποτελέσματα μελετών σχετικά με τη δράση των omega-3 λιπαρών οξέων στη μείωση των παραγόντων φλεγμονής σε ασθματικούς ασθενείς, αποτελέσματα πάνω στη μείωση της κλινικής εκδήλωσης του άσθματος με συμπληρωματική χορήγηση ωμέγα-3 λιπαρών οξέων σε μελέτες δεν είναι ακόμα πλήρως αποδεκτά.

Ωμέγα-3 και νεφροπάθεια

Διάφορες μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με τη σχέση τους, μην εμφανίζοντας όμως κανένα σημαντικό όφελος που να αναστέλλει τη συνεχιζόμενη μείωση της νεφρικής λειτουργίας.Σε ανασκόπιση σχετικά με την επίπτωση της λήψης συμπληρώματος ω3 (περίπου 3 γρ./ημέρα) σε αιμοκαθαιρόμενους έδειξε πως αν και είναι πιθανό να υπάρχει όφελος για τους ασθενείς, αυτό κυρίως σχετίζεται με τη μείωση των τριγλυκεριδίων και λιγότερο με τη βελτίωση της διαδικασίας της διάλυσης, ενώ βρέθηκε πως είναι απόλυτα ασφαλής.Τέλος, σε ασθενείς που έπαιρναν φαρμακευτική αγωγή με κυκλοσπορίνη βρέθηκε πως η λήψη ω3 μπορεί να μειώσει τις παρενέργειες του φαρμάκου, όπως η υψηλή πίεση και η νεφρική βλάβη.

Ωμέγα-3 και μνήμη

Μελέτες σε μεσήλικες με διατροφή πλούσια σε λιπαρά ψάρια (σκουμπρί, σολομό, ρέγκα) είχαν 19% λιγότερες πιθανότητες για πρόβλημα στις πνευματικές τους δεξιότητες και 28% λιγότερες πιθανότητες για πρόβλημα στην ταχύτητα σκέψης.

Η συστηματική κατανάλωση λιπαρών ψαριών συμβάλλει στον μειωμένο κίνδυνο για προβλήματα που σχετίζονται με μνήμη, γνωστικές ικανότητες και ευστροφία.Αντίθετα, μια διατροφή πλούσια σε χοληστερόλη, οδηγεί σε 27% μεγαλύτερο κίνδυνο για ανεπάρκεια μνήμης και 26% μεγαλύτερο κίνδυνο για μειωμένη πνευματική ευκαμψία και ευστροφία.

Κατάθλιψη και ψυχολογικές διαταραχές

Διάφορες μικρές μελέτες έχουν βρει ότι τα επίπεδα ωμέγα-3 λιπαρών οξέων είναι **χαμηλότερα** στο πλάσμα και το λίπος των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη, σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.Σε μελέτες σε άτομα, με διπολική διαταραχή, η κατανάλωση μεγάλων ποσοτήτων EPA (6,2 g/d) και DHA (3,4 g/d) φάνηκε πως μπορεί να έχουν μια σημαντικά μεγαλύτερη περίοδο ύφεσης από εκείνους που λάμβαναν placebo με ελαιόλαδο κατά τη διάρκεια μιας περιόδου τεσσάρων μηνών. Επίσης, ασθενείς που πήραν συμπλήρωμα EPA + DHA παρουσίασαν σε μικρότερο βαθμό κατάθλιψη από εκείνους που πήραν το φάρμακο ελέγχου.

Omega-3 και ψυχική υγεία

Η ανεπάρκεια λήψης Omega-3 σχετίζεται με κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, επιθετικότητα, άνοια, διπολική διαταραχή-αφασία και αναπτυξιακές διαταραχές. Μελέτες σε ζώα έδειξαν ότι συμπλήρωμα με PUFA συνδέεται με καλύτερη μαθησιακή ικανότητα και συμπεριφορά.

Σχιζοφρένεια

Η σχιζοφρένεια είναι μια χρόνια εγκεφαλική διαταραχή που εμφανίζεται περίπου στο 1% του γενικού πληθυσμού. Σε έρευνα σε 45 σχιζοφρενικούς ασθενείς βρέθηκε ότι επιπρόσθετη πρόσληψη 2 g./day EPA σε συνδυασμό με αντιψυχωτική θεραπεία ήταν καλύτερη από μια επιπρόσθετη πρόσληψη 2 g./day DHA ή ένα φάρμακο ελέγχου, στη μείωση των συμπτωμάτων.Αν και υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία που να προτείνουν ότι η συμπληρωματική χορήγηση EPA μπορεί να παίξει χρήσιμο ρόλο στην αντιψυχωτική θεραπεία, σε σχιζοφρενείς ασθενείς απαιτούνται ακόμα μεγαλύτερες και μακροπρόθεσμες μελέτες που να εξετάσουν κλινικά τα σχετικά αποτελέσματα.

Ωμέγα 3 και διαβήτης

Τα άτομα που πάσχουν από ζαχαρώδη διαβήτη μπορούν και αυτά να επωφεληθούν από τα ωμέγα 3 λιπαρά οξέα, καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι η κατανάλωσή τους συντελεί στην καλύτερη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος και την αύξηση των επιπέδων της καλής (HDL) χοληστερίνης. Η διατροφή που είναι πλούσια σε ψάρια και άλλες πηγές ωμέγα -3 λιπαρών οξέων παρατηρήθηκε σε έρευνα ότι βοήθησε να μειωθεί ο κίνδυνος εμφάνισης διαβήτη 1 σε παιδιά με οικογενειακό ιστορικό, τα οποία κινδύνευαν να αναπτύξουν τη νόσο.

Βιβλιογραφία

1. ASCO AMERICAN SOCIETY of CLINICAL ONCOLOGY 2005, Annual Meeting Proceedinds, 23, 16S Part I: 8112.
2. Calder P, Proceedings of the Nutr Society (2002), 61, 345–358.
3. Dietary intake of fatty acids and fish in relation to cognitive performance middle age, Neurology 2004; 62:275-280.
4. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition:Non-surgical oncology (Agents J et al, Clinical Nutrition 2006, 25:245-259).
5. Friedman A et al. Clin J Am Soc Nephrol 2006; 1:182-189.
6. Gamoh et al., 1999; Kaplan & Greenwood, 1998; Lim & Suzuki, 2000.
7. Goh J, Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 307-320.
8. Goh J, Aliment Pharmacol Ther 2003; 17: 307-320.
9. Horrocks LA, Pharmacol Res. 1999 Sep;40(3):211-25.
10. Joy CB, Cochrane Database Syst Rev 2006, 19: 3-9.
11. Kotler DP, Ann Inter Med 2000, 133:622-634.
12. Lakhan SE, Vieira KF. Nutr J. 2008 Jan 21;7:2.
13. MacLean CH, et al Evid Rep Technol Assess (Summ). 2004 Mar;(89):1-4.
14. Moreira A, et al, J Investig Allergol Clin Immunol. 2007;17(5):309-1.
15. Owen C et al, Curr Opin Psychiatry. 2008 Jan;21(1):19-24.
16. Read JA et al, Support Care.
17. Ross BM, Lipids Health Dis. 2007 Sep 18;6:21.
18. Seidner DL et al, Clin Gastr Hepat 2005; 3:358-369.
19. Simopoulos AP. Am J Clin Nutr. 1999 Sep;70(3 Suppl):560S-569S.
20. Taziki O, Saudi J Kidney Dis Transpl. 2007 Nov;18 (4):571-6.
21. van d er Watt G et al, Curr Opin Psychiatry. 2008 Jan;21(1):37-42.
22. Wigmore SJ, Nutrtion 1996, 12:S27-30.

