

[ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ] στα βαθιά νερά και με σακχαρώδη διαβήτη

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ



- Χρήστος Σπ. Μπαρτσόκας:
Ο αφοσιωμένος δάσκαλος της Παιδιατρικής
- Η κατάθλιψη ως επίπτωση του διαβήτη σε εφήβους και νεαρούς ενήλικες
- Ίδρυμα "Αριστείδης Δασκαλόπουλος": 1 στα 3 ελληνόπουλα είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα
- Σακχαρώδης διαβήτης και υγιές χαμόγελο: μπορούν να συνυπάρχουν;

ΣΕ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΤΟ



ΙΟΥΛΙΟΣ - ΑΥΓΟΥΣΤΟΣ 2008 - ΤΕΥΧΟΣ 4



Άριστα... 10

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

Χρησιμοποιεί
δίσκο 10 ταινιών
με τεχνολογία
χωρίς
κωδικοποίηση



www.bayerdiabetes.com

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

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

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

NEO Αποτελέσματα σε μόνο 5 δευτερόλεπτα*

NEO Ελάχιστο δείγμα αίματος (μόλις 1 μl)*

NEO 420 μνήμες αποτελεσμάτων

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

* Χρησιμοποιεί τους δίσκους ταινιών μέτρησης BREEZE® 2

ASCENSIA
BREEZE
Blood Glucose Monitoring System



Bayer HealthCare



ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ



Ε.ΚΕ.ΔΙ



International
Diabetes
Federation

Διμηνιαία Περιοδική Έκδοση

ΙΔΙΟΚΤΗΣΙΑ: ΕΛΟΔΙ

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

ΕΚΔΟΤΗΣ: Βαγγέλης Τσαρές

Μεσογείων 36, 115 27 Αθήνα

τηλ: 210 7487777, φαξ: 210 7488995

Συντακτική & Δημοιογραφική Επιμέλεια-Παραγωγή:

anathesis
Creative Publications

Γενική Διεύθυνση

Εύη Νανούρη
enanouri@anathesis.gr

Account Supervisor

Τζένη Περγιαλιώτου
tjergialioutou@anathesis.gr

Art Director

Κυριάκος Βοργιάς
sundayv@anathesis.gr

Σύνταξη

Γιώργος Καραχάλης
Μαρία Γαρταζιώτη
Κάτια Αντωνιάδη

Υποδοχή Διαφήμισης

Μαρία Μαρινάκη
info@anathesis.gr

Πείτε μας τη γνώμη σας για το ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ

Επικοινωνήστε μαζί μας για ό,τι σας απασχολεί
στο τηλ: 210 8233954 ή στα email: info@elodi.org,
tjergialioutou@anathesis.gr

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

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

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

Ανδριανή Βαζαίου, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' Παιδιατρικής Κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσ. Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

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

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

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

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

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

Βασίλειος Καραμάνος, αναπλ. καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Δημήτριος Καραμήτσος, καθηγητής Παθολογίας - Διαβητολογίας Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

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

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

Γεώργιος Κουκούλης, αναπληρωτής καθηγητής Ενδοκρινολογίας, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

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

Ασημίνα Μπτράκου, επίκουρη καθηγήτρια Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

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

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

Μαρίαννα Μπενρουμπή, παθολόγος, αναπλ. διευθύντρια Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΝ Αθηνών «Ποσειδωνική»

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

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

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

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

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

Αγαθοκλής Τσατσούλης, καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δημήτριος Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος, πρόεδρος Ελληνικής Ομοσπονδίας για το Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ)

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



ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ η πρόληψη είναι καλύτερη της θεραπείας και στην περίπτωση του σακχαρώδους διαβήτη

4 ΠΡΟΟΙΜΙΟ
Δημήτριος Π. Χιώτης Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

6 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ
Χρήστος Σπ. Μπαρτσόκας
Μια εκ βαθέων συζήτηση με τον αφοσιωμένο
δάσκαλο της Παιδιατρικής

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



16 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ
Τελικά πόσο οργανωμένα είναι τα διαβητολογικά
ιατρεία της χώρας;

20 ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΗ ΕΥΘΥΓΡΑΜΜΙΣΗ
Η πολιτική πρόληψης του σακχαρώδους
διαβήτη

22 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
■ Όλη η αλήθεια για την θεραπευτική
αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 1
■ Αποτελεί ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2
απειλή για τα παιδιά και τους εφήβους;

28 ΕΡΕΥΝΑ ΚΑΙ ΑΝΑΠΤΥΞΗ
Οι νέες τεχνολογίες στην φαρέτρα των ιατρών για
την αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη

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

34 ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
Τελικά είναι επικίνδυνη η παρουσία της οξόνης
στα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη;

36 ΟΙΚΟΝΟΜΙΑ ΚΑΙ ΔΙΑΒΗΤΗΣ
Μεταβολικό σύνδρομο: τί είναι και πώς
αντιμετωπίζεται

ΠΡΟΛΗΨΗ & ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
είναι καθαρά θέμα δικής σας επιλογής η πρόληψη του ΣΔ 2



ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ οι νέες τεχνολογίες στην αντιμετώπιση του διαβήτη

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

44 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
■ Η σχέση του σακχαρώδους διαβήτη με την οστεοπόρωση

■ Αντιμετωπίστε αποτελεσματικά τη διαβητική νευροπάθεια

48 ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Μπορεί να συνυπάρχει ο σακχαρώδης διαβήτης με το υγιές χαμόγελο;



50 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ
Η κατάθλιψη ως επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη στη ζωή του εφήβου και του νεαρού ενήλικα

54 ΣΤΗ ΜΑΧΗ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
«Όλα είναι θέμα θέλησης και προσπάθειας»

56 ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ
Σωστά και λάθη για τα πόδια των διαβητικών στόμων

58 ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΚΑΙ ΑΜΥΝΑ
Το Ίδρυμα "Αριστείδης Δασκαλόπουλος" μας αποκαλύπτει σημαντικά στοιχεία για τις διατροφικές συνήθειες των παιδιών και των εφήβων στη χώρα μας

60 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
Κολύμβηση: κάντε μια βουτιά στα βαθιά χωρίς ενδοιασμούς

62 ΙΑΤΡΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΘΗΚΗ
Νέες κυκλοφορίες για να είστε πάντα ενήμεροι

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

ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ
μια βουτιά στα βαθιά βοηθά στη σωστή ρύθμιση του σακχάρου



Δημήτριος Π. Χιώτης
Πρόεδρος ΕΛΟΔΙ

Αγαπητοί αναγνώστες,

Οι καλοκαιρινές διακοπές πέρασαν αφήνοντας τη δική τους ξεχωριστή πινελιά στην καρδιά και την ψυχή μας. Τις στιγμές ξεκούρασης και χαλάρωσης διαδέχονται πλέον η επιστροφή στη δουλειά, με τους αναπόφευκτα έντονους ρυθμούς και το άγχος. Η προσαρμογή συνήθως γίνεται απότομα, όμως η καλοκαιρία –που στη χώρα μας έχουμε την τύχη να κρατά συνήθως μέχρι τον Οκτώβριο– είναι σύμμαχός μας. Συνεπώς, τα απογεύματα καθώς και τα σαββατοκύριακα ενδείκνυνται για περιπάτους και εκδρομές στη φύση, που όχι μόνο φορτίζουν τις «μπαταρίες» μας αλλά βοηθούν και στη διατήρηση του επιθυμητού σωματικού βάρους και συνεπώς του καλού γλυκαιμικού ελέγχου.

Μια και αναφέρθηκα στο σωματικό βάρος, θα ήθελα να εστιάσω σε μια έρευνα που πραγματοποίησε το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος», την οποία έχουμε τη χαρά να φιλοξενούμε στις σελίδες του περιοδικού μας. Πρόκειται για μια πανελλήνια ποσοτική έρευνα σχετικά με τις διατροφικές συνήθειες παιδιών και εφήβων ηλικίας 3-18 ετών. Θα σταθώ σε δύο στοιχεία: α) ένα στα τρία παιδιά ηλικίας 3-12 ετών έχει υπερβάλλον σωματικό βάρος, β) το 70% των νέων ηλικίας 16-18 ετών βρίσκεται κάτω από το ενδεδειγμένο χρονικό όριο σωματικής δραστηριότητας. Θεωρώ ότι είναι χρέος όλων μας, τόσο των γονέων όσο και των λειτουργών υγείας αλλά και της πολιτείας, να κάνουμε ό,τι περνάει από το χέρι μας, προκειμένου να προσπασίσουμε την υγεία των παιδιών μας, ώστε να μην εξελιχθούν σε παχύσαρκους ενήλικες με κίνδυνο εμφάνισης σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2.

Μια καλή εναλλακτική σε ό,τι αφορά τη σωματική δραστηριότητα είναι η κολύμβηση. Τα οφέλη της συγκεκριμένης άσκησης στην ψυχική και τη σωματική υγεία αναλύει διεξοδικά μέσα στις επόμενες σελίδες του τεύχους ο κ. Νεοκλής Γεωργόπουλος, επίκουρος καθηγητής Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής της Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών.

Σε αυτό το τεύχος, μεταξύ άλλων, προσπαθήσαμε να εμβαθύνουμε στην πολύπλευρη προσωπικότητα του ομότιμου καθηγητή της Παιδιατρικής κ. Χρήστου Μπαρτσόκα. Διαβάζοντας κανείς τη συνέντευξή του, ταξιδεύει μαζί του ακατάπαυστα σε Ελλάδα και ΗΠΑ, αψηφώντας το χρόνο και την κούραση ενός τέτοιου υπερατλαντικού ταξιδιού. Αυτό το πολυετές πηγαϊνέλα μεταξύ των δύο χωρών έπαιξε καθοριστικό ρόλο όχι μόνο στην επαγγελματική σταδιοδρομία του αλλά και στη διαμόρφωση της προσωπικότητάς του και της κοσμοθεωρίας του.

Για άλλη μια φορά να ευχαριστήσω θερμά όλους εσάς τους συναδέλφους και φίλους που προσφέρατε τις πολύτιμες γνώσεις σας και συνεχίζετε να συνδράμετε με συνέπεια και προθυμία στην έκδοση του περιοδικού «Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για Όλους».

Ευχαριστώ επίσης και όλους εσάς, τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη, για τα τηλεφωνήματα και τις επιστολές σας, όπου μας ζητάτε να λαμβάνετε το περιοδικό στο σπίτι σας. Τα αιτήματά σας έχουν ήδη καταχωρηθεί και διεκπεραιωθεί.

Εύχομαι σε όλους καλό φθινόπωρο και μην αμελήσετε το ραντεβού με το γιατρό σας! Γιατί το καλοκαίρι μπορεί να πέρασε, αλλά οι διατροφικές ατσαθιές συνάδουν σχεδόν πάντα με τις διακοπές, τα μπάνια και τα παραθαλάσσια ταβερνάκια.





GEN/2/08.08

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.



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

www.merckserono.net • www.merckserono.gr

[ΧΡΗΣΤΟΣ ΣΠ. ΜΠΑΡΤΣΟΚΑΣ]

Ο αφοσιωμένος δάσκαλος της Παιδιατρικής



ΤΖΕΝΗ ΠΕΡΠΑΛΙΟΤΟΥ



Πέρασαν κιόλας 45 ολόκληρα χρόνια από τη μέρα εκείνη που ο ομότιμος καθηγητής της Παιδιατρικής, κ. Χρήστος Μπαρτσόκας, ξεκίνησε ενεργά να αγωνίζεται στον ιερό στίβο της αγαπημένης του ειδικότητας. Μέσα από το αέναο ταξίδι του αποκόμισε πλούσιες εμπειρίες, γνώσεις, χαρές, διακρίσεις, αλλήλα και προβληματισμούς και απογοητεύσεις. Όλα όμως είναι μέσα στο πρόγραμμα. Όπως αναφέρει και ο ίδιος, δανειζόμενος τα λόγια του μεγάλου αμερικανού γιατρού, ποιητή και δικαστή Oliver Wendell Holmes, «για να φτάσουμε κάπου στη ζωή μας πρέπει να αρμενίζουμε μερικές φορές με τον άνεμο και άλλες φορές ενάντια. Αλλά να ταξιδεύουμε, να μη συμπαρασυρόμαστε, ούτε να αγκυροβολούμε».

Έχω την αίσθηση ότι η παιδιατρική πρέπει να είναι μια πολύ «ευαίσθητη» ειδικότητα. Όταν έχεις να κάνεις με παιδιά, είσαι λίγο περισσότερο ευάλωτος. Παύσσο, η επαφή μαζί τους, αναμφίβολα, σε γεμίζει με ομορφιά, ελπίδα, ζωή και τρυφερότητα. Μιλήστε μου λίγο για την είσοδό σας στην Παιδιατρική, τα κίνητρα που σας ώθησαν να ασχοληθείτε με τη συγκεκριμένη ειδικότητα, αλλά και το ρόλο του παιδίατρου στην υγιή σωματική και νοητική ανάπτυξη του παιδιού.

Είναι γεγονός ότι η είσοδος στην Παιδιατρική αποτέλεσε για μένα μεγάλη πρόκληση. Όχι μόνο γιατί ενώπιον του γιατρού βρίσκονται νεότερα άτομα, νεογνά, βρέφη και παιδιά, με τη φρεσκάδα και την αφέλεια που τα χαρακτηρίζει, αλλά και λόγω της εντυπωσιακής συνεχούς εξέλιξης, ανάπτυξης και ωρίμανσής τους. Ο παιδίατρος πρέπει να διαθέτει γνώσεις που όχι μόνο άπτονται ολόκληρου του φάσματος των ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά

και την ψυχολογία των μικρών πελατών του και του περιβάλλοντός τους (γονείς, φίλοι, σχολείο). Ο παιδίατρος πρέπει να είναι δάσκαλος της οικογένειας. Τα νεαρά ζευγάρια γενικώς στερούνται των απαραίτητων γνώσεων βρεφοκομίας, αλλά και διαπαιδαγώγησης των παιδιών. Επιπλέον, αποτελεί και το δικηγόρο των παιδιών, καθοδηγώντας τους γονείς στη σωστή φροντίδα, αλλά και προασπίζοντας και διασφαλίζοντας τα δικαιώματά τους έναντι παντός τρίτου. Τρεις ήταν οι συγκυρίες που έπαιξαν καθοριστικό ρόλο στην ενασχόλησή μου με την Παιδιατρική. Ως πρώτη συγκυρία, οφείλω να αναφέρω την ευρυμάθεια, τη σοφία και την αφοσίωση στο παιδί και την οικογένειά του που μου ενέπνευσε ο παιδίατρος πατέρας μου Σπύρος Μπαρτσόκας. Οι σοφές και πλούσιες συμβουλές στη Βρεφοκομία αλλά και στον τρόπο εξάσκησης της Παιδιατρικής που ο ίδιος συνέχισε να παρέχει μέχρι το βαθύ γήρας του αποδείχτηκαν πολύτιμες ■

Η αγάπη για τον άνθρωπο - κινητήριο δύναμη!



Η Pfizer (Φάιζερ) ιδρύθηκε το 1849 και σήμερα είναι μία από τις μεγαλύτερες φαρμακευτικές εταιρείες. Στη Φάιζερ είμαστε αφοσιωμένοι στο αίτημα της ανθρωπότητας να ζεί περισσότερο, πιο υγιής, ευτυχέστερη. Με εκατοντάδες καινοτόμα ερευνητικά προγράμματα να βρίσκονται σε εξέλιξη και πρωτοποριακά φαρμακευτικά σκευάσματα να καλύπτουν ένα ευρύ φάσμα ασθενειών, συνεχίζουμε την προσπάθεια έχοντας πάντα ως αρχή τον σεβασμό μας για τον άνθρωπο. Εμείς στη Φάιζερ έχουμε ένα όραμα και σας το αφιερώνουμε:



Μαζί για έναν υγιέστερο κόσμο™

Επισκεφθείτε μας στην ιστοσελίδα: www.pfizer.gr

Ο παιδίατρος πρέπει να διαθέτει γνώσεις που όχι μόνο άπτονται ολόκληρου του φάσματος των ιατρικών ειδικοτήτων, αλλά και την ψυχολογία των μικρών πελατών του και του περιβάλλοντός τους



Ανάπτυξη του Dr. Victor A. McKusick σε επίτιμο διδάκτορα του Πανεπιστημίου Αθηνών. Παρίστανται από αριστερά: ο ομ. καθ. κ. Χρ. Μπαρτισόκας, ο τιμώνος καθ. McKusick, ο καθ. Α. Σιφόρος, ο πρύτανης κ. Κ. Δημόπουλος, ο καθ. Ι. Μαντάς

και απαραίτητες μέχρι σήμερα. Δεύτερη συγκυρία υπήρξε η πρόσληψή μου για ειδικότητα στην Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία» υπό τη διεύθυνση του Σπύρου Δοξιάδη, ενώ σημαντικό ρόλο έπαιξε και η συμπλήρωση του τρίτου χρόνου ειδικότητας στην Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Yale, στο New Haven των ΗΠΑ.

Πώς ακριβώς κατόρθωσε ο Σπύρος Δοξιάδης να αγγίξει τις ευαίσθητες χορδές σας και να σας ωθήσει να εντρυφήσετε στην Παιδιατρική;

Η ομάδα Δοξιάδη μάς εισήγαγε στην επίκαιρη Παιδιατρική, δηλαδή μεταξύ άλλων στους νεογνικούς ικτέρους, στη θεραπεία των λευχαιμιών αλλά και στις διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών και την εφηβιακή. Σημαντική συμβολή στην εισαγωγή και στη συνέχεια, στην

απασχόληση στην κλινική, απέτελεσε η εκμάθηση του υγιούς βρέφους/παιδιού. Ο Σπύρος Δοξιάδης δεν επέτρεπε να ξεκινήσει κάποιος την ειδικότητα χωρίς να εργαστεί τρεις και περισσότερους μήνες στο Κέντρο Βρεφών «Η Μητέρα». Εκεί, υπό τη διεύθυνση της παιδιάτρου Αντιγόνης Καραγγέλη, είχαμε την ευκαιρία να «ζήσουμε» και να «παίζουμε» με βρέφη και νήπια, να παρακολουθήσουμε την εξέλιξή τους, τις συνθήειές τους, να τα εμβολιάσουμε και ιδιαίτερα να ελέγχουμε την πλήρη ψυχοκινητική εξέλιξή τους. Ένα σημαντικό «δοξιαδικό» στοιχείο ήταν η ακρίβεια και η συνέπεια στο χρόνο. Δεν επέτρεπε να καθυστερείς στις συγκεντρώσεις, όπου σε χαρακτήριζε «κλέφτη εκείνων που ήταν συνεπείς», μια και «ο χρόνος είναι χρήμα». Τέλος, ο Δοξιάδης αποθάρρυνε το συνομιλητή να παραπονιέται με την κλασική επιγραφή πάνω από το γραφείο

του: «Εργάζεσαι κι εσύ για τη λύση του προβλήματος ή αποτελεις κι εσύ μέρος του προβλήματος;».

Και το τρίτο έναυσμα, οι ΗΠΑ. Πώς βρεθήκατε και τι συνέβη εκεί;

Βρέθηκα στις ΗΠΑ για ένα χρόνο υπότροφος της American Field Service στο Λος Άντζελες ύστερα από εξετάσεις και με πρόταση του διευθυντή του Πειραματικού Σχολείου του Πανεπιστημίου Αθηνών, για να παρακολουθήσω τα μαθήματα της τελευταίας τάξης του γυμνασίου. Κυριολεκτικά, ο χρόνος αυτός μου «άνοιξε τα μάτια». Η συγκεκριμένη συγκυρία, μου έδωσε αυτοπεποίθηση. Αργότερα, ως ειδικευόμενος στις ΗΠΑ διαπίστωσα και ασπάστηκα τα στοιχεία του Όρκου του Ιπποκράτη. Σπάνια έβλεπε κανείς τα συμπλέγματα, τις αντιζηλίες, την αυστηρότητα και την ανισότητα της ιεραρχίας. Προσωπικότητες της ιατρικής σε συναναστρέφονταν, σε έκαναν να αισθάνεσαι άνετα, σε προσκαλούσαν σπίτι τους. Βοηθούσαν και συμβούλευαν χωρίς να επιδείξουν υπεροχή. Χωρίς να το αντιληφθώ, έκανα πολύ αξιόλογες γνωριμίες που τα επόμενα 40 χρόνια με θεωρούσαν επιστήθιο φίλο, πολύτιμο συνεργάτη και μου άνοιξαν επανειλημμένως και τις πιο δύσκολες πόρτες.

Κατά τη διάρκεια της παραμονής σας στις ΗΠΑ περάσατε από την Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Yale, από το Massachusetts General Hospital και από το Harvard Medical School, στη Βοστώνη. Κι ενώ ήσασταν έτοιμος να κάνετε καριέρα στις ΗΠΑ, εμφανίζεται στη Βοστώνη ο Σπύρος Δοξιάδης και σας προτείνει τη θέση του επιμελητή στο Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία». Χωρίς δεύτερη σκέψη, επιστρέφετε στην πατρίδα. Ήταν Μάιος του 1968. Εκείνη την περίοδο η Κυτταρογενετική γνώριζε το απόγειό της. Στην 20ετία που ακολούθησε είδαμε την αποκρυπτογράφηση του ανθρώπινου γονιδιώματος και την εξέλιξη της Κλινικής Γενετικής στη Γονιδιωματική. Ποια ήταν η δική σας συμβολή στη Γενετική και ποιος ήταν ο λόγος που σας «ανάγκασε» να ασχοληθείτε τελικά με το διαβήτη;

Η ενασχόληση με την Κλινική Γενετική ήταν για μένα γοητευτική, γιατί άνοιγε ευρείς ορίζοντες αναγνώρισης νέων νοσημάτων και συνδρόμων, αλλά και την ευκαιρία για πληρέστερη διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας και της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης. Πιστεύω ότι είχα κάποια προσωπική συμβολή στη Γενετική. Οι πρώτες έρευνες αφορούσαν τις βληνοπολυσακχαριδώσεις, στις οποίες συνέβαλα στην αποκάλυψη ότι αυτές αποτελούν διαταραχή αδυναμίας διασπάσεως και όχι υπερπαραγωγή των βληνοπολυσακχαριτών. Δικές μας ήταν και οι πρώτες περιπτώσεις του συνδρόμου Sanfilippo III, δύο αδελφών από την Κέρκυρα. Στη μελέτη του μεταβολισμού των αμινοξέων διαπιστώσαμε ότι στο σύνδρομο Lowe υφίσταται κοινός γενετικός έλεγχος πρόσληψης των αμινοξέων από το εντερικό και το νεφρικό επιθήλιο. Τέλος, μαζί με τον αξέχαστο Κώστα Παππά δημοσιεύσαμε το 1972 σύνδρομο ιγνυακών πτερυγίων με άλλες ανωμαλίες, το οποίο ο προεδρεύων στην παρουσίαση Widukind Lenz ονόμασε σύνδρομο Bartsocas-Papas. Του συνδρόμου αυτού μέχρι στιγμής υφίστανται περί τις 40 δημοσιευμένες περιπτώσεις στη βιβλιογραφία. Όλα αυτά ασφαλώς βοήθησαν στην επιλογή μου για συμμετοχή σε ευρωπαϊκές ομάδες εργασίας και τελικά στην εκλογή μου ως προέδρου της Ευρωπαϊκής Εταιρείας Γενετικής του Ανθρώπου. Δυστυχώς όμως, οι τεχνικές εξελίξεις της Γενετικής ήταν τέτοιες που η Β' Παιδιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών δεν ήταν σε θέση να στηρίξει οικονομικά. Έτσι, από τις αρχές του 1980 στράφηκα σε άλλον, συνεχώς διογκούμενο τομέα της Παιδιατρικής: στην αντιμετώπιση του διαβήτη.

Όλα αυτά τα χρόνια εξασκήσατε το ιατρικό σας λειτούργημα τόσο σε κλινικές της χώρας μας όσο και των ΗΠΑ. Τελικά πόσο διαφορετικά είναι τα πράγματα στο εξωτερικό;

Μετά την τετραετή μετεκπαίδευση στις ΗΠΑ η επιστροφή στην Ελλάδα ήταν για μένα μια υποχρέωση, επιτακτική ανάγκη, παρότι θα ήταν ευκολότερη η παραμονή στις ΗΠΑ. Ασφαλώς υπήρξαν δυσκολίες και προβλήματα προσαρμογής. Μην νο-

Όλα αυτά τα χρόνια παλεύω με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών με διαβήτη

μίζετε ότι ο δρόμος είναι ανθόσπαρτος εκεί. Όσο είσαι σε χαμηλά ακαδημαϊκά επίπεδα οι συνάδελφοι σε υποστηρίζουν, σε βοηθούν. Όταν ανέρχεσαι στην ακαδημαϊκή κλίμακα, αποτελείς απειλή και χρειάζεται να παλέψεις. Εγώ διάλεξα «να παλέψω» στην Ελλάδα. Προσπάθησα να εφαρμόσω ό,τι καλύτερο πήρα από τις ΗΠΑ, να το τροποποιήσω αν χρειάζεται, αλλά βασικά να εξασκήσω την καλύτερη δυνατή Παιδιατρική.

Κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της μακροσκελούς σας συζήτησης αναφερθήκατε στα λεγόμενα ενός αμερικανού παιδίατρου, εκδότη του περιοδικού «Diabetes Care», σύμφωνα με τον οποίο, τα παιδιά και οι έφηβοι με διαβήτη στη δεκαετία του 1980 ήταν ορφανά από πλευράς ειδικής ιατρικής παρακολούθησης. Και αυτό γιατί οι παιδίατροι δεν αποκτούσαν εμπειρία στην αντιμετώπιση του διαβήτη, ενώ οι παθολόγοι αγνοούσαν τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες των παιδιών. Ποια ήταν η δική σας συμβολή στην αναβάθμιση της περίθαλψης στα παιδιά με διαβήτη και ποιο είναι το μάθημα ζωής που αποκομίσατε εσείς μέσα από την επαφή σας με αυτά τα παιδιά;

Όλα αυτά τα χρόνια της ιατρικής μου σταδιοδρομίας παλεύω με το δικό μου τρόπο, με σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής των παιδιών με διαβήτη. Ήδη από το 1983 που ήμουν επιμελητής της Β' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού» συγκροτήσαμε σε ομάδα γονείς παιδιών με διαβήτη και οργανωθήκαμε ως η Πανελλήνια Ένωση Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη (ΠΕΑΝΔ) και το Ελληνικό Τμήμα του Διεθνούς Ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη (JDRF Hellas). Από το 1990 και μετά τακτική ανά τρίμηνο είναι η έκδοση ενημερωτικού δελτίου «Νεανικός Διαβήτης: Τα Νέα Μας», που απευθύνεται τόσο στο γιατρό όσο και στον πάσχοντα και αποστέλλεται δωρεάν σε 7.000 αποδέκτες. Στη συνέχεια, το 1991, με υπουργική απόφαση, το Διαβητολογικό Ιατρείο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Αγλαΐα Κυριακού», στο οποίο ήμουν διευθυντής από το 1984, ονομάζεται Διαβητολογικό Κέντρο, το πρώτο για παιδιά στη χώρα μας και εγκαθίσταται στο παράρτημα του νοσοκομείου στη Λεωφόρο Μεσογείων 24. Το κέντρο πλαισιώθηκε από εξαιρετικούς συνεργάτες και είχαμε την ευκαιρία να εκπαιδεύσουμε μερι-



Το ελληνικό τμήμα του Διεθνούς Ιδρύματος Έρευνας Διαβήτη τίμησε την κ. Νίκη Γουλιανδρή ως προσωπικότητα της χρονιάς. Παρίστανται από αριστερά: ο ακαδημαϊκός - καθ. Ν. Μαντανιώτης, η κ. Ν. Γουλιανδρή, ο τ. πρόεδρος του Ιδρύματος κ. Χρ. Μπαρτσώκας και η νυν πρόεδρος κ. Α. Παπανικόλα



Το ελληνικό τμήμα του Διεθνούς Ιδρύματος Έρευνας Νεανικού Διαβήτη τιμά τον Μίκη Θεοδωράκη



Αφσηπρέτηση του σμ. καθ. κ. Χρ. Μπαρτσόκα από το Πανεπιστήμιο Αθηνών. Ο πρύτανης κ. Γ. Μπαμινιώτης επιδίδει αναμνηστικό μετάλλιο παρουσία και του νυν πρύτανη κ. Χρ. Κίττα

κούς παιδιατρους στο διαβήτη. Από το 2003 μέχρι και σήμερα στην Παιδιατρική Κλινική του Νοσοκομείου «Μητέρα» συνεχίζω με το ίδιο σθένος, χαμόγελο και αισιοδοξία να ασχολούμαι με τα παιδιά με διαβήτη. Η ενασχόληση με το σακχαρώδη διαβήτη με δίδαξε πολλά. Με συνέδεσε συναισθηματικά με τα παιδιά και τους εφήβους. Δεν ασχολείσαι μόνο με τη νόσο· ασχολείσαι με τον άνθρωπο, την οικογένειά του. Καμαρώνεις τα παιδιά που παρακολουθείς να παίρνουν πρωτοβουλίες και να δίνουν ορθές λύσεις στην αντιμετώπιση των καθημερινών τους προβλημάτων. Δεν θα ήταν υπερβολή να σας πω ότι τα παιδιά με διαβήτη τα βλέπω σαν δικά μου παιδιά. Θα τα μαλώσω αν χρειάζεται, θα τα συμβουλέψω, αλλά θα σταθώ δίπλα τους αν αισθανθώ κάποια παράλογη υπερπροστασία ή καταπίεση από το περιβάλλον.

Πιστεύετε ότι ένα παιδί με διαβήτη μπορεί να συμψιλωθεί πιο εύκολα με την πάθησή του αν μεγαλώνει σε μια οικογένεια και με τους δύο γονείς απ' ό,τι αν βιώνει την εμπειρία ενός διαζυγίου;

Είναι γνωστό, δυστυχώς, ότι ένα διαζύγιο γονέων επηρεάζει σημαντικά τα παιδιά. Είναι χαρακτηριστική η επιδείνωση της ρύθμισης του διαβήτη, όπως και η αδιαφορία για τα μαθήματα όταν αναφύονται οικογενειακά προβλήματα.

Όλα αυτά τα χρόνια της ακαδημαϊκής σας πορείας η απουσία σας στις ΗΠΑ, οι απείλωτες ώρες δουλειάς, οι ενασχολήσεις σας με όλες τις υπόλοιπες εργασιακές δραστηριότητες σίγουρα σας στέρναν πολύτιμο χρόνο από την οικογένειά σας. Ποιοι είναι οι αφανείς ήρωες στους οποίους απονέμετε το βραβείο της υπομονής και της καρτερικότητας;

Είναι σχεδόν βέβαιο ότι τα περισσότερα παιδιά γιατρών στερήθηκαν τους γονείς τους, που τους απορροφούσε η Ιατρική. Τώρα που τα παιδιά μου έχουν φύγει, αισθάνομαι ιδιαίτερη ευγνωμοσύνη στη σύζυγό μου Άννα, η οποία στάθηκε δίπλα μου σε όλες τις δύσκολες στιγμές, υποστηρίζοντας πολλαπλώς και με ξενύχτια ακόμη την ανάγκη που αποδεχόμουν να μελετώ, να γράφω, να μιλώ. Οι σύζυγοι των γιατρών είναι πραγματικά αφανείς ηρωίδες στην καριέρα του ετέρου ημίσεως.

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 άνθρωπου;

Μεγάλη σημασία στην εξέλιξη ενός επιστήμονα έχει η επικοινωνία με προσωπικότητες της επιστήμης. Πραγματικά, οι επαφές και οι εξαρτήσεις οδηγούν σε σημαντικές αλληλίες στη σκέψη και στη δράση του ατόμου, όπως ακριβώς είναι αληθινά τα λόγια του Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz: «Όποιος κάποτε ήρθε σε επαφή με έναν ή περισσότερους σπουδαίους ανθρώπους έχει ολόκληρο το νοητικό επίπεδο τροποποιημένο για το υπόλοιπο της ζωής του. Επιπλέον, μια τέτοια επικοινωνία είναι ό,τι πιο ενδιαφέρον μπορεί να προσφέρει η ζωή».

Στην καριέρα και γενικά στη ζωή απαιτείται ομαδική προσπάθεια. Δεν φτάνει κανείς μακριά μόνος του. Στη ζωή μου υπήρξα τυχερός να περιστοιχίζομαι από ομάδα αφοσιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι με ενθάρρυναν, με υποστήριξαν και με ενέπνευσαν και με προκάλεσαν ακόμη, ως συνεργάτες, φίλοι και ως μέλη της οικογένειάς μου. Ο Ισοκράτης έλεγε ότι «οι ισχυροί άντρες έχουν δούλους, οι πλούσιοι κόλakes και οι ικανοί φίλους». Δυστυχώς, ούτε δούλους είχα ούτε υπήρξα πλούσιος για να έχω κόλakes. Υπερηφανεύομαι όμως για τους φίλους. Τους αγαπώ, τους εκτιμώ και τους θαυμάζω. Είναι πολύ σημαντική και πολύτιμη η παρουσία τους όταν πλέον επέρχεται ο χειμώνας στην καριέρα. ■

αηλάζουμε το διαβήτη



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

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

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

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

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

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

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

ΝΕΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΔΙΟΡΙΣΜΟ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΥΛΙΩΜΕΝΗΣ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΝΗΣ

Με σκοπό την καλύτερη ρύθμιση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη

Είναι γνωστό ότι ο προσδιορισμός της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης χρησιμοποιείται ώστε να παρακολουθήσει την πορεία ενός ασθενή σε σχέση με τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη. Η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη πρέπει να ελέγχεται κάθε τρεις με έξι μήνες, μια και αντιπροσωπεύει τη μακροπρόθεσμη αποτελεσματικότητα του γλυκαιμικού ελέγχου ενός ασθενή. Από τη στιγμή ειδικά που τα επίπεδα της γλυκόζης αίματος ενός ασθενή ποικίλλουν σημαντικά σε καθημερινή μάλιστα βάση, είναι ένας αξιόπιστος δείκτης της επιτυχίας της δίαιτας και της φαρμακευτικής αγωγής που ακολουθεί. Παράλληλα προβλέπει την εμφάνιση επικίνδυνων επιπλοκών, όπως η καρδιαγγειακή νόσος, αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, νευροπάθεια ή αμφιβληστροειδοπάθεια.

Σχετικά πρόσφατα η International Diabetes Federation, η European Association for The Study of Diabetes, η American Diabetes Association, καθώς και η IFCC (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine) συναντήθηκαν ώστε να καθορίσουν μια κοινή πορεία για τον προσδιορισμό και την κλινική χρησιμότητα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης.

Πρόσφατα επίσης, έπειτα από χρόνια ερευνών, η International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine ανέπτυξε μια νέα μέθοδο αξιολόγησης των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, ενώ πρότεινε και την αλλαγή των μονάδων προσδιορισμού της, ώστε να ανταποκρίνεται καλύτερα στις ανάγκες των κλινικών γιατρών που παρακολουθούν ασθενείς με διαβήτη. Αυτές οι αλλαγές αποτελούν και το αντικείμενο της έρευνας International A1c-AG Study, κατά την οποία συχνές μετρήσεις της γλυκόζης του τριχοειδικού αίματος αλλά και συνεχής καταγραφή της προσπαθούν να προσδιορίσουν με όσο μεγαλύτερη ακρίβεια γίνεται τη σχέση ανάμεσα στη γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη και τα μέσα επίπεδα της γλυκόζης σε βάθος χρόνου. Η νέα τεχνική προσδιορισμού πέτυχε πάνω από 90% συσχέτιση, κάτι πολύ σημαντικό για τη ρύθμιση της αντιδιαβητικής αγωγής των ασθενών. Επιπρόσθετα, μεγάλη σημασία έχει το ότι αναπτύσσεται μια κοινή συμφωνία ανάμεσα σε πολλούς εργαστηριακούς και κλινικούς γιατρούς για το βέλτιστο τρόπο προσδιορισμού και έκφρασης αυτών των μετρήσεων.

Ήδη, έπειτα από αυτές τις συναντήσεις και τη συμφωνία των ειδικών προγραμματίζεται η σταδιακή αλλαγή του μέχρι τώρα καθιερωμένου τρόπου μέτρησης της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης, ώστε από τη μια μεριά να βελτιστοποιηθεί η αντιμετώπιση των ασθενών αλλά και να μην προκληθεί σύγχυση μέχρι την τελική προσαρμογή όλων των ενδιαφερομένων. Πηγή - περισσότερες πληροφορίες: **Diabetes Voice**, <http://www.diabetesvoice.org/>

ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΩΝ ΧΡΟΝΙΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ ΣΤΗ ΛΑΤΙΝΙΚΗ ΑΜΕΡΙΚΗ - ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΗ-ΠΑΡΑΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΓΙΑ ΤΗ ΧΩΡΑ ΜΑΣ

Στις πιο πολυπληθές χώρες της Νοτίου Αμερικής τα χρόνια νοσήματα είναι η κύρια αιτία αναπηρίας και πρόωρου θανάτου. Πάνω από 35 εκατομμύρια άνθρωποι είναι προσβεβλημένοι από σακχαρώδη διαβήτη, ενώ η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το 2025 ο αριθμός αυτός θα φτάσει τα 64 εκατομμύρια. Όπως και στη χώρα μας, κύριος υπεύθυνος γι' αυτό το πρόβλημα είναι η αλλαγή των διατροφικών συνθηκών με τη συνεπακόλουθη αύξηση της παχυσαρκίας και της επίπτωσης του διαβήτη.

Το δίκτυο CARMEN ξεκίνησε στα 1997 από την Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας ως μια ολοκληρωμένη πρωτοβουλία πρόληψης των θανάτων και της αναπηρίας που προκαλούνται από χρόνιες παθήσεις στη Λατινική Αμερική. Μέχρι σήμερα συμμετέχουν 24 χώρες, ενώ η προσέγγιση που ακολουθείται συνίσταται στην ανάπτυξη πρωτοβουλιών και παρεμβάσεων στην κοινότητα παράλληλα με την καλύτερη οργάνωση και προσανατολισμό των υπηρεσιών υγείας. Η βάση του δικτύου είναι η ολοκληρωμένη προσέγγιση. Πέρα από τη σωστή ενημέρωση για τις βλαβερές συνέπειες της χρήσης καπνού, οι πρωτοβουλίες του δικτύου προάγουν την υγιεινότερη διατροφή και τη σωματική άσκηση, ενώ η καινοτομία του είναι ότι οι δράσεις του κινούνται και εκτός του άξονα των υπηρεσιών υγείας, πλησιάζοντας περισσότερο τον πολίτη στην καθημερινή του ζωή.

Το δίκτυο CARMEN είναι όμως σημαντικό και για το ότι αποτελεί μια πρώτης τάξης ευκαιρία σε χώρες με χαμηλό βιοτικό επίπεδο, όπως η Βραζιλία και η Κόστα Ρίκα, να προγραμματίζουν σύγχρονες και εξαιρετικά αποτελεσματικές παρεμβάσεις για τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους. Τέτοιες παρεμβάσεις θα ήταν αδύνατες χωρίς τη συστηματική, μεθοδική και αποτελεσματική από την άποψη του οικονομικού κόστους προσέγγιση, την οποία υιοθετεί το δίκτυο στις χώρες της περιοχής. Η μελλοντική ανάπτυξη του περνάει μέσα από την καλύτερη εφαρμογή μεθόδων υγειονομικής επιτήρησης και παρέμβασης στην κοινότητα που σχεδιάζονται με Παναμερικανική Οργάνωση Υγείας αλλά και εξειδικευμένα ερευνητικά κέντρα των ΗΠΑ. Πηγή - περισσότερες πληροφορίες: **Diabetes Voice**, <http://www.diabetesvoice.org/>



Η κετοξέωση ως πρώτη διάγνωση του διαβήτη σε παιδιά

Σύμφωνα με ανακοίνωση που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό «Pediatrics» το Μάιο, ένα στα τέσσερα παιδιά και εφήβους με διαβήτη στις ΗΠΑ παρουσιάζει σαν πρώτο σύμπτωμα διαβητική κετοξέωση. Συγκεκριμένα, σχεδόν το 30% των παιδιών με διαβήτη τύπου 1 και το 10% αυτών με διαβήτη τύπου 2 προσέρχονται στο νοσοκομείο με αυτή την επικίνδυνη για τη ζωή επιπλοκή, όπου και τίθεται η πρώτη διάγνωση της νόσου τους. Το ποσοστό αυτό θεωρείται ιδιαίτερα υψηλό τη στιγμή που σήμερα γίνονται εντατικές προσπάθειες για την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση της κοινωνίας, ώστε να αναγνωρίζεται έγκαιρα ο διαβήτης. Υπολογίζεται ότι ακόμα και σε εύπορες οικογένειες που θεωρητικά έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και καλύτερη ενημέρωση των γονέων το 20% των παιδιών διαγιγνώσκεται με διαβητική κετοξέωση. Ο κίνδυνος της κετοξέωσης φθίνει με την ηλικία, καθώς διαπιστώνεται στο 14,7% των εφήβων ηλικίας 14-17 ετών, ενώ στην ηλικιακή ομάδα των παιδιών κάτω των 5 ετών το ποσοστό αυτό φτάνει στο 37,3%. Η κλασική τριάδα αρχικής διάγνωσης παραμένει η πολιδιψία, πολιουρία και πολυφαγία, συμπτώματα που, αν αναγνωριστούν έγκαιρα, θα θέσουν τη διάγνωση της νόσου και θα προστατέψουν το παιδί από την εμφάνιση των επικίνδυνων οξέων επιπλοκών του διαβήτη, που συνοδεύονται από υψηλό κόστος νοσηλείας και μπορεί να στοιχίσουν ακόμα και τη ζωή του παιδιού.



ΠΑΙΔΙΚΟΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Βάσει έρευνας που διενεργήθηκε για την εκτίμηση της επίπτωσης της απόπτωσης οδόντων σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τα συνομήλικά τους υγιή να χάσουν ένα ή περισσότερα δόντια. Μελετήθηκαν 270 παιδιά με διαβήτη και έγινε σύγκριση με ισάριθμα υγιή παιδιά. Και στις δύο ομάδες παρατηρήθηκε συσχέτιση της κακής υγείας της στοματικής κοιλότητας (ουλίτιδα και τερηδόνα) με προχωρημένη σήψη και τελικά απόπτωση των δοντιών. Επίσης, τα κορίτσια βρέθηκε να έχουν σε μεγαλύτερο ποσοστό σε σχέση με τα αγόρια ένα δόντι σε προχωρημένη σήψη, ενώ διαπιστώθηκε η ίδια τάση και σε παιδιά με υψηλό δείκτη μάζας σώματος, χωρίς όμως η τελευταία παρατήρηση να αποδειχθεί στατιστικά σημαντική. Είναι ενδιαφέρον ότι δεν βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στη προχωρημένη βλάβη των δοντιών με τη διάρκεια



του διαβήτη ή με τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα διαβητικά παιδιά είναι πιο ευάλωτα κατά την περίοδο της μικτής οδοντοφυΐας, δηλαδή στην ηλικία των 10-14 ετών. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει την αναγκαιότητα της σωστής και έγκαιρης οδοντιατρικής παρακολούθησης και φροντίδας σε παιδιά με σακχαρώδη διαβήτη, ώστε να εξασφαλιστεί η υγιεινή και η αισθητική του στόματος.

ΕΥΚΟΛΟΤΕΡΗ ΠΡΟΣΒΑΣΗ ΣΤΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΓΙΑ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΕΣ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΝΑΠΤΥΣΣΟΜΕΝΕΣ ΧΩΡΕΣ

Σύμφωνα με μια πρόσφατη μελέτη, ένα από τα πιο πιεστικά και σημαντικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν επιστήμονες από τις αναπτυσσόμενες χώρες σε όλο τον κόσμο είναι η δυσχερής πρόσβαση σε δεδομένα της διεθνούς βιβλιογραφίας, ειδικά όταν δημοσιεύονται σε περιοδικά τα οποία απαιτούν συνδρομή για την πρόσβαση στο περιεχόμενό τους. Σε χώρες μάλιστα με μέση εισόδημα χαμηλότερο των 1.000 δολαρίων ΗΠΑ ανά κάτοικο, το 56% των ερευνητικών ιδρυμάτων δεν είχε συνδρομή σε διεθνή περιοδικά. Έπειτα από συνάντηση των υπευθύνων της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και εκπροσώπων από τους έξι μεγαλύτερους οίκους επιστημονικών εκδόσεων, συμφωνήθηκε η διευκόλυνση της πρόσβασης των επιστημόνων από χώρες χαμηλού βιοτικού επιπέδου σε επιστημονική βιβλιογραφία υψηλού κύρους είτε δωρεάν είτε σε χαμηλό κόστος. Στα προγράμματα αυτά, με τις ονομασίες HINARI, AGORA and OARE, συμμετέχουν πια πάνω από 100 εκδότες, προσφέρουν περιεχόμενο σε περισσότερες από 15 γλώσσες, ενώ περιλαμβάνουν βάσεις δεδομένων, βιβλία και εγχειρίδια αναφοράς. Παράλληλα, ανακοινώθηκε πρόσφατα η συμμετοχή σημαντικών πανεπιστημίων όπως το Cornell και το Yale, ενώ η Microsoft συμμετέχει με την παροχή τεχνικής υποστήριξης. Όλα αυτά κατέστησαν δυνατά με τη χρηματοδότηση των ιδρυμάτων Rockefeller, Hewlett και Mac Arthur, καθώς και του βρετανικού UK Department for International Development, πέρα από τη συμπαράσταση του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, της Παγκόσμιας Τράπεζας και των Ηνωμένων Εθνών. Εκτός από τα περιοδικά αμιγώς ιατρικού περιεχομένου, έχει δοθεί πρόσβαση και σε περιοδικά των οποίων η θεματολογία περιστρέφεται γύρω από ζητήματα αγροτικής ανάπτυξης και καλλιέργειών, καθώς και ζητημάτων περιβάλλοντος.

Περισσότερες πληροφορίες για αυτά τα προγράμματα μπορούν να αναζητηθούν στις ηλεκτρονικές διευθύνσεις για το πρόγραμμα **HINARI** - www.who.int/hinari, **AGORA** - www.aginternetwork.org, **OARE** - www.oaresciences.org.

Πηγή - περισσότερες πληροφορίες:
Diabetes Voice,
<http://www.diabetesvoice.org/>

ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μύθοι και πραγματικότητα

Σε μια προσπάθεια αποσαφήνισης της σχέσης του διαβήτη τύπου II και της καταθλιπτικής συνδρομής διεξήχθη μια μελέτη μεγάλου πληθυσμού, στον οποίο εξετάστηκε η συχνότητα ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη σε άτομα με κατάθλιψη, καθώς επίσης και η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε άτομα που έπασχαν από σακχαρώδη διαβήτη. Διαπιστώθηκε ότι ασθενείς με διαβήτη τύπου II υπό θεραπεία έχουν κατά



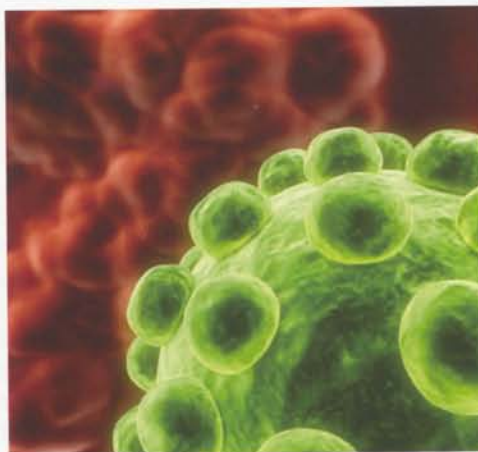
52% μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης καταθλιπτικών συμπτωμάτων σε σχέση με τους υγιείς και με διαβητικούς που δεν λαμβάνουν θεραπεία. Τα παραπάνω συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη προκαλεί στον ασθενή έντονο ψυχολογικό στρες, που ευοδώνει την εμφάνιση κατάθλιψης. Από την άλλη μεριά, βρέθηκε μια στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στην παρουσία κατάθλιψης και την εμφάνιση σε δεύτερο χρόνο σακχαρώδους διαβήτη, η οποία όμως καθίσταται στατιστικά μη σημαντική έπειτα από εξομοίωση ως προς τους παράγοντες που αφορούν τη διατροφή και τον τρόπο ζωής. Ως εκ τούτου, συμπεραίνεται ότι άτομα με συναισθηματική διαταραχή είναι πιο επιρρεπή στην εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη, ως αποτέλεσμα της παραίτησής τους από την άσκηση και τις υγιεινές διατροφικές συνήθειες. Περισσότερες πληροφορίες: «Journal of The American Medical Association», Ιούνιος 2008

Διαβήτης και βαρνηκότητα

Υπάρχουν διεθνώς διάφορες μελέτες που εξετάζουν την πιθανή συσχέτιση του διαβήτη με τη μείωση της ακουστικής οξύτητας, τα αποτελέσματα των οποίων είναι αντικρουόμενα. Βάσει των αποτελεσμάτων μιας τελευταίας μελέτης που διεξήχθη στις ΗΠΑ, στην οποία εξετάστηκαν περίπου 5.000 άτομα για τον καθορισμό της ακουστικής τους ικανότητας, το 21% των διαβητικών ατόμων εμφανίζει ήπια έως σοβαρή διαταραχή της ακοής σε ήχους χαμηλής και μεσαίας συχνότητας, ενώ το αντίστοιχο ποσοστό των μη διαβητικών ατόμων είναι μόλις 9%. Ο έλεγχος της ακουστικής οξύτητας έγινε σε εθνικό επίπεδο, το διάστημα 1999-2004, όπου συνολικά 399 διαβητικοί και 4.741 μη διαβητικά άτομα εξετάστηκαν ως προς την ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται ήχους χαμηλής, μεσαίας και υψηλής συχνότητας. Παρ' όλα αυτά, οι ερευνητές καταλήγουν ότι τα συμπεράσματα πρέπει να επαναξιολογηθούν προτού κανείς καταλήξει ότι υπάρχει σαφής αιτιολογική συσχέτιση μεταξύ σακχαρώδους διαβήτη και βαρνηκότητας. Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.nih.gov/news/health/jun2008/niddk-16.htm>



ΓΛΥΚΟΖΗ - ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ ΚΑΙ ΚΥΤΤΑΡΙΚΟΣ ΜΕΤΑΒΟΛΙΣΜΟΣ – ΕΝΑ ΒΗΜΑ ΠΙΟ ΚΟΝΤΑ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ



Επιστήμονες από το Πανεπιστήμιο της Uppsala ανακοίνωσαν μια νέα ανακάλυψη που αφορά τη σχέση της γλυκόζης, του κυτταρικού μεταβολισμού και της ινσουλίνης. Το κυκλικό AMP (cAMP) είναι ένα μόριο αγγελιαφόρος, υπεύθυνο για διάφορες λειτουργίες, όπως η κυτταρική ανάπτυξη και επιβίωση, η γονιδιακή ρύθμιση και η έκκριση ινσουλίνης από το β κύτταρο, χωρίς

όμως να είναι σαφές σε ποιο βαθμό συνεισφέρει στην έκκριση ινσουλίνης μετά την αύξηση των επιπέδων γλυκόζης. Είναι γνωστό ότι όταν μεταβολίζεται η γλυκόζη, παράγεται το ενεργειακό μόριο ATP. Για πρώτη φορά κατέστη δυνατή η ταυτόχρονη μέτρηση των επιπέδων του cAMP και της έκκρισης ινσουλίνης στην κυτταρική μεμβράνη του β κυττάρου του παγκρέατος και διαπιστώθηκε ότι με την αύξηση του ATP από τον καταβολισμό της γλυκόζης αυξάνονται παράλληλα και τα επίπεδα του cAMP και μάλιστα με τρόπο ρυθμικό –παρόμοιο των ιόντων ασβεστίου που επίσης εμπλέκονται στην έκκριση ινσουλίνης–, με τελικό αποτέλεσμα την κατά ώσεις απελευθέρωση ινσουλίνης. Η διαπίστωση ότι ο κυτταρικός μεταβολισμός προάγει απευθείας την παραγωγή του cAMP είναι σημαντική για την καλύτερη κατανόηση της λειτουργίας του β κυττάρου και ακολούθως για την ανάπτυξη νέων φαρμάκων για τη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη.

Περισσότερες πληροφορίες: «Journal of Cell Metabolism».

Ροζιγλιταζόνη στην προστασία έναντι της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας



Η διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια αποτελεί μια από τις συχνότερες αιτίες μείωσης της οπτικής οξύτητας και τύφλωσης. Συνίσταται στην κατάληψη του αμφιβληστροειδούς χιτώνα από νέα αγγεία που δημιουργούνται αντιδραστικά στην απόφραξη των υπαρχόντων αγγείων. Παρόλο που πρόκειται για μια ιδιαίτερα συχνή κατάσταση, δεν έχουν βρεθεί μέχρι σήμερα φάρμακα για την πρόληψή της. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης που

δημοσιεύτηκε στο τεύχος Ιουνίου του περιοδικού «Archives of Ophthalmology», διαβητικοί ασθενείς που βρίσκονταν υπό θεραπεία με το φάρμακο ροζιγλιταζόνη εμφανίζουν μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης ή επιδείνωσης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας σε σχέση με ασθενείς που δεν λάμβαναν θεραπεία με φάρμακα της κατηγορίας της ροζιγλιταζόνης. Συγκεκριμένα, ασθενείς που λάμβαναν το φάρμακο παρουσίαζαν 59,5% μικρότερο κίνδυνο μετάπτωσης της μη παραγωγικής φάσης της αμφιβληστροειδοπάθειας στην παραγωγική (φάση νεοαγγείωσης) συγκριτικά με αυτούς που τύχχαναν άλλης θεραπείας. Οι ίδιοι όμως ερευνητές σημειώνουν ότι πρόκειται για μια παρατήρηση που πρέπει να επιβεβαιωθεί με περαιτέρω έρευνα και ότι το φάρμακο πρέπει να ελεγχθεί ως προς την ασφάλειά του, πριν θεωρηθεί κανείς ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την πρόληψη της αμφιβληστροειδοπάθειας. Οι πιο σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειές του αφορούν την κατακράτηση υγρών, την επιδείνωση της χρόνιας καρδιακής ανεπάρκειας και την επιρροή της ηπατικής λειτουργίας. Περισσότερες πληροφορίες: «Archives of Ophthalmology».

Η ΠΙΟΓΛΙΤΑΖΟΝΗ προστατεύει από την ανάπτυξη σακχαρώδους διαβήτη σε άτομα με διαταραγμένη ανοχή γλυκόζης

Η διαταραχή ανοχής της γλυκόζης είναι μια προδιαβητική κατάσταση, η οποία, εκτός από το γεγονός ότι συνήθως μεταπίπτει σε σακχαρώδη διαβήτη, συνοδεύεται από διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια (10%) και περιφερική νευροπάθεια (5%-10%). Για τους παραπάνω λόγους, η θεραπεία της έχει πρακτική σημασία και όφελος.



Σε μια πολυκεντρική μελέτη που συμμετείχαν 602 ασθενείς με διαταραγμένη ανοχή στη γλυκόζη διαπιστώθηκε ότι η χορήγηση της πιογλιταζόνης (Actos) μειώνει τον κίνδυνο μετάπτωσης σε σακχαρώδη διαβήτη τύπου II κατά 81% σε ένα διάστημα 4 ετών. Ο τρόπος δράσης του φαρμάκου είναι τέτοιος τόσο μέσω αύξησης της ευαισθησίας των ιστών στην ινσουλίνη όσο και μέσω βελτίωσης της λειτουργίας των β κυττάρων του παγκρέατος, που είναι υπεύθυνα για την έκκριση της ινσουλίνης. Το 42% των ατόμων που έλαβαν το Actos επανήλθε σε φυσιολογική καμπύλη γλυκόζης, σε αντίθεση με το 28% της ομάδας ελέγχου. Το φάρμακο ήταν καλά ανεκτό και ασφαλές, με συχνότερες ανεπιθύμητες ενέργειες το οίδημα και την πρόσληψη βάρους. Περισσότερες πληροφορίες: <http://www.actos.com/actos/e.aspx>

ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΡΟΣ ΟΛΟΥΣ ΤΟΥΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΦΟΡΜΗ ΤΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ADVANCE ΚΑΙ ACCORD

Η δημοσίευση των αντικρουόμενων αποτελεσμάτων των δύο μεγάλων αυτών κλινικών μελετών σχετικά με την αρνητική ή τη θετική επίδραση του αυστηρού ελέγχου των επιπέδων γλυκόζης στη συχνότητα των καρδιαγγειακών επεισοδίων επέφερε σύγχυση στους διαβητικούς ασθενείς. Η Αμερικανική Εταιρεία Κλινικών Ενδοκρινολόγων απαντά επίσημα προτείνοντας τα ακόλουθα: Πρώτον, επίτευξη τιμής γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c 6,5% παραμένει ο επιθυμητός στόχος θεραπείας. Παρόλο που η μελέτη ACCORD έδειξε αυξημένη θνησιμότητα από καρδιαγγειακά σε ορισμένους ασθενείς, η διαπίστωση αυτή δεν αρκεί για την τροποποίηση της ακολουθούμενης στρατηγικής. Αξίζει να σημειωθεί ότι παρατηρήθηκε μείωση των μη θανατηφόρων εμφραγμάτων στην ομάδα του αυστηρού γλυκαιμικού ελέγχου. Δεύτερον, οι ασθενείς δεν θα πρέπει να τροποποιήσουν την αγωγή τους χωρίς να συμβουλευτούν το θεράποντα ιατρό τους, αφού τα συμπεράσματα από τη μελέτη ACCORD αφορούν μια συγκεκριμένη κατηγορία και όχι την πλειοψηφία των διαβητικών. Τρίτον, η μελέτη ADVANCE επιβεβαιώνει προηγούμενες διαπιστώσεις για την ευεργετική επίδραση των χαμηλών επιπέδων γλυκόζης στις μικροαγγειακές επιπλοκές του διαβήτη (διαβητική νεφροπάθεια). Ο γλυκαιμικός έλεγχος πρέπει να επιτυγχάνεται με συνδυασμό φαρμακευτικής αγωγής, σωστής διατροφής και άσκησης. Περισσότερες πληροφορίες: «The New England Journal of Medicine».



Οργάνωση Διαβητολογικού Ιατρείου



ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Δ. ΤΟΥΝΤΑΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας
Βιοκλινική Αθηνών

Η παρουσίαση-ανάπτυξη του θέματος «Οργάνωση Διαβητολογικού Ιατρείου» αποτελεί «έργο κατ' ανάθεσιν» και όχι συνειδητή επιλογή. Είναι επακόλουθο «ανωτέρας βίας», η οποία κατέστησε αδύνατη τη συγγραφή από τον αγαπητό φίλο καθηγητή Φώτη Παυλίτο. Δική του η πρόταση προς τη σύνταξη του περιοδικού να αναλάβω την ευθύνη –αντ' αυτού– της συγγραφής, ό,τι λοιπόν ακολουθεί δεν είναι απότοκον «ειδικών σπουδών» ή «επαγγελματικής» απασχόλησης με ζητήματα αφορώντα στα οργανωτικά της υγείας. Βασίζεται στην εμπειρία, η οποία είναι απόρροια της –για περισσότερα από τριάντα χρόνια– ενασχόλησης με το σακχαρώδη διαβήτη. Συνεπώς, δεν στοιχειοθετεί «επαγγελματική» πρόταση αλλή «εμπειρική» άποψη. Απλώς χαράσσει ένα «μονοπάτι» σκέψης. Άρα, επιδέχεται διορθωτικών κινήσεων, επαναπροσδιορισμό θέσεων και βελτιωτικών προτάσεων.

Ο σακχαρώδης διαβήτης, γνωστή από χιλιετιών πάθηση, χαρακτηρίζεται «νόσος των πλουσίων». Πράγματι, η συχνότητα της νόσου, διαχρονικά, παρουσίαζε υψηλά ποσοστά στις εύπορες κοινωνικές τάξεις. Η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου, απότοκος της βιομηχανικής ανάπτυξης, είχε ως αποτέλεσμα τον περιορισμό της χειρωνακτικής εργασίας, αφού η «μηχανή» αντικατέστησε τον εργάτη. Η πρόοδος αυτή, μοιλονότι ελαχιστοποίησε –στα εντελώς απαραίτητα επίπεδα– τη σωματική δραστηριότητα, βελτίωσε την ποιότητα της ζωής και αύξησε το προσδόκιμο επιβίωσης των εργαζομένων. Εμφανίστηκαν καινούρια –επαγγελματικά– νοσήματα και ταυτόχρονα η άνοδος του βιοτικού επιπέδου συνέβαλε στην εξάπλωση της



«νόσου των πλουσίων» και στις λιγότερο ευημερούσες, αλλή υπό ανάπτυξη ευρισκόμενες, κοινωνικές ομάδες του πληθυσμού. Η κοινωνία μεταηλλάσσεται σε υπέρμετρα καταναλωτική, «βουλιάζει» στην αδράνεια και πληρώνει «φόρο». Στον 20ό αιώνα διαπιστώνεται αληθινός αύξηση της συχνότητας του σακχαρώδους διαβήτη. Στις τελευταίες δεκαετίες του φαίνεται να λαμβάνει διαστάσεις επιδημίας. Για τον καινούριο αιώνα, τον 21ο, η προοπτική –σύμφωνα με τις εκτιμήσεις των ειδικών– είναι δυσοίωνη και αναμένεται ακόμη μεγαλύτερη αύξηση της συχνότητας. Άποψη απαισιόδοξη; Μάλλον ναι, και δεν τη συμμερίζομαι απόλυτα, μοιλονότι η κρίση ίσως φανεί βιαστική. Να γιατί η επιφύλαξη. Η οικονομική δυσπραγία, που τείνει να γίνει «κρίση» σε παγκόσμιο επίπεδο, ασφαλώς και θα αποτελέσει ανασχετικό παράγοντα. Η επιβράδυνση στην αυξητική τάση της συχνότητας του διαβήτη είναι αναμενόμενη επειδή παράλληλα αυξάνουν τα ποσοστά της

φτώχειας με αριθμητική πρόοδο. Φτώχεια και διαβήτης είναι «ποσά» αντιστρόφως ανάλογα! Ας μη βιαζόμαστε, λοιπόν, σε απαισιόδοξες προβλέψεις...

Εντούτοις...

Το πρόβλημα, η πάθηση «διαβήτης» δηλαδή, είναι υπαρκτό. Είναι χειροπιαστή πραγματικότητα και η αντιμετώπισή του απασχολεί σοβαρά την ιατρική κοινότητα. Η προσπάθεια εστιάζεται στη θεραπεία για την αποκατάσταση της μεταβολικής διαταραχής, η οποία ευθύνεται για την εμφάνιση του διαβήτη, κυρίως όμως αποβλέπει στην αποτροπή, στο μέτρο του δυνατού, των χρόνιων επιπλοκών, οι οποίες επηρεάζουν την ποιότητα της ζωής του διαβητικού ατόμου. Επιπλέον, επιβαρύνουν με τεράστια κόσμη τους προϋπολογισμούς υγείας.

Τούτων ούτως έχοντων, θεωρείται αναγκαία και απαραίτητη η οργάνωση μονάδων υποδοχής των πασχόντων από διαβήτη, ώστε ευθύς εξαρχής να τύχουν

αντιμετώπισης αποτελεσματικής και σύμφωνης προς τις αρχές της Βασισμένης στις Αποδείξεις Ιατρικής (Evidence Based Medicine). Οδηγίες οι οποίες έχουν διαχρονική ισχύ, δοθέντος ότι ο διαβήτης είναι χρόνια πάθηση που επιδέχεται μεν θεραπείας αλλήλ δεν ιάται. Άλλωστε, αυτή είναι η ειδοποιός διαφορά μεταξύ νόσου και πάθησης. Η νόσος θεραπεύεται και ιάται. Η πάθηση θεραπεύεται, ώστε να απαλλασχτεί ο πάσχων από τα συμπτώματα, αλλήλ η γενεσιουργός αιτία παραμένει. Άρα, η πάθηση δεν ιάται, είναι χρόνια κατάσταση.

Η οργάνωση του διαβητολογικού ιατρείου είναι δύσκολη υπόθεση. Απαιτεί γνώσεις, εμπειρία, αρμονική συνεργασία, κόπο και χρόνο. Για το σχεδιασμό λαμβάνονται υπόψη δύο βασικές παράμετροι, που θα αποτελέσουν τους άξονες για την επιτυχή έκβαση του εγχειρήματος: η κτιριακή υποδομή και η ομάδα που θα στελεχώσει το ιατρείο. Ας ξεκινήσουμε από την πρώτη:

A. Κτιριακή υποδομή

Ο χώρος που θα αναζητηθεί θα πρέπει να είναι μέρος του συνόλου της μεγάλης νοσηλευτικής μονάδας, η οποία θα φιλοξενήσει το ιατρείο. Να είναι επαρκής, άνετος, εύκολα προσβάσιμος, με αυτονομία χωροταξική, λειτουργικά αυτόνομος.