MINERVA
100 YEARS of EXCELLENCE

Benecol

ή χοληστερίνη
ή MINERVA Benecol

TBWA\ATHENS

Το MINERVA Benecol είναι το μόνο τρόφιμο με φυτικές στανόλες, εγκεκριμένες από την Ευρωπαϊκή Ένωση για τη δράση τους στη μείωση της χοληστερίνης, στα πλαίσια μιας ισορροπημένης διατροφής.

Ταυτόχρονα, το MINERVA Benecol είναι το μόνο που παράγεται αποκλειστικά στην Ελλάδα και έχει κλινική έρευνα* σε Έλληνες, από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

ή χοληστερίνη ή MINERVA Benecol



Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης

Το μόνο κατά της χοληστερίνης με κλινική έρευνα σε Έλληνες

*Vasilios G. Athyros et al., "Effect of a plant stanol ester-containing spread, placebo spread, or Mediterranean diet on estimated cardiovascular risk and lipid, inflammatory and haemostatic factors"; Nutrition Metabolsm and Cardiovascular Diseases 2009 (in press).



Πάμε βόλτα;

Νοιώστε την απόλυτη ηρεμία και την γαλήνη οδηγώντας ένα ποδήλατο

Αφήστε τις σκοτούρες για λίγο και κάνετε ένα μοναδικό δώρο απόλαυσης και χαλάρωσης στον εαυτό σας. Απολαύστε μια βόλτα με ποδήλατο. Το ποδήλατο εκτός από ένα καλό μέσω μετακίνησης, προσφέρει ψυχική ανάταση και φυσικά, καλή φυσική κατάσταση στον αναβάτη του

ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Τα τελευταία χρόνια αυξάνονται όλο και περισσότερο οι θαυμαστές του ποδηλάτου, που ξεχύνονται στους δρόμους και τα πάρκα αναζητώντας μια όαση ψυχικής και σωματικής απόδρασης. Δυστυχώς στην Ελλάδα, δεν υπάρχουν οι κατάλληλες υποδομές για να μπορέσουμε να απολαύσουμε μια βόλτα με το ποδήλατο μας. Ούτε και φυσικά η κατάλληλη παιδεία από πεζούς, οδηγούς αυτοκινήτων και μηχανών, για να μπορέσουμε με ηρεμία αλλά κυρίως ασφάλεια να κάνουμε την βόλτα που επιθυμούμε.

Υπάρχουν όμως αρκετές διαδρομές και μέρη που μπορούμε να επισκεφτούμε προκειμένου να απολαύσουμε την βόλτα, το τοπίο και τη φύση. Ακολουθήστε λοιπόν μερικά μονοπάτια που σας προτείνουμε και νοιώστε την ηρεμία και την γαλήνη να σας κυριεύουν.

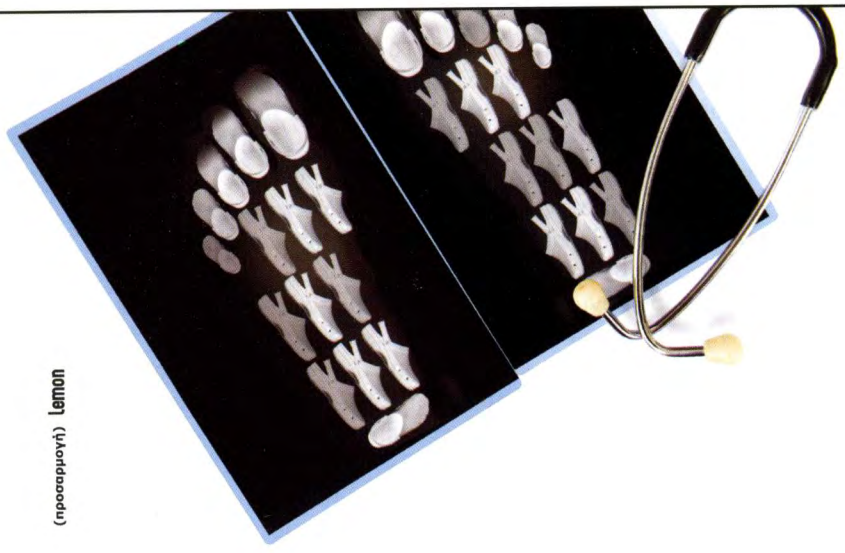
Βόλτα στην Παραλιακή

Μπορεί το όμορφο καλοκαίρι να μας αποχαιρέτισε και επισήμως να έχουμε μπει στο φθινόπωρο, όμως ακόμα μπορούμε να απολαύσουμε μια βόλτα στην παραλιακή. Η διαδρομή είναι μαγευτική και το αεράκι από την θαλάσσια αύρα, όπως επίσης και η εικόνα της θάλασσας να λαμπιρίζει κάτω από τον ήλιου, μπορούν να αποζημιώσουν όλους όσους το τολμήσουν να κάνουν μια βόλτα με το ποδήλατο.

Ξεκινήστε από το Στάδιο Ειρήνης και Φιλίας (ΣΕΦ) και ακολουθήστε τις γραμμές του τραμ που θα σας οδηγήσουν ως την Γλυφάδα. Παρκάρετε το αυτοκίνητο στο χώρο που βρίσκεται δίπλα στις ολυμπιακές εγκαταστάσεις κοντά στο Δέλτα Φαλήρου, πάρτε το ποδήλατο σας και ξεκινήστε το μικρό σας ταξίδι. Για να φτάσετε στην Γλυφάδα από το ΣΕΦ θα χρειαστείτε περίπου δύο ώρες.

Η διαδρομή είναι φανταστική. Μετά από λίγα λεπτά φτάνετε πίσω από τα γήπεδα 5Χ5 του Φαληρικού Δέλτα και στη συνέχεια στο πεζοδρόμιο της παραλιακής με κατεύθυνση προς τη Γλυφάδα. Μπορεί να μην υπάρχει ειδική χάραξη για ποδήλατα, όμως το φάρδος του πεζοδρομίου δίνει μια αίσθηση σιγουριάς, χωρίς τον κίνδυνο των αυτοκινήτων. Από τα πιο όμορφα κομμάτια της διαδρομής είναι και αυτό που διασχίζουμε μέχρι να φτάσουμε στο Τροκαντερό. Η αμεσότητα σας με την θάλασσα φαντάζει σαν να κάνουμε βόλτα με τη βάρκα μας. Στη συνέχεια φτάνουμε στο Καλαμάκι. Στρίβουμε δεξιά προς τη μαρίνα του Καλαμακίου και παίρνουμε το δρόμο πίσω από το Bebek – Kitchen Bar, ποδηλατώντας ανάμεσα στα κότερα και τα δέντρα. Στο τέλος του δρόμου κάνουμε αριστερά και πριν βγούμε στον κεντρικό δρόμο της παραλιακής στρίβουμε δεξιά, σε ένα καλά κρυμμένο πεζόδρομο που παιρνάει μπροστά από το Όστρια και τις πλαζ του Καλαμακίου. Αφήνουμε το Καλαμάκι ενώ δεν είμαστε μακριά από τη διασταύρωση με την λεωφόρο Αλίμου η οποία συνδέει την παραλιακή με τη λεωφόρο Βουλιαγμένης. Χωρίς να το καταλάβετε έχετε βρεθεί έξω από το παλιό αεροδρόμιο στο Ελληνικό όπου τα πεζοδρόμια είναι φαρδιά κι επιβλητικά και προσκαλούν να τα τιμήσετε και να αποφύγετε για ακόμη μια φορά την άσφαλτο. Αφήνουμε ▸