Σε αδρές γραμμές η χωροταξία:

1. Γραφείο γραμματείας:
Εμβαδόν 4x4 m².
2. Δύο γραφεία-εξεταστήρια:
Εμβαδόν 4x4 m².
3. Γραφείο αδελφών: Εμβαδόν 5x4 m².
4. Γραφείο εκπαίδευσης: Διαιτολόγος, επισκέπτριες υγείας: Εμβαδόν 4x4 m².
5. Εργαστήριο παρασκευασίας:
Εμβαδόν 3x3 m².
6. Χώρος αναμονής ασθενών:
Αίθουσα διαστάσεων 8x8 m².
7. Δύο τουαλέτες (Γυναικών - Ανδρών).

B. Έμφυχο δυναμικό

1. Ένας παθολόγος ή ενδοκρινολόγος εξειδικευμένος στο διαβήτη, ο οποίος θα εκτελεί χρέη διευθυντού της μονάδας και με την εμπειρία του θα κατευθύνει και θα καθοδηγεί τους συνεργάτες του.

2. Δύο ειδικοί παθολόγοι με εξειδίκευση στο διαβήτη.

3. Δύο παθολόγοι ή ενδοκρινολόγοι, ως βοηθοί εκπαιδευόμενοι για την απόκτηση εξειδίκευσης στο διαβήτη.

4. Συνεργάτες:

- Οφθαλμίατρος με εμπειρία σε προβλήματα, τα οποία είναι απότοκα του διαβήτη.
- Καρδιολόγος, για την επί καθημερινής βάσεως αξιολόγηση των ΗΚΓγραφημάτων σε συνεργασία με τους διαβητολόγους.
- Αγγειολόγος, για την εκτίμηση σε κλινικό επίπεδο των προβλημάτων από τα αγγεία ή των απεικονιστικών ευρημάτων.
- Νεφρολόγος, ο οποίος θα επιλαμβάνεται –όταν είναι αναγκαίο– και θα αξιολογεί τα πρώιμα σημεία της νεφρικής δυσλειτουργίας ή θα μεριμνά για την παρακολούθηση ατόμων με τελικό στάδιο χρόνιας νεφρικής ανεπάρκειας.

- Ειδικός ποδολόγος. Με συμβουλευτική ιδιότητα ή την ανάληψη της ευθύνης αντιμετώπισης επείγουσών καταστάσεων από τα κάτω άκρα.

- **Σημείωση:** Οι συνεργάτες δεν είναι απαραίτητο να στεγάζονται στους χώρους του ιατρείου. Αποτελούν όμως μέλη της ομάδας και παρέχουν τη βοήθειά τους κατ' επικοινωνία.

Γ. Παραϊατρικό προσωπικό

1. Δύο αδελφές με εμπειρία στο διαβήτη
2. Μια βοηθός μικροβιολόγου
3. Μια διαιτολόγος
4. Μια ψυχολόγος
5. Δύο επισκέπτριες υγείας, είτε για κατ' οίκον επισκέψεις είτε για παρακολούθηση διαβητικών, οι οποίοι νοσηλεύονται για άλλα νοσήματα στο νοσηλευτικό ίδρυμα που φιλοξενεί το διαβητολογικό ιατρείο. □

Η οργάνωση του διαβητολογικού ιατρείου είναι δύσκολη υπόθεση. Απαιτεί γνώσεις, εμπειρία, αρμονική συνεργασία, κόπο και χρόνο



Δ. Γραμματειακή υποστήριξη

Για την απρόσκοπτη λειτουργία της γραμματείας χρειάζονται τουλάχιστον δύο άτομα. Έχουν την ευθύνη για την οργάνωση αρχείου (ηλεκτρονικού - κλασικού) και την επί καθημερινής βάσεως ενημέρωσή του. Ασχολούνται με τη διεκπεραίωση της αλληλογραφίας και επικοινωνούν τηλεφωνικά για τη ρύθμιση των συναντήσεων γιατρών - ασθενών. Στα καθήκοντά τους η μέριμνα για την επάρκεια του έντυπου υλικού (συνταγολόγια, κάρτες παρακολούθησης ασθενών, βιβλιάρια αυτοπαρακολούθησης και αναγραφής της επόμενης συνάντησης με το γιατρό, διαιτολόγια και λοιπή γραφική ύλη), που είναι αναγκαίο για την εύρυθμη λειτουργία του ιατρείου.

Ε. Αποδέκτες των παρεχόμενων υπηρεσιών

Η άρτια οργάνωση του διαβητολογικού ιατρείου αποβλέπει στην υλοποίηση μακροπρόθεσμων στόχων, όπως η βελτίωση της ποιότητας της ζωής των διαβητικών και η κατά το δυνατόν προστασία τους από τον κίνδυνο εμφάνισης των χρόνιων επιπλοκών. Ευνόητο, λοιπόν, ότι η προσφορά απευθύνεται σε συγκεκριμένες ομάδες ατόμων, που είναι:

1. Οι γνωστοί διαβητικοί
2. Άτομα με πρωτοεμφανιζόμενο διαβήτη
3. Άτομα με συμπτωματολογία, χωρίς όμως τεκμηρίωση της διάγνωσης του διαβήτη
4. Άτομα που κατευθύνονται προς το ιατρείο από εξωνοσοκομειακώς ασκούντας την Ιατρική παθολόγους, καρδιολόγους ή γιατρούς άλλων ειδικοτήτων.
5. Διαβητικοί που νοσηλεύονται σε κλινικές του νοσοκομείου για άλλα νοσήματα.

ΣΤ. Διευκολύνσεις και εξοπλισμός

Αυτονόητο ότι δεν επαρκεί μόνο το έμπυχο δυναμικό για τη λειτουργία του ιατρείου. Χρειάζεται και ο κατάλληλος εξοπλισμός, ώστε γρήγορα και αποτελεσματικά να εξυπηρετούνται οι προσερχόμενοι. Έτσι, θεωρούνται απαραίτητα:

1. Υπολογιστές για την άμεση πρόσβαση αφενός στα στοιχεία του ασθενή, αφετέρου για την on-line σύνδεση με

συνεργαζόμενα εργαστήρια.

2. Ζυγός βάρους, μετρητής ύψους, πιεσόμετρο, καρδιογράφος, οφθαλμοσκόπιο, βιοθεσιόμετρο, μετρητής σακχάρου, σφυράκι για τα αντανάκλαστικά, stix για σάκχαρο και οξόνη στα ούρα, Monofilament 10g, διαπασών.

3. Διαιτολόγια, κάρτα παρακολούθησης (ραντεβού) και αυτοπαρακολούθησης (ούρα - αίμα κατ' οίκον).

Στις διευκολύνσεις εντάσσεται η δυνατότητα άμεσου προσδιορισμού του σακχάρου αίματος και της γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c). Η πληροφόρηση για τις τιμές αυτών των παραμέτρων αξιολογείται για την αναπροσαρμογή της θεραπευτικής αγωγής. Η αναζήτηση οξόνης στα ούρα είναι χρήσιμη διαδικασία –δοθέντος ότι η οξόνη δεν είναι... «δηλητήριο», όπως νομίζουν οι διαβητικοί και πανικοβάλλονται από την παρουσία της– αποτελεί δείκτη επάρκειας ινσουλίνης.

Στο χώρο εργασίας των αδελφών λειτουργεί η συσκευή προσδιορισμού της HbA1c. Στον εξοπλισμό περιλαμβάνονται φυγόκεντρος για την άμεση φυγοκέντρηση των δειγμάτων του αίματος και ψυγείο για τη διατήρηση του ορού ή του πλάσματος στη συντήρηση ή την κατάψυξη του ψυγείου για όσο χρόνο απαιτείται μέχρις ότου πραγματοποιηθεί ο βιοχημικός έλεγχος. Το λειτουργικό σκέλος του ιατρείου έχει το δικό του ενδιαφέρον, καθώς το χαρακτηρίζουν συγκεκριμένες διαδικασίες.

Η προετοιμασία του διαβητικού

Πραγματοποιείται στο χώρο εργασίας των αδελφών, όπου καταγράφονται στην κάρτα παρακολούθησης ο αριθμός μητρώου, τα ανθρωπομετρικά στοιχεία (Βάρος - Ύψος - Δείκτης Μάζας Σώματος), γίνεται αιμοηπισία, ΗΚΓράφημα, έλεγχος των ούρων για σάκχαρο, οξόνη και λεύκωμα. Ακολουθεί –για τους το πρώτον ερχομένους– εκπαιδευτικό πρόγραμμα και εν συνεχεία γίνεται η συνάντηση με το γιατρό.

Η λήψη λεπτομερούς ιστορικού και η πλήρης αντικειμενική εξέταση καθύπνου το χρόνο αναμονής, μέχρις ότου φτάσουν τα αποτελέσματα των πρώτων εξετάσεων (σάκχαρο αίματος και ούρων, οξόνη και λεύκωμα ούρων, HbA1c). Η

Το έμπυχο δυναμικό έχει χρέος και καθήκον να διαμορφώσει τέτοιες συνθήκες στους χώρους εργασίας ώστε ο διαβητικός να βρεθεί σε περιβάλλον οικείο, να αποκτήσει αίσθημα εμπιστοσύνης και να νιώσει ασφάλεια



αξιολόγηση των απαντήσεων καθορίζει τη θεραπευτική αγωγή. Το τελευταίο στάδιο της εξέτασης, πριν από τον ορισμό της επόμενης συνάντησης, είναι και το πλέον σημαντικό. Αφορά τη συζήτηση κατά την οποία θα δοθούν οδηγίες προς το διαβητικό και απαντήσεις σε απορίες του. Δεν αποτελεί σπατάλη χρόνου και δεν πρέπει να παραλείπεται ή να συντομεύεται η διάρκειά της. Έχει εκπαιδευτικό χαρακτήρα, διευκολύνει σε μέγιστο βαθμό στην κατανόηση των προβλημάτων, εφοδιάζει το διαβητικό με γνώσεις και συμβάλλει στην απόκτηση δεξιοτήτων επωφελών για την αποτελεσματική διαχείριση του διαβήτη (σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, CHOL, TG, HDL, HbA1c).

Θεωρείται χρήσιμη η συνοπτική αναφορά τόσο για τα στοιχεία που περιλαμβάνονται στην κάρτα παρακολούθησης όσο και η υπενθύμιση των παραμέτρων, οι οποίες ελέγχονται κατ' έτος.

Κάρτα παρακολούθησης

Είναι κατάλληλα σχεδιασμένη για την καταχώρηση:

Αριθμού μητρώου ασθενή, ημερομηνία πρώτης εξέτασης, ονοματεπώνυμο, ημερομηνία γέννησης, τύπος διαβήτη (1, 2, κυήσεως, διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη, διαταραγμένη γλυκόζη νηστείας), ημερομηνία διάγνωσης του διαβήτη, οικογενειακό δένδρο (αναφορά ύπαρξης διαβήτη σε άλλα μέλη της οικογένειας), ατομικό αναμνηστικό, αντικειμενική εξέταση, καταχώρηση βιοχημικού ελέγχου, καταγραφή θεραπευτικής αγωγής διαχρονικά.

Ετήσιος έλεγχος.

Περιλαμβάνει:

- 1. Αιματολογικές εξετάσεις:** HbA1c, λιπίδια, έλεγχο ηπατικής και νεφρικής λειτουργίας, γενική ούρων.
- 2. Αντικειμενική εξέταση**
 - Καρδιολογική εκτίμηση: ΗΚΓ, Triplex καρδιάς.
 - Αγγειολογικός έλεγχος: Κλινική εκτίμηση (ψηλάφηση, ακρόαση) και αν χρειαστεί Triplex καρωτίδων, σπονδυλικών αρτηριών, νεφρικών αρτηριών και αρτηριών κάτω άκρων.
 - Νευρολογική εκτίμηση: Λήψη αντα-

The image shows a patient information form with the following fields and labels:

- Scheme**
- Membership number**
- PATIENT'S DETAILS:**
- Patient's first name**
- I.D. Number**
- Telephone numbers**
- E-mail address**
- Postal address**
- PHARMACIAN: i.e. pharmacy**

A purple pen is visible on the right side of the form, pointing towards the 'Telephone numbers' field.

νακλαστικών και εν τω βάθει αισθητικότητας.

- Έλεγχος ουροποιοτικού: Γενική ούρων, Μικρολευκωματινουρία, Συλλογή ούρων 24ώρου - Ουροκαλλιέργεια αν υπάρχουν ενδείξεις.

3. Οφθαλμολογική εξέταση:

Βυθοσκόπηση, φωτογραφία βυθού, φλουροαγγειογραφία, αναλόγως των ενδείξεων.

- 4. Απεικονιστικός έλεγχος:** (ήπαρ, πάγκρεας, νεφροί) εφόσον υπάρχουν ενδείξεις.

- 5. Εκπαίδευση:** Δίαιτα - Άσκηση - Χρήση ινσουλίνης - Κάννισμα.

Ως επίλογος...

Η οργάνωση του ιατρείου έχει σκοπό την παροχή τόσο επιστημονικού όσο και κοινωνικού έργου. Το έμπυχο δυναμικό έχει χρέος και καθήκον να διαμορφώσει τέτοιες συνθήκες στους χώρους εργασίας ώστε ο διαβητικός να βρεθεί σε περιβάλλον

οικείο, να αποκτήσει αίσθημα εμπιστοσύνης και να νιώσει ασφάλεια. Η δημιουργία του κατάλληλου «κλίματος» εξαρτάται από την ευχέρεια επικοινωνίας, την καρτερικότητα, την υπομονή, την ανιδιοτέλεια και την εν γένει συμπεριφορά του προσωπικού. Η εκπαίδευση, η εμπειρία και η πολυδιάστατη ομαδική προσέγγιση θα βοηθήσουν ώστε η «ατμόσφαιρα» να είναι ευχάριστη και το έργο αποδοτικό.

Ο διαβητικός που φτάνει στο ιατρείο βασανίζεται από ανησυχίες, τον κατατράχουν φοβίες, κυριαρχείται από ανασφάλειες. Αποζητά «ήλιμάνι» ελπίδας στους χώρους του ιατρείου. Έχει ανάγκη από συμπαράσταση. Ένα χαμόγελο, ένας καλοσυνάτος λόγος σπάνε τον επαγγελματισμό της σχέσης. Της δίνουν ανθρώπινη διάσταση, προσφέρουν «ζεστασιά» και καταλαγιάζουν την αγωνία. Αυτά τα έχει ανάγκη ο διαβητικός. Του αναπερνούν το νητικό, τον γαληνεύουν. Τα χρειάζεται, δεν απαιτείται... ■

Πολιτική πρόληψης του σακχαρώδους διαβήτη

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια από τις χρόνιες νόσους για την οποία η λήϊκή ρήση «η πρόληψη είναι καλύτερη της θεραπείας» παραμένει επίκαιρη όσο ποτέ. Βέβαια, για να γίνει πρόληψη μιας χρόνιας νόσου, όπως ο διαβήτης, θα πρέπει να είναι γνωστά τα γενεσιουργά αίτια. Ας δούμε, λοιπόν, τι συμβαίνει στην περίπτωση του διαβήτη.



ΑΓΑΘΟΚΛΗΣ ΤΣΑΤΣΟΥΛΗΣ

Καθηγητής Παθολογίας - Ενδοκρινολογίας

Όπως είναι γνωστό, υπάρχουν δύο κυρίως τύποι διαβήτη, ο διαβήτης τύπου 1, παλιότερα γνωστός ως ινσουλινοεξαρτώμενος ή νεανικός διαβήτης, και ο διαβήτης τύπου 2, γνωστός και ως μη ινσουλινοεξαρτώμενος ή διαβήτης των ενηλίκων. Ο διαβήτης τύπου 1 χαρακτηρίζεται από προοδευτική και τελικά σχεδόν ολοκληρωτική καταστροφή των β κυττάρων του παγκρέατος, με αποτέλεσμα ανεπαρκή έκκριση ινσουλίνης. Η

καταστροφή των β κυττάρων οφείλεται σε απρόσφορη διέγερση του ανοσοποιητικού συστήματος έναντι αντιγονικών μορίων των κυττάρων αυτών. Η αιτία της ανοσοποιητικής διέγερσης δεν είναι απόλυτα γνωστή, αλλά φαίνεται να είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης γενετικής προδιάθεσης και περιβαλλοντικών παραγόντων, όπως είναι διάφοροι ιοί, τοξίνες, το αγελαδινό γάλα αντί μητρικού θηλασμού ακόμη και το στρες. Ωστόσο, η ακριβής γενεσιουργός αιτία δεν έχει γίνει γνωστή.

Έτσι, όσον αφορά το διαβήτη τύπου 1, ουσιαστικά μέτρα πρωτογενούς πρόληψης της νόσου δεν είναι ακριβώς γνωστά. Κάποια από τα γενικά μέτρα που

συνιστώνται περιλαμβάνουν το μητρικό θηλασμό για βρέφη που έχουν συγγενή σ' βαθμού με διαβήτη τύπου 1 και αποφυγή του αγελαδινού γάλακτος, καθώς και η αποφυγή ηοίμωξης με ερυθρά κατά την εγκυμοσύνη, διότι η συγγενής ερυθρά έχει ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη διαβήτη τύπου 1. Όσον αφορά την πρόληψη των δευτερογενών επιπλοκών του διαβήτη τύπου 1, το πιο αποτελεσματικό μέτρο είναι η όσο το δυνατόν καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου αίματος με τα γνωστά σχήματα ινσουλινοθεραπείας ή τη χρήση αντλίας ινσουλίνης.

Τέλος, θα πρέπει να γίνει γνωστό ότι μερικά από τα παιδιά που έχουν εκδηλώσει

το διαβήτη πριν από την ηλικία των 6 μηνών μπορεί να έχουν μια γενετική μορφή του διαβήτη η οποία ανταποκρίνεται στη θεραπεία με αντιδιαβητικά δισκία και δεν είναι απαραίτητη η χρήση ινσουλίνης. Για τα παιδιά αυτά μπορεί να γίνει σήμερα γενετική ανάλυση και, αν φέρουν τη γενετική μορφή του διαβήτη, να πάρουν θεραπεία με δισκία αντί ινσουλίνης.

Ο διαβήτης τύπου 2 συνήθως εκδηλώνεται σε έδαφος αντίστασης των ιστών στη δράση της ινσουλίνης. Η δημιουργία αντίστασης στην ινσουλίνη είναι αποτέλεσμα γενετικής προδιάθεσης αλλά κυρίως περιβαλλοντικών παραγόντων που έχουν σχέση με το σύγχρονο τρόπο ζωής, δηλαδή τη μη υγιεινή διατροφή, την καθιστική ζωή και το χρόνιο στρες. Έτσι, η προδιάθεση για αποθήκευση της περίσσειας ενέργειας υπό μορφή λίπους στην κοιλιακή χώρα στο σύγχρονο περιβάλλον οδηγεί στην κοιλιακή ή κεντρική παχυσαρκία. Η τελευταία εκτιμάται κλινικά με τη μέτρηση της περιμέτρου της μέσης (>102 cm για τους άντρες και >88cm για τις γυναίκες). Κεντρική παχυσαρκία επίσης αποκτούν και τα άτομα που βιώνουν χρόνιο στρες λόγω της υπερέκκρισης κορτιζόνης.

Τα άτομα με κεντρική παχυσαρκία απελευθερώνουν περισσότερα λιπαρά οξέα από τις σπληνικές λιπαροθήκες, τα οποία όμως δεν οξειδώνονται εάν τα άτομα δεν γυμνάζονται, αλλά εναποτίθενται στους περιφερικούς ιστούς υπό μορφή λίπους. Επιπλέον, η κεντρική παχυσαρκία συνοδεύεται από μέτριου βαθμού φλεγμονή. Ακριβώς οι παραπάνω παράγοντες, δηλαδή τα αυξημένα λιπαρά οξέα, οι παράγοντες φλεγμονής και το στρες προκαλούν την αντίσταση στην ινσουλίνη.

Παρουσία αντίστασης στην ινσουλίνη, τα β-παγκρεατικά κύτταρα αναγκάζονται να εκκρίνουν περισσότερη ινσουλίνη, για να διατηρήσουν την ομοιοστασία της γλυκόζης. Έτσι βρίσκονται σε κατάσταση συνεχούς υπερηλιουργίας.

Στο ενδιάμεσο αυτό στάδιο τα άτομα παρουσιάζουν τις εκδηλώσεις του «μεταβολικού συνδρόμου», δηλαδή έχουν κεντρική παχυσαρκία, υπερλιπιδαιμία ή και υπέρταση, χρόνια υποκλινική φλεγμονή, αλλά διατηρούν ακόμη φυσιολογική γλυ-

Η δημιουργία αντίστασης στην ινσουλίνη είναι αποτέλεσμα γενετικής προδιάθεσης αλλά κυρίως περιβαλλοντικών παραγόντων που έχουν σχέση με το σύγχρονο τρόπο ζωής, δηλαδή τη μη υγιεινή διατροφή, την καθιστική ζωή και το χρόνιο στρες

κόζη λόγω της υπερέκκρισης ινσουλίνης. Το άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο για ανάπτυξη καρδιαγγειακής νόσου.

Σε ένα τέτοιο υπόστρωμα τα άτομα εκείνα που έχουν γενετικά καθορισμένα «ασθενικά» β κύτταρα αδυνατούν να καλύψουν σε χρόνια βάση τις ανάγκες σε ινσουλίνη και εκκρίνουν όλο και λιγότερη ινσουλίνη, με αποτέλεσμα να περάσουν σε προδιαβητικό στάδιο με μικρή αύξηση της γλυκόζης κατά τη νηστεία ή μετά τα γεύματα. Τα άτομα αυτά έχουν «διαταραχή γλυκόζης νηστείας» ή «διαταραχή ανοχής γλυκόζης» και αργά ή γρήγορα κινδυνεύουν να αναπτύξουν διαβήτη τύπου 2 εάν δεν λάβουν προληπτικά μέτρα.

Συμπερασματικά, λοιπόν, ο διαβήτης τύπου 2 αναπτύσσεται σε έδαφος αντίστασης στην ινσουλίνη σε εκείνα τα άτομα που γενετικά έχουν «ασθενικά» β κύτταρα. Είναι φανερό από τα παραπάνω ότι ο διαβήτης τύπου 2 μπορεί σε μεγάλο βαθμό να προληφθεί ή να καθυστερήσει η εμφάνισή του εάν ληφθούν προληπτικά μέτρα που έχουν σχέση με το σύγχρονο

τρόπο ζωής. Πράγματι, κλινικές μελέτες έδειξαν ότι άτομα σε προδιαβητικό στάδιο που ακολούθησαν ένα πρόγραμμα υγιεινής διατροφής και φυσικής δραστηριότητας, όπως περπάτημα 30 λεπτά την ημέρα, μείωσαν κατά 58% τον κίνδυνο ανάπτυξης διαβήτη.

Με βάση τα παραπάνω, είναι ουσιαστικής σημασίας η λήψη μέτρων για την πρόληψη του διαβήτη τύπου 2. Τα μέτρα αυτά θα πρέπει να ληφθούν σε πολλά επίπεδα.

1. Σε επίπεδο πολιτείας. Η πολιτεία οφείλει να δημιουργήσει τις κατάλληλες περιβαλλοντικές συνθήκες που θα επιτρέψουν στα άτομα να αλλάξουν τον τρόπο ζωής τους. Για παράδειγμα, θα πρέπει να υπάρχουν σε κάθε γειτονιά γυμναστήρια και χώροι αθλοπαιδιών, ιδιαίτερα για τα παιδιά αλλά και τους ενήλικες. Θα πρέπει από το άλλο μέρος να γίνει ενημέρωση του κοινού από τους αρμόδιους φορείς, μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας, για ένα υγιεινό τρόπο διατροφής και άσκησης. Σε αυτό οφείλουν να συμβάλουν και τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και να απαγορευτούν οι διαφημίσεις διατροφικών ειδών πλούσιων σε θερμίδες, λίπη και συντηρητικές ουσίες. Επίσης, στα κυλικεία των σχολείων θα πρέπει να απαγορεύεται η διάθεση τέτοιων προϊόντων.

2. Σε ατομικό επίπεδο. Άτομα που έχουν οικογενειακό ιστορικό διαβήτη ή καρδιαγγειακής νόσου, άτομα που είναι παχύσαρκα και έχουν υπέρταση ή υπερλιπιδαιμία και γυναίκες με ιστορικό διαβήτη κυήσεως θα πρέπει να ελέγχουν το σάκχαρο αίματος σε κατάσταση νηστείας. Το ίδιο πρέπει να κάνουν και όλα τα άτομα ηλικίας άνω των 45 ετών. Τα άτομα αυτά θα πρέπει οπωσδήποτε να ακολουθήσουν ένα πρόγραμμα υγιεινο-διαιτητικής αγωγής με τη συμβουλή του γιατρού τους. Γενικά όμως όλοι οι πολίτες –και κυρίως τα παιδιά– θα πρέπει με κάθε τρόπο να υιοθετήσουμε ένα νέο τρόπο ζωής από αυτόν που ακολουθούμε μέχρι τώρα, ο οποίος θα περιλαμβάνει φυσική άσκηση σε τακτική βάση, υγιεινή διατροφή, όπως είναι η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, και λιγότερο στρες. Μόνο έτσι θα μπορέσουμε να απαλλαγούμε από τις ασθένειες της σύγχρονης εποχής. ■

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και η θεραπευτική του αντιμετώπιση

Ο τύπος 1 είναι η σπανιότερη από τις δύο κύριες μορφές του σακχαρώδους διαβήτη. Αποτελεί όμως σημαντικό πρόβλημα, καθώς αφορά συνήθως νέους ανθρώπους των οποίων την ποιότητα ζωής επηρεάζει έντονα. Εμφανίζεται σε οποιαδήποτε ηλικία, αλλά συχνότερα στην άμεσα προσχολική περίοδο και στην εφηβεία. Οφείλεται στην αδυναμία του οργανισμού να διαχειριστεί τις ουσίες που περιέχονται στις τροφές και οι οποίες είναι χρήσιμες στα κύτταρα για την παραγωγή ενέργειας, όπως π.χ. τους υδατάνθρακες. Και αυτό γιατί η ινσουλίνη, η ορμόνη που είναι υπεύθυνη γι' αυτό, λείπει. Τα εξειδικευμένα για την έκκρισή της κύτταρα, τα β- κύτταρα των νησιδίων του παγκρέατος, καταστρέφονται.

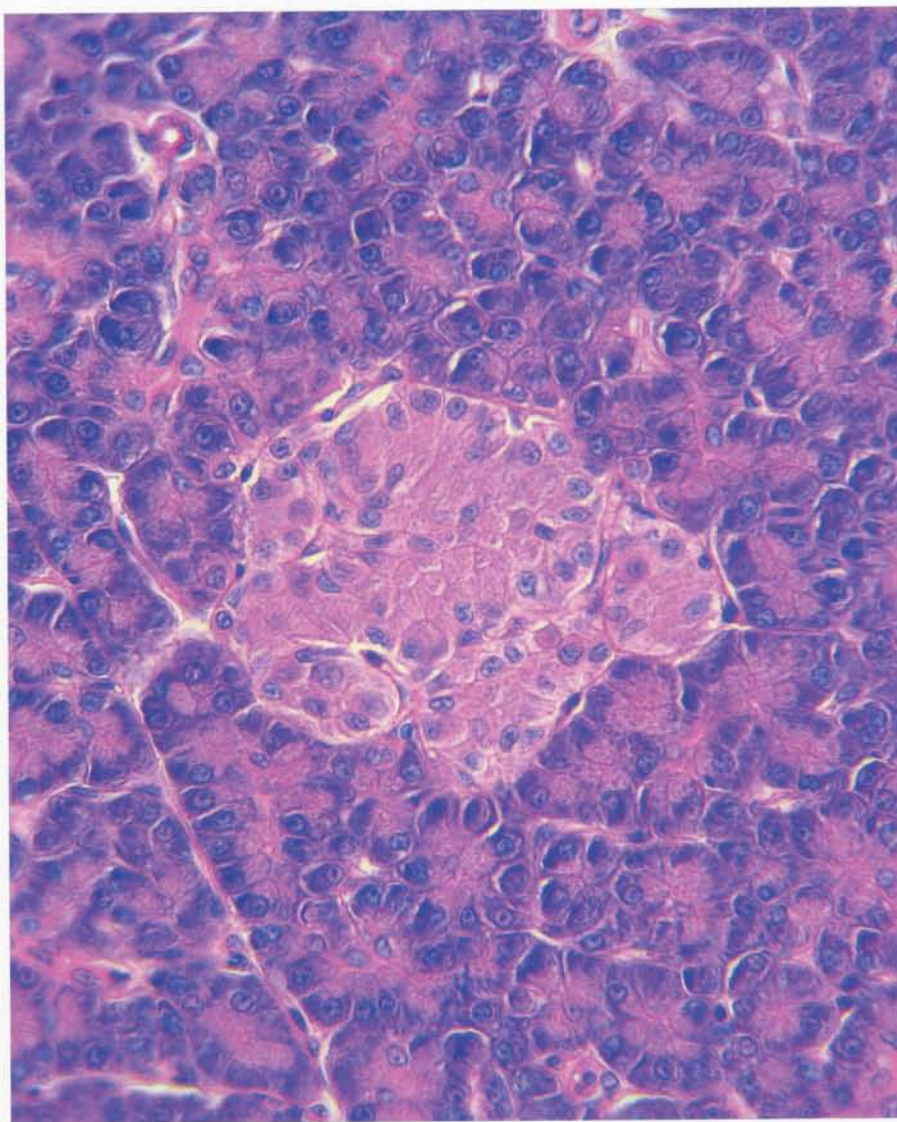


ΑΓΓΕΛΟΣ ΠΑΠΠΑΣ

Παθολόγος - Υπεύθυνος Διαβητολογικού
Ιατρείου Βενιζέλειο Γ.Ν. Ηρακλείου

Για τη διαδικασία καταστροφής τους σήμερα γνωρίζουμε μεν αρκετά, αλλά πολλά ακόμη μένουν αδιευκρίνιστα. Ξέρουμε ότι στις περισσότερες περιπτώσεις (90%) είναι μια αυτοάνοση διαδικασία, δηλαδή ο οργανισμός καταστρέφει μόνος του τα β-κύτταρα γιατί τα θεωρεί –τα «αναγνωρίζει»– ως ξένα. Ακόμη γνωρίζουμε ότι ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 (Σ.Δ. 1), ενώ δεν είναι κληρονομούμενο νόσημα, εμφανίζεται ευκολότερα ή δυσκολότερα ανάλογα με το γενετικό υπόστρωμα του κάθε ατόμου. Τα τελευταία χρόνια μάθαμε ότι, ενώ η εμφάνιση του Σ.Δ. 1 είναι απότομη, η έναρξη της αυτοάνοσης διαδικασίας που θα οδηγήσει στην καταστροφή των β-κυττάρων προηγείται αρκετά χρόνια των συμπτωμάτων. Το ακριβές όμως αίτιο ή αίτια που ευθύνονται για την έναρξη της καταστροφής δεν μας είναι ακόμα γνωστά.

Νοσήματα που οφείλονται σε αυτοάνοσια υπάρχουν πολλά, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ερυθρελαιώδης λύκος ή ακόμα ο υποθυρεοειδισμός. Ο τελευταίος μοιάζει με το Σ.Δ. 1, καθώς και στις δύο περιπτώσεις αυτό που συμβαίνει είναι η αδυναμία παραγωγής μιας ορμόνης. Το πρόβλημα στη περίπτωση του υποθυ-



ρεοειδισμού λύνεται εύκολα με τη λήψη της ορμόνης του θυρεοειδούς σε μορφή χαπιού που απορροφάται από το έντερο. Στην περίπτωση όμως του Σ.Δ. 1 η υποκατάσταση της ινσουλίνης έχει κάποιες δυσκολίες, παρά το ότι η ινσουλίνη ήταν η πρώτη ορμόνη που απομονώθηκε και χρησιμοποιήθηκε ιατρικά.

1) Η ινσουλίνη είναι πρωτεΐνη που καταστρέφεται από τα υγρά του πεπτικού σωλήνα (πέπτεται) και επομένως δεν μπορεί να χορηγηθεί θεραπευτικά από το στόμα. Το πρόβλημα λύνεται με την έγχυση της ινσουλίνης υποδορίως, δηλαδή στο λίπος που υπάρχει κάτω από το δέρμα.