(προσαρμογή) Lemon



silver fox



silver cloud

just what the doctor ordered

αντιβακτηριακή προστασία | εργονομία | άνεση | κατά της κακοσμίας

UNITED STATES CERTIFIED ERGONOMICS

croslite tm ag+

ACCEPTED AMERICAN PODIATRIC MEDICAL ASSOCIATION

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

crocs tm medical Rx



πίσω το πρώην αεροδρόμιο βρισκόμαστε έξω από τα KART της Γλυφάδας. Φοίνικες, θάλασσα, ουρανός, κι ένας ορίζοντας που μπορεί να γίνει επικίνδυνος με τόση ομορφιά. Λίγο παρακάτω θα συναντήσετε το κολυμβητήριο όπου και θα στρίψετε δεξιά για θα μπείτε μέσα στην είσοδο που έχει για το πάρκινγκ του. Αμέσως μετά την είσοδο θα στρίψετε αριστερά και μετά από 50 μέτρα θα βρεθείτε σε ένα ακόμη καλά κρυμμένο πλακόστρωτο μονοπάτι. Το μονοπάτι αυτό κινείται παράλληλα με όλες τις ολυμπιακές εγκαταστάσεις του Αγ. Κοσμά και τελειώνει με μια δεξιά κλίση του δρόμου που θα μας βάλει στον παράδρομο της Γλυφάδας που οδηγεί στο κέντρο της πόλης. Αυτό είναι και το τελευταίο κομμάτι που θα διασχίσετε.

Υμηττός: ανάβαση στον Κουταλά

Για όσους από εσάς η ποδηλασία αποτελεί ένα καλό τρόπο έντονης γυμναστικής, σας προτείνουμε να επισκεφτείτε την περιοχή Κουταλά που βρίσκεται στον Βύρωνα. Εκεί θα βρείτε ένα γήπεδο μπάσκετ ένα γήπεδο 5Χ5 όπως επίσης και ένα δημοτικό αναψυκτήριο. Από υψόμετρο 250 μέτρων θα ξεκινήσετε την ανάβαση σας μέχρι να φτάσετε στα 514 μέτρα διανύοντας μια απόσταση 9.5km. Ξεκινάμε την βόλτα μας έχοντας στο αριστερό μας χέρι τα γήπεδα και στο δεξί μας το αναψυκτήριο. Συναντάμε την πρώτη διασταύρωση και συνεχίζουμε ευθεία. Στη διχάλα που θα συναντήσουμε παίρνουμε το δεξί μονοπάτι το οποίο είναι περισσότερο κακοτράχαλο. Διασχίζουμε ένα αρκετά μεγάλο κομμάτι το οποίο οδηγεί σε μια επιπλέον διασταύρωση και ακολουθούμε το δεξί δρόμο προς Καλοπούλα. Ανηφορίζοντας αρκετά το δασικό δρόμο σε κάποιο σημείο στα αριστερά σας θα συναντήσετε ένα μονοπάτι και μια ξύλινη μπάρα. Αυτό σημαίνει πως πηγαίνετε σωστά. Συνεχίστε παραπέρα. Αρκετά μακρύτερα θα συναντήσετε ένα ακόμα μονοπάτι το οποίο έχει και αυτό μπροστά του μια ξύλινη μπάρα. Αυτό που έχετε να κάνετε είναι να περάσετε το ποδήλατο σας από επάνω από την ξύλινη μπάρα και να συνεχίσετε την πορεία σας. Ανάμεσα από τεράστια πεύκα, ριζωμένα εκεί πάνω από 50 χρόνια θα απολαύσετε την ηρεμία και το καθαρό οξυγόνο που σας προσφέρουν. Με ιδιαίτερη προσοχή ακολουθήστε το μικρό μονοπάτι και κατηφορίζοντας θα φτάσετε σε ένα παλαιό οίκημα, προχωρήστε ευθεία και μετά από αρκετή απόσταση θα συναντήσετε έναν αρχαίο ναό στα δεξιά σας. Ο ναός αυτός είναι και το τελευταίο σημάδι που θα συναντήσετε στο δρόμο σας μέχρι να φτάσετε στο τέλος της διαδρομής που σας οδηγεί σε μια πινακίδα που κατευθύνεται ξανά προς τον Βύρωνα. Προσοχή. Η διαδρομή αυτή δεν θα σας οδηγήσει στα γήπεδα και τα αναψυκτήρια.

Βούλα: Ανεβείτε τον Κρεμαστό Λαγό

Μια κλασική παλαιά διαδρομή για όσους κάνουν συχνά ποδήλατο είναι η ανάβαση προς τον κρεμαστό λαγό που βρίσκεται στο Πανόραμα της Βούλας. Εάν έχετε γερά πνευμόνια ή επιθυμείτε έντονη γυμναστική με το ποδήλατο, δεν έχετε παρά να ανέβετε την ανηφόρα μήκους 4,9Km και να φτάσετε σε υψόμετρο 343m. Η διαδρομή ξεκινάει από την συμβολή των οδών Λεωφόρου Βουλιαγμένης και την οδό Πειραιώς, στην Βούλα.

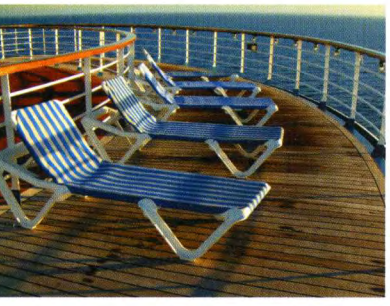
Ακολουθώντας τον δρόμο προς τα πάνω θα συναντήσετε την πρώτη μεγάλη διασταύρωση, εκεί θα στρίψετε δεξιά στην οδό Υμηττού και θα ακολουθήσετε τις πινακίδες που οδηγούν προς το δημοτικό κοιμητήριο Βούλας. Αν έχετε ακολουθήσει σωστά τις πινακίδες τότε σε ένα αρκετά ανηφορικό σημείο θα συναντήσετε στα αριστερά σας έναν μεγάλο πέτρινο τοίχο. Αυτό σημαίνει ότι μέχρι στιγμής όλα πάνε καλά. Σε αυτό το ύψος, αν σταματήσετε για λίγο, θα παρατηρήσετε στα δεξιά σας ένα υπέροχο θέαμα. Την θάλασσα να ξεδιπλώνεται μπροστά στα μάτια σας. Απολαύστε την υπέροχη αυτή εικόνα αδειάζοντας απ'το μυαλό σας όλες τις αρνητικές σκέψεις. Ύστερα από λίγο ξεκινήστε πάλι την πορεία σας η οποία θα σας οδηγήσει στην είσοδο του κοιμητηρίου της Βούλας, που βρίσκεται στα δεξιά μας. Προσπερνάτε την είσοδο και συνεχίζετε σχεδόν για 900m, όπου και συναντάτε στα αριστερά σας το μνημείο των πυροσβεστών που υπάρχει στην περιοχή. Ανεβαίνοντας 500m ακόμα, προς μεγάλη σας ανακούφιση θα συναντήσετε το σημείο τερματισμού της διαδρομής σας. Μετά από μια τέτοια ανάβαση, νομίζω ότι η κατάβαση είναι σκέτη απόλαυση. Κατηφόρα και μόνο κατηφόρα.