2) Η ινσουλίνη παράγεται από τα β-κύτταρα φυσιολογικά με συνεχώς μεταβαλλόμενο ρυθμό, ακολουθώντας τις μεταβολές της πιο χρήσιμης ενεργειακά ουσίας που κυκλοφορεί στο αίμα, της γλυκόζης. Έτσι τα επίπεδα γλυκόζης στο αίμα διατηρούνται συνεχώς σε στενά όρια. Η μεγαλύτερη δυσκολία, λοιπόν, είναι η μίμηση αυτής της συνεχώς μεταβαλλόμενης φυσιολογικής έκκρισης με εγχύσεις ινσουλίνης. Τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα ανεβαίνουν έπειτα από γεύμα που περιέχει υδατάνθρακες, ουσίες που περιέχονται στις τροφές και αποτελούνται από μόρια γλυκόζης. Ακόμη μπορεί να αυξηθούν γιατί το σукώτι μας συνθέτει γλυκόζη από άλλες ουσίες σε περιόδους νηστείας αλλά και όταν έχουμε έντονο στρες. Φυσιολογικά τα β-κύτταρα «αντιλαμβάνονται» την αύξηση της γλυκόζης στο αίμα, και αντιδρούν με έκκριση ινσουλίνης, που δίνει στον οργανισμό τη δυνατότητα να καταναλώσει περισσότερη γλυκόζη, αφενός μεν αυξάνοντας τη χρήση της σε ιστούς που θέλουν πολλή ενέργεια, όπως οι μύς, και αφετέρου αποθηκεύοντας όση γλυκόζη περισσεύει ως λίπος. Έτσι τα επίπεδα της γλυκόζης στο αίμα παραμένουν σταθερά. Και κάτι ακόμα: ακόμη και σε περιόδους νηστείας, παραγωγή ινσουλίνης γίνεται σε μικρότερες ποσότητες συνεχώς. Αυτό λέγεται «βασική έκκριση ινσουλίνης» και έχει σκοπό να εμποδίζει την ανεξέλεγκτη παραγωγή γλυκόζης από το σукώτι.

Η μίμηση όλης αυτής της φυσιολογικής διαδικασίας με τη χορήγηση ινσουλίνης εξωγενώς είναι η θεραπευτική αντιμετώπιση του Σ.Δ. τύπου 1.

Όπως εύκολα καταλαβαίνουμε, για να χορηγήσουμε την κατάλληλη ποσότητα ινσουλίνης και να πετύχουμε σωστή ρύθμιση πρέπει να γνωρίζουμε τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα, που όμως, όπως αναφέραμε, μεταβάλλονται συνεχώς. Γι' αυτό πρέπει να μετρούμε αρκετές φορές μέσα στη μέρα το σάκχαρο με τα φορητά «γλυκόμετρα» που ξέρουμε όλοι μας. Έτσι μας είναι χρήσιμη μια μέτρηση σακχάρου αίματος πριν από κάθε γεύμα. Γνωρίζοντας παράλληλα την ποσότητα των υδατανθράκων της τροφής που θα ληφθεί, μπορούμε να υπολογίσουμε την ποσότητα της ινσουλίνης που πρέπει να κάνουμε λίγο πριν φάμε. Αν η ινσουλίνη χορηγηθεί σε μεγαλύτερη ποσότητα απ' ό,τι απαιτείται, θα έχουμε υπογλυκαιμία, δηλαδή χαμηλά επίπεδα σακχάρου στο αίμα, που προκαλούν δυσλειτουργία του εγκεφάλου και πρέπει άμεσα να αντιμετωπιστούν. Αντίθετα, αν η ινσουλίνη είναι λίγη, θα έχουμε αύξηση του σακχάρου μετά το γεύμα. Για να μάθουμε τι ακριβώς κάναμε, λοιπόν, με την προγευματική χορήγηση ινσουλίνης χρειάζεται νέα μέτρηση του σακχάρου μετά το γεύμα. Έτσι, για να έχουμε μια κάπως ολοκληρωμένη εικόνα των επιπέδων του σακχάρου κατά τη διάρκεια της μέρας, αν τρώμε 3 φορές την ημέρα, χρειαζόμαστε 6 μετρήσεις ▣

Η ινσουλίνη είναι πρωτεΐνη που καταστρέφεται από τα υγρά του πεπτικού σωλήνα (πέπτεται) και επομένως δεν μπορεί να χορηγηθεί θεραπευτικά από το στόμα. Το πρόβλημα λύνεται με την έγχυση της ινσουλίνης υποδορίως, δηλαδή στο λίπος που υπάρχει κάτω από το δέρμα



ημερησίως, και για τη θεραπεία να κάνουμε 3 εγχύσεις ινσουλίνης, δηλαδή μία πριν από κάθε γεύμα.

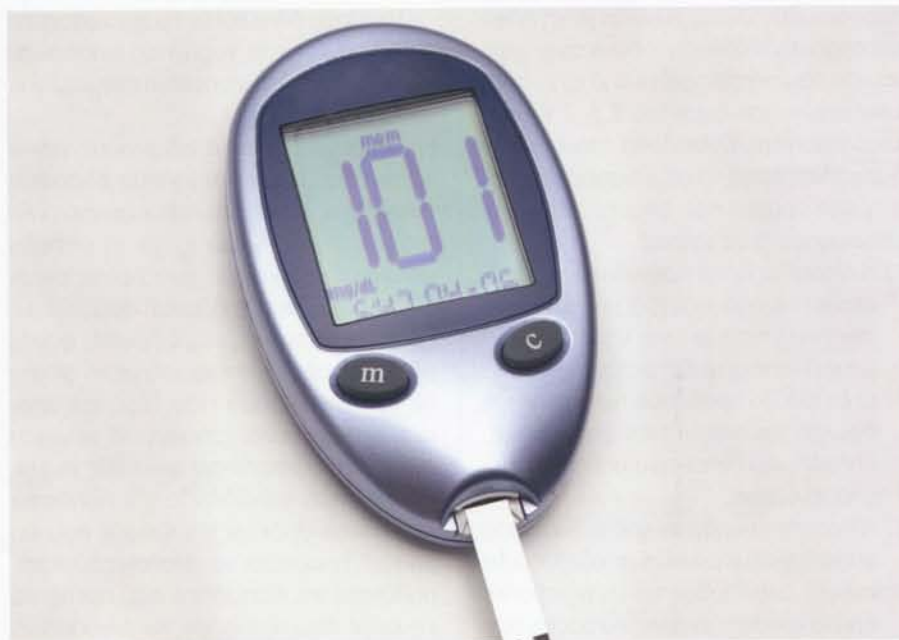
Συμπληρώνοντας δε τη θεραπεία πρέπει να χορηγήσουμε ινσουλίνη που να ενεργεί με μικρή ένταση αν είναι δυνατόν όλο το 24ωρο, υποκαθιστώντας τη «βασική έκκριση ινσουλίνης» στην οποία αναφερθήκαμε προηγουμένως.

Οι εγχύσεις ινσουλίνης μπορεί να γίνουν με δύο τρόπους.

1) Με υποδόριες ενέσεις, με πραγματικά εξαιρετικά λεπτές βελόνες. Υπάρχουν ινσουλίνες με βραδεία δράση που χορηγούνται 1 ή 2 φορές την ημέρα και υποκαθιστούν τη βασική έκκριση και ινσουλίνες ταχείας δράσης που χρησιμοποιούνται πριν από τα γεύματα.

2) Με αντλία ινσουλίνης. Οι φορητές αυτές συσκευές, μεγέθους ενός κινητού, έχουν τη δυνατότητα έγχυσης ινσουλίνης με λεπτό σωληνάκι που η άκρη του τοποθετείται κάτω από το δέρμα στον υποδόριο ιστό. Εγχέουν συνεχώς ινσουλίνη, υποκαθιστώντας έτσι τη βασική έκκριση. Μπορούμε να ρυθμίσουμε την αντλία ώστε ο ρυθμός έγχυσης να μεταβάλλεται κατά τη διάρκεια της μέρας όπως αυτό ταιριάζει σε κάθε διαβητικό, χαρακτηριστικό που αποτελεί πλεονέκτημα της αντλίας. Εξάλλου ο χρήστης δίνει εντολή στην αντλία για εφάπαξ έγχυση κάθε φορά που το κρίνει χρήσιμο, δηλαδή πριν από τα γεύματα ή όταν έχει ψηλό σάκχαρο.

Ιδιαίτερη βοήθεια στη ρύθμιση υποσπονται οι συσκευές συνεχούς μέτρησης του σακχάρου στον υποδόριο ιστό, που μετρούν το σάκχαρο συνεχώς ενημερώνοντας για τις μεταβολές του το διαβητικό. Είναι ακόμα ιδιαίτερα ακριβές, δεν μας απαλλάσσουν από τις μετρήσεις με τα



γλυκόμετρα και για τη σωστή χρήση τους απαιτείται αρκετή εκπαίδευση και πείρα. Φαίνεται όμως ότι η χρήση τους σε συνδυασμό με αντλία ινσουλίνης είναι ιδιαίτερα ωφέλιμη.

Όπως είναι λοιπόν φανερό, η απλή υποκατάσταση της έκκρισης της ινσουλίνης στην περίπτωση του Σ.Δ. 1 είναι διαδικασία πολυπλοκότερη από ότι η υποκατάσταση άλλων ορμονών. Η σωστή χρήση της ινσουλίνης απαιτεί εκπαίδευση του διαβητικού. Πρέπει να μάθει να υπολογίζει, έστω και κατά προσέγγιση, γρήγορα και αποτελεσματικά τις περιεκτικότητες των τροφών που πρόκειται να καταναλώσει σε υδατάνθρακες.

Ακόμα να αποκτήσει πολύτιμη πείρα με συνεχείς μετρήσεις του σακχάρου αίματος, πριν και μετά τις εγχύσεις ινσουλίνης, ώστε να μπορεί να προβλέψει τις μεταβολές του σακχάρου του μετά τα γεύματα αλλιά και σε άλλες ειδικές καταστάσεις, όπως

στην άσκηση, στο ψυχικό στρες, στις λοιμώξεις.

Αυτό σημαίνει ότι ο διαβητικός τύπου 1 πρέπει να απασχολείται με τη ρύθμιση του σακχάρου του αρκετές φορές τη μέρα. Το αποτέλεσμα όμως είναι πολύ σημαντικό.

Πρέπει να τονίσουμε ότι τα τελευταία χρόνια μάθαμε –και καθημερινά επιβεβαιώνεται– ότι όσο καλύτερα ρυθμίζουμε το σάκχαρο τόσο πιο σπάνιες είναι οι μακροχρόνιες επιπλώσεις του Σ.Δ. Τα μέσα δε που διαθέτουμε για μια σωστή ρύθμιση συνεχώς βελτιώνονται, με τις εξελίξεις της επιστήμης και της τεχνολογίας.

Η ρύθμιση του σακχάρου αίματος είναι μια πρόκληση ζωής για το διαβητικό. Σήμερα είναι πια εφικτό να ζήσει μια ζωή που δεν διαφέρει από αυτή των συνανθρώπων του χωρίς σάκχαρο και να πρωταγωνιστεί σε όλους του τομείς της ανθρώπινης δραστηριότητας. ■

Η απλή υποκατάσταση της έκκρισης της ινσουλίνης στην περίπτωση του Σ.Δ. 1 είναι διαδικασία πολυπλοκότερη από ότι η υποκατάσταση άλλων ορμονών. Η σωστή χρήση της ινσουλίνης απαιτεί εκπαίδευση του διαβητικού

Ένας γλυκός σύμμαχος στην καθημερινή, φυσική διατροφή.

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

Καφέδες, κέικ, γλυκά, τσάι.

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

ΤΩΡΑ ΟΜΩΣ ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΛΟΓΟΣ

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



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

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

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

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2: μια νέα απειλή για τα παιδιά και τους εφήβους

ΑΣΗΜΙΝΑ ΓΑΛΛΗ-ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ

Επίκουρη Καθηγήτρια Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας

Δ' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτέλειου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης Νοσοκομείο «Παπαγεωργίου»

Συχνότητα - Επίπτωση

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 (Σ.Δ. 2) στο παρελθόν θεωρούνταν κατεξοχήν νόσημα των ενηλίκων. Σήμερα όμως απαντάται και στα παιδιά και στους εφήβους και είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την **αύξηση της παχυσαρκίας** στις ηλικιακές αυτές ομάδες. Τα παιδιά και οι έφηβοι που εκδηλώνουν Σ.Δ. 2 έχουν κατά κανόνα θετικό οικογενειακό ιστορικό για Σ.Δ. 2. Ο Σ.Δ. 2 στην παιδική και εφηβική ηλικία εξακολουθεί να μην είναι τόσο συχνός όσο ο διαβήτης τύπου 1. Επίσης, είναι ιδιαίτερα συχνός σε διάφορες εθνικές ομάδες, όπως στους παχύσαρκους μαύρους εφήβους της Αμερικής, τους Λατινοαμερικανούς και τους κατοίκους των νησιών του Ειρηνικού Ωκεανού. Σήμερα υπολογίζεται στις ΗΠΑ ότι ο Σ.Δ. 2 αναλογεί τουλάχιστον στο 10% των παιδιών και εφήβων που διαγιγνώσκονται ότι πάσχουν από διαβήτη. Η αναλογία αυτή μάλιστα φαίνεται να αυξάνει, αφού έχει παρατηρηθεί ότι το 40% των παιδιών των γονέων με Σ.Δ. 2 θα εμφανίσουν διαβήτη κάποτε στη ζωή τους.

Οι προδιαθεσικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του Σ.Δ. 2 στα παιδιά φαίνονται στον Πίνακα 1.

Αιτιοπαθογένεια - Διάγνωση - Επιπλοκές

Ο Σ.Δ. 2 οφείλεται σε διάφορες διαταραχές του οργανισμού ως προς τη διατήρηση φυσιολογικής ομοιόστασης της γλυκόζης σε αντίθεση με το Σ.Δ. 1, ο οποίος οφείλεται αποκλειστικά σε διαταραχή της έκκρισης της ινσουλίνης.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για την ύπαρξη διαβήτη φαίνονται στον Πίνακα 2.

Συνήθως ο Σ.Δ. 2 οφείλεται: 1) είτε σε ινσουλινική αντίσταση, 2) είτε σε διαταραχή έκκρισης της ινσουλίνης ή σε προοδευτική ανεπάρκεια των β κυττάρων. Είναι γνωστό ότι η **παχυσαρκία** αυξάνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και προδιαθέτει για διαβήτη. Η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελεί την αρχή για την ανάπτυξη του **μεταβολικού συνδρόμου (παχυσαρκία, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, διαταραχές μεταβολισμού γλυκόζης, διαταραχές ηπκτικότητας)**, ακόμα και στα παιδιά.

Οι ενήλικες ασθενείς με πρώιμη έναρξη του Σ.Δ. (18 έως 44 χρονών) έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για καρδιαγγειακά νοσήματα απ' ό,τι οι ασθενείς οι οποίοι αναπτύσσουν διαβήτη αργότερα. Ασθενείς με σχετική πρώιμη έναρξη του Σ.Δ. έχουν 14 φορές σχετικό υψηλότερο κίνδυνο για έμφραγμα μυοκαρδίου συγκριτικά με ομάδες ελέγχου, ενώ οι ασθενείς με έναρξη διαβήτη μετά τα 45 χρόνια έχουν σχετικά μικρότερο αλληλά, παρ' όλη αυτά, αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα σε σχέση με ομάδες ελέγχου. Κατά παρόμοιο τρόπο φαίνεται ότι και τα παιδιά και οι έφηβοι με Σ.Δ. 2 έχουν αυξημένο κίνδυνο για έμφραγμα του μυοκαρδίου αργότερα στη ζωή τους απ' ό,τι οι ενήλικες ασθενείς με σχετικά πρώιμη έναρξη διαβήτη.

Κλινικές εκδηλώσεις του Σ.Δ. 2

Ο Σ.Δ. 2 χαρακτηρίζεται συνήθως από ήπια έναρξη. Οι πάσχοντες εμφανίζουν αντίσταση στην ινσουλίνη και σχετική ινσουλινική ανεπάρκεια. Η ηλικία δι-

άγνωσης αντιστοιχεί με την **είσοδο στην εφηβεία**, στην οποία υπάρχει, ως γνωστό, μια φυσιολογική ανθεκτικότητα στην ινσουλίνη. Τα πάσχοντα άτομα είναι συνήθως παχύσαρκα ή εμφανίζουν κεντρική (κοιλιακή) συσσώρευση λίπους, η οποία αιτιολογικά συνδέεται με αντοχή στην ινσουλίνη. Χαρακτηριστική είναι η μελανίζουσα ακάνθωση (Εικόνα 1) στα άτομα με αντίσταση στην ινσουλίνη με ή χωρίς Σ.Δ. 2, η οποία εμφανίζεται σε ποσοστό μέχρι και 86% σε σχέση με τα υγιή παιδιά που εμφανίζουν περίπου 7% μελανίζουσα ακάνθωση. Δυστυχώς, σε ένα μεγάλο ποσοστό ο Σ.Δ. 2 εξελίσσεται ασυμπτωματικά για πολλά χρόνια και ενώ στο 50% των πασχόντων ο Σ.Δ. 2 είναι αδιάγνωστος, οι μακροχρόνιες επιπλοκές αποτελούν μια «βραδυφλεγή βόμβα» στον οργανισμό τους.

Τα **συμπτώματά του και οι κλινικές εκδηλώσεις** του Σ.Δ. 2 φαίνονται στον Πίνακα 3. Ο Σ.Δ. 2 παρουσιάζει **διαφορές** από το Σ.Δ. 1 αλληλά πολλές φορές η διαφορική διάγνωση ανάμεσα στις δύο αυτές μορφές είναι δυσχερής. Οι κυριότερες διαφορές ανάμεσα στους δύο τύπους συνοψίζονται στον Πίνακα 4.

Θεραπευτική αντιμετώπιση

Η κατάσταση αυτή όμως είναι δυνατόν να διορθωθεί έγκαιρα με **δίαιτα** και **απώλεια βάρους**, καθώς και **αλληλαγή στον τρόπο ζωής (φυσική δραστηριότητα)**. Η ενημέρωση των γονέων από τους παιδιατρους αποτελεί την πρώτη και σημαντικότερη μορφή πρόληψης και οι παιδιατροί πρέπει να θέτουν έγκαιρα τη διάγνωση και να παρέχουν την ενδεικνυόμενη θεραπεία.

Η θεραπευτική αντιμετώπιση του Σ.Δ. 2 ποικίλλει ανάλογα με το βαθμό υπεργλυκαιμίας. Εάν η τροποποίηση της διατροφής και η αλληλαγή στον τρόπο ζωής με αύξηση της φυσικής δραστηριότητας

δεν αποφέρουν αποτελέσματα, τότε γίνεται χρήση ειδικών αντιδιαβητικών φαρμάκων, όπως της μετφορμίνης ή της ροσιγλιταζόνης, με καλά αποτελέσματα. Εάν και αυτά δεν αποφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα (ευγλυκαιμία, αποδεκτή τιμή γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης), τότε γίνεται έναρξη αγωγής με ινσουλίνη. Από τη διεθνή βιβλιογραφία δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα στα παιδιά σχετικά με το ποιο σχήμα ινσουλινοθεραπείας θα εφαρμοστεί. Έτσι σήμερα προτείνονται όλα τα σχήματα ινσουλινοθεραπείας: εντατικοποιημένο με 4 ενέσεις (3 ενέσεις με ανάλογο ινσουλίνης ταχείας δράσης με τα γεύματα και μία ένεση με ανάλογο μακράς δράσης πριν από τον ύπνο), καθώς και συμβατικά σχήματα με δύο ενέσεις μίγμα ταχείας και μακράς δράσης ινσουλίνης ή έτοιμα προγεμισμένα μίγματα.

Η **διατροφή και η άσκηση** είναι παρόμοιες όπως και ο Σ.Δ. 1, με μικρότερη ελαστικότητα ίσως στο ωράριο των γευμάτων. Πάντως, είναι γεγονός ότι η καλή ρύθμιση με τροποποίηση συνθηκών διατροφής και άσκησης μπορεί να καθυστερήσει τη φαρμακευτική παρέμβαση για πολλά χρόνια.

Παρακολούθηση

Πρέπει να **παρακολουθούνται συστηματικά** η γλυκόζη αίματος, η γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c), τα λιπίδια, η αρτηριακή πίεση και η ύπαρξη επιπλοκών. Επειδή ο Σ.Δ. 2 δεν είναι αυτοάνοσο νόσημα, δεν είναι απαραίτητος ο έλεγχος του θυρεοειδούς.

Screening για την ανίχνευση του Σ.Δ. 2 σε παιδιατρικούς ασθενείς

Το σωστό screening των παιδιών υψηλού κινδύνου αποσκοπεί στην πρώιμη διάγνωση, στην πρώιμη έναρξη θεραπείας και στην επίτευξη καλής γλυκαιμικής ρύθμισης. Τα προγράμματα ανίχνευσης θα βοηθήσουν και στη μείωση του κινδύνου για επιπλοκές. Οι συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την ανίχνευση του Σ.Δ. 2 στα παιδιά φαίνεται στον Πίνακα 5. Για τα παιδιά υψηλού κινδύνου ο έλεγχος ξεκινά στα 10 χρόνια ή πιο νωρίς εάν η ήβη αρχίσει πιο νωρίς και επαναλαμβάνεται κάθε 2 χρόνια. x

Πίνακας 1: Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη του Σ.Δ. 2

Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη Σ.Δ. 2

- Παχυσαρκία/καθιστικός τρόπος ζωής • Φυλή/εθνικότητα • Οικογενειακό ιστορικό • Αύξηση της αυξητικής ορμόνης και του ινσουλινομόρφου αυξητικού παράγοντα κατά τη διάρκεια της εφηβείας
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών, υπερανδρογοναιμία • Ενδομήτρια έκθεση σε μητρικό διαβήτη
- Μικρά βάρος γέννησης και πτωχή αύξηση του νεογνού

Πίνακας 2: Διαγνωστικά κριτήρια για σακχαρώδη διαβήτη

Κριτήρια Διάγνωσης Διαβήτη

Συμπτώματα + τυχαία τιμή γλυκόζης ≥ 200 mg/dl ή Γλυκόζη νηστείας ≥ 126 mg/dl ή Γλυκόζη ≥ 200 mg/dl στις 2 ώρες μετά από φόρτιση με γλυκόζη (OGTT)

Φόρτιση με γλυκόζη (OGTT): • 75 g άνδρης γλυκόζης σε ΒΣ > 43 kg • 1.75 g/kg σε ΒΣ < 43 kg

Πίνακας 3: Κυριότερα χαρακτηριστικά ευρήματα-συμπτώματα στο ΣΔ 2 στα παιδιά

Χαρακτηριστικά ΣΔ 2 σε παιδιά και εφήβους Fagot-Campagna et al J Pediatr 2000

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Μέση ηλικία • Κορίτσια > Αγόρια • Παχυσαρκία (BMI) • Μειονότητες • Οικογενειακό ιστορικό ΣΔ 2 • Μελανίζουσα σκάνθρωση • Η διάγνωση τέθηκε με τα συμπτώματα και όχι με screening • HbA1c • Απώλεια βάρους • Γλυκοζουρία • Κετόνες • ΔΚΟ | <ul style="list-style-type: none"> • 12-14 χρονών • 1.7:1 • >85 ΕΒ % • 94% • 74%-100% • 56%-92% • 10%-13% • 19%-62% • 95% • 16%-79% • 5%-10% |
|--|--|

Πίνακας 4: Διαφορές μεταξύ ΣΔ1 και ΣΔ2

	ΣΔ 1	ΣΔ 2
Βάρος	20% μπορεί παχύσαρκα	Υψηλ > 85% υπέρβαρο
Παρεία	Γρήγορη	Αργή
ΔΚΟ	Κίνδυνος για κώμα 35%-40%	Κετονουρία (33%) Ήπια ΔΚΟ (5%-25%)
Συγγενείς με ΣΔ	5% με ΣΔ 1 20% μπορεί να έχουν ΣΔ 2	74%-100% με ΣΔ 2
Συνοδά νοσήματα	Θυρεοειδής, επινεφρίδια, πλεύκη, κοιλιοκάκη	Αύξηση του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών Μελανίζουσα σκάνθρωση (90%)
C-πεπτιδίο	Ελαττωμένο	Φυσιολογικό ή αυξημένο
Αντισώματα	85%	15%
Φυλή	Λευκή	NA, AA, HA, Asian, Pacific Islander

Πίνακας 5: Συστάσεις της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας για την πρόληψη του ΣΔ 2 στα παιδιά και εφήβους

Έλεγχος για ΣΔ2 στα παιδιά. American Diabetes Association. Type 2 diabetes in children and adolescents [Consensus Statement]. Diabetes Care 23:381-389, 2000

Κριτήρια

- BMI >85n ΕΒ ή ΒΣ >120% του ιδανικού βάρους

Και

- Οποιοδήποτε από τους παρακάτω δείκτες κινδύνου
 - Θετικό οικογενειακό ιστορικό για ΣΔ 2 (α' ή β' βαθμού συγγενείς)
 - Υψηλού κινδύνου φυλή/έθνος
 - Σημεία ή καταστάσεις που συνδέονται με την αντίσταση στην ινσουλίνη (μελανίζουσα σκάνθρωση, υπέρταση, δυσλιπιδαιμία ή πολυκυστικές ωοθήκες)
- Ηλικία: 10 χρ ή στην έναρξη της εφηβείας (αν η εφηβεία αρχίζει νωρίτερα)
 - Συχνότητα: κάθε 2 χρόνια
- Εξέταση: προτιμάται η γλυκόζη νηστείας ή η HbA1c

Η τεχνολογία στην αντιμετώπιση του σακχαρώδους διαβήτη



NICHOLAS H.E. MEZITIS, M.D.

President, Mezitis Education and Research Institute - New York
Senior Attending Physician, St. Luke's - Roosevelt Hospital Center - New York
Assistant Professor of Clinical Medicine, Columbia University

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι πολυδιάστατη νόσος, η παθογένεση της οποίας σχετίζεται με την ινσουλινοτοχή στον οργανισμό και τη βαθμιαία φθορά των κυττάρων β του παγκρέατος που ευθύνονται για την παραγωγή της ινσουλίνης. Τα αίτια των δύο αυτών φαινομένων και η αναλογία της ευθύνης τους στην εκάστοτε περίπτωση διαφέρουν από άτομο σε άτομο και βρίσκονται σε δυναμική εξέλιξη σε κάθε στιγμή, πράγμα που σημαίνει αφενός ότι το πρόβλημα είναι ανατάξιμο και αφετέρου ότι η επιτυχία στην αντιμετώπιση εξασφαλίζεται μόνο με τη διαρκή προσπάθεια του ασθενή και τη συνδρομή πολλών ιατρικών ειδικοτήτων. Η στρατηγική αντιμετώπισης του προβλήματος διευθύνεται από τον ειδικό διαβητολόγο-ενδοκρινολόγο και συχνά περιλαμβάνει πολύπλοκη συνδυαστική

αγωγή με χάπια και πρόγραμμα ενέσεων ινσουλίνης και άλλων σκευασμάτων (ινκρετινών, παραγώγων αμυλίνης).

Ακρογωνιαίος λίθος της όλης προσπάθειας ελέγχου του διαβήτη αποτελεί πάντα η σε τακτά χρονικά διαστήματα μέτρηση της γλυκόζης στο τριχοειδικό αίμα από τον ασθενή. Νέοι τύποι μετρητών, χρησιμοποιώντας ελάχιστο αίμα, ταχύτητα παρέχουν ακριβή αποτελέσματα που προσεγγίζουν εκείνα του φλεβικού αίματος. Τα αποτελέσματα απομνημονεύονται και αναγράφονται σε φορητή οθόνη. Το ζητούμενο σήμερα είναι η συνεχής καταγραφή των τιμών γλυκόζης στο αίμα με πρακτικά φορητά συστήματα. Καθοριστικό στοιχείο στις συσκευές αυτές είναι το μέγεθος και η βιωσιμότητα των αισθητήρων, που τοποθετούνται υποδόρια. Τα νέα συστήματα που έχουμε τώρα στη

διάθεσή μας επιτρέπουν τη συνεχή μέτρηση τιμών γλυκόζης για μερικά εικοσιτετράωρα και μεταφέρουν τα αποτελέσματα σε υπολογιστή για να μελετηθούν σε συνδυασμό με το διαιτολόγιο, το πρόγραμμα άσκησης και φαρμακοθεραπείας. Στη συνέχεια αντικαθίσταται ο αισθητήρας και επαναλαμβάνεται το σχήμα. Σημαντικά γνωρίσματα στις νέες αντλίες είναι και ο συναγερμός για πρόβλεψη υπογλυκαιμίας (predictive alarm). Η έρευνα υπόσχεται σύντομα να μας χορηγήσει μακράς διάρκειας εμφυτευόμενους αισθητήρες με διαδερμική αναγραφή αποτελεσμάτων σε μικροκρυστάλλινους εμπεδωμένους στις επιφανειακές στοιβάδες του δέρματος (tattoo), ώστε να μην απαιτείται καν φορητή συσκευή.

Η βιοτεχνολογία μάς έχει παράσχει πληθώρα νέων τύπων ινσουλίνης (ανάλογα) καλύπτοντας όλο το φάσμα δράσης και διάρκειας και μίγματα ταχείας και βραδείας δράσης (10/90, 20/80, 30/70, 50/50). Τα νέα ανάλογα ινσουλίνης με ταχεία δράση επιτρέπουν τη δοσολογία αμέσως πριν από το γεύμα ή ακόμη και κατά τη διάρκεια ή και έπειτα από την



Μελέτες για νέα φάρμακα εντατικοποιούνται τώρα με την εισαγωγή τεχνολογίας in silico για πειραματισμούς και δοκιμασίες σε virtual επίπεδο με υπολογισμικό πρόπλασμα εργαστηριακών ζώων

έναρξη του γεύματος, πράγμα που διευκολύνει τον ενδιαφερόμενο και κάνει πιο αποδεκτή τη θεραπεία. Τα ανάλογα βραδείας δράσης και μακράς διάρκειας ελέγχουν τη γλυκόζη όλο το 24ωρο με μια συνήθως ένεση και μειώνουν κατά πολύ την πιθανότητα υπογλυκαιμίας. Κάθε είδους συνδυασμός έχει δοκιμαστεί και αποφασίζεται με την καθοδήγηση του θεράποντα ιατρού.

Η σύγχρονη παροχή ινσουλίνης γίνεται με πένες (insulin pen) που περιέχουν φυσίγγια με 300 μονάδες ινσουλίνης και αποβάλλονται όταν εξαντληθεί το περιεχόμενό τους. Οι πένες αυτές έχουν ειδική εσωτερική επικάλυψη φυσιγγίου και επίστρωση στο ελαστικό έμβολο που επιτρέπουν τη διατήρηση του περιεχομένου τους εκτός ψυγείου ενόσω βρίσκονται σε χρήση, έως και τέσσερις εβδομάδες. Παράλληλα, όλο και ελαχιστοποιούνται σε μέγεθος οι βελόνες, που –παρά την ύπαρξη αυλού– έχουν τώρα πηλιδιάσει τη διάμετρο τρίχας (32G), επιτρέποντας η ένεση να γίνεται σχεδόν ανεπαίσθητα. Τα ίδια συστήματα μας επιτρέπουν να χορηγήσουμε νέα φάρμακα (ανάλογα ινκρετινών και παράγωγα αμυλίνης) που συνδράμουν την ινσουλίνη στη δράση της και βοηθούν στον έλεγχο του σωματικού βάρους.

Η ινσουλίνη χορηγείται και με αντλίες για εκείνους που έχουν ανάγκη πολλαπλών ενέσεων. Οι νέες αντλίες έχουν μικρό μέγεθος και τηλεκατευθύνονται από φορητό σύστημα που έχει δυνατότητα μέτρησης γλυκόζης στο τριχοειδικό αίμα με εναποθήκευση των αποτελεσμάτων, συσχετίζοντας στο μνημονικό στοιχείο και τη δοσολογία ινσουλίνης, όπως επίσης και πληροφορίες για την περιεκτικότητα του γεύματος σε υδατάνθρακες. Οι πληροφορίες αυτές μεταδίδονται και στον υπολογιστή του γιατρού που συμμετέχει στη ρύθμιση του σχήματος δοσολογίας ινσουλίνης και ενδεχόμενης μετατροπής του διαιτολογίου. Σημαντικό χαρακτηριστικό σε μερικούς νέους τύπους αντλιών είναι και η απουσία εμφανούς καθετήρα, ενώ η αντλία που είναι μίας χρήσης προσκολλήσεται στο δέρμα για ένα τριήμερο αντί να τοποθετείται σε θήκη που πρέπει να μεταφέρεται από το άτομο. Το όλο



σχήμα διευκολύνεται ακόμη περισσότερο από το ότι η προσκόλληση γίνεται ακόμη και σε υγρό δέρμα, ενώ το άτομο μπορεί να λουσεί ή να κολλυπήσει χωρίς να χρειαστεί να αποσυνδέσει την αντλία.

Οι έρευνες με νέους τύπους εισπνεόμενης ινσουλίνης συνεχίζονται (Technosphere), ενώ η από του στόματος χορηγούμενη ινσουλίνη (buccal insulin) πρόσφατα εγκρίθηκε για εισαγωγή στην αγορά της Ινδίας. Έρευνες συνεχίζονται και για την ενδοφλέβια έγχυση ινσουλίνης από μόνιμα εμφυτευμένη αντλία που τηλεκατευθύνεται.

Πρόσφατα, ολοκληρώθηκε η αποκωδικοποίηση του ανθρώπινου γονιδιακού υλικού (Human Genome Project), που επιτρέπει πλέον την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων της φαρμακοθεραπείας σε συσχετισμό με τη γενετική παρακαταθήκη του συγκεκριμένου ατόμου. Ελπίζεται ότι τα αποτελέσματα από τις μελέτες αυτές θα επιτρέψουν την εκ προοιμίου εξασφάλιση της επιτυχίας του προτεινόμενου φαρμακευτικού σχήματος επιλεγμένο βάσει γονιδιακών χαρακτηριστικών του ασθενή,

που ελαχιστοποιούν και τις πιθανότητες παρενεργειών.

Μελέτες για νέα φάρμακα εντατικοποιούνται τώρα με την εισαγωγή τεχνολογίας in silico για πειραματισμούς και δοκιμασίες σε virtual επίπεδο με υπολογισμικό πρόγραμμα εργαστηριακών ζώων. Εδώ εκφράζονται όλες οι σωματικές λειτουργίες με διαφορετικές εξισώσεις και παρακολουθούνται άμεσα τα αποτελέσματα χορήγησης φαρμάκων, πριν γίνει η επιλογή των ουσιών που θα δοκιμαστούν σε πραγματικά πειραματόζωα, εξοικονομώντας χρόνο και χρήμα. Η Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρεία, σε συνεργασία με την ιδιωτική εταιρεία Entelos, έχει ήδη προχωρήσει στη διάθεση της τεχνολογίας αυτής σε ερευνητές στον τομέα του ινσουλινεξαρτώμενου (τύπου 1) διαβήτη.

Η πληθώρα πληροφοριών από τους μετρητές γλυκόζης, τις αντλίες ινσουλίνης, τις εργαστηριακές εξετάσεις, το φαρμακείο και τις ιατρικές γνωματεύσεις καταχωρούνται σε ειδικά προγράμματα ηλεκτρονικού αρχείου στον υπολογιστή για να είναι προστά από το διαβητολόγο, οπουδήποτε και εάν βρίσκεται μέσω του Διαδικτύου. Η εναποθήκευση πληροφοριών γίνεται στο server του γιατρού και στο Διαδίκτυο (Ethernet) εκτός γραφείου. Η επαφή με τον ασθενή δεν περιορίζεται γεωγραφικά και γίνεται ανά πάσα στιγμή γραπτά (text message ή e-mail) ή τηλεφωνικά μέσω Διαδικτύου (Voice Over Internet Protocol - VOIP) με ελάχιστη οικονομική επιβάρυνση. Παράλληλα το άτομο, όχι μόνο έχει πρόσβαση στην παγκόσμια βιβλιογραφία μέσω διαδικτύου για επιμόρφωση, αλλά έχει και απλοποιημένη επαφή με διαβητολόγους σε διεθνές επίπεδο για γνωμάτευση και παρακολούθηση του προβλήματός του. Η τεχνολογία πλέον δίνει στο άτομο τον έλεγχο των συνθηκών που αντιμετωπίζει και την υπόσχεση μελλοντικής θεραπείας.

Ο μεγάλος αριθμός ασθενών που πάσχουν από σακχαρώδη διαβήτη (189 εκατομμύρια παγκόσμια το 2003 με πρόβλεψη για 324 εκατομμύρια το 2025) δικαιολογεί σημαντικές ερευνητικές δαπάνες και δίνει πρωτεύουσα θέση στην ασθένεια αυτή όσον αφορά τη χρήση νέας τεχνολογίας. ■

Πρόληψη και διαγνωστικός έλεγχος σακχαρώδους διαβήτη



Π. ΜΗΤΡΟΥ

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



Γ. ΔΗΜΗΤΡΙΑΔΗΣ

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και Μονάδα Έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο «Αττικόν»



Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2 αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο παγκόσμιο πρόβλημα υγείας. Πρόκειται για μια πολύπλοκη διαταραχή του μεταβολισμού, βασικά χαρακτηριστικά της οποίας είναι η διαταραχή έκκρισης ινσουλίνης από το πάγκρεας και η αντίσταση των ιστών στη δράση της ινσουλίνης.

Στα αρχικά στάδια η ανάπτυξη αντίστασης στην ινσουλίνη έχει ως αποτέλεσμα αντιδραστική υπερινσουλιναιμία, καθώς το πάγκρεας αυξάνει το ρυθμό έκκρισης ινσουλίνης, ώστε τα επίπεδα της γλυκόζης να διατηρούνται σε φυσιολογικά όρια. Σε προχωρημένες καταστάσεις η δυνατότητα του παγκρέατος να υπερεκκρίνει ινσουλίνη εξαντλείται, με αποτέλεσμα την

υπεργλυκαιμία. Προηγείται ένα μακρύ στάδιο λανθάνουσας υπεργλυκαιμίας (διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη), η οποία σταδιακά εξελίσσεται σε έκδηλο Σ.Δ. 2. Συνήθως η υπεργλυκαιμία αφορά αρχικά τη μεταγευματική περίοδο και ακολουθεί η υπεργλυκαιμία νηστείας. Σε σημαντικό ποσοστό οι αγγειακές επιπλοκές εμφανίζονται πριν ακόμη ο Σ.Δ. 2 γίνει κλινικά εμφανής, γεγονός που καταδεικνύει την ανάγκη έγκαιρης διάγνωσης και αντιμετώπισης της νόσου.

1. Διαγνωστικός έλεγχος για την ανάπτυξη Σ.Δ. 2

Η διάγνωση του Σ.Δ. 2 τίθεται είτε με μέτρηση της γλυκόζης νηστείας είτε με τη μέτρηση της γλυκόζης πλάσματος 2 ώρες μετά την από του στόματος χορήγηση 75 gr γλυκόζης (δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη) (**πίνακας 1**). Η μέτρηση της γλυκόζης νηστείας είναι πιο εύχρηστη και πιο οικονομική μέθοδος. Εντούτοις, η δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη μπορεί να ανιχνεύσει περισσότερα άτομα με διαταραχή του μεταβολισμού της γλυκόζης σε σχέση με τη μέτρηση της γλυκόζης νηστείας. Ως εκ τούτου, προτιμάται σε άτομα με αυξημένη υποψία διαταραχής του μεταβολισμού της γλυκόζης τα οποία έχουν φυσιολογική γλυκόζη νηστείας, καθώς και σε άτομα με αυξημένη γλυκόζη νηστείας για καλύτερη εκτίμηση του κινδύνου. Έχει βρεθεί ότι τα άτομα που εμφανίζουν αύξηση τόσο των επιπέδων της γλυκόζης νηστείας όσο και των επιπέδων της γλυκόζης 2 ώρες μετά τη χορήγηση 75 gr γλυκόζης διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Σ.Δ. 2 και καρδιαγγειακής νόσου. Η διάγνωση του Σ.Δ. τίθεται επιπλέον και με τυχαία μέτρηση γλυκόζης $>200\text{mg/dl}$ σε άτομο που εμφανίζει τα κλασικά συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολιδipsία, ανεξήγητη απώλεια βάρους).

2. Κριτήρια ελέγχου για τη διάγνωση του Σ.Δ. 2

α) Έλεγχος ενηλίκων

Σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, έλεγχος για την ύπαρξη Σ.Δ. 2 θα πρέπει να γίνεται σε όλους τους ενήλικες με αυξημένο σωματικό βάρος [Δείκτης μάζας σώματος (BMI) $>25 \text{ kg/m}^2$] και έναν ή περισσότερους παράγοντες κινδύνου, όπως:

- Ύπαρξη συγγενή α' βαθμού με Σ.Δ. 2
- Καθιστικός τρόπος ζωής
- Καταγωγή από πληθυσμούς με υψηλή επίπτωση διαβήτη (Αφροαμερικανοί, Λατινοαμερικανοί, Ιθαγενείς Αμερικανοί, κάτοικοι Ειρηνικού Ωκεανού, Ασιάτες)
- Ιστορικό προδιαβήτη [διαταραχή γλυκόζης νηστείας (IFG), διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη (IGT)]
- Ιστορικό διαβήτη κύησης ή γέννηση παιδιού με βάρος γέννησης $>4 \text{ kg}$
- Αρτηριακή πίεση $>140/90 \text{ mmHg}$ ή λήψη φαρμακευτικής αγωγής για υπέρταση
- HDL χοληστερόλη $<35 \text{ mg/dl}$ ή τριγλυκερίδια $>250 \text{ mg/dl}$
- Σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών
- Ιστορικό καρδιαγγειακής νόσου
- Ύπαρξη κλινικών σημείων ενδεικτικών αντίστασης στην ινσουλίνη (παχυσαρκία, μελανίζουσα ακάνθωση)

Σε απουσία των ανωτέρω παραγόντων κινδύνου ο έλεγχος θα πρέπει να ξεκινάει σε ηλικία μεγαλύτερη των 45 ετών.

β) Έλεγχος ανηλίκων

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της επίπτωσης Σ.Δ. 2 σε παιδιά και εφήβους. Τα κριτήρια για τον έλεγχο ανηλίκων για Σ.Δ. 2 είναι:

Παχυσαρκία (BMI >85 η εκατοστιαία θέση για την ηλικία και το φύλο, βάρος/ύψος >85 η θέση, βάρος $>120\%$ του ιδανικού για το ύψος, και επιπλέον 2 από τους παρακάτω παράγοντες κινδύνου:

- Οικογενειακό ιστορικό Σ.Δ. 2 σε συγγενή α' ή β' βαθμού
- Φυλή, εθνικότητα με αυξημένη επίπτωση Σ.Δ. 2
- Σημεία ενδεικτικά αντίστασης στην ινσουλίνη (μελανίζουσα ακάνθωση, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών). Ο έλεγχος στους ανηλίκους θα πρέπει

Πίνακας 1. Κριτήρια για τη διάγνωση του σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

	Φυσιολογικές τιμές	Προδιαβήτης	Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2
Γλυκόζη πλάσματος νηστείας (mg/dl)	<100	100-125 (IFG)	≥ 126
Γλυκόζη πλάσματος 2 ώρες μετά από του στόματος χορήγηση 75 gr γλυκόζης (mg/dl)	<140	140-199 (IGT)	≥ 200
IFG: διαταραχή γλυκόζης νηστείας IGT: διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη			



Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση της επίπτωσης Σ.Δ. 2 σε παιδιά και εφήβους

να ξεκινάει σε ηλικία 10 ετών ή κατά την είσοδο στην εφηβεία (εφόσον είναι πριν από τα δέκα έτη). Ο έλεγχος στα παιδιά είναι προτιμότερο να γίνεται με μέτρηση της γλυκόζης νηστείας και πρέπει να επαναλαμβάνεται κάθε δύο έτη.

3. Πρόληψη σακχαρώδους διαβήτη τύπου 2

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι παρεμβάσεις σε άτομα υψηλού κινδύνου

(διαταραχή γλυκόζης νηστείας, διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη) για την ανάπτυξη Σ.Δ. 2 μπορούν να μειώσουν την πιθανότητα εξέλιξης σε Σ.Δ. 2. Οι παρεμβάσεις αυτές περιλαμβάνουν κατά κύριο λόγο αλλαγή του τρόπου ζωής, όπως αντιμετώπιση της παχυσαρκίας με δίαιτα μειωμένων θερμίδων και χαμηλής περιεκτικότητας σε λίπος και αυξημένη σωματική δραστηριότητα (αερόβια, μέτριας έντασης άσκηση). Επιπλέον, τα τελευταία χρόνια υπάρχει

αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον για το αν η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων μπορεί να προλάβει ή να καθυστερήσει την εμφάνιση Σ.Δ. 2 σε άτομα αυξημένου κινδύνου. Αναλυτικότερα, σύμφωνα με τις οδηγίες της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας για το 2008:

Τα άτομα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη Σ.Δ. 2 που εμφανίζουν φυσιολογικές τιμές στη δοκιμασία ανοχής στη γλυκόζη θα πρέπει να ενημερώνονται για τα οφέλη που μπορούν να έχουν αν ενταχτούν σε πρόγραμμα υγιεινής διατροφής και συστηματικής σωματικής άσκησης.

Τα άτομα στα οποία τίθεται η διάγνωση του προδιαβήτη (διαταραχή γλυκόζης νηστείας, διαταραχή ανοχής στη γλυκόζη) θα πρέπει να μπαίνουν σε πρόγραμμα δίαιτας με σκοπό την απώλεια 5%-10% του σωματικού βάρους, άσκησης τουλάχιστον 150 λεπτά/εβδομάδα και να παρακολουθούνται για την περίπτωση ανάπτυξης σακχαρώδους διαβήτη τουλάχιστον κάθε 1 έτος.

Όσον αφορά τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, η μετφορμίνη είναι το μόνο σκεύασμα για το οποίο υπάρχει μέχρι στιγμής συμφωνία να χρησιμοποιείται για

την πρόληψη του Σ.Δ. 2. Τα μεγαλύτερα οφέλη από τη χρήση της μετφορμίνης για την πρόληψη του Σ.Δ. 2 εμφανίζονται σε άτομα υψηλού κινδύνου (συνδυασμός διαταραχής γλυκόζης νηστείας, διαταραχής ανοχής στη γλυκόζη και συνύπαρξη άλλου παράγοντα κινδύνου) με BMI >35kg/m² και ηλικίας <60 έτη.

Εκτός της μετφορμίνης, διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι και άλλα σκευάσματα όπως η ακαρβόζη, η ορλιστάτη και η ροζιλιταζόνη έχουν μειώσει την επίπτωση Σ.Δ. 2. Ενδοιασμοί όμως όσον αφορά το κόστος, την αποτελεσματικότητα και τις ανεπιθύμητες ενέργειες είχαν ως αποτέλεσμα να μην υπάρχει συμφωνία για τη χρήση τους στην πρόληψη του Σ.Δ. 2.

Σημειώνεται ότι όλα τα άτομα που ελέγχονται για Σ.Δ. 2 θα πρέπει να ελέγχονται και να λαμβάνουν οδηγίες ή/και φαρμακευτική παρέμβαση εφόσον απαιτείται και για τους υπόλοιπους παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη στεφανιαίας νόσου (παχυσαρκία, αρτηριακή υπέρταση, δυσλιπιδαιμία, κάπνισμα).

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

Συνήθως τα άτομα με Σ.Δ. 1 παρουσιάζονται με συμπτώματα υπεργλυκαιμίας (πολυουρία, πολιδipsία, απώλεια βάρους) και υψηλές τιμές σακχάρου. Ο έλεγχος του γενικού πληθυσμού για αυτοαντισώματα που συσχετίζονται με το Σ.Δ. 1 δεν συνιστάται για τους εξής λόγους: α) τα φυσιολογικά όρια διακύμανσης των αντισωμάτων αυτών δεν έχουν απολύτως καθοριστεί, β) δεν υπάρχει συμφωνία για την παρακολούθηση που απαιτείται σε άτομα που εμφανίζουν αυξημένα αυτοαντισώματα, γ) λόγω της χαμηλής επίπτωσης του Σ.Δ. 1, ο έλεγχος του γενικού πληθυσμού αναμένεται να αποκαλύψει ένα μικρό ποσοστό ατόμων (0,5%) που βρίσκονται σε προδιαβητικό στάδιο. Τέλος, παρά το αυξημένο ερευνητικό ενδιαφέρον, δεν υπάρχει προς το παρόν τρόπος για την πρόληψη ή την καθυστέρηση της εμφάνισης του Σ.Δ. 1. Μελλοντικά, εφόσον βρεθεί αποτελεσματικός τρόπος πρόληψης του ΣΔ1, μπορεί ο έλεγχος σε άτομα υψηλού κινδύνου (δίδυμοι ατόμων με Σ.Δ. 1) να αποβεί χρήσιμος. ■

Όσον αφορά τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής, η μετφορμίνη είναι το μόνο σκεύασμα για το οποίο υπάρχει μέχρι στιγμής συμφωνία να χρησιμοποιείται για την πρόληψη του Σ.Δ. 2



10

Αλήθειες
για το Βιτάμ

10

Αλήθειες
για το Βιτάμ

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

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

Εσείς την ξέρατε αυτήν την αλήθεια για το Βιτάμ;



Μάθετε περισσότερα στο:
www.vitam.gr

Τελικά είναι επικίνδυνη η οξόνη;

Πολύ καλή η συγκεκριμένη ερώτηση. Θα βοηθήσει στην απομυθοποίηση μερικών πραγμάτων τα οποία βασανίζουν το γιατρό και πανικοβάλλουν τόσο το άτομο με διαβήτη όσο και τους οικείους του. Ας ξεκινήσουμε από το δεύτερο σκέλος της ερώτησης. Είναι η οξόνη επικίνδυνη; Η θέση ότι η οξόνη είναι δηλητήριο και άρα επικίνδυνη αποτελεί πλήρως λαθεμένη άποψη.



ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΣ Δ. ΤΟΥΝΤΑΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας
Βιοκλινική Αθηνών

Η παρουσία της οξόνης απλώς είναι ένας δείκτης που σηματοδοτεί την έλλειψη ινσουλίνης. Βέβαια, υπό ορισμένες προϋποθέσεις είναι δυνατόν να προκύψουν καταστάσεις οι οποίες χρήζουν ειδικής αντιμετώπισης. Ακόμη, ίσως χρειαστεί νοσηλεία σε νοσοκομείο. Ευτυχώς, δεν είναι πολύ συχνές. Αφορούν άτομα μεγάλης ηλικίας, τα οποία δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, είτε άτομα νεαρής ηλικίας, ως πρώτη εκδήλωση του διαβήτη.

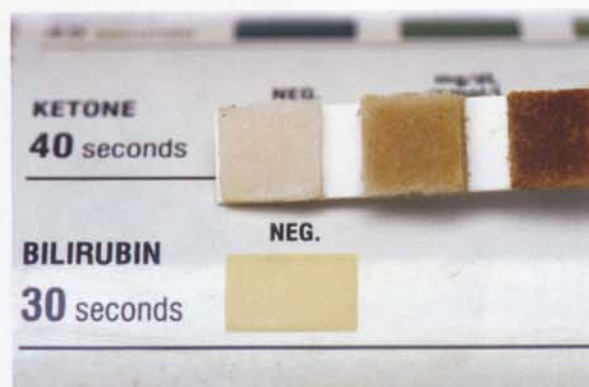
Η παρουσία της οξόνης είναι εύκολο να επισημανθεί. Ανιχνεύεται στα ούρα με ειδικές ταινίες. Υπάρχει όμως κι ένας πιο απλός τρόπος. Επειδή πρόκειται για πτητική ουσία, αποπνέεται στην αναπνοή και γίνεται εύκολα αντιληπτή, αφού η αναπνοή του ατόμου με οξόνη μυρίζει σαν σάπιο μήλο. Παρατήρηση πανάρχαιη! Ο σοφός λαός από γενιά σε γενιά μεταφέρει την παρατήρηση αυτή διατυπωμένη στη φράση: «Βρομάει το στόμα του από την πείνα». Αλίμονο αν η οξόνη ήταν δηλητήριο! Όλοι οι πεινασμένοι του κόσμου θα κινδύνευαν. Πρόκειται, λοιπόν, για προϊόν του μεταβολισμού που παράγεται και από φυσιολογικούς οργανισμούς. Πώς συμβαίνει αυτό; Η εξήγηση είναι η ακολούθως αναφερόμενη.

Όταν ένα φυσιολογικό άτομο φάει, εκτός, βέβαια, ότι αισθάνεται χορτάτο, παράλληλα

αυξάνεται και το σάκχαρο στο αίμα. Η αύξηση του σακχάρου ενεργοποιεί το πάγκρεας, που παράγει και απελευθερώνει ινσουλίνη στο αίμα, η οποία βοηθάει στη χρησιμοποίηση του σακχάρου. Το σάκχαρο είναι το «καύσιμο», η «βενζίνη» του οργανισμού. Το «καίει» και παίρνει ενέργεια.

Αν το ίδιο άτομο παραμείνει νηστικό για πολλές ώρες, χρειάζεται ενέργεια, αλλά δεν έχει σάκχαρο. Ο οργανισμός τότε στρέφεται σε άλλη πηγή για ενέργεια, στο λίπος που είναι αποθηκευμένο στο σώμα. Το λίπος είναι «καύσιμο» δεύτερης κατηγορίας. Δεν είναι όμως «βενζίνη», είναι «πετρέλαιο» και όταν «καεί», δίνει βέβαια ενέργεια, αλλά αφήνει κατάλοιπα, τα οξονικά σώματα, όπως λέγονται στην Ιατρική. Ένα από αυτά είναι η οξόνη, η οποία –όπως αναφέρθηκε– παρατηρείται και σε καταστάσεις νηστείας. Μόλις το άτομο σιτιστεί, παύει να παράγεται και σε μερικές ώρες δεν ανιχνεύεται πλέον ούτε στα ούρα ούτε στην αναπνοή.

Στα άτομα με διαβήτη, μόλις αυτά σιτιστούν, επίσης αυξάνει το σάκχαρο στο αίμα. Το πρόβλημα έγκειται στη μειωμένη ικανότητα του παγκρέατος να εκκρίνει ινσουλίνη. Έτσι, στο άτομο με διαβήτη «καίγεται» λίπος, μολονότι έχει πολύ σάκχαρο διαθέσιμο ως «καύσιμο», αλλά δεν έχει ινσουλίνη. Κατ' επέκταση, παράγεται οξόνη. Ο μη διαβητικός, μόλις φάει, εξαφανίζεται η οξόνη. Στο άτομο



με σακχαρώδη διαβήτη συμβαίνει το αντίθετο. Όχι μόνο παράγεται οξόνη αλλά αυξάνει υπέρμετρα και το σάκχαρο στο αίμα. Δεν φεύγει δηλαδή η οξόνη με το φαγητό. Άρα, η προτροπή που ακούει ο διαβητικός από διάφορους «ειδήμονες»: «Έχεις οξόνη; Να φας πατάτες για να φύγει...» δεν είναι μόνο άστοχη αλλά κι επικίνδυνη.

Αντιλαμβάνομαι υπομειδίσματα στην έκφραση και περιμένω την αντίρρηση... «άρα η οξόνη είναι επικίνδυνη». Βέβαια, έχετε δίκιο. Μπορεί να γίνει επικίνδυνη η οξόνη, αλλά όχι ως δηλητήριο. Το άτομο κινδυνεύει από την αφυδάτωση –περισσότερο τους θερινούς μήνες– επειδή το υπέρμετρα αυξημένο σάκχαρο προκαλεί πολυουρία και δίψα. Αν, λοιπόν, ο διαβητικός δεν πει νερό γιατί δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί, τότε και μόνο τότε θα κινδυνεύει από αφυδάτωση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η θεραπεία είναι: ενυδάτωση και ενέσεις ινσουλίνης. Η ινσουλίνη θα σταματήσει την παραγωγή οξόνης και θα αποσβήσει τον κίνδυνο. ■

Guardian[®] REAL-Time

Εμπιστοσύνη - σιγουριά
Κάθε στιγμή. Παντού[™]



Πραγματικού χρόνου προσαρμόσιμοι συναγερμοί βασισμένοι σε ατομικές ρυθμίσεις

- Προγνωστικοί συναγερμοί για έγκαιρη προειδοποίηση για επερχόμενη γλυκαιμική διακύμανση
- Συναγερμοί για προειδοποίηση σε περίπτωση ταχείας αλλαγής των επιπέδων σακχάρου
- Συναγερμοί ανόδου-πτώσης για προειδοποίηση σε περίπτωση προσέγγισης γλυκαιμικών ορίων



Πραγματικού Χρόνου μετρήσεις σακχάρου

Καταγραφή του σακχάρου σας κάθε λεπτό και εμφάνιση μέσου όρου ανά πεντάλεπτο παρέχοντας συνεχή παρακολούθηση των επιπέδων σακχάρου



Πραγματικού χρόνου γραφήματα τάσης

Εμφάνιση ανά 3,6,12,24 ώρες ..



Πραγματικού χρόνου βέλη τάσης

Που δίνουν την κατεύθυνση και την ταχύτητα της αλλαγής στα επίπεδα σακχάρου



Minilink REAL - Time πομπός που συνδέεται απευθείας με τον αισθητήρα σακχάρου και μεταδίδει τα δεδομένα ασύρματα

- Άνετος - πολύ ελαφρύς και εργονομικού σχεδιασμού
- Διακριτικός - εξαιρετικά λεπτού σχεδιασμού
- Αδιάβροχος - για 30 λεπτά σε βάθος 2,40μ.
- Μακράς διάρκειας - επαναφορτιζόμενο σύστημα που επιτρέπει τη μακρά χρήση

Το σύστημα Guardian REAL-Time είναι μικρό και άνετο



Μεταβολικό σύνδρομο: τι είναι και πώς αντιμετωπίζεται

Ο σύγχρονος τρόπος ζωής, με την αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες, την επικράτηση του γρήγορου φαγητού και την έλλειψη άσκησης και σωματικής δραστηριότητας, έχει οδηγήσει σε ραγδαία αύξηση του αριθμού των υπέρβαρων και παχύσαρκων ατόμων, αλλά και παθήσεων όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και οι καρδιοπάθειες.

Επειδή αυτές οι καταστάσεις φαίνεται να είναι αλληλεπένδectes μεταξύ τους, τα τελευταία χρόνια περιγράφονται με τον όρο «μεταβολικό σύνδρομο». Δηλαδή το μεταβολικό σύνδρομο ουσιαστικά είναι ένας συνδυασμός παθολογικών καταστάσεων που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης καρδιαγγειακών προβλημάτων και που ως κύρια αιτία έχει το αυξημένο σωματικό βάρος. Το μεταβολικό σύνδρομο (που ονομαζόταν παλιότερα και σύνδρομο Χ) τείνει να γίνει μια μάστιγα για τις δυτικές κοινωνίες, αφού υπολογίζεται ότι σχεδόν το ένα τέταρτο του ενήλικου πληθυσμού έχει μεταβολικό σύνδρομο. Τα βασικά χαρακτηριστικά του μεταβολικού συνδρόμου είναι η κοιλιακή παχυσαρκία,

ο σακχαρώδης διαβήτης, η αρτηριακή υπέρταση και η υπερλιπιδαιμία. Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί του μεταβολικού συνδρόμου, που όλοι περιέχουν τα παραπάνω χαρακτηριστικά.

Ένας ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός προϋποθέτει την παρουσία τριών τουλάχιστον από τα παρακάτω ευρήματα:

1. Κεντρικού τύπου παχυσαρκία (περιφέρεια μέσης μεγαλύτερη των 102 cm για τους άντρες και 88 cm για τις γυναίκες)
2. Τιμή τριγλυκεριδίων μεγαλύτερη των 150 mg/dl
3. Ελαττωμένη HDL-χοληστερόλη (μικρότερη των 40 mg/dl για τους άντρες και των 50 mg/dl για τις γυναίκες)
4. Αυξημένη αρτηριακή πίεση (υψηλότερη των 130/85 mm Hg)



ΠΑΝΑΠΩΤΗΣ ΚΟΚΚΟΡΗΣ

Ενδοκρινολόγος

Διευθυντής Ενδοκρινολογικής Κλινικής
251 Γενικού Νοσοκομείου Αεροπορίας

5. Διαταραγμένη τιμή σακχάρου αίματος νηστείας (υψηλότερο των 110 mg/dl)

Ένα πολύ συχνό εύρημα σε ασθενείς με μεταβολικό σύνδρομο είναι και η υπερινσουλιναίμία, δηλαδή τα υψηλά επίπεδα ινσουλίνης του αίματος, που είναι αποτέλεσμα της αντίστασης στη δράση της ινσουλίνης, που επίσης έχει μεγάλη συσχέτιση με την παχυσαρκία.

Όπως γίνεται αντιληπτό, είναι πολύ εύκολο κάποιος να έχει τρία τουλάχιστον από τα παραπάνω στοιχεία, οπότε να έχει και μεταβολικό σύνδρομο. Εκτός του τρόπου ζωής, της κακής διατροφής και της έλλειψης άσκησης, που είναι οι βασικοί παράγοντες εμφάνισης του μεταβολικού συνδρόμου, φαίνεται να υπάρχουν και κάποιοι άλλοι παράγοντες που προδιαθέτουν για το μεταβολικό σύνδρομο, όπως οι γονιδιακοί παράγοντες, καθώς υπάρχουν οικογένειες ή και φυλές όπου το μεταβολικό σύνδρομο ανευρίσκεται με πολύ αυξημένη συχνότητα (όπως για παράδειγμα οι μαύροι και οι ισπανόφωνοι των ΗΠΑ).

Όπως προαναφέρθηκε, η ανεύρεση του μεταβολικού συνδρόμου είναι πολύ σημαντική γιατί προδιαθέτει για εμφάνιση σακχαρώδους διαβήτη και καρδιαγγειακών επιπλοκών. Άντρες με τέσσερα ή πέντε στοιχεία του μεταβολικού συνδρόμου έχουν 25 φορές μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σακχαρώδη διαβήτη σε σύγκριση με άντρες που δεν έχουν κανένα στοιχείο του συνδρόμου. Επίσης



Η πολυδιάστατη συνεισφορά των generics:

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



Ο καλύτερος τρόπος πρόληψης του μεταβολικού συνδρόμου και των επιπλοκών του είναι η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας

έχουν και τετραπλάσιες πιθανότητες για στεφανιαία νόσο. Η διάγνωση είναι πολύ απλή, αρκεί κάποιος να κάνει τις βασικές εξετάσεις αίματος (χοληστερίνη, τριγλυκερίδια, σάκχαρο) και να μετρήσει την αρτηριακή του πίεση.

Σύμφωνα με μελέτες, ο βασικός τρόπος για να προληφθεί το μεταβολικό σύνδρομο και οι με αυτό σχετιζόμενες παθήσεις είναι η βελτίωση των διατροφικών συνηθειών και η αύξηση της σωματικής δραστηριότητας.

Στο ερώτημα «Ποια είναι η καλύτερη διαίτα για την αποφυγή του μεταβολικού συνδρόμου;», η απάντηση είναι η παραδοσιακή μεσογειακή διατροφή, που, δυστυχώς, στις μέρες μας τείνει να αντικατασταθεί με την πλούσια σε λιπαρά τύπου fast-food σύγχρονη διατροφή. Η ημερήσια πρόσληψη θερμίδων θα πρέπει να είναι κατά 500 τουλάχιστον λιγότερες από τη συνηθισμένη κατανάλωση θερμίδων και πάντως όχι λιγότερες των 1.200 θερμίδων την ημέρα. Η καθημερινή διατροφή δεν θα πρέπει να περιέχει λίπος περισσότερο του 30% του συνολικού ημερήσιου ποσού θερμίδων. Από αυτό το λίπος θα πρέπει τα κεκορεσμένα λίπη να είναι λιγότερο του 7%, τα πολυακόρεστα ως 10% και τα μονοακόρεστα ως 20% των συνολικών θερμίδων. Οι υδατάνθρακες θα πρέπει να

είναι 50%-60% των συνολικών θερμίδων και μάλιστα να προέρχονται κατά κύριο λόγο από τροφές πλούσιες σε σύμπλοκους υδατάνθρακες, όπως φρούτα και λαχανικά. Οι πρωτεΐνες θα πρέπει να είναι 15%-20% των ημερήσιων θερμίδων. Τέλος, οι φυτικές ίνες θα πρέπει να είναι αρκετές (20-30 γραμμάρια την ημέρα).

Είναι, λοιπόν, σημαντικό η διατροφή να περιέχει αρκετά φρούτα και λαχανικά, όσπρια και δημητριακά ολικής άλεσης (ψωμί ολικής άλεσης, μαύρο ρύζι κ.λπ.). Από τα λίπη να χρησιμοποιείται κυρίως το ελαιόλαδο και όχι βούτυρο ή υδρογονωμένα παράγωγα όπως οι μαργαρίνες. Τα ψάρια και ιδιαίτερα αυτά που είναι πλούσια σε ω-3 λιπαρά οξέα να καταναλώνονται συχνότερα σε σχέση με το κόκκινο κρέας. Τα γαλακτοκομικά, όπως γάλα, τυρί, γιαούρτι, να καταναλώνονται σε μέτριες ποσότητες και να προτιμώνται αυτά με χαμηλότερα λιπαρά. Τα λιπαρά κρέατα, τα μη αποβουτυρωμένα γαλακτοκομικά, ο κρόκος των αυγών και τα οστρακοειδή θα πρέπει να αποφεύγονται. Τα γλυκά θα πρέπει να είναι σπάνια. Το κρασί με μέτρο δεν απαγορεύεται συνήθως μαζί με τα γεύματα. Κάπως έτσι θα πρέπει να είναι μια σωστή διαίτα για την πρόληψη του μεταβολικού συνδρόμου.