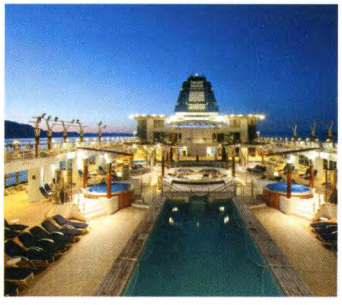


Κρουαζιέρα

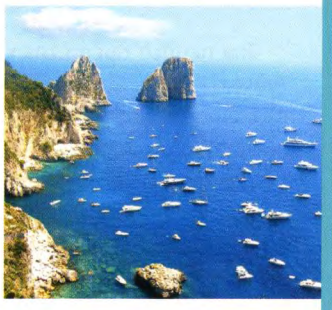
Ελλάδα - Ιταλία - Κορσική - Γαλλία - Τυνησία - Μάλτα

Αφήστε πίσω τις σκοτούρες και τα άγχη και σαλπάρετε για εννέα μέρες στη δυτική Μεσόγειο. Η σκέψη μιας κρουαζιέρας ηχεί όμορφα στα αφτιά κάθε επίδοξου ανθρώπου που αναζητά την εν πλω περιπέτεια









ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Η κρουαζιέρα ξεκινάει από τον Πειραιά με πρώτο προορισμό την πανέμορφη Νάπολη. Το ιστορικό κέντρο της Νάπολης είναι -στην ουσία- μια σειρά από στενά πεζοδρομημένα δρομάκια του 13ου και 14ου αιώνα, με παλάτια και εκκλησίες. Η piazza del Gesu, με τη μπαρόκ αρχιτεκτονική του Gesu Nuovo να συνυπάρχει δίπλα από το αυστηρό εξωτερικό της Santa Chiara, αντικατοπτρίζει τη διχασμένη προσωπικότητα της ντόπιας αρχιτεκτονικής. Εκεί κοντά βρίσκεται και η piazza San Domenico Maggiore, με τα χαλαρωτικά cafes γύρω από την μπαρόκ εκκλησία San Domenico Maggiore. Ο πιο κεντρικός δρόμος της πόλης είναι η via Toledo. Στο ένα της άκρο θα βρείτε το αρχαιολογικό μουσείο piazza Museo Nazionale, όπου στεγάζονται, ανάμεσα σε άλλα, μωσαϊκά και αγάλματα από την Πομπηία.

Την επόμενη ημέρα επισκεφθείτε το Λιβόρνο, όπου θα μαγευτείτε από την παραμυθένια Φλωρεντία, την πόλη της Αναγέννησης, της τέχνης και της κουλτούρας που γέννησε τα μοναδικά ταλέντα Ντα Βίντσι, Μιχαήλ Άγγελο, Μποτιτσέλι και Ντοναντέλλο. Αξίζει να δείτε τα ανάκτορα του Πίτι και Στρότσι, τους κήπους Μπόμπολι, την ιστορική πλατεία του καθεδρικού ναού, την ακαδημία με τα έργα του Μιχαήλ και την πινακοθήκη Ουφίτσι.

Και όλα αυτά λίγο πριν επισκεφθείτε το φημισμένο Μόντε Κάρλο, όπου μπορείτε να επισκεφθείτε τα ανάκτορα του Ρενιέ, που τα στόλιζε η ευγενική ομορφιά της άτυχης Γκρέις Κέλι, το ωκεανογραφικό μουσείο, το βασιλικό παρεκκλήσι, όπου βρίσκονται οι τάφοι των Γκριμάλντι, καθώς και το φημισμένο καζίνο, κάποτε ιδιοκτησία του Αριστοτέλη Ωνάση. Στο πιο διάσημο καζίνο του κόσμου δοκιμάστε την τύχη σας στις υπέρλαμπρες αίθουσες που ολοκληρώθηκαν υπό την αρχιτεκτονική επίβλεψη του Καρόλου Γκαρνιέ. Αν πάλι δεν συμπαθείτε τα τυχερά παιχνίδια, απολαύστε το ποτό ή το δείπνο σας ακούγοντας ζωντανή μουσική στα μπαρ του καφέ ντε Παρί και στις σάλες του Οτέλ ντε Παρί παρέα με τους διάσημους θαμώνες του πριγκιπάτου.

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ







Την πέμπτη ημέρα της κρουαζιέρας σας θα επισκεφθείτε το Αιάκειο και θα κάνετε μια όμορφη βόλτα στο κέντρο της πόλης και στο σπίτι του Ναπολέοντα, του οποίου ο θρύλος σε συνδυασμό με τη θέα από την ακρόπολη του Μπονιφάτσιο και ο αυθεντικός χαρακτήρας των Κορσικανών, θα σας μαγνητίσουν το ενδιαφέρον.

Για «κουρσάρους» -και όχι μόνο- η φανταστική Τυνησία σας καλεί να την ανακαλύψετε. Η Τυνησία διαθέτει το βαθύ μπλε της Μεσογείου, με πανέμορφες παραλίες και αρχαιολογικούς θησαυρούς, που προσελκύουν κάθε χρόνο εκατομμύρια τουρίστες από όλο τον κόσμο. Ένας επίγειος παράδεισος γεμάτος φως, χρυσές αμμουδιές όπου είναι χτισμένα κοσμοπολίτικα θέρετρα. Μια όαση που ξελογιάζει και τον πιο απαιτητικό ταξιδιώτη με πρώτο διδάξαντα τον δικό μας πολυμήχανο Οδυσσέα. Απέραντη έρημος, οάσεις, αρχαίοι πολιτισμοί, ισλαμικά μνημεία, σκηνές Βερβαρίνων και Τρωγλοδύτες συνυπάρχουν με μοντέρνα ξενοδοχεία και υπερσύγχρονες τουριστικές εγκαταστάσεις. Η Τυνησία είναι μια χώρα με μοναδική ατμόσφαιρα. Κατά τη διάρκεια της περιήγησης, θα επισκεφθείτε εντυπωσιακά ρωμαϊκά και ισλαμικά αξιοθέατα, θα γνωρίσετε γραφικά χωριά και παραθαλάσσιες πόλεις και θα εξερευνήσετε τοπία μοναδικής φυσικής ομορφιάς. Για μια «γεύση» της εξωτικής πλευράς της Τυνησίας, θα έχετε τη δυνατότητα να κάνετε βόλτα με καμήλες, να επισκεφθείτε μια παραδοσιακή τρώγλη, να δοκιμάσετε τη θαυμάσια τοπική κουζίνα και να απολαύσετε το ηλιοβασίλεμα στη Σαχάρα.

Την επόμενη ημέρα, θα διασκεδάσετε στη Μάλτα, ένα μικρό και πυκνοκατοικημένο νησιωτικό κράτος, που αποτελείται από ένα αρχιπέλαγος επτά νησιών στο μέσο της Μεσογείου και συγκεκριμένα στη Βαλέτα, πρωτεύουσα της Μάλτας, στη βόρεια ακτή της





με έντονο μπαρόκ χαρακτήρα. Απολαύστε τη Βαλέτα, την «Απόρθητη Πόλη» και μνημείο παγκόσμιας πολιτιστικής κληρονομιάς της UNESCO (1980). Η Μάλτα είναι η χώρα που μοιάζει με υπαίθριο μουσείο. Η μεσαιωνική της αρχιτεκτονική και ιστορία, την κατατάσσουν ως τη μοναδική ευρωπαϊκή χώρα που κάθε σημείο της είναι τόσο εμφανής και προφανής: η Μάλτα είναι ένα τεράστιο κάστρο βγαλμένο απευθείας από τη μηχανή του χρόνου. Οι επισκέπτες μπορούν να επισκεφτούν μεσαιωνικά κάστρα και πολιτείες μέσα στο νησί, μπαρόκ εκκλησίες και παλάτια. Η ιστορία δεν είναι όμως το μόνο θέλγητρο του νησιού που βυθίζεται κάθε καλοκαίρι από τουρίστες που θέλουν να απολαύσουν τις υπέροχες παραλίες, τα γαλανά νερά και τα παραδοσιακά χωριά του που διακοσμούν το όμορφο μεσογειακό τοπίο του νησιού και το καθιστούν έναν από τους πιο όμορφους ταξιδιωτικούς προορισμούς.

Το ταξίδι της επιστροφής γίνεται την ένατη ημέρα. Χαλαρώστε μια ημέρα εν πλω απολαμβάνοντας την ηρεμία και τις υψηλού επιπέδου υπηρεσίες του κρουαζιερόπλοιού σας και αποβιβαστείτε στο λιμάνι του Πειραιά.

Αλάτι: Ένα πολύτιμο φυσικό συστατικό

Το αλάτι είναι ένα πολύτιμο φυσικό συστατικό, απαραίτητο για την καθημερινή μας διατροφή, καθώς διευκολύνει την πέψη, συντελεί στην έκκριση των γαστρικών υγρών, εμποδίζει τις ζυμώσεις του στομάχου και των εντέρων και βοηθάει τον μεταβολισμό των τροφών που περιέχουν πρωτεΐνες



Παράλληλα, το αλάτι είναι ιδιαίτερα ωφέλιμο σε ορισμένες παθολογικές καταστάσεις, δεδομένου ότι εμποδίζει την αιμόπτυση και δρα σαν καθαρκτικό, συντελεί στην αύξηση του αριθμού των ερυθρών αιμοσφαιρίων και τα βοηθά να προσλαμβάνουν ευκολότερα το οξυγόνο. Δεδομένου όμως ότι η κατάχρηση του πολύτιμου αυτού συστατικού είναι δυνατόν να προκαλέσει παθήσεις, επιβάλλεται προσοχή στον καθορισμό της καθημερινής απαιτούμενης ποσότητας.

Lay's 50% λιγότερο αλάτι!

Η εταιρεία Tasty Foods (μέλος του ομίλου εταιρειών PepsiCo International), λαμβάνοντας υπόψη τις διαφοροποιημένες και διαρκώς διευρυνόμενες ανάγκες των καταναλωτών, δημιούργησε τα Lay's 50% λιγότερο αλάτι. Τα Lay's 50% λιγότερο αλάτι είναι ιδανικά για όσους χρειάζεται να περιορίσουν την ποσότητα αλατιού που καταναλώνουν καθημερινά, επιτρέποντάς τους όμως παράλληλα, να απολαμβάνουν ένα νόστιμο και υγιεινό σνακ, φτιαγμένο από 100% πατάτα.

Μάλιστα, οι πρωτοβουλίες του ομίλου και της εταιρείας προς αυτήν την κατεύθυνση δεν σταματούν εδώ, αφού εκφρασμένος στόχος είναι η μείωση κατά 25% της περιεκτικότητας όλων των προϊόντων του ομίλου σε αλάτι και λίπος, μέχρι το 2015.

Η φιλοσοφία της Tasty και οι διαρκείς καινοτομίες

Η φιλοσοφία άλλωστε της εταιρείας είναι πάγια προσανατολισμένη στη διαρκή εξέλιξη των προϊόντων της ώστε να ακολουθούν τα πιο αυστηρά κριτήρια υγιεινής και ισορροπημένης διατροφής. Στο πλαίσιο αυτό, η εταιρεία εφαρμόζει προσεκτική διαλογή πρώτων υλών και συστατικών παραγωγής και χρησιμοποιεί τα καλύτερης ποιότητας έλαια, επιτυγχάνοντας σημαντική μείωση των λιπαρών που περιέχονται στα προϊόντα της. Παράλληλα, πραγματοποιεί αυστηρούς και συνεχής ποιοτικούς ελέγχους σε όλα τα στάδια παραγωγής των προϊόντων της, ενώ συνεχίζει σταθερά την πολιτική της για μη χρήση τεχνητών χρωστικών ουσιών και συντηρητικών. Λειτουργώντας ως υπεύθυνο μέλος της κοινωνίας επενδύει συνεχώς προς αυτήν την κατεύθυνση και προσφέρει πάντα τα καλύτερα προϊόντα για τους καταναλωτές σε μια μεγάλη ποικιλία επιλογών, με στόχο την κάλυψη των διαφορετικών αναγκών τους. Όσον αφορά τα πατατάκια Lay's, η Tasty έχει φέρει πολλές καινοτομίες στην ελληνική αγορά, με γνώμονα πάντα την προσφορά ενός διαρκώς καλύτερου και ποιοτικότερου προϊόντος.

Το 2005 η εταιρεία διέθεσε στην αγορά τα Lay's Σπιτικά, τα πρώτα πατατάκια που τηγανίζονται σε 100% ελαιόλαδο, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των λιπαρών κατά 13% συγκριτικά προς το τηγάνισμα σε φυτικά έλαια.

Το 2006 τα Lay's αντικατέστησαν σε όλες τις γεύσεις τα φυτικά έλαια με αραβοσιτέλαιο, επιτυγχάνοντας μείωση των κορεσμένων λιπαρών κατά 70%.

Τον Σεπτέμβριο του 2009 ολοκληρώθηκε η συνολική μείωση του αλατιού στα Lay's Κλασικά κατά 25%, ενώ τον Μάρτιο του 2009 εισήχθησαν στην αγορά τα Lay's Στον Φούρνο, με 70 % λιγότερα λιπαρά.

PUBLI

ΜΙΝΕΡΒΑ BENECOL

το μόνο τρόφιμο κατά της χοληστερίνης με κλινική έρευνα στους Έλληνες

Τις τελευταίες δεκαετίες στη χώρα μας έχουμε μια ραγδαία αύξηση της συχνότητας εμφάνισης χρόνιων νοσημάτων φθοράς, όπως η στεφανιαία νόσος, που σχετίζονται και με τα λανθασμένα διατροφικά πρότυπα. Η χοληστερίνη, όπως επίσης η παχυσαρκία, το κάπνισμα, ο διαβήτης τύπου 2, το άγχος, η απουσία σωματικής άσκησης, αποτελούν βασικούς παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι ένας στους τρεις Έλληνες πάσχει από υψηλά επίπεδα χοληστερίνης, ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο, το 40% των θανάτων οφείλονται σε στεφανιαία νόσο, η οποία εξακολουθεί να είναι μια από τις βασικότερες αιτίες θανάτου στον δυτικό κόσμο. Για τον λόγο αυτό, η αντιμετώπιση ενός τόσο σοβαρού προβλήματος υγείας πρέπει να αποτελεί βασική μέριμνα για κάθε ενήλικα

Οι ετικέτες των τροφίμων και οι ισχυρισμοί για τη διατροφή και την υγεία

Στις μέρες μας ολοένα και περισσότερες ετικέτες τροφίμων περιέχουν πληροφορίες για τη διατροφή και την υγεία που μας παρέχουν χρήσιμες γνώσεις για τα τρόφιμα που αγοράζουμε. Οι ετικέτες μπορούν να μας βοηθήσουν να καταλάβουμε τη συμβολή που έχουν τα διάφορα τρόφιμα στην υγεία και την ευημερία μας, καθώς επίσης και να μας βοηθήσουν να υιοθετήσουμε μια πιο ισορροπημένη διατροφή. Για τον λόγο αυτό, οι ισχυρισμοί υγείας, που σχετίζονται με το κατά πόσο ένα τρόφιμο μπορεί να συμβάλει στην αντιμετώπιση ενός προβλήματος υγείας, θωρακίζονται και οριοθετούνται από ένα ιδιαίτερα αυστηρό νομοθετικό πλαίσιο από την πλευρά της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Η αναγνώριση από την Ε.Ε.