Εκτός όμως από τη διαίτα, πολύ ση-

μαντικό ρόλο στην πρόληψη του μεταβολικού συνδρόμου παίζει και η σωματική δραστηριότητα. Δεν χρειάζεται ιδιαίτερα εντατική άσκηση για να πετύχουμε ευνοϊκά αποτελέσματα. Μερικές φορές ακόμη και η αύξηση του χρόνου που περπατάει κάποιος και η ελάττωση του χρόνου που παρακολουθεί τηλεόραση βοηθούν. Πάντως θεωρείται ότι ήπιες έντασης άσκηση πέντε φορές την εβδομάδα για 30 λεπτά τη φορά είναι αρκετή.

Όπως τονίστηκε, η αλληλαγία των διατροφικών συνηθειών και η αύξηση της φυσικής δραστηριότητας είναι βασικά για την αντιμετώπιση του μεταβολικού συνδρόμου και των επιπλοκών του, όπως ο σακχαρώδης διαβήτης, οι διαταραχές των λιπιδίων και η αρτηριακή υπέρταση, αλλά και η ελάττωση του καρδιαγγειακού κινδύνου. Αν αυτό δεν επιτευχθεί βέβαια με τους παραπάνω τρόπους, τότε έχει θέση και η φαρμακευτική θεραπεία, χωρίς όμως ποτέ να παραμελείται η προσοχή στη διατροφή και την άσκηση.

Πέρα όμως από τις καθαρά ιατρικές συνέπειες του μεταβολικού συνδρόμου, υπάρχουν και σοβαρές κοινωνικο-οικονομικές συνέπειες που σχετίζονται με την παχυσαρκία, το σακχαρώδη διαβήτη και τις καρδιαγγειακές συνέπειες του μεταβολικού συνδρόμου. Οι οικονομικές επιπτώσεις στην κοινωνία είναι μεγάλες και είναι τόσο άμεσες, δηλαδή το κόστος που αντιστοιχεί σε αυξημένες δαπάνες ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, όσο και έμμεσες, δηλαδή το κόστος που προκύπτει από την απουσία από την εργασία. Μελέτες που έγιναν στις ΗΠΑ υπολόγισαν ότι το σχετιζόμενο με την παχυσαρκία κόστος είναι περίπου 100 δισεκατομμύρια δολάρια το χρόνο και αυτό είναι 52 δισεκατομμύρια δολάρια άμεσο κόστος και 48 δισεκατομμύρια δολάρια έμμεσο κόστος. Το ποσό αυτό αντιστοιχεί στο 6% του ποσού που δαπανάται κάθε χρόνο στις ΗΠΑ για την υγεία. Από το άμεσο κόστος το μεγαλύτερο μέρος (32 δισεκατομμύρια δολάρια) έχει σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη. Αντίστοιχα και οι οικονομίες άλλων δυτικών χωρών αλλά και της Ελλάδας επιβαρύνονται με υπέρογκα ποσά που οφείλονται στο μεταβολικό σύνδρομο, την παχυσαρκία και το σακχαρώδη διαβήτη. ■

ΣΥΣΤΗΝΕΤΕ ΣΤΑΤΙΝΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΗΣ ΧΟΛΗΣΤΕΡΟΛΗΣ;

ΚΑΝΤΕ ΤΟΝ
ΙΔΑΝΙΚΟ
ΣΥΝΔΥΑΣΜΟ!



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

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



7ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΤΗΣ ΕΛΟΔΙ

18-19 Οκτωβρίου 2008, Ξενοδοχείο Aldemar
Olympian Village

Το 7ο Πανελλήνιο Συνέδριο της ΕΛΟΔΙ θα πραγματοποιηθεί στις 18 και 19 Οκτωβρίου 2008 στη Σκαφιδιά Ηλείας, στο Ξενοδοχείο Aldemar Olympian Village. Για δηλώσεις συμμετοχής απευθυνθείτε στις γραμματείες των συλλόγων που απαρτίζουν την ΕΛΟΔΙ ή στα γραφεία της ΕΛΟΔΙ στα τηλέφωνα 210 8233954, 210 3227244, στο fax 210 8217444, καθώς και στην ηλεκτρονική διεύθυνση chiotisd@hotmail.com.



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

Σακχαρώδης διαβήτης: Η πορεία προς την απελευθέρωση

Σάββατο 18/10/08

17.00: Έναρξη - Προσφωνήσεις

17.30-19.00: Συνεδρία I

Προεδρείο: Αικ. Δάκου-Βουτετάκη, Μ. Βασιλείου

- Δυνατότητες και όρια των νέων θεραπευτικών μέσων στην αντιμετώπιση του Σ.Δ.
Σωτήρης Α. Ράπτης
- Στρες και σακχαρώδης διαβήτης
Γ. Χρούσος
- Προοπτική στη χρήση βήταοκυττάρων
Α. Γαβαλάς
- Τι νεότερο στην έρευνα του διαβήτη
Α. Μητράκου

19.00-19.30: Διάλειμμα

19.30-21.00: Συνεδρία II

Προεδρείο: Α. Τσατσούλης, Π. Δημητρώκας

- Υπογλυκαιμία - Διαβητική κετοξέωση
Β. Σπηλιώτη
- Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια
Γεωργία Χρούσου
- Διαβητικό πόδι
Η. Μυγδάλης

21.00: Δείπνο - Gala

Κυριακή 19/10/08

9.00-11.00: Αθλητικές δραστηριότητες παιδιών και εφήβων

Συντονίστριες: Α. Μητράκου, Χ. Πλάστηρα

9.00-11.00: Ελεύθερη συζήτηση με τους ειδικούς

Συντονιστές: Ν. Κεφαλάς, Δ. Χιώτης

11.00-12.20: Συνεδρία III

Προεδρείο: Γ. Κουκούλης, Σ. Μανέα

- Τι σημαίνει σωστή διατροφή στο παιδί, τον έφηβο και τον ενήλικα
Π. Μαντά
- Αιμ. Παπακωνσταντίνου
- Συγκρούσεις και συνεργασία στις οικογένειες των παιδιών και εφήβων με Σ.Δ.
Μ. Λιακοπούλου

12.20-12.45: Διάλειμμα

12.45-14.30: Συνεδρία IV

Προεδρείο: Χρ. Μπαρτσάκας, Ι. Πατσάκης

- Προγράμματα ινσουλινοθεραπείας
- Αντλίες ινσουλίνης
Χρ. Κανακά - Μ. Παπαδοπούλου - Α. Παππάς - Χρ. Ζούνας

Λήξη συνεδρίου

14.30: Γεύμα

16.00: Αναχώρηση των πούλμαν από το Ξενοδοχείο Aldemar

ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΣΥΛΛΟΓΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΗ ΒΟΡΕΙΑ ΕΛΛΑΔΑ

21 Ιουνίου 2008, Θεσσαλονίκη

Στις 21 Ιουνίου 2008 έλαβε χώρα σε ξενοδοχείο της Θεσσαλονίκης συνάντηση εκπροσώπων όλων σχεδόν των συλλόγων που έχουν σχέση με το σακχαρώδη διαβήτη. Η συνάντηση αυτή διοργανώθηκε ύστερα από κοινή απόφαση των συλλόγων ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη των νομών Σερρών, Θεσσαλονίκης, Κοζάνης και Ιωαννίνων. Οικοδεσπότης ήταν ο πρόεδρος της Ένωσης Γονέων Διαβητικών Παιδιών και Εφήβων Βορείου Ελλάδος κ. Αριστείδης Ράπτης. Στη συνάντηση παρευρέθηκαν από την ΕΛΟΔΙ ο πρόεδρος κ. Δημήτριος Χιώτης, εκ μέρους της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ ο Α΄ αντιπρόεδρος κ. Ιησοκράτης Τορούνογλου, ο Β΄ αντιπρόεδρος κ. Χρήστος Δαραμήλης και η οργανωτική γραμματέας κ. Λίνα Δώνη. Από την ΠΕΑΝΔ ο κ. Δημήτριος

Συκιώτης, από την ΠΕΝΔΙ ο πρόεδρος κ. Π. Μανούσης και η γραμματέας κ. Μαρία Βασιλείου. Από το Σύλλογο Διαβητικών Κοζάνης ο πρόεδρος κ. Αθανάσιος Πετκίδης και η υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων κ. Αγγελική Καλλιπολίτου, από το Σύλλογο του Νομού Σερρών ο πρόεδρος κ. Τρύφωνας Ρουμελιώτης, ο αντιπρόεδρος κ. Τερζάκης και η γραμματέας κ. Φωτεινή Μακράκη, από το Σύλλογο Διαβητικών Φλώρινας ο πρόεδρος κ. Βακράκης, από το Σύλλογο Διαβητικών Ημαθίας ο πρόεδρος κ. Ιωαννίδης και από την Ένωση Γονέων Διαβητικών Παιδιών και Εφήβων Βορείου Ελλάδος ο πρόεδρος κ. Αριστείδης Ράπτης, η γραμματέας κ. Κατερίνα Γρηγορίου και η υπεύθυνη Δημοσίων Σχέσεων κ. Πόπη Κωνσταντούδη. Κατά τη διάρκεια της συνάντησης τονίστηκε

η αναγκαιότητα της ένωσης των δύο ομοσπονδιών, που είναι προϋπόθεση για την αποτελεσματικότερη διεκδίκηση των προβλημάτων που υπάρχουν και που θα κληθούμε να αντιμετωπίσουμε ενόψει της ενοποίησης των ασφαλιστικών ταμείων. Διαπιστώθηκε ότι δεν υπάρχουν ανυπέρβλητες διαφορές μεταξύ των δύο ομοσπονδιών και η ένωσή τους θα συσπειρώσει όλους τους συλλόγους αλλήλα και μεγάλο αριθμό ανθρώπων με διαβήτη, οι οποίοι, απογοητευμένοι από τη σημερινή κατάσταση, επιλέγουν να απέχουν από αυτούς.

Οι εκπρόσωποι των ομοσπονδιών δεσμεύτηκαν να γίνει η τελική συνάντηση το Σεπτέμβριο, στην οποία προτάθηκε να συμμετάσχουν και όσοι σύλλογοι δεν εκπροσωπούνται στις ομοσπονδίες.

68η ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΑΝΤΗΣΗ ΤΗΣ ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

6-10 Ιουνίου 2008, Σαν Φρανσίσκο, ΗΠΑ

Στο Σαν Φρανσίσκο της Καλιφόρνιας έλαβε φέτος χώρα η 68η Επιστημονική Συνάντηση της Αμερικανικής Διαβητολογικής Εταιρείας, από τις 6 έως τις 10 Ιουνίου, όπου συζητήθηκαν ποικίλα ενδιαφέροντα θέματα. Σύμφωνα με μια ομάδα επιστημόνων από το Πανεπιστήμιο της Βιρτζίνια, ο συνδυασμός ιλιζοφιλίνης (LSF) και της πρωτεΐνης INGAP (Islet Neogenesis Associated Protein) έχει ως αποτέλεσμα την αναστολή της καταστροφής του β κυττάρου που παρατηρείται στο διαβήτη τύπου Ι. Η LSF είναι ένας αντιφλεγμονώδης και ανοσοτροποποιητικός παράγοντας που μειώνει τη δράση της ιντερλευκίνης 12, ενώ το INGAP προάγει τη δημιουργία νησιδίων του παγκρέατος. Ο συνδυασμός των ουσιών αυτών σε μη παχύσαρκα πειραματόζωα είχε ως τελικό αποτέλεσμα την προστασία του παγκρέατος από την αυτοπεψία και την αναγέννηση των β

κυττάρων και οι ερευνητές υποστηρίζουν την πιθανή χρησιμότητα του συνδυασμού αυτού και στον άνθρωπο. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μιας άλλης μελέτης που παρουσιάστηκε, η εβδομαδιαία χορήγηση της φαρμακευτικής ουσίας exenatide υπερέχει της καθημερινής χορήγησης, καθώς επιτυγχάνεται καλύτερος έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης, όπως αυτός εκφράζεται από την πτώση των επιπέδων της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c. Το φάρμακο δρα μιμούμενο τη δράση ορμονών που εμπλέκονται στη ρύθμιση της γλυκόζης του αίματος μέσω αναστολής της έκκρισης γλυκαγόννης, επιβράδυνσης της γαστρικής κένωσης και ινσουλινοεξαρτώμενης κινητοποίησης της γλυκόζης. Η εβδομαδιαία χορήγηση του έχει επίσης το πλεονέκτημα της μειωμένης εμφάνισης της ναυτίας, που αποτελεί πρόβλημα στην καθημερινή χορήγηση. Τέλος,



μνεία πρέπει να γίνει στα συμπεράσματα της μελέτης ADVANCE, σύμφωνα με τα οποία, ο αυστηρός έλεγχος των επιπέδων γλυκόζης με παρεμβάσεις στον τρόπο ζωής και κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή και τελικό στόχο την επίτευξη γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης HbA1c <6,5% έχει ως αποτέλεσμα την προστασία του διαβητικού ασθενή από τη δραματική επιπλοκή της διαβητικής νεφροπάθειας. Η επίδραση της αυστηρής ρύθμισης της γλυκόζης στη διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και στις καρδιαγγειακές επιπλοκές μένει ακόμα να αποσαφηνιστεί, καθώς έχουν προκύψει αντικρουόμενα συμπεράσματα σε διάφορες μελέτες.

Πληροφορίες: <http://professional.diabetes.org>

ΤΑΞΙΔΙ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ ΓΙΑ ΝΑ... ΑΛΛΑΞΟΥΜΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΜΕ ΤΟ CHANGING DIABETES BUS

Η Novo Nordisk παρουσιάζει μια κινητή μονάδα, το Changing Diabetes Bus, που ταξιδεύει σε όλα τα μήκη και πλάτη της Γης μεταφέροντας το μήνυμα ότι ο διαβήτης μπορεί να αντιμετωπιστεί μόνο με την ενημέρωση.

Η Novo Nordisk, παγκόσμιος ηγέτης στη φροντίδα του διαβήτη, ταξιδεύει και στην Ελλάδα για να ενημερώσει για το διαβήτη. Το ταξίδι της ενημέρωσης πραγματοποιείται εδώ και δύο χρόνια σε όλο τον κόσμο. Είναι μια από τις πιο φιλόδοξες πρωτοβουλίες της Novo Nordisk για να βελτιώσει την πληροφόρηση για το διαβήτη.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι ο γενικός πληθυσμός έχει ανάγκη εκπαίδευσης, γιατί ο διαβήτης μπορεί να επηρεάσει τον καθένα μας σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή και γι' αυτό οι επιλογές του τρόπου ζωής μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο στην πρόληψή του. Στη Novo Nordisk είμαστε δεσμευμένοι να συνδράμουμε στην εκπαίδευση όσο το δυνατόν περισσότερων ανθρώπων.

Το Σεπτέμβριο του 2008 θα βρίσκεται στη Ρώμη, ακολούθως θα επισκεφτεί αρκετές πόλεις στην Ισπανία και αναμένεται να φτάσει στην Ελλάδα το δεύτερο δεκαπενθήμερο του Οκτωβρίου. Θα επισκεφτεί την Αθήνα, τη Θεσσαλονίκη, το Βόλο και την Πάτρα. Το Σεπτέμβριο θα υπάρξει αναλυτική ενημέρωση για τις ακριβείς ημερομηνίες και τοποθεσίες που θα βρίσκεται το **Changing Diabetes Bus**.

Δραστηριότητες εντός του Λεωφορείου

Το Λεωφορείο και τα μηνύματά του είναι ενδιαφέροντα για κάθε επισκέπτη. Όλοι οι επισκέπτες μπορούν να μάθουν κάτι νέο για το διαβήτη και την επείγουσα ανάγκη για την αλλαγή του. Όλοι μπορούν να επισκεφτούν το Λεωφορείο, άτομα με ή χωρίς διαβήτη, επαγγελματίες υγείας και πολιτικοί, δημοσιογράφοι και επίσημες αρχές.

Κάθε γωνία του Λεωφορείου παρουσιάζει ένα σημαντικό θέμα στην πάλη ενάντια στο διαβήτη και οι μεγάλες τηλεοπτικές οθόνες, οι υπολογιστές και η δυνατότητα για μια μέτρηση γλυκόζης αίματος και του δείκτη μάζας σώματος θα κρατήσουν ζωντανό το ενδιαφέρον των επισκεπτών.



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΗΜΕΡΙΔΑ ΤΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ «ΓΛΥΚΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ»

1η Ιουνίου 2008, Καμάριζα, Λαυρεωτική



Ο κύριος συντονιστής της ημερίδας καθ. κ. Ν. Κατσιλάμπρος, κατά τη διάρκεια της ομιλίας του

Μια πανέμορφη συγκέντρωση διεξήχθη την 1η Ιουνίου 2008 για την Πανελλήνια Ημέρα του Σακχαρώδους Διαβήτη στο εξοχικό κέντρο «Φιλίνης», στην Καμάριζα του Αγίου Κωνσταντίνου Αττικής, στη Λαυρεωτική. Κύριος συντονιστής της επιστημονικής ημερίδας με θέμα την πρόληψη και σύγχρονη θεραπεία του σακχαρώδους διαβήτη ήταν ο αξιότιμος καθηγητής Ν. Κατσιλάμπρος. Η ομάδα των γιατρών ομιλητών ήταν οι κ. Π. Τσαπόγας και Ν. Τεντολούρης, επίκουροι καθηγητές Παθολογίας στην Α΄ Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική και το Διαβητολογικό Κέντρο του ΓΝΑ «Λαϊκό» και ο κ. Δ. Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος και πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ. Η πρωτοβουλία για την οργάνωση της όλης εκδήλωσης ήταν της παθολόγου - διαβητολόγου κ. Όλγας Κηλιπούρη και του Συλλόγου Ατόμων με

Σακχαρώδη Διαβήτη Λαυρεωτικής «Γλυκιά Ισορροπία». Ο σύλλογος ιδρύθηκε το Μάιο του 2007 και εγκαινιάστηκε από την αξιότιμη πρόεδρο της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ κ. Κατερίνα Κουλουρίδου λίγο πριν φύγει... Είναι ο 27ος από τους συλλόγους που η ίδια βοήθησε να ιδρυθούν και να προασπίσει και να τονίσει τα δικαιώματα των διαβητικών. Την ιδέα και το έργο της συνεχίζει τώρα η αξιότιμη κ. Αθανασία Μαρούνου, η οποία, λόγω αυξημένων υποχρεώσεων, δεν κατάφερε να είναι κοντά μας.

Στο στρογγυλό τραπέζι των γιατρών ομιλητών και ο πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ, ο αξιότιμος καθηγητής, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος κ. Δ. Χιώτης, που σε όλες τις μέχρι τώρα συγκεντρώσεις δίνει το «παρών» και τη ζεστή υποστήριξή του για την πρόληψη και θεραπεία του νεανικού διαβήτη. Όλοι οι γιατροί που αγκάλιασαν την ιδέα της ενημέρωσης του κόσμου γύρω από την πάθηση χάρισαν την επιστημονική τους φροντίδα απλά και κατανοητά. Η συγκέντρωση του κόσμου ήταν μεγάλη και απέδειξε την ανάγκη για εκπαίδευση

και ενημέρωση γύρω από το σακχαρώδη διαβήτη. Στη συγκέντρωση έγιναν ακόμα μετρήσεις σακχάρου, προσφορά της εταιρείας Abbott, πελματογράφημα από την εταιρεία Med Acces με ιατρικά εργαλεία του αξιότιμου κ. Δημήτρη Τουμπούκη, ενώ στο Λαύριο έγιναν επίσης μετρήσεις αρτηριακής πίεσης και χοληστερίνης.

Τα μηνύματα που προέκυψαν από την εκδήλωση μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Η πρόληψη και το κέφι στην υγεία σώζει ζωές
- Ο αυτοέλεγχος χέρι χέρι με το διαβητολόγο δίνει την καλύτερη ρύθμιση του σακχάρου
- Η πιο σωστή διατροφή είναι αυτή του διαβητικού. Όχι άηλοι τυφλοί - όχι άηλοι ακρωτηριασμοί
- Τα φάρμακα των διαβητικών τύπου 2 πρέπει να περάσουν με 10%
- Οι ταινίες αυτοελέγχου να παρέχονται πιο απλόχερα όταν υπάρχουν επιπλοκές και σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλινοθεραπείας.



Από αριστερά: ο κ. Δ. Χιώτης, πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ, ο επ. καθ. κ. Π. Τσαπόγας, η κ. Όλγα Κηλιπούρη και ο επ. καθ. Ν. Τεντολούρης

Οστεοπόρωση & σακχαρώδης διαβήτης

Η οστεοπόρωση είναι ένα μεταβολικό νόσημα των οστών το οποίο χαρακτηρίζεται από ελάττωση της οστικής μάζας και διαταραχή της μικρο-αρχιτεκτονικής του οστού, με αποτέλεσμα τη μειωμένη οστική αντοχή και τον αυξημένο κίνδυνο κατάγματος, ιδίως της σπονδυλικής στήλης, του ισχίου, του καρπού, του βραχίονιου και της πεκάνης.



ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ

ΦΙΛΙΠΠΟΣ ΚΑΛΔΡΥΜΙΔΗΣ

Ενδοκρινολογική Κλινική Νοσοκομείου ΕΑΝΠ «Μεταξά»

Μπορεί να κάνει την εμφάνισή της ως οσφυαλγία, απώλεια ύψους, σπονδυλική παραμόρφωση, κάταγμα που να αποδίδεται σε ελαφρύ τραυματισμό ή να αποτελεί τυχαίο εύρημα σε ακτινογραφία. Τα οστεοπορωτικά κατάγματα –εκτός του ότι αυξάνουν τη θνησιμότητα– προκαλούν χρόνιο πόνο, απώλεια ύψους, δυσκολίες με τις καθημερινές δραστηριότητες και πρακτικά οδηγούν σε απώλεια της ανεξαρτησίας του ατόμου.

Η μέγιστη οστική μάζα επιτυγχάνεται την τρίτη δεκαετία της ζωής και είναι καθοριστικός παράγοντας της οστικής μάζας για τα επόμενα χρόνια. Διάφοροι παράγοντες επηρεάζουν την τιμή της όπως: γενετικοί, διατροφικοί (ιδίως λήψη ασβεστίου και βιταμίνης D), ορμονικά προβλήματα και η φυσική δραστηριότητα.

Εκτός από τη χαμηλή οστική μάζα, άλλοι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο κατάγματος είναι οι συχνές πτώσεις, καθώς και κάποιες ιδιότητες των οστών που δεν διαγιγνώσκονται με τη μέτρηση της οστικής μάζας, όπως το μέγεθος, η γεωμετρία και η μικροαρχιτεκτονική του οστού.

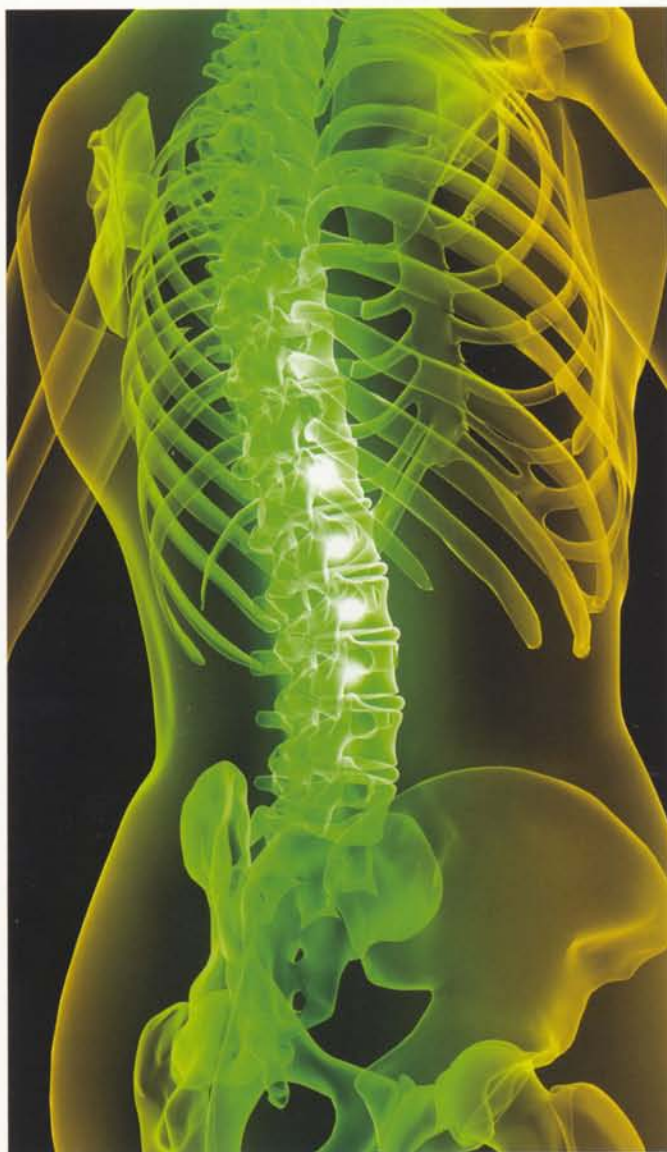
Η απώλεια οστού αρχίζει την τέταρτη ή πέμπτη δεκαετία της ζωής ως συνέπεια της αυξημένης δράσης των οστεοκλαστών, δηλαδή των κυττάρων που καταστρέφουν το οστό, καθώς και της μειωμένης δράσης των οστεοβλαστών, δηλαδή των κυττάρων που παράγουν οστό.

Οστεοπορωτικά κατάγματα συμβαίνουν στις μισές γυναίκες και στο 20% των αντρών άνω των 50 ετών. Κατάγματα λόγω ευθραυστότητας οστών συμβαίνουν και όταν η οστική μάζα δεν βρίσκεται σε ιδιαίτερα χαμηλό επίπεδο. Γι' αυτό το λόγο καλό είναι να συνηγορούνται οι παράγοντες κινδύνου που δεν έχουν σχέση με την οστική πυκνότητα, όπως ηλικία, προηγούμενο οστεοπορωτικό κάταγμα, ιστορικό κατάγματος ισχίου μητέρας, θεραπεία με στεροειδή από του στόματος, κάπνισμα, υπερβολική λήψη αλκοόλ, ρευματοειδής αρθρίτιδα, χαμηλό σωματικό βάρος (BMI <19) και συχνές πτώσεις. Στις μέρες μας έχει γίνει μεγάλη πρόοδος στον προσδιορισμό ατόμων με μεγάλο κίνδυνο για κάταγμα και στην αντιμετώπισή τους.

Η επίδραση του διαβήτη στο μεταβολισμό των οστών και την οστική πυκνότητα είναι αμφιλεγόμενη.

Ο διαβήτης, λόγω μιας αυτοάνοσης διαδικασίας, φαίνεται να συνδέεται με χαμηλό ρυθμό οστικής ανακατασκευής και οστεοπενία στα ζώα αλλή και στα παιδιά και τους εφήβους. Διάφοροι παράγοντες φαίνεται ότι εμπλέκονται, αλλή σε αυτή την ηλικιακή ομάδα λείπουν τα κλινικά συμπτώματα.

Οι ενήλικοι ασθενείς με ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη



διαβήτη (IDDM) παρουσιάζουν μειωμένη οστική πυκνότητα όταν αυτή μετριέται στο αντιβράχιο ή στον αυχένα του μπριαίου. Οι διαβητικές επιπλοκές όπως η νευροπάθεια και η μικροαγγειοπάθεια φαίνονται να προκαλούν μείωση της μάζας των οστών. Σε αυτούς τους ασθενείς η οστεοπενία συνοδεύεται από έναν αυξημένο ρυθμό οστικής ανακατασκευής που οφείλεται ενδεχομένως στις μικροαγγειακές επιπλοκές. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι κάποιοι ασθενείς με διαβήτη τύπου Ι έχουν μια ήπια μείωση της οστικής μάζας, ενώ άλλοι δεν έχουν παρουσιάσει τα ίδια αποτελέσματα.

Στους ασθενείς με διαβήτη τύπου ΙΙ ο κίνδυνος οστικής νόσου είναι λιγότερο ξεκάθαρος. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες, ειδικά οι υπέρβαρες γυναίκες με μη ινσουλινοεξαρτώμενο σακχαρώδη διαβήτη (NIDDM) έχουν μια κανονική ή ακόμα και αυξημένη οστική πυκνότητα. Οι ασθενείς που λάμβαναν αντιδιαβητικά δισκία παρουσίασαν μεγαλύτερη απώλεια της οστικής μάζας σε σύγκριση με τους ασθενείς που λάμβαναν ινσουλίνη. Αυτό θα μπορούσε εν μέρει να εξηγηθεί από την αναβολική δράση της ινσουλίνης στα οστά.

Εάν υπάρχει διαβητική οστεοπόρωση ή «οστική νόσος στο σακχαρώδη διαβήτη», είναι ακόμα ασαφές. Οι επιδημιολογικές μελέτες παρουσιάζουν εν μέρει ανακόλουθα αποτελέσματα: η οστική μάζα μειώθηκε σε μερικές μελέτες, ενώ παρέμεινε αμετάβλητη σε άλλες. Δεν αποδείχτηκε καμία αυξημένη τάση κατάγματος στους διαβητικούς.

Υπάρχουν πολλοί παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη: ο διαβήτης τύπου Ι είναι μια ασθένεια που περιλαμβάνει αυτοάνοσα φαινόμενα, όπως η φλεγμονή που οδηγεί στην οστική απώλεια (οστεοπενία διαμέσου φλεγμονής), η μέγιστη οστική μάζα μπορεί να επηρεαστεί από μια τέτοια διαδικασία. Η έλλειψη IGF (insulin-like growth factor) μπορεί επίσης να είναι αποφασιστική. Οι επιπλοκές του διαβήτη περιλαμβάνουν



υπογοναδισμό – αυτό μπορεί να είναι δυσμενές για το σκελετό. Οι διαβητικές επιπλοκές, όπως η νεφροπάθεια, η νευροπάθεια και η αγγειοπάθεια, μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα κατάγματος ανεξάρτητα από την οστική μάζα. Η νευροπάθεια και η αγγειοπάθεια μπορούν να οδηγήσουν και σε συχνότερες πτώσεις, με αποτέλεσμα να αυξήσουν τον κίνδυνο καταγμάτων.

Αντίθετα, ο διαβήτης τύπου ΙΙ μπορεί να προστατεύει κάπως από την οστική απώλεια: ο αυξημένος λιπώδης ιστός σε συσχέτιση με τη συχνή αύξηση των στεροειδών ορμονών και του IGF μπορεί να διεγείρει την οστική παραγωγή.

Μια επιδημιολογική μελέτη παρουσίασε υψηλότερη συχνότητα οστεοπενίας/οστεοπόρωσης στους διαβητικούς ασθενείς σε σύγκριση με ομάδα ελέγχου παρόμοιας ηλικίας και φύλου. Ο μηχανισμός με τον οποίο η οστική απώλεια εμφανίζεται στους διαβητικούς ασθενείς θα μπορούσε να εξηγηθεί από μια μείωση της ινσουλίνης και του IGF, που υποστηρίζεται από την υπεργλυκαιμία, αυξημένη παραγωγή των τελικών προϊόντων γλυκοζυλίωσης και διαβητικές επιπλοκές, όπως νευροπάθεια, νεφροπάθεια, αγγειοπάθεια και μυοπάθεια. Η μείωση των οστεοβλαστών φαίνεται να παίζει σημαντικό ρόλο στη διαβητική οστεοπενία. Εκτός από την ανεπάρκεια της ινσουλίνης και του IGF, η μελέτη αυτή απέδειξε ότι η συνεχής υπεργλυκαιμία προκαλεί από μόνη της καταστολή του πολλαπλασιασμού των οστεοβλαστών και της απάντησής τους στην παραθορμόνη και στην 1 άλφα-25 διυδροξύ βιταμίνη D. Μειωμένη απάντηση των οστεοβλαστών στην 1 άλφα-25 διυδροξύ βιταμίνη D επιβεβαιώθηκε επίσης στους διαβητικούς ασθενείς, όπως απεικονίστηκε από μια μείωση της επαυξητικής απάντησης της οστεοκαλσίνης του ορού κατά τη χορήγηση 1 άλφα-25 διυδροξύ βιταμίνη D.

Για τη θεραπεία της διαβητικής οστεοπενίας συστήνονται, εκτός από τη σωστή γλυκαιμική ρύθμιση, θεραπευτικές αγωγές που έχουν διεγερτική επίδραση στο ρυθμό οστικής ανακατασκευής, όπως η θεραπεία με PTH και η βιταμίνη D.

Εξετάζοντας τα βιβλιογραφικά στοιχεία, γίνεται σαφές ότι ο σακχαρώδης διαβήτης επηρεάζει την οστική ανακατασκευή και την οστική μάζα. Ο διαβητικός ασθενής οφείλει να είναι πιο ευαισθητοποιημένος στην πρόληψη και θεραπεία της οστεοπόρωσης. ■

Οι ασθενείς που λάμβαναν
αντιδιαβητικά δισκία
παρουσίασαν μεγαλύτερη
απώλεια της οστικής μάζας σε
σύγκριση με τους ασθενείς που
λάμβαναν ινσουλίνη. Αυτό θα
μπορούσε εν μέρει να εξηγηθεί
από την αναβολική δράση της
ινσουλίνης στα οστά

Διαβητική νευροπάθεια - Νευροπαθητικός πόνος

Νεότερες έρευνες έχουν δείξει πως η πιο συχνή επιπλοκή του σακχαρώδους διαβήτη είναι η διαβητική νευροπάθεια. Η επιπλοκή αυτή εμφανίζει και τη μεγαλύτερη νοσηρότητα, δηλαδή συντελεί στη δημιουργία καταστάσεων που επηρεάζουν για μεγάλο χρονικό διάστημα την ποιότητα ζωής και την υγεία πολλών ατόμων με διαβήτη.



ΔΡ. Χ. ΜΑΝΕΣ

Παθολόγος, Δ/ντής ΕΣΥ,
Υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου
Γ.Π.Ν. «ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ» Θεσσαλονίκης



Φυσικά, όταν λέμε «διαβητική νευροπάθεια», δεν εννοούμε μια κατάσταση που σχετίζεται με το άγχος ή αυτό που λέμε στην καθημερινή μας ζωή «έχω τα νεύρα μου». Η διαβητική νευροπάθεια αφορά τις ίνες των νευρών που μεταφέρουν τα ερεθίσματα (πόνου, αφής, ψυχρού, θερμού, πίεσης) από την επιφάνεια του δέρματος στον εγκέφαλο, όπου γίνονται αντιληπτά. Με τον τρόπο αυτό «πονάμε» όταν μας ακουμπήσει κάποιο αιχμηρό αντικείμενο, π.χ. στο δέρμα, διότι μέσω των νευρικών ινών μεταφέρεται το ερέθισμα στον εγκέφαλο. Οι ίνες των νευρών καταστρέφονται όταν η γλυκόζη αίματος παραμένει σε υψηλά επίπεδα μακροχρόνια.

Εάν οι ίνες αυτές δεν «λειτουργούν», οποιοδήποτε ερέθισμα που θα έπρεπε φυσιολογικά να προκαλέσει πόνο (π.χ. τσίμπημα βελόνας, ζεστό νερό κ.λπ.) δεν γίνεται αντιληπτό. Δημιουργούνται έτσι τραύματα ή εγκαύματα που παραμένουν χωρίς αντιμετώπιση διότι δεν λειτουργήσε προειδοποιητικά η αίσθηση του πόνου. Η κατάσταση αυτή οδηγεί σε μεγαλύτερες επιπλοκές, π.χ. έλκη (πληγές) στα πόδια που εκτίθενται σε μικροτραυματισμούς και σε ακόμη σοβαρότερες καταστάσεις.

Είναι ο πόνος ένα αίσθημα που δημιουργεί μια ασπίδα προστασίας; Ναι, αναμφίβολα, όπως εξηγήσαμε παραπάνω.

Ωστόσο, υπάρχει και η άληθη αίσθηση, δηλαδή του πόνου ως δυσάρεστου αισθήματος, που οφείλεται αποκλειστικά στη νευροπάθεια.

Η αίσθηση αυτή ποικίλλει από άτομο σε άτομο. Ο Lawrence, άτομο με σακχαρώδη διαβήτη, γιατρός στο επάγγελμα, περιέγραψε τον πόνο ως αίσθημα δυσάρεστο που δεν τον αφήνει να εργαστεί. Από κάποιον παλαιότερο γιατρό (τέλη 19ου αιώνα) υπάρχει η περιγραφή ενός αισθήματος «καψίματος» και πόνου (καυσαλγία) στα πόδια χωρίς διαστήματα βελτίωσης.

Αυτά είναι παλαιότερα στοιχεία. Αναφέρονται για ιστορικούς λόγους.

Η κατάσταση σήμερα είναι η εξής: Ποσοστό 30%-40% των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη εμφανίζει επώδυνα συμπτώματα νευροπάθειας. Κυρίως άτομα που εμφανίζουν υψηλό σάκχαρο αίματος.

Ποια είναι τα είδη του νευροπαθητικού πόνου;

- 1) Ελαφρά «τσιμπήματα» ή «βελονιάσματα» στα πόδια
- 2) Κάψιμο και πόνος συγχρόνως (καυσαλγία) στα πόδια
- 3) Πόνος που έρχεται απότομα, είναι έντονος και υποχωρεί άμεσα (διαξιφιστικός)
- 4) «Βαθύς» πόνος στις κνήμες (όπως ο πονόδοντος)
- 5) Αίσθημα ερεθισμού από τα σκεπάσματα (ιδίως τη νύχτα) στα πόδια.

Χαρακτηριστικό των συμπτωμάτων που αναφέρθηκαν είναι:

- α) ότι χειροτερεύουν τις νυχτερινές ώρες και
- β) δεν επιδεινώνονται με το περπάτημα.

Αντιμετώπιση

- A)** Η ικανοποιητική ρύθμιση του σακχαρώδους διαβήτη μειώνει κατά πολύ τα επώδυνα συμπτώματα. Πολλές έρευνες έδειξαν πως η βελτίωση της γλυκαιμικής ρύθμισης μειώνει πολύ το νευροπαθητικό πόνο.
- B)** Σε περιπτώσεις που παραμένει ο πόνος, καταφεύγουμε στη βοήθεια των φαρμάκων. Φάρμακα που δρουν στο κεντρικό νευρικό σύστημα, με κύριο εκπρόσωπο το Pregabalin, εμφανίζουν αξιόλογη αποτελεσματικότητα στη μείωση του πόνου με ελάχιστες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αποτελούν μια από τις κύριες θεραπευτικές αγωγές που διαθέτουμε σήμερα. Άλλα φάρμακα (π.χ. αντικαταθλιπτικά-duloxetine) μειώνουν επίσης το αίσθημα του πόνου.

Προσοχή όμως. Συζήτηση πρώτα με το γιατρό μας για τη σωστή διάγνωση του νευροπαθητικού πόνου. Οι φαρμακευτικές ουσίες που αναφέραμε είναι πολύ αποτελεσματικές με τη σωστή χρήση και έπειτα από συζήτηση με το θεράποντα ιατρό. ■



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.



Σακχαρώδης διαβήτης και υγίες χαμόγελο: μπορούν να συνυπάρχουν;

Είναι κοινά αποδεκτό ότι για τα πρότυπα του δυτικού τρόπου ζωής το υγιές και όμορφο χαμόγελο χαρακτηρίζει άτομα δυναμικά, κοινωνικά, με αυτοπεποίθηση και γενικά επιτυχημένα. Η ύπαρξη και διατήρηση ωραίων και υγιών δοντιών στο στόμα απαιτεί αποφυγή της τερηδόνας (του σαπίσματος των δοντιών) αλλά και των νόσων του περιοδοντίου.

 **ΝΙΚΟΣ ΒΑΣΙΛΑΚΟΣ**
MDSc, PhD, Χειρουργός Οδοντίατρος,
Ειδικός Προσθετολόγος

Τι είναι οι νόσοι του περιοδοντίου και πώς προκαλούνται

Περιοδόντιο χαρακτηρίζεται το σύνολο εκείνων των ιστών που κρατούν τα δόντια στις θέσεις τους. Αυτοί αποτελούνται από τα ούλη που όλοι μπορούμε να δούμε στο στόμα και από τα οστά των γνάθων, όπου φωλιάζουν τα δόντια και τα οποία δεν φαίνονται, γιατί είναι κάτω από τα ούλη. Φλεγμονή των ούλων προκαλεί την νόσο που ονομάζεται ουλίτιδα, ενώ όταν η φλεγμονή προχωρεί και στα υποκείμενα οστά, η νόσος λέγεται περιοδοντίτιδα.

Στο ανθρώπινο στόμα υπάρχουν φυσιολογικά δεκάδες είδη μικροβίων. Κάποια από αυτά μαζί με υπολείμματα τροφών, σάκιο και άλλους παράγοντες δημιουργούν ένα είδος βιολογικού φιλμ που καλύπτει τις στοματικές επιφάνειες και ονομάζεται μικροβιακή πλάκα. Αυτές οι εναποθέσεις, εάν δεν απομακρυνθούν με τις συνήθεις διαδικασίες της στοματικής υγιεινής, ενασβεστιώνονται από το σάκιο και δημιουργούν τη γνωστή σε όλους μας πέτρα. Πάνω στην πέτρα κολλούν πάλη μικρόβια, τοξίνες, υπολείμματα τροφών και ο όγκος της αυξάνει με αυτή τη διαδικασία. Οι συνέπειες αυτών των γεγονότων είναι ότι τα ούλη αρχίζουν να ξεκολλούν από την επιφάνεια των δοντιών και οι σχισμές ανάμεσα στα δόντια και τα ούλη αρχίζουν να βαθαίνουν. Οι εκβανθύσεις αυτές ονομάζονται θύλακοι και έτσι η πέτρα εισχωρεί όλο και βαθύτερα «σπρώχνοντας» τη φλεγμονή προς τα οστά. Το αποτέλεσμα της επίδρασης των τοξινών των μικροβίων της πέτρας στα οστά είναι ότι αυτά αρχίζουν να απορροφώνται ξεγυμνώντας έτσι τις ρίζες των δοντιών από τις αρχικές τους «φωλιές». Τα δόντια πια, έχοντας μειωμένη στήριξη, αρχίζουν να κουνιούνται, να αλλοιάζουν θέση και τελικά να πέφτουν.

Φταίει ο διαβήτης στην περιοδοντική νόσο;

Ο διαβήτης από μόνος του δεν προκαλεί νόσους του περιοδοντίου. Ωστόσο, οι οδοντίατροι παγκοσμίως χαρακτηρίζουν το διαβήτη παράγοντα κινδύνου και αυτό γιατί, αφενός, οι πρωτογενείς εκδηλώσεις του διαβήτη καθιστούν τους πάσχοντες



ευάλωτους στις λοιμώξεις (και οι περιοδοντικοί νόσοι είναι τέτοιες) και, αφετέρου, ο διαβήτης επιβραδύνει γενικά την επούλωση, άρα και οι περιοδοντικές νόσοι είναι πιο δύσκολα θεραπεύσιμες. Επειδή η σχέση όμως του σακχαρώδους διαβήτη με την περιοδοντική νόσο είναι αμφίδρομη, η ανεξέλεγκτη και αθεράπευτη περιοδοντίτιδα επηρεάζει δυσμενώς το σακχαρώδη διαβήτη, όπως όλες οι λοιμώξεις. Η επιδείνωση της περιοδοντικής νόσου οδηγεί σε αύξηση των επιπέδων σακχάρου του αίματος. Γενικά αθεράπευτη περιοδοντική φλεγμονή δημιουργεί δυσκολίες στην αρχική ρύθμιση ασθενών με σακχαρώδη διαβήτη και μπορεί να απορρυθμίσει ελεγχόμενο διαβήτη. Παρατηρείται συχνά ότι έπειτα από εξαγωγές δοντιών με φλεγμονή ή ύστερα από επιτυχημένη περιοδοντική θεραπεία οι απαιτήσεις σε ινσουλίνη ελαττώνονται σημαντικά.

Πώς θεραπεύονται οι νόσοι του περιοδοντίου;

Οι νόσοι αυτοί αντιμετωπίζονται το ίδιο ή μη σε άτομα με διαβήτη. Είναι όμως απαραίτητη η αποτελεσματική συνεργασία του πάσχοντος. Όσον αφορά την ουλίτιδα, η θεραπεία αρχίζει με ολοκληρωτική απομάκρυνση της πέτρας από τα εμφανή και

τα αφανή σημεία (κάτω από τα ούλα) που μπορεί να υπάρχει. Αυτό επιτυγχάνεται με χειροκίνητα εργαλεία ή και με υπερήχους. Ο οδοντίατρος πρέπει επίσης να πείσει και να εκπαιδεύσει τον ασθενή να τηρήσει τους κανόνες της στοματικής υγιεινής στο σπίτι του καθημερινά. Εάν αυτά γίνουν, τότε η ουλίτιδα θεραπεύεται.

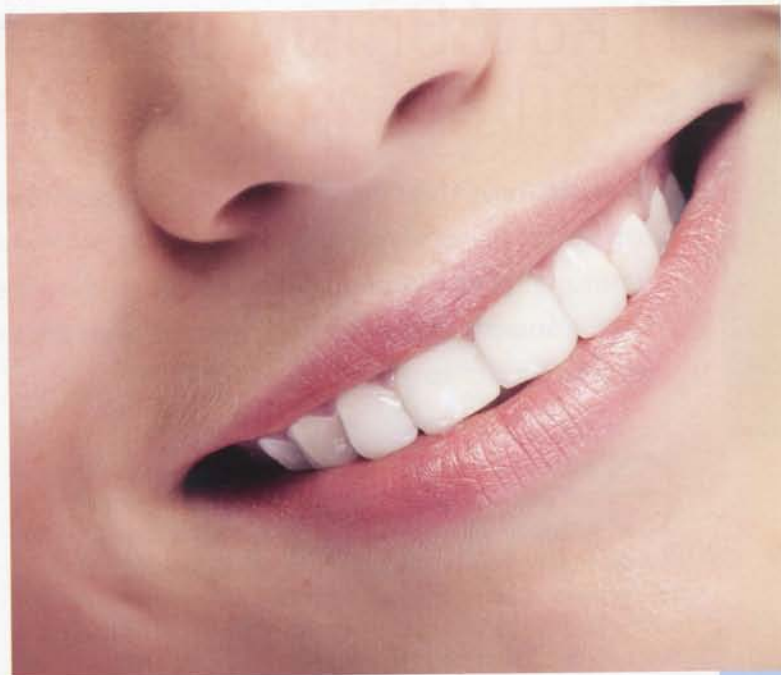
Η περιοδοντίτιδα, από την άλλη, μπορεί να θεραπευτεί αλλά το «άρρωστο» οστό δεν μπορεί να επανέλθει στην προηγούμενη διάσταση. Οι ιστοί που έχουν καταστραφεί δεν αναπαράγονται και ως ίαση θεωρείται η ανάσχεση της καταστροφής του οστού και η διατήρηση της κατάστασης ως έχει, χωρίς φλεγμονή. Η θεραπεία περιλαμβάνει ένα κομμάτι που είναι όμοιο με αυτό της ουλίτιδας συν βαθύ καθαρισμό των ριζών των δοντιών μέσα στους θυλάκους από πέτρα και μικρόβια. Σε περιπτώσεις που οι θυλάκοι είναι πολύ βαθιοί, απαιτείται χειρουργική επέμβαση στα ούλα. Τα τελευταία χρόνια έχουν εισαχθεί και τα lasers στη θεραπευτική αγωγή των περιοδοντικών νόσων. Εδώ με έμφαση πρέπει να τονίσουμε ότι, ανεξαρτήτου θεραπευτικού σχήματος, χωρίς την απρόσκοπτη συνεργασία του ασθενή (ως προς την υγιεινή), δεν θα υπάρχει επιτυχία ως προς το τελικό αποτέλεσμα.

Καταστάσεις επιβαρυντικές των νόσων του περιοδοντίου

Εκτός του σακχαρώδους διαβήτη, άλλα αίτια που μπορεί να επιβαρύνουν αυτά τα νοσήματα είναι η λήψη συγκεκριμένων φαρμάκων, όπως είναι ορισμένα αντιυπερτασικά και αντιεπιληπτικά φάρμακα. Τα άτομα που χρησιμοποιούν τέτοια φάρμακα πρέπει να είναι πιο αυστηρά στη στοματική τους υγιεινή και να επισκέπτονται συχνότερα τον οδοντίατρο τους. Το κάπνισμα επίσης οδηγεί σε γρηγορότερη ανάπτυξη αυτών των νόσων και δυσκολότερη θεραπεία. Το ίδιο αποτέλεσμα έχουν η κακή διατροφή, η έλλειψη βιταμινών (ειδικά της βιταμίνης C) και γενικά οι καταστάσεις που αδυνατίζουν την άμυνα του οργανισμού. Σίγουρα κληρονομικοί λόγοι επηρεάζουν την ανάπτυξη και πορεία αυτών των ασθενειών, καθώς και το σωματικο-ψυχολογικό στρες. Οι γυναίκες ίσως επηρεάζονται ιδιαίτερα από αυτές τις ασθένειες κατά τις περιόδους της εφηβείας, της κύησης και της έμμηνου ρύσης. Επίσης, έχει αναφερθεί ότι η περίοδος της εμμηνοπαύσης, λόγω των ορμονικών διαταραχών, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής όσον αφορά τη στοματική υγιεινή.

Σακχαρώδης διαβήτης - Στοματικές βλάβες Αποκατάσταση

Ο συνδυασμός αρρυθμισμού σακχαρώδους διαβήτη και αθεράπευτης περιοδοντικής νόσου μοιραία θα οδηγήσει σε απώλεια (μερική - ολική) δοντιών. Αυτό θα έχει ως συνέπεια την αναγκαστική λήψη μαλακών τροφών που ίσως είναι ακατάλληλες για διαβητικό άτομο. Η αποκατάσταση της απώλειας μεγάλου αριθμού ή όλων των δοντιών με συμβατικά μέσα, όπως ολικές ή μερικές οδοντοστοιχίες, ίσως είναι δύσκολη προσπάθεια σε ένα άτομο με διαβήτη λόγω της ξηροστομίας που παρατηρείται στα συγκεκριμένα άτομα. Το σάβιο είναι απαραίτητο για την ομαλή και ανεμπόδιστη λειτουργία των κινητών προσθετικών αποκαταστάσεων.



Αυτό που χρειάζεται είναι καλή
ρύθμιση του διαβήτη μας, που είναι
απαραίτητο έτσι κι αλλιώς, καθώς
και υπομονή και επιμονή με τη στο-
ματική μας υγιεινή και επισκέψεις
συχνές στον οδοντίατρό μας

Η αποκατάσταση με πιο εξελιγμένα μέσα, όπως οδοντικά εμφυτεύματα, θεωρείται δυνατή υπό προϋποθέσεις, όπως η ρύθμιση του διαβήτη και ο ενδελεχής έλεγχος της στοματικής υγιεινής μετά την τοποθέτηση των εμφυτευμάτων. Οι σύγχρονες θεραπείες της αισθητικής οδοντιατρικής, όπως η λεύκανση, οι όψεις πορσελάνης και τα πλευκά σφραγίσματα δεν έχουν καμία αντένδειξη όσον αφορά τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη.

Συμπέρασμα

Ακόμα κι αν πάσχουμε από διαβήτη τύπου I ή II, μπορούμε να απολαύσουμε τις δυνατότητες που μας δίνει η μοντέρνα αισθητική και αποκαταστατική οδοντιατρική. Αυτό που χρειάζεται είναι καλή ρύθμιση του διαβήτη μας, που είναι απαραίτητο έτσι κι αλλιώς, καθώς και υπομονή και επιμονή με τη στοματική μας υγιεινή και επισκέψεις συχνές στον οδοντίατρό μας. ■

Η κατάθλιψη σε εφήβους, νεαρούς ενήλικες και ενήλικες με διαβήτη

Η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ιατρική συνθήκη που προσβάλλει τα συναισθήματα, τη σκέψη και τη λειτουργικότητα του ατόμου στην καθημερινότητά του και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιονδήποτε άνθρωπο. Η πολύχρονη διαβίωση με το διαβήτη πολλές φορές οδηγεί σε ψυχική κόπωση, απογοήτευση, αγανάκτηση και χαμηλή αυτοεκτίμηση, έχοντας ως επίπτωση την εμφάνιση της κατάθλιψης.

Θα πρέπει να σημειωθεί ότι η κατάθλιψη παρουσιάζεται στα άτομα με διαβήτη τύπου 1 ή 2 έπειτα από κάποια χρόνια συμβίωσης με το διαβήτη. Η κατάθλιψη η οποία συνδέεται με το διαβήτη απορρέει από τις «ιατρικές απαιτήσεις» του διαβήτη. Η διαρκής υποβολή σε ένα συγκεκριμένο τρόπο ζωής, που πολλές φορές τα άτομα με διαβήτη τον βιώνουν ως άκαμπτο, οι αυστηρές διατροφικές συνήθειες, ο συνεχής έλεγχος της γλυκόζης κουράζουν συχνά τον έφηβο ή τον ενήλικα με διαβήτη. Συχνά οι έφηβοι, αλλά κυρίως οι ενήλικες, αποκτούν «εμμονές» με τη ρύθμιση του διαβήτη τους. Βάζουν συχνά στόχο κάποιες συγκεκριμένες τιμές και όταν δεν τις πετυχαίνουν, εκνευρίζονται, απογοητεύονται και νιώθουν ότι χάνουν τον έλεγχο, ξεχνώντας ότι το σάκχαρο είναι μια μεταβλητή τιμή στον ανθρώπινο οργανισμό – και αρκεί να σέβονται κάποια όρια.

Μια κλασική περίπτωση κατάθλιψης περιλαμβάνει το λιγότερο ένα από τα εξής συμπτώματα:

α) Καταθλιπτική διάθεση. Ένα χαρακτηριστικό σύμπτωμα που εσωκλείει αίσθηση δυσφορίας, συναίσθημα δυστυχίας και έλλειψης ενδιαφερόντων κάθε λογής. Στην περίοδο αυτή δεν γίνεται κανένα παράπονο και καμία αναφορά σε κάποιες αλλαγές που υπεισέρχονται στη ζωή του ατόμου, όπως το έντονο άγχος και οι διαταραχές ύπνου ή διατροφικές διαταραχές, όπως η ανορεξία. Η σοβαρότητα της κατάστασης αυτής δεν συντρέπει τον ίδιο κίνδυνο με τα καταθλιπτικά σύνδρομα. Είναι μια πιο ήπια περίπτωση, όχι όμως και ασήμαντη.

β) Καταθλιπτικά σύνδρομα. Εντοπίζονται από ιδιαίτερες αλλαγές στις συνήθειες και στη συμπεριφορά των εφήβων που γίνονται αντιληπτές από τους γονείς και από το οικείο περιβάλλον. Αυτές οι αλλαγές στη συμπεριφορά είναι συγκεκριμένες και έχουν καταγραφεί στα ψυχοδιαγνωστικά κριτήρια DSM-IV, απ' όπου και ο καθορισμός του κάθε καταθλιπτικού συνδρόμου αλλά και η οξύτητά του.

Η κατάθλιψη, όταν συνδέεται με το θέμα του διαβήτη, συμβαίνει σε άτομα (εφήβους και νεαρούς ενήλικες, ενήλικες) που έχουν παραμελημένο διαβήτη ή που νιώθουν αδυναμία και απογοήτευση από τη ρύθμιση του. Θα πρέπει να υπενθυμίσουμε πόσο σημαντική είναι η επαφή με την ιατρική ομάδα και πως πρέπει να διατηρείται τουλάχιστον 3-4 φορές ετησίως. Η κατάθλιψη όμως είναι ένας παράγοντας που δεν έχει ούτε ξεκάθαρες αιτίες ούτε, φυσικά, έχει καμιά συνάφεια με την ύπαρξη του διαβήτη.



ΔΡ. ΕΛΙΝΑ ΓΚΙΚΑ

Κλινική Ψυχολόγος-Ψυχοθεραπεύτρια



Επειδή ο διαβήτης είναι πάντα παρόν και η ρύθμισή του επηρεάζεται από τη συναισθηματική φόρτιση του ατόμου, γίνεται πολλές φορές ο εικονικός αλλά όχι ο πραγματικός υπαίτιος της συναισθηματικής αστάθειας του ατόμου

Οι έφηβοι και οι νέοι ενήλικες διανύουν ίσως την πιο δημιουργική και ενεργητική φάση της ζωής τους. Τα άτομα που στη ζωή τους έχουν συνοδοιπόρο το διαβήτη πολλές φορές αισθάνονται στιγματισμένοι και ανίκανοι συγκριτικά με τους συνομηλίκους τους. Η αίσθηση της ηττοπάθειας και της μειονεξίας είναι ένας τεράστιος νοερός μύθος. Ο διαβήτης σε καμιά περίπτωση δεν εμποδίζει τις δυνατότητες του ατόμου ούτε επηρεάζει την νοημοσύνη του. Ο χειρότερος εχθρός του ατόμου με διαβήτη δεν είναι ο διαβήτης αλλά η χαμηλή αυτοεκτίμηση και η έλλειψη πειθούς στις δυνατότητές του. Πρόκειται για μια διάσπαση αυθυποβολής του ατόμου σε μια μειονεκτική θέση που θεωρητικά το κάνει να υστερεί από τους ομοίους του. Σίγουρα η ύπαρξη του διαβήτη στις περισσότερες περιπτώσεις δημιουργεί στρεσογόνα συναισθήματα σχετικά με τη διάρκεια ζωής και γενικά θέματα υγείας. Όλες αυτές οι κινδυνολογίες στη σκέψη ενός ατόμου, όταν αυξάνονται, πλησιάζουν όλο και πιο πολύ στην κατάθλιψη, αφού προξενούν μια αισθητή δυσλειτουργικότητα στην καθημερινότητα του ατόμου. Το μόνο σίγουρο είναι ότι η κατάθλιψη απορροφά τόσο ενέργεια από το άτομο που το

αναγκάζει να μην μπορεί να ανταποκριθεί στην πραγματικότητα και τις ανάγκες του οργανισμού του, πόσο μάλλον του διαβήτη που απαιτεί οργανωμένη παρακολούθηση.

Ακόμη ένας ακόμα λόγος που κάνει τα νεαρά άτομα με διαβήτη τύπου 1 κυρίως να νιώθουν μειονεκτικά απέναντι στους συνομηλίκους τους είναι διότι σε αυτή την ηλικία το άτομο από τη φύση του επιζητά την ανεξαρτησία αλλά και την κοινωνική αναγνώριση και καταξίωση από του άλλους. Θεωρώντας, λοιπόν, το διαβήτη στίγμα, ντρέπονται γι' αυτό και αγχώνονται μήπως γίνει αντιληπτό από τους γύρω λόγω των ιδιομορφιών τους, κυρίως, στη διατροφή αλλά και από την καθημερινή ανάγκη συχνού ελέγχου της γλυκόζης. Αναπτύσσεται στο ασυνείδητό του μια πεποίθηση αναπηρίας λόγω της ύπαρξης του διαβήτη. Είναι απόλυτα σαφές πως η εποχή που ζούμε επιφυλάσσει πολλές δυσκολίες για τους νέους και, βέβαια, απαιτεί και πολλά προσόντα από αυτούς, κυρίως, για την επαγγελματική τους αποκατάσταση. Οι απαιτήσεις της εποχής μας συχνά προκαλούν μελαγχολία στους νέους, ίσως και καταθλιπτική διάθεση, η οποία έχει χρονική διάρκεια. Συνεπώς, οι λόγοι ■

Η ψυχοθεραπεία είναι σε θέση να ανακουφίσει έως και να απαλλάξει το άτομο με διαβήτη από τα προβλήματα της ψυχικής του υγείας που προκαλούν την κατάθλιψη

οι οποίοι οδηγούν σε καταθλιπτική διάθεση αλληλά και κατάθλιψη μπορεί να μη συνδέονται με την ύπαρξη του διαβήτη. Επειδή ο διαβήτης είναι πάντα παρόν και η ρύθμισή του επηρεάζεται από τη συναισθηματική ευαισθησία και φόρτιση του ατόμου, γίνεται πολλές φορές ο εικονικός αλληλά όχι ο πραγματικός υπαίτιος της συναισθηματικής αστάθειας του ατόμου.

Όλη αυτή η έντονη –πέρα από το φυσιολογικό– ενασχόληση με την ύπαρξη του διαβήτη δημιουργεί μια εμμονή γύρω από αυτόν, κατατάσσοντάς τον στο κέντρο όλης της ρύθμισης της ζωής και αποτυπώνοντας τελικά την ανικανότητα του ατόμου να συνειδητοποιήσει την κατάσταση και να αποδεχτεί τον εαυτό του ως μοναδική προσωπικότητα. Για το άτομο που βιώνει καταθλιπτικά την ύπαρξη του διαβήτη όλος του ο κόσμος είναι ένα μειονέκτημα και τίποτα παραπάνω. Ξεκινά τον εαυτό του και τα πραγματικά σημεία του χαρακτήρα του, παραβλέποντας και υποβιβάζοντας τις αληθινές δυνατότητες του για πρόοδο τόσο σε επικοινωνιακό όσο και σε δημιουργικό επίπεδο.

Η απομόνωση αυτή που τοποθετεί τον εαυτό του δεν το αφήνει να καταλάβει πραγματικά πως η ύπαρξη του διαβήτη όχι μόνο δεν εμποδίζει το άτομο σε κανέναν τομέα αλληλά και πως κανένας δεν πρόκειται να ασχοληθεί με την ύπαρξη του διαβήτη όσον αφορά την αξιολόγηση του ατόμου. Ο διαβήτης είναι καθαρά προσωπική υπόθεση που απαιτεί προσοχή από το ίδιο το άτομο και δεν επιβαρύνει κανέναν.

Η ψυχοθεραπεία στις περισσότερες περιπτώσεις είναι απαραίτητη γιατί ο ειδικός ψυχολόγος-ψυχοθεραπευτής είναι σε θέση να ανακουφίσει έως και να απαλλάξει το άτομο με διαβήτη από τα προβλήματα της ψυχικής του υγείας που προκαλούν την κατάθλιψη. Η διάρκεια της ψυχοθεραπείας εξαρτάται από τη σοβαρότητα του προβλήματος. Στόχος του ψυχολόγου είναι να ανασύρει και να επεξεργαστεί μαζί με τον ασθενή τους λόγους που τον οδήγησαν στην παρούσα κατάσταση. Είναι σημαντικό η σχέση θεραπευτή-θεραπευμένου να διέπεται από ένα ζεστό φιλικό κλίμα. Τα συμπτώματα κατάθλιψης θα πρέπει να μας ανησυχούν και καλό θα είναι να μην καθυστερούμε την αναζήτηση βοήθειας. Η ψυχοθεραπευτική επέμβαση στους εφήβους και τους ενήλικες με διαβήτη εστιάζει κυρίως στην αύξηση της αυτο-φροντίδας στη σωστή τήρηση του γλυκαιμικού ελέγχου



αλληλά και στη συγκρότηση του ατόμου απέναντι στις ψυχοκοινωνικές μεταβλητές, όπως το στρες.

Η θεωρητική κατάρτιση για ένα επιστημονικό θέμα είναι πολύ σημαντική. Ωστόσο, το ερωτηματολόγιο το οποίο ακολουθεί επισημαίνει τα συμπτώματα τα οποία θα πρέπει να μας ανησυχήσουν και να μας οδηγήσουν σε κάποιον ειδικό για την αντιμετώπισή τους.