Πρόσφατα, η Ευρωπαϊκή Ένωση ενέκρινε επίσημα[1] τον ισχυρισμό ότι οι φυτικές στανόλες, το ενεργό συστατικό που περιέχουν τα προϊόντα ΜΙΝΕΡΒΑ BENECOL, έχει αποδειχθεί ότι μειώνουν τα υψηλά επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Η σχετική έγκριση της Ε.Ε. έρχεται σε συνέχεια της θετικής γνωμοδότησης της Ευρωπαϊκής Αρχής Ασφάλειας Τροφίμων (EFSA), η οποία εξετάζει όλους τους ισχυρισμούς υγείας που αναγράφονται στις συσκευασίες των τροφίμων. Ο ισχυρισμός για την αποτελεσματική δράση των φυτικών στανολών των προϊόντων BENECOL στη μείωση της χοληστερίνης, μέσω της οποίας μειώνεται ο παράγοντας κινδύνου εμφάνισης στεφανιαίας νόσου, ήταν από τους πρώτους ισχυρισμούς που εγκρίθηκαν από την EFSA, επισφραγίζοντας το επιστημονικό υπόβαθρο και την αποτελεσματικότητα των προϊόντων BENECOL στη μείωση της χοληστερίνης και στην προστασία της καρδιάς. Σύμφωνα με δήλωση της αρμόδιας Επιτροπής, «έχει αποδειχθεί ότι οι φυτικές στανόλες μειώνουν τα επίπεδα της χοληστερίνης στο αίμα. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Περισσότερες από 60 δημοσιευμένες επιστημονικές έρευνες παγκοσμίως έχουν αποδείξει την αποτελεσματικότητα της κατανάλωσης φυτικών στανολών, που περιέχονται στα προϊόντα BENECOL, στη μείωση της χοληστερίνης. Στην Ελλάδα, το ΜΙΝΕΡΒΑ BENECOL είναι το μόνο τρόφιμο κατά της χοληστερίνης με κλινική έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό, από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Το μόνο τρόφιμο κατά της χοληστερίνης με κλινική έρευνα στους Έλληνες

Στην Ελλάδα έχουμε ιδιαίτερες διατροφικές συνήθειες, για αυτό και είναι σημαντικό η αποτελεσματικότητα ενός τροφίμου να πιστοποιείται με έρευνες, ειδικά σε εμάς τους Έλληνες. Το ΜΙΝΕΡ-

[1] Scientific substantiation of a health claim related to plant sterols and lower/reduced blood cholesterol and reduced risk of (coronary) heart disease pursuant to Article 14 of Regulation (EC) No 1924/2006; The EFSA Journal (2008) 781, 1-12

PUBLI

ΒΑ BENECOL είναι το μόνο τρόφιμο κατά της χοληστερίνης με κλινική έρευνα[2] σε ελληνικό πληθυσμό από το Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της κλινικής έρευνας* του Αριστοτέλειου Πανεπιστήμιου Θεσσαλονίκης σε έλληνες χοληστερινοπαθείς, οι φυτικές στανόλες που περιέχουν τα προϊόντα MINERVA BENECOL μειώνουν την κακή LDL χοληστερίνη, στο πλαίσιο μιας ισορροπημένης διατροφής που βασίζεται στις ελληνικές διατροφικές συνήθειες. Τα υψηλά επίπεδα χοληστερίνης συνιστούν παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Η κλινική έρευνα του ΑΠΘ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από τη Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική του Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης και είχε διάρκεια τέσσερις μήνες. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα, άνδρες και γυναίκες, ηλικίας 45-65 χρόνων με σχετικά ήπια υπερχοληστεραιμία, οι οποίοι δεν παρουσίαζαν καμία άλλη οργανική πάθηση και δεν ακολουθούσαν αγωγή με στατίνες.

Τα αποτελέσματα της κλινικής έρευνας

Τα αποτελέσματα της κλινικής έρευνας έχουν ιδιαίτερη σημασία για την υγεία των Ελλήνων που έχουν υψηλή χοληστερίνη, τονίζοντας τη σπουδαιότητα της κατανάλωσης των φυτικών στανολών των προϊόντων MINERVA BENECOL στην αντιμετώπιση των υψηλών επιπέδων της χοληστερίνης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας:

- η κατανάλωση φυτικών στανολών, στο πλαίσιο της ημερήσιας διατροφής, μειώνει άμεσα την ολική χοληστερίνη και την κακή LDL χοληστερίνη,
- η μείωση της χοληστερίνης διατηρείται μακροπρόθεσμα, με συνέχιση της καθημερινής κατανάλωσης προϊόντων MINERVA BENECOL, εμπλουτισμένων με φυτικές στανόλες και
- η κατανάλωση των φυτικών στανολών συμβάλλει στη μείωση των υψηλών επιπέδων της χοληστερίνης, μέσω της οποίας μπορεί να ελαττωθεί ο παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου.

Συνιστώμενη δοσολογία

Κλινικές έρευνες παγκοσμίως έχουν δείξει ότι η συστηματική κατανάλωση 2g φυτικών στανολών ημερησίως μειώνουν κατά ένα μέσο ποσοστό 10% τα επίπεδα της χοληστερίνης. Το γεγονός αυτό ώθησε το Εθνικό Πρόγραμμα Ενημέρωσης για τη χοληστερίνη στις ΗΠΑ και την Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία στην έκδοση συγκεκριμένων οδηγιών, οι οποίες θεωρούν αναγκαία την ένταξη δύο γραμμαρίων φυτικών στανολών στο καθημερινό διαιτολόγιο ατόμων που αποσκοπούν στη μείωση των υψηλών επιπέδων της χοληστερίνης. Αυτή η ποσότητα στανολών ισοδυναμεί με 30 γραμ. (τρεις μερίδες) MINERVA BENECOL την ημέρα, δηλαδή περίπου έξι φέτες ψωμιού αλειμμένες με MINERVA BENECOL.

Με την εγγύηση της MINERVA

Από το 2004, η εταιρεία MINERVA παράγει στην Ελλάδα και προσφέρει στον έλληνα καταναλωτή τα προϊόντα επάλειψης MINERVA BENECOL, τα μοναδικά προϊόντα με φυτικές στανόλες για μείωση της χοληστερίνης.

Θα τα βρείτε σε τρεις υπέροχες γεύσεις:

- **Μινέρβα Benecol** κλασικό με φυτικές στανόλες για αποτελεσματική μείωση της χοληστερίνης.
- **Μινέρβα Benecol με Ελληνικό ελαιόλαδο**. Χάρη στις φυτικές στανόλες που περιέχει μειώνει τη χοληστερίνη, ενώ ταυτόχρονα είναι κατάλληλο για μαγειρική και ζαχαροπλαστική χρήση.
- **Μινέρβα Benecol με γιαούρτι και πρεβιοτικές ίνες**. Διπλό όφελος για τον οργανισμό. Εμπλουτισμένο με φυτικές στανόλες μειώνει τη χοληστερίνη, ενώ χάρη στις πρεβιοτικές ίνες που περιέχει συμβάλλει στην ενίσχυση άμυνα του οργανισμού.

ή χοληστερίνη... ή MINERVA BENECOL



[2] Effect of a plant stanol ester-containing spread, placebo spread, or Mediterranean diet on estimated cardiovascular risk and lipids, inflammatory and haemostatic factors/ Vasilios G. Athyros, Anna I. Kakafika, Athanasios A. Papageorgiou,Konstantinos Tziomalos, Athanasia Peletidou, Christos Vosikis, Asterios Karagiannis, Dimitri P. Mikhailidis

Οδηγός διαβητολογικών κέντρων

ΑΘΗΝΑ-ΠΕΙΡΑΙΑΣ

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

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

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

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

- **Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός», Ενδοκρινολογικό Τμήμα,** Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, τηλ.: 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808
- **Μαιευτικό Γυναικολογικό Κέντρο Αθηνών «Έλενα Ε. Βενιζέλου»** πλ. Ε. Βενιζέλου 2, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), (ενδοκρινολογικό), fax: 210 6411156
- **Π.Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Π.&Α. Κυριακού»,** Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7790990
- **Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιοπούλειο»,** Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 ή 418, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951
- **1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσίων),** τέρμα Ζαΐμη, ΤΚ 15127, Μελίσσια, Τ: 210 8106200, 210 8037820 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837
- **251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας,** Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χολαργός, Τ: 210 7463399, 210 7464093 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7715690
- **Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»,** Μεσογείων 152, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7778611-19, 210 7763194 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7778838
- **Γ.Ν. Αθηνών «Σισμανόγλειο»,** Σισμανογλείου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700
- **Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Ελπίς»,** Δημητσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445646
- **Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπιείο»,** Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 210 8923000, 210 8923197 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8923326
- **Νοσοκομείο Αφροδισίων & Δερματικών Νόσων Αθηνών «Ανδρέας Συγγρός»,** Ι. Δραγούμη 5, ΤΚ 16121, Αθήνα, Τ: 210 7265000, 210 7265218 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7235546
- **Γ.Ν. Παίδων Αθηνών «Αγία Σοφία»,** Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649
- **Γ.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων», Ενδοκρινολογικό Τμήμα,** Δ. Μουντούβαλου 3, ΤΚ 18454, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 213 2076709
- **Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά»,** Μπόταση 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 210 4284444, fax: 210 4599774
- **Γ.Ν.Α. "Γιώργος Γεννηματάς",** Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 210 7768646 (εξωτ. ιατρείο) (Τρίτη-Πέμπτη), fax: 210 7705980

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

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

Ν. ΔΩΡΙΔΟΣ

- **Ν.Γ.Ν. Άμφισσας Οικισμός Δροσοχωρίου,** ΤΚ 33100, Άμφισσα, Τ: 22650 28460, διαβητολογικό (εσωτ.: 171), fax: 22650 22086

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

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

Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

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

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

- **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»,** Ελένης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 969100, 2310 969427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 206015
- **Ν.Α.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»,** Εθνικής Αντίστασης 161, Φοίνικας, ΤΚ 54625, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 493400 (τηλ. κέντρο), 2310 49353 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 451727
- **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ», Β΄ Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσ/νίκη, Τ: 2310 993111, 2310 993375-6 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994803
- **Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς» (κεντρικό),** Εθνικής Αμύνης 41, ΤΚ 54635, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 211221, fax: 2310 210401
- **Β΄ Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης (Παναγία),** Ν. Πλαστήρα 22, ΤΚ 55132, Ν.Κρήνη, Τ: 2310 479600, Fax: 2310 438122
- **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α΄ Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892462 (εξωτ. Ιατρείο), fax: 2310 992784
- **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο», Α΄ Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης,** Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 892000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 819758
- **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου», Α΄ Παθολογική Κλινική,** Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 693000, 2310 693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 693181
- **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»,** ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

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

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

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

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

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

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

Ν. ΚΑΒΑΛΑΣ

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

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

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

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

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

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

- **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστάνειο»,** Ε. Βοστάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700, εσωτ. 5340 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 41500

Ν. ΣΑΜΟΥ

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

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

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

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

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

Ν. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

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

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

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

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

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

ΘΡΑΚΗ / Ν. ΕΒΡΟΥ

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

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

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

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

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

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

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

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

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

ΚΡΗΤΗ / Ν. ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ

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

Ν. ΧΑΝΙΩΝ

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

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΣ / Ν. ΑΡΓΟΛΙΔΟΣ

- **Ν.Γ.Ν. Άργους,** Κορίνθου 191, ΤΚ 21200, Άργος, Τ: 27510 64290, 27510 64128 (εξωτ. ιατρείο), fax: 27510 24644

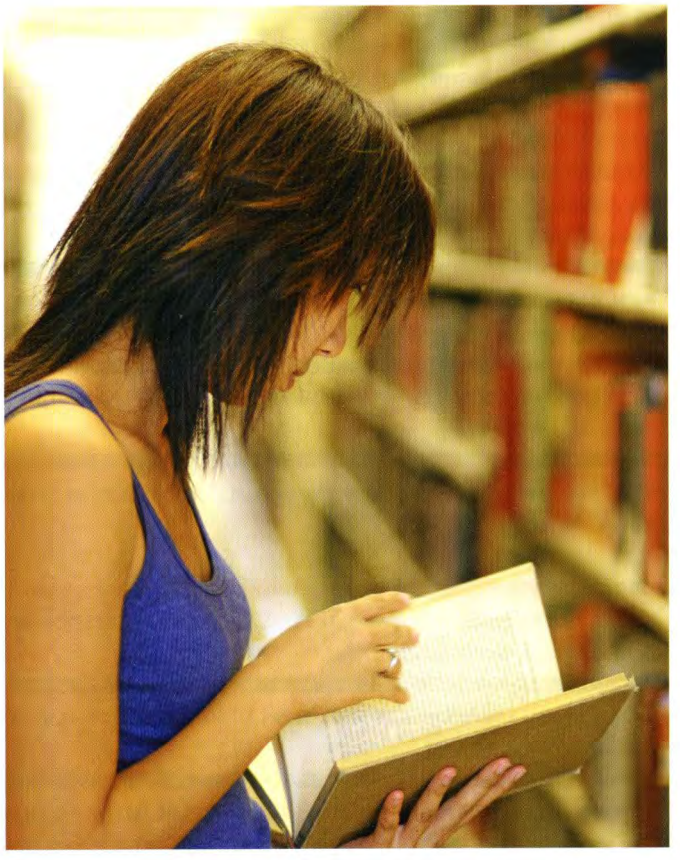
Ν. ΑΡΚΑΔΙΑΣ

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

Ν. ΚΟΡΙΝΘΙΑΣ

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

Μας ρωτάτε - Σας απαντάμε



Είμαι 16 και μισό ετών και έχω διαβήτη τύπου 1 εδώ και εννέα χρόνια. Του χρόνου θα πρέπει να δώσω εξετάσεις για να περάσω στο πανεπιστήμιο. Μήπως ο διαβήτης μου θα περιορίσει τις επαγγελματικές επιλογές μου;

Ο σακχαρώδης διαβήτης δεν θα πρέπει να περιορίσει τις επαγγελματικές επιλογές σου. Υπάρχουν μερικά επαγγέλματα, που μπορεί -λόγω ασφάλειας ή παραμονής μέσα στη σχολή κατά τις σπουδές (π.χ. πιλότος, στρατιωτικός)- οι διαβητικοί να αποκλείονται. Οι σύλλογοι διαβητικών προσπαθούν να το παρακάμψουν αυτό. Επίσης, δεν θα πρέπει να έχεις κανένα περιορισμό κατά την εξεταστική διαδικασία για την εισαγωγή στο πανεπιστήμιο. Με τη βοήθεια του γιατρού σου και με πιθανή αλλαγή στο σχήμα ινσουλινοθεραπείας, όλα θα πρέπει να πάνε κανονικά. Ακόμη ισχύει η πιθανή εισαγωγή στην κατηγορία των Ατόμων με Ειδικές Ανάγκες, για τις εξετάσεις, αλλά πιθανώς όχι για πολύ ακόμα!