Ερωτηματολόγιο για την κατάθλιψη

	1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1. Έχω παρατηρήσει ορισμένες αλλαγές στον ύπνο, όπως η δυσκολία να κοιμηθώ, ή σηκώνομαι τακτικά κατά τη διάρκεια της νύχτας ή κοιμάμαι πολύ περισσότερες ώρες τα πρωινά και δυσκολεύομαι να ξυπνήσω.	☐	☐	☐	☐	☐	10. Κάθομαι στο σπίτι εν ώρα εργασίας ή σχολείου λόγω της καταθλιπτικής μου διάθεσης.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Αισθάνομαι να έχω χάσει το ενδιαφέρον μου σε δραστηριότητες που κάποτε μου ήταν ευχάριστες και επιθυμητές.	☐	☐	☐	☐	☐	11. Μου παίρνει πολύ περισσότερο χρόνο και μου φαίνεται πολύ δυσκολότερο όταν πρόκειται να πάρω μια απόφαση.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Νιώθω μελαγχολικός, κακόκεφος και σκυθρωπός.	☐	☐	☐	☐	☐	12. Αισθάνομαι ανεπάρκεια δυνατότητων και συνεπώς νιώθω αποτυχημένος/η και μη επιθυμητός/η.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Όταν χτυπά το τηλέφωνο, επιμένω να το αγνοώ, ακόμα κι αν ξέρω ότι μπορεί να με καλεί ένας στενός - πολύ καλός φίλος.	☐	☐	☐	☐	☐	13. Συχνά παρουσιάζω πονοκεφάλους, στομαχόπονους, αυχενικά, πόνους στις αρθρώσεις.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Νιώθω σαν να έχω χάσει όλη μου την ενέργεια και το να αποφύγω την αδράνεια μου είναι πολύ δύσκολο, ακόμα κι αν καταβάλω όλη μου τη δύναμη.	☐	☐	☐	☐	☐	14. Όλη την ώρα σκέφτομαι διάφορες εκδοχές γύρω από το θάνατό μου.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Αισθάνομαι ήττη και κλαίω συνεχώς χωρίς ιδιαίτερο λόγο.	☐	☐	☐	☐	☐	15. Έχασα ή πήρα βάρος χωρίς ιδιαίτερη προσπάθεια.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Όλες οι προσπάθειές μου φαίνονται να αποτυγχάνουν και να μην ευδοκιμούν, όσο σκληρά κι αν προσπαθώ.	☐	☐	☐	☐	☐	16. Αδυνατώ να συγκεντρωθώ, ανεξαρτήτως των ωρών της ημέρας.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Απορρίπτω τις όποιες προσκλήσεις έχω από φίλους γιατί νιώθω ότι θα χρειαστώ περισσότερη ενέργεια απ' όση έχω και πως η όλη μου κατάπτωση και μελαγχολία θα επηρεάσουν και τους γύρω μου.	☐	☐	☐	☐	☐	17. Σκέφτομαι την αυτοκτονία.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Θεωρώ τον εαυτό μου επιρρεπή ή αφηρημένο σε καταστάσεις κινδύνου, όπως για παράδειγμα όταν διασχίζω τη διάβαση του δρόμου, ακόμα κι όταν ο φωτεινός σηματοδότης είναι στο κόκκινο ή να μη φοράω ζώνη ασφαλείας στο αυτοκίνητο.	☐	☐	☐	☐	☐	18. Καταναλώνω περισσότερο αλκοόλ από αυτό που συνήθιζα.	☐	☐	☐	☐	☐
						19. Μοιάζω σαν να έχω χάσει το ενδιαφέρον μου για ερωτική ζωή ή βιώνω σεξουαλική κατάρπηση.	☐	☐	☐	☐	☐
						20. Αισθάνομαι ανήσυχος/η και/ή ευέξαπτος/η.	☐	☐	☐	☐	☐
						21. Η διατροφή μου φαίνεται περισσότερο ως πρόβλημα παρά ως κάτι που είναι απαραίτητο για την υγεία μου.	☐	☐	☐	☐	☐

Διαβάθμιση

1. Καθόλου 2. Πολύ σπάνια 3. Μερικές φορές
4. Τις περισσότερες φορές 5. Συνέχεια

Μην αναβάλεις τη μητρότητα για το διαβήτη

«Το να γίνει μπτέρα μια διαβητική γυναίκα δεν είναι και το πιο εύκολο πράγμα. Αλλά με καλή θέληση, αγάπη και λίγη προσπάθεια, μπορεί να κατορθώσει τα πάντα...». Η αισιοδοξία της Κατερίνας διαφαίνεται στην κάθε της κουβέντα. Καριερίστα και μπτέρα, έπειτα από 35 χρόνια αρμονικής συμβίωσης με το διαβήτη, αυτό που μπορεί να εγγυηθεί στις επίδοξες μπτέρες είναι ότι, όταν ανακαλύψει κανείς τις ισορροπίες του, τότε μπορεί να κάνει τα πάντα.



ΣΥΝΕΤΕΥΞΗ: ΚΑΤΕΡΙΝΑ ΚΑΡΑΠΑΤΑΚΗ

Η διάγνωση του διαβήτη έγινε στην Κατερίνα όταν αυτή ήταν μόλις έξι ετών. «Ήμουν πάρα πολύ μικρή και ουσιαστικά δεν πρόλαβα να γνωρίσω τον εαυτό μου πριν το διαβήτη. Και αυτό ήταν και πλεονέκτημα και μειονέκτημα μαζί». Θεωρεί μειονέκτημα το γεγονός ότι τα χρόνια που ζει με το διαβήτη είναι πολλά. Προσθέτει, ωστόσο, την αισιόδοξη πινελιά της στο γεγονός. «Το ότι είχα ν' αντιμετωπίσω το διαβήτη από αυτή την ηλικία το θεωρώ πλεονέκτημα, γιατί δεν είχα πριν μια διαφορετική ζωή που στην πορεία έπρεπε ν' αλλιάξω!»

Εξαρχής, λέει, ήταν η ίδια ένα παιδί πειθαρχημένο. «Γίνεται ο διαβήτης κομμάτι του εαυτού σου, και αυτό δεν αλλιάζει. Όπως ένα παιδάκι μάθαινε ότι έπρεπε να πλύνει τα χέρια του ή να βουρτσίσει τα δόντια του, εγώ έμαθα να κάνω και τις ενέσεις. Τότε, βέβαια, ήταν πολύ πιο δύσκολη και η ρύθμιση, καθώς δεν υπήρχαν οι εξελιγμένες δυνατότητες της Ιατρικής, όπως σήμερα».

Θεωρεί ευτύχημα το γεγονός ότι, όταν της διαγνώστηκε ο διαβήτης, στην οικογένειά της υπήρχε και ένα μωρό. «Η αδερφή μου ήταν δύο ετών, συνεπώς η προσοχή των γονιών μου μοιράστηκε. Δεν "έπεσαν πάνω μου" και διατήρησαν τις ισορροπίες. Αυτό βοήθησε εμένα περισσότερο να αντιληφθώ ότι ο διαβήτης μου δεν ήταν το τέλος του κόσμου, ότι δεν είχα μια ασθένεια που θα μου αλλίαζε τη ζωή».

Η διάγνωση έγινε όταν η μπτέρα της Κατερίνας παρατήρησε ότι η μεγάλη της κόρη διψούσε διαρκώς. «Με ανέλαβε η γιατρός που με παρακολούθησε όλα αυτά τα χρόνια, η κυρία Δάκου. Η ίδια μάς έδωσε τις πρώτες οδηγίες, μας μίλησε για τη σωστή διατροφή... Έτσι κι αλλιώς, οι γονείς μου, ως Κρητικοί, ήταν καλοί γνώστες της μεσογειακής κουζίνας. Δεν ήμασταν, αλλιώς, ποτέ λάτρες των λιπαρών ή των "γρήγορων φαγητών". Αυτός ο τρόπος ζωής με βοήθησε πολύ, γιατί δεν άλλαξε σχεδόν τίποτα στην καθημερινότητά μου».

Ακόμα και στο σχολείο, δεν αντιμετώπισε προβλήματα. «Ανέκαθεν ήμουν τακτικό παιδί και συνεπής στις υποχρεώσεις μου. Η μόνη που γνώριζε στο σχολείο για το διαβήτη ήταν η δασκάλα μου». Με λίγα λόγια, για την ίδια ο διαβήτης δεν



Όλα είναι θέμα θέλησης και προσπάθειας, γιατί τίποτα δεν σου χαρίζεται. Και αυτό ισχύει για όλους

αποτελέσει ποτέ φόβητρο για τη μετέπειτα ζωή της. «Έχω υπέροχες αναμνήσεις από τα παιδικά μου χρόνια. Τα καλοκαίρια παραθερίζαμε στην Κρήτη και μας θυμάμαι –εμάς, τα πιτσιρίκια– όλη μέρα να τρέχουμε στις παραλίες, να παίζουμε, να ξεχνιόμαστε μέχρι αργά το μεσημέρι. Μεγάλωσα όπως ακριβώς και τα άλλα παιδιά της ηλικίας μου. Δεν ένιωσα ούτε στιγμή ότι είχα κάποια αρρώστια».

Η δύσκολη περίοδος της εφηβείας, η οποία δημιουργεί εντάσεις και προβλήματα στους νέους, για την ίδια ήταν μια ομαλή μετάβαση από την παιδική ηλικία στη νεότητα. «Το μυστικό είναι να δέχεσαι τον εαυτό σου έτσι όπως είναι. Κι εγώ μεγάλωσα γνωρίζοντας ότι πρέπει να δεχόμαστε τους άλλους με τις ιδιαιτερότητές τους. Μ' αυτή τη νοοτροπία, δεν αισθάνθηκα ποτέ ξεκομμένη, άτυχη».

Ο αισιόδοξος χαρακτήρας της την ωθούσε να θεωρεί το διαβήτη ιδιαιτερότητα και όχι μυστικό που δεν πρέπει ν' αποκαλυφθεί. «Οι στενοί μου φίλοι το ήξεραν. Το πώς σε αντιμετωπίζουν όμως οι άλλοι έχει κυρίως να κάνει με το πώς εσύ αισθάνεσαι και το

πώς η ίδια προβάλλεις το τι είσαι. Πρόσεχα τον εαυτό μου, αλλήλ δεν ήμουν κλεισμένη σ' ένα γυάλινο κλουβί!»

Με την αποφοίτηση από το λύκειο, η Κατερίνα αποφασίζει να ακολουθήσει το όνειρό της: «Δεν κατάφερα να περάσω στην Ιατρική δίνοντας πανελλήνιες εξετάσεις. Δεν υπήρχε τότε και κάποια ιδιαίτερη μεταχείριση στα παιδιά με διαβήτη. Αποφάσισα να σπουδάσω στην Ιταλία, όπου έμεινα δύομισι χρόνια. Μετά πήρα μεταγραφή για την Ελλάδα. Τα δύσκολα ήρθαν με τις εξετάσεις της σχολής, γιατί η Ιατρική έχει πολύ διάβασμα. Ο διαβήτης όμως σου δίνει υπομονή. Με βοήθησε να αντεπεξέλθω στις υποχρεώσεις μου. Αφού τελείωσα τη σχολή, ξεκίνησα την ειδικότητά μου – είμαι ακτινολόγος. Εφημερίες, υποχρεώσεις, ξενύχτι, αλλήλ με μετρήσεις συνεχείς και με προσοχή, τα κατάφερα κι εκεί. Όλα είναι θέμα θέλησης και προσπάθειας, γιατί τίποτα δεν σου χαρίζεται. Κι αυτό ισχύει για όλους, όχι μόνο για τα άτομα με διαβήτη».

Πώς επέδρασε η αποκάλυψη του «μυστικού» στις σχέσεις της με το άλλο φύλο; «Επειδή ο διαβήτης είναι χαρακτηριστικό του εαυτού μου, πίστευα ότι θα έπρεπε να το γνωρίζει ο άλλος από την αρχή. Ήταν και κάτι σαν “μπούσουλλας” για να δω ποιος ενδιαφέρεται για μένα αληθινά και ποιος όχι».

Η συνέχεια της αφήγησής της είναι καταγιστική. «Αν και με τον άντρα μου θέλαμε να κάνουμε ένα παιδί από νωρίς, δεν τα καταφέραμε. Εγώ ήμουν αρκετά επιφυλακτική γιατί γνώριζα ότι, λόγω της δουλειάς μου, η μητρότητα θα είναι δύσκολη κι έτσι το καθυστερήσαμε για κάποια χρόνια».

Στην εγκυμοσύνη, σύμφωνα με την ίδια, χρειάζεται αυστηρή ρύθμιση και προγραμματισμός, έτσι ώστε το πρώτο τρίμηνο της εγκυμοσύνης –που είναι και η φάση της οργανογένεσης του μωρού– η μέλλουσα μαμά να είναι άριστη ρυθμισμένη. «Κατά τη διάρκεια της κύησης ο ενδοκρινολόγος γίνεται ο καλύτερός σου φίλος, γιατί οι μεταβολές είναι φοβερές. Οι ορμόνες τρελαίνονται και πρέπει να είσαι έτοιμη να κάνεις τις απαραίτητες διορθώσεις. Αυτή την περίοδο ουσιαστικά ζεις γι' αυτό: για να ρυθμιζεσαι, να προγραμματίζεις, να είσαι υγιής. Έφτασα να κάνω και δέκα μετρήσεις την ημέρα και να δρω ανάλογα». Υποστηρίζει ότι ο διαβήτης, αλλήλ και η ηλικία της, ήταν αντένδειξη για μια φυσιολογική γέννα, ωστόσο όλα ήρθαν ομαλά. «Με τη βοήθεια του γιατρού τα κατάφερα. Είχα πολύ καλή ρύθμιση και, κατά συνέπεια, είχα και ένα φυσιολογικό τοκετό. Γι' αυτά οφείλω ιδιαίτερες ευχαριστίες στον κύριο Μυγδάλη και την κυρία Αναστασία, το γυναικολόγο και την ενδοκρινολόγο μου. Η γλιυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη ήταν ρυθμισμένη σ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης – από 6 στο τελευταίο τρίμηνο έπεσε στο 4,7. Ο φυσιολογικός τοκετός για μια γυναίκα με διαβήτη δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αλλήλ προτίμησα να αποφύγω το χειρουργείο. Σημειώνω ότι ο μπέμπης ήρθε και λίγο νωρίτερα από τη μέρα που τον περίμενα... Αφού ήμουν για ψώνια την ώρα που έσπασαν τα νερά!»

Η περίοδος που ακολούθησε ήταν αγχώδης και συγκινητική συνάμα. «Οι μήνες μετά τη γέννηση του μωρού είναι δύσκολοι, γιατί τώρα έχουμε ένα “στρατηγό” από πάνω μας, όπως λέμε με τον άντρα μου. Κι αυτό γιατί όλα έχουν να κάνουν μ' αυτόν

Όταν γίνεσαι μητέρα, βάζεις σε δεύτερη μοίρα τον εαυτό σου. Προσέχεις μόνο να είσαι υγιής



– αυτός προηγείται. Όταν είναι ξύπνιος ο μπέμπης, ξεχνάς όλα τα υπόλοιπα που έχουν να κάνουν με σένα. Ειδικά ο θηλασμός ήταν μια δύσκολη υπόθεση, αφού ανά δύο ώρες έπρεπε να είμαι ξύπνια για να τον θηλάσω. Βάζεις μεν σε δεύτερη μοίρα τον εαυτό σου, αλλήλ πρέπει να προσέχεις κιόλας να είσαι καλά η ίδια. Δεν κάνεις κάτι άλλο, είσαι ταγμένη εκεί». Ευτυχώς, όπως λέει, αυτή την περίοδο δεν δουλεύει. «Η γέννησή του μωρού με βρήκε την περίοδο που έληγε η σύμβασή μου στο “Λαϊκό” Νοσοκομείο. Συνεπώς, αυτή τη στιγμή δεν έχω υποχρεώσεις, αφού θα επιστρέψω στη δουλειά μου όταν εγώ κρίνω πως είμαι έτοιμη».

Δηλώνει ότι έχει τυφή εμπιστοσύνη στην επιστήμη. «Σε λίγα χρόνια η εξέλιξη της τεχνολογίας θα φέρει και το τεχνητό πάγκρεας, που θα είναι και η λύση του προβλήματος. Το μέλλον θα δείξει. Πιστεύω στην Ιατρική, αλλήλωστε, πολύ. Δεν θα μπορούσα να κάνω κι αλλιώς αλλήλωστε!».

Οι συμβουλές της, ως νέας μητέρας, είναι ουσιαστικές. «Είναι πολύ δύσκολο να μαθαίνεις ότι το παιδί σου πάσχει από διαβήτη. Το θέμα είναι ήπιο και πρέπει να βοηθηθεί πρώτα η οικογένεια και μετά το παιδί. Ευτυχώς, υπάρχουν άριστοι ψυχολόγοι στις μέρες μας και το προσωπικό των νοσοκομείων είναι καλά ειδικευμένο. Θα προέτρεπα τους γονείς, τις μητέρες κυρίως, να γίνονται μέλη των εκάστοτε συλλόγων, να μιλούν με ειδικούς, με άλλες μητέρες. Οι μαμάδες κάνουν πολλή λάθη από την υπερβολική τους φροντίδα έτσι κι αλλιώς, πόσο μάλλον όταν υπάρχει αυτό το νέο, άγνωστο δεδομένο. Χρειάζεται ψυχραιμία, σωστή εκπαίδευση, να έχουν όλες υπόψη ότι τα πάντα γίνονται – αρκεί λίγη προσπάθεια. Καλώς ή κακώς, ο διαβήτης είναι τρόπος ζωής. Το μυστικό είναι να αντιληφθούμε ότι ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο καθένας από μας την εκάστοτε ιδιαιτερότητά του αντικατοπτρίζεται στους άλλους».

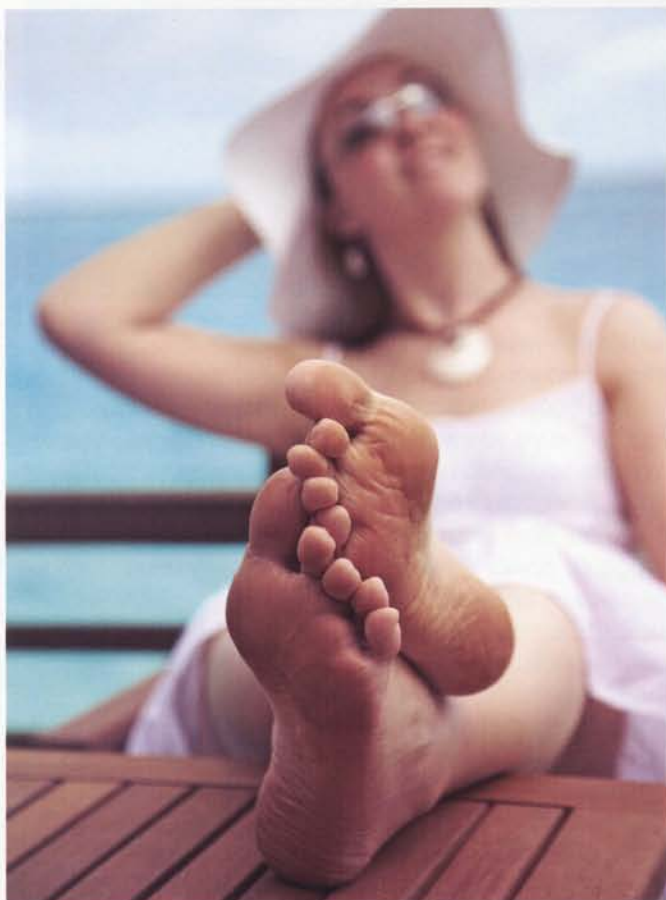
Σωστά και λάθη για τα πόδια των ανθρώπων με διαβήτη



ΚΑΨΙΜΑΝΗ ΚΑΤΕΡΙΝΑ

Χημικός

Εξειδικευμένη στην Εμβιομηχανική Υποστήριξη του Διαβητικού Ποδιού



.....

Προσέχω τη διατροφή μου και το σωματικό μου βάρος, γιατί για κάθε 2-3 κιλά παραπάνω σωματικού βάρους τα πόδια μου πρέπει να φορτωθούν δέκα κιλά επιπλέον σε κάθε βήμα

.....

«Έχω διαβήτη, κινδυνεύω από ακρωτηριασμό των ποδιών».
Λάθος.

Εάν δεν έχω επιπλοκές στα πόδια μου, τότε τα πόδια μου είναι υγιή όπως των ανθρώπων χωρίς διαβήτη και επομένως διατρέχουν τους ίδιους κινδύνους με τα πόδια αυτών.

Με τα χρόνια ο αρρυθμιστος διαβήτης μπορεί να προκαλέσει νευροπάθεια ή/και αγγειοπάθεια στα πόδια. Εάν συμβεί αυτό, τότε έχω πόδια υψηλού κινδύνου, τα οποία απαιτούν, σύμφωνα με τις τελευταίες επιστημονικές εξελίξεις,

- συνεχή ιατρική παρακολούθηση ή/και παρέμβαση
- ειδική φροντίδα και περιποίηση
- θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη και πέδηματα για να συνεχίσουν να με κουβαλούν όλη μου τη ζωή. Αν υπάρχουν οι παραπάνω προϋποθέσεις, δεν είναι πιθανό να φτάσω σε ακρωτηριασμό.

«Έχω διαβήτη και μπορώ να βοηθήσω να μη φτάσει η νευροπάθεια και αγγειοπάθεια στα πόδια μου».

Σωστό.

Είναι λογικό ότι, εάν ελέγχω το επίπεδο του σακχάρου στο αίμα μου, τότε ελέγχω την πάθησή μου και κατά συνέπεια και τις επιπλοκές που επιφέρει. Κλινικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα άτομα με καλή ρύθμιση δεν παθαίνουν αγγειοπάθεια και νευροπάθεια.

«Έχω διαβήτη και γερά πόδια. Μπορώ να βοηθήσω ώστε σε μια πιθανή μελλοντική εμφάνιση νευροπάθειας ή/και αγγειοπάθειας να έχω όσο το δυνατόν λιγότερα προβλήματα;»

Σωστό.

- Δεν καπνίζω, γιατί το κάπνισμα εμποδίζει τη μεταφορά θρεπτικών συστατικών στα πόδια μου
- προσέχω τη διατροφή μου και το σωματικό μου βάρος, γιατί για κάθε 2-3 κιλά παραπάνω σωματικού βάρους τα πόδια μου πρέπει να φορτωθούν δέκα κιλά επιπλέον σε κάθε βήμα.
- ασκώμαι γιατί η σωματική άσκηση βελτιώνει τη λειτουργία των αγγείων και επομένως τη θρέψη των ποδιών μου
- δεν φοράω στενά υποδήματα. Η μακροχρόνια χρήση στενών υποδημάτων μπορεί να οδηγήσει σε παραμορφώσεις, όπως π.χ. κότσια.
- εάν έχω παραμορφώσεις, όπως π.χ. πλυτοποδία, βλησιότητα, κότσια, πτώση μεταταρσίου, συζητώ με το γιατρό μου εάν μπορεί κάτι να διορθωθεί χειρουργικά ή να αντιμετωπιστεί συντηρητικά, π.χ. με πέδηματα κ.λπ.

Τα παραπάνω είναι σημαντικά για όλους τους ανθρώπους, αν λάβει κανείς υπόψη του ότι για κάθε χιλιόμετρο τα πόδια κουβαλούν περίπου ένα τόνο και επομένως εκατομμύρια τόνους



κατά τη διάρκεια της ζωής μας, αφού υπολογίζεται ότι κατά μέσο όρο ο άνθρωπος διανύει 400.000 χιλιόμετρα.

«Εάν έχω διαβήτη, ακρογωνιαίος λίθος για την υγεία των ποδιών μου είναι να γνωρίζω εάν αυτά έχουν βλάβη στα αγγεία ή/και στα νεύρα τους».

Σωστό.

Ζητώ από το γιατρό που με παρακολουθεί για το σάκχαρό μου να εξετάζει συστηματικά τα πόδια μου και κάνω στους χρόνους που μου ορίζει όλες τις απαραίτητες ιατρικές εξετάσεις. Έχω πάντα στο νου μου ότι έχοντας διαβήτη μπορεί να εμφανιστεί στα πόδια μου νευροπάθεια ή/και αγγειοπάθεια και αυτό πρέπει να το γνωρίζω, γιατί τότε τα πόδια μου είναι υψηλού κινδύνου και έχουν ανάγκη ειδικής φροντίδας. Επιπλέον, πολλά προβλήματα στα αγγεία αντιμετωπίζονται σήμερα με απλές επεμβάσεις.

«Όταν φτάσει η αγγειοπάθεια ή/και νευροπάθεια στα πόδια μου, έχουν πάθει τη ζημιά και είναι αργά να κάνω οτιδήποτε για να τα προστατέψω».

Λάθος.

Τότε τα πόδια μου έχουν την ανάγκη της ιδιαίτερης φροντίδας που απαιτεί το διαβητικό πόδι. Υπάρχουν συγκεκριμένες οδηγίες φροντίδας που πρέπει να ακολουθώ με ευλάβεια και είναι βέβαιο ότι έτσι θα μπορέσουν τα πόδια μου να ολοκληρώσουν το ταξίδι των 400.000 χιλιομέτρων.

- Δεν περπατάω ποτέ ξυπόλυτος, ιδιαίτερα στην ακρογιαλιά και τη θάλασσα, γιατί μπορεί να τραυματίσω τα πόδια μου.
- Κάθε βράδυ ελέγχω τα πόδια μου για τυχόν τραυματισμούς ή σημάδια και εάν παρατηρήσω οποιαδήποτε αλλαγή, ακόμη και στο χρώμα, απευθύνομαι αμέσως στο γιατρό μου. Είναι πολύ σημαντικό να ελέγχω καθημερινά τις πατούσες μου για τυχόν αλλοιώσεις, έστω και με ένα καθρεφτάκι.
- Κάθε φορά πριν φορέσω τα υποδήματά μου ελέγχω το εσωτερικό τους για τυχόν μικροαντικείμενα όπως πετραδάκια κ.λπ. και αφαιρώ με επιμέλεια οτιδήποτε βρω.
- Δεν στεγνώνω ποτέ τα πόδια μου στη σόμπα ή στο καλοριφέρ γιατί, λόγω νευροπάθειας, δεν έχω αίσθηση του ζεστού και μπορεί να προκαλέσω εγκαύματα.

- Φροντίζω τα υποδήματά μου να αγκαλιάζουν το πόδι μου και όχι να το πιέζουν, γιατί υπάρχει κίνδυνος τραυματισμού. Σωστό μέγεθος υποδήματος είναι εκείνο που το περίγραμμά του αγκαλιάζει το περίγραμμά του ποδιού μου και αφήνει περιθώριο ενός εκατοστού στο πρόσθιο τμήμα. Φροντίζω τα καθημερινά μου υποδήματα να είναι θεραπευτικά υποδήματα διαβήτη, για να προστατεύουν τα πόδια μου από παραμορφώσεις και τραυματισμούς. Όταν αγοράζω υποδήματα διαβήτη, ζητάω το πιστοποιητικό τους, για να είμαι σίγουρος για την καταλληλότητά τους.
- Φοράω κάλτσες χωρίς ραφές και κατά προτίμηση ειδικές για διαβήτη, για να μην πιέζονται τα πόδια μου.
- Επισκέπτομαι τακτικά το γιατρό που με παρακολουθεί για το διαβήτη μου, ώστε να εξετάζει τα πόδια μου, να με καθοδηγεί για τη φροντίδα τους και να με παραπέμψει/συνεργαστεί με άλλη ιατρική ειδικότητα εάν χρειαστεί. Ποτέ δεν παίρνω αποφάσεις για τα πόδια μου χωρίς να συμβουλευτώ το γιατρό που με παρακολουθεί για το σάκχαρό μου, ακόμη κι εάν πρόκειται για άσχετο με την ειδικότητά του θέμα, π.χ. κάταγμα.
- Εάν έχω κάλτσες, πρέπει η να τους τρίβω με ελαφρόπετρα αφού μουλιάσουν ή να ζητήσω τη βοήθεια ποδολόγου. Οι κάλτσες είναι επικίνδυνες για να τραυματίσουν εσωτερικά το πόδι μου, γι' αυτό και πρέπει να αντιμετωπίζονται.
- Δεν χρησιμοποιώ ποτέ καυστικές ουσίες, καθώς και αιχμηρά αντικείμενα, όπως ψαλίδια και ξυράφια, για οποιοδήποτε λόγο στα πόδια μου, γιατί μπορεί να τα τραυματίσω σοβαρά.
- Πλένω καθημερινά τα πόδια μου με χλιαρό νερό και απλώνω κρέμα ενυδάτωσης, γιατί η νευροπάθεια αφυδατώνει το δέρμα μου και αυτό οδηγεί σε σχισμές, από τις οποίες μπορεί να περάσουν μικρόβια. Προσέχω να στεγνώνω καλά με πετσέτα την περιοχή ανάμεσα στα δάχτυλα για να μην αναπτύσσονται μύκητες.
- Εάν έχω πρόβλημα με τα νύχια μου, ζητώ τη βοήθεια ποδολόγου. Δεν κόβω ποτέ τα νύχια μου με ψαλίδια. Χρησιμοποιώ λίμα και λιμάρω σε ευθεία και ελάχιστα στις γωνίες, για να εμποδίσω την είσοδο του νυχιού στο δέρμα. Εάν τα νύχια μου είναι παχιά, λιμάρω το πάνω μέρος τους για να μην πιέζεται από το υπόδημα. Τα νύχια λιμάρονται πάντοτε όταν είναι στεγνά, για να μην καταστρέφονται.
Οι παραπάνω οδηγίες είναι πολύ σημαντικές για την υγεία των ποδιών μου αφού:
- Η νευροπάθεια έχει βλάψει τα νεύρα τους και επομένως τα πόδια μου δεν λαμβάνουν εξωτερικά ερεθίσματα όπως θερμοκρασία ή πόνο για να τα μεταφέρουν στον εγκέφαλό μου και να προστατευτούν, ούτε έχουν την εποπτεία των μυών τους για το πότε πρέπει να κινηθούν και πότε όχι.
- Η αγγειοπάθεια έχει βλάψει τα αγγεία που μεταφέρουν το αίμα με θρεπτικά συστατικά και έτσι τα πόδια μου δυσκολεύονται να δουλέψουν, πονούν στο περπάτημα και, το κυριότερο, δεν μπορούν να διορθώσουν εύκολα τυχόν τραυματισμούς. ■

Ένα στα τρία ελληνόπουλα 3-12 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα



Πηγή: **ΙΔΡΥΜΑ ΑΡΙΣΤΕΙΔΗΣ ΔΑΣΚΑΛΟΠΟΥΛΟΣ**

Το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος», με στόχο να συμβάλει στη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων, παρουσίασε τα βασικά ευρήματα της τελευταίας πανελληνίας ποσοτικής έρευνας διατροφικών συνηθειών παιδιών και εφήβων που διενήργησε.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συνεργασία με την εταιρεία ερευνών Centrum Research σε δείγμα 1.305 ατόμων ηλικίας 3-18 ετών. Στην έρευνα απάντησαν οι υπεύθυνοι για τη διατροφή των παιδιών ηλικίας 3-12 ετών (συνήθως οι μητέρες τους), ενώ για τις ηλικίες 13-18 ετών απάντησαν οι ίδιοι.

Τα κύρια συμπεράσματα της έρευνας παρατίθενται στη συνέχεια:

1. Ένα στα τρία παιδιά ηλικίας 3-12 ετών έχει υπερβάλλοντος σωματικό βάρος (**Σχ. 1**).
2. Το πρόβλημα του υπερβάλλοντος βάρους κορυφώνεται στις ηλικίες των 7-12 ετών και μάλιστα στις αγροτικές περιοχές, όπου το ποσοστό των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών φτάνει περίπου στο ένα στα δύο! Άξιο λόγου είναι επίσης το γεγονός ότι στη νηπιακή ηλικία των 3-6 ετών 1 στα 5 παιδιά είναι λιποβαρές.
3. Στο σύνολο του δείγματος 1 στα 4 παιδιά ηλικίας 3-18 ετών είναι υπέρβαρο ή παχύσαρκο.
4. Σχετικά με τις καταναλωτικές συνήθειες των παχύσαρκων παιδιών, η έρευνα κατέδειξε ότι σε σχέση με τα παιδιά φυσιολογικού βάρους αυτά:
 - καταναλώνουν περισσότερα γλυκά ή μη σπιτικά γλυκά αρτοσκευάσματα στο πρωινό τους (32% έναντι 20%)

- καταναλώνουν λιγότερα λαχανικά (4,9 φορές την εβδομάδα έναντι 6)
 - καταναλώνουν σνακ, όπως γαριδάκια, πατατάκια κ.λπ. σε υπερδιπλάσια συχνότητα (125% παραπάνω)
 - δεν καταναλώνουν καθόλου πρωινό σε μεγαλύτερο βαθμό (19% σε σχέση με 12%)
 - καταναλώνουν σε μικρότερο βαθμό ένα «επαρκές πρωινό» 1 (30% έναντι 46%).
5. Από τα πορίσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι ερωτηθέντες δεν έχουν την πραγματική εικόνα του βάρους τους. Έτσι, από τη μια μεριά οι μητέρες παιδιών ηλικίας 3-12 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό τα παιδιά τους φυσιολογικά σε βάρος, ενώ, όπως φαίνεται στο **Σχήμα 1**, τα ποσοστά των υπέρβαρων και παχύσαρκων παιδιών αυτής της ηλικίας είναι υψηλά (31%)· από την άλλη μεριά, οι έφηβοι ηλικίας 13-18 ετών θεωρούν σε μεγάλο βαθμό ότι έχουν παραπάνω βάρος από το φυσιολογικό, ενώ αυτό δεν ισχύει. Το αποτέλεσμα είναι ότι οι έφηβοι υποβάλλονται σε δίαιτες, χωρίς πολλές φορές να το χρειάζονται.
 6. Ένα εξίσου σημαντικό εύρημα είναι ότι σχεδόν οι μισοί παχύσαρκοι και υπέρβαροι είναι ικανοποιημένοι με το βάρος τους· μάλιστα 1 στους 10 θεωρεί ότι είναι πιο αδύνατος απ' όσο θα ήθελε. Αντίθετα, 1 στους 10 λιποβαρείς και 2 στους 10 με φυσιολογικό βάρος θεωρεί τον εαυτό του πιο βαρύ απ' όσο θα ήθελε και καταλήγει σε δίαιτα.
 7. Λιγότεροι