Η κόρη μου είναι τεσσάρων χρόνων και έχει διαβήτη εδώ και τέσσερες μήνες. Σε μια συγκέντρωση διαβητικών, τις προάλλες, είδα ένα παιδάκι -ανάλογης ηλικίας- να χρησιμοποιεί μόνο του ένα στυλό ινσουλίνης! Δεν είναι πολύ μικρά σε αυτήν την ηλικία να κάνουν κάτι τέτοιο;

Δεν υπάρχει μικρή ή μεγάλη ηλικία για συσκευές χορήγησης ινσουλίνης, όπως οι πένες ή και άλλες όπως οι αντλίες ινσουλίνης. Εξαρτάται από τον βαθμό άνεσης του παιδιού και της οικογένειας. Καλό είναι να γνωρίζουν όλες τις δυνατότητες και μετά να επιλέγουν αυτήν που τους ταιριάζει. Τα στυλό ινσουλίνης, σε μικρότερες ηλικίες, ίσως κάνουν τη διαδικασία της ένεσης πιο εύκολη: είναι πολύχρωμα (προσεγγίζουν περισσότερο το παιχνίδι), έχουν μικρότερη βελόνα -5 mm- και πονάνε λιγότερο, καθώς η βελόνα είναι επενδυμένη με σιλικόνη. Αν το παιδί νιώθει άνετα να κάνει μόνο του την ένεση, δεν υπάρχει κανένα θέμα. Καλό θα είναι, πάντως, σε τόσο μικρή ηλικία, οι γονείς να επιβλέπουν. Ωστόσο ένα παιδί στην ηλικία αυτή δεν πρέπει να αναμένεται να κάνει μόνο του την ένεση!

Το παιδί μου είναι 17 ετών και έχει διαβήτη εδώ και οκτώ χρόνια. Ο έλεγχός του είναι μέτριος εδώ και 4-5 χρόνια. Με προβληματίζουν αυτά που ακούω για επιπλοκές σε μάτια, πόδια, καρδιά... Πόσο πιθανό είναι να συμβούν;

Οι όποιες επιπλοκές του διαβήτη που ακούτε για αυτές, εμφανίζονται μετά από υπεργλυκαιμία (σάκχαρο αίματος πάνω από 200 mg/dl) για μεγάλο χρονικό διάστημα (πάνω από 5-10 έτη). Το παιδί σας, όντας 17 ετών, αντιμετωπίζει τις προκλήσεις του διαβήτη μαζί με την εφηβεία. Με κοινή λογική και με όλα τα θεραπευτικά μέσα που έχουμε σήμερα, θα πρέπει ο έλεγχος του διαβήτη του να βελτιωθεί σύντομα. Σπανιότατα βλέπουμε επιπλοκές σε τέτοιες ηλικίες σε άτομα με διαβήτη τύπου 1. Δεν θα πρέπει όμως να αφεθεί, χωρίς παρέμβαση, γιατί τότε είναι πιθανό να ξεφύγει, για μεγάλο χρονικό διάστημα, και τότε ίσως εμφανιστούν επιπλοκές.

Ο γιος μου είναι 12 ετών και πάσχει από σακχαρώδη διαβήτη εδώ και τρία χρόνια. Αθλείται καθημερινά δύο με τρεις ώρες. Κάνει όμως κάλους στα πόδια του. Δεν υπάρχουν ειδικά παπούτσια για αυτό;

Ο αθλητισμός παίζει βασικό ρόλο στη βελτίωση της ρύθμισης του σακχαρώδη διαβήτη. Όμως, δεν πρέπει να προκαλεί τραυματισμούς, όπως αυτούς που έχει ο γιος σας. Είναι προφανές ότι τα παπούτσια που φοράει δεν είναι κατάλληλα. Υπάρχουν ειδικά παπούτσια για αυτό: αυτά που είναι άνετα, κατάλληλα για το άθλημα που κάνει και δεν προκαλούν προβλήματα! Είμαι βέβαιος ότι έτσι θα λυθεί το πρόβλημα αυτό.

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

ΝΕΟ ΑΘΗΝΑΙΟΝ
M.D. HOSPITAL A.E.



- **Πρωτοποριακή ιατρική τεχνολογία**
- **Κορυφαίοι Ιατροί και Νοσηλευτές**
- **Υψηλής ποιότητας υλικοτεχνική υποδομή**
- **Προσέγγιση του ασθενούς με σεβασμό και χαμόγελο**



Νέο Όραμα για την Υγεία σας

Αστυδάμαντος 83, 116 34 Αθήνα
Τηλ.: 210 7228 511 - 515, fax: 210 7241 833
e-mail: info@neoathinaion.gr
www.neoathinaion.gr

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑ

ΕΙΔΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ

- Μονάδα Εντατικής Θεραπείας επτά Κλινών
- Μονάδα Ενδαγγειακής Χειρουργικής
- Μονάδα Παθολογικής Ογκολογίας
- Μονάδα Επεμβατικής Καρδιολογίας
- Μονάδα Μαστού
- Μονάδα Επεμβατικής Ακτινολογίας
- Μονάδα Άκρου Ποδός
- Μονάδα Μελέτης Ύπνου
- Μονάδα Ενδοσκοπικής ΩΡΛ Χειρουργικής
- Μονάδα Βαριατρικής, Θεραπεία Παχυσαρκίας
- Μονάδα Εξωτερικών Ιατρείων και Έκτακτων Περιστατικών

PiC indolor

INSUPEN

ΒΕΛΟΝΕΣ ΠΕΝΑΣ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗΣ

πρωτοπορία
μέσα από συνεχή έρευνα

Πρωτοποριακή τεχνολογία, έρευνα και συνεχείς μετρήσεις. Η εταιρεία Pic ήταν πάντα αφοσιωμένη στην ανάπτυξη των καλύτερων προϊόντων που βελτιώνουν την καθημερινότητά μας.
Η νέα βελόνα ινσουλίνης **32G** είναι ιδανική για μια τόσο απαιτητική αγωγή, δίνοντας τη δυνατότητα στο διαβητικό να έχει στα χέρια του την καλύτερη θεραπευτική λύση, **απλή στη χρήση** και με το **λιγότερο πόνο**.

32G η πιο λεπτή βελόνα!

Συμβατή με όλες τις πένες χορήγησης ινσουλίνης...

συμβατότητα
μια βελόνα για όλους

Η βελόνα ινσουλίνης **32G** είναι συμβατή με όλες τις συσκευές έγχυσης ινσουλίνης (Sanofi Aventis, Ely Lilly, Novo Nordisk κλπ) αφού ακολουθεί το Ευρωπαϊκό Πρότυπο **UNI EN ISO 11608-1:2001**

διάμετρος βελόνας μόλις **0,23 mm**



λύσεις
για κάθε διαβητικό

Οι βελόνες ινσουλίνης Pic κυκλοφορούν σε μεγάλη γκάμα διαμέτρων για να καλύψουν τις ανάγκες κάθε διαβητικού.



32Gx6 | 32Gx8 | 31Gx6 | 31Gx8 | 30Gx8 | 29Gx12

PIC AD 1 09/09

ΠΡΟΩΘΗΣΗ & ΔΙΑΝΟΜΗ:

Bayer Ελλάς ΑΒΕΕ
Τομέας Προϊόντων Διαβήτη:
Σωρού 18-20, 151 25 Μαρούσι,
Ανοιχτή Γραμμή Διαβήτη:
801 11 40200

Γραφείο Β. Ελλάδας:
Κ. Αποστόλων (Ιδ. οδός),
555 10 Πυλαία Θεσ/νίκης,
Ταχ. θυρίδα 21006
τηλ.: 2310 399.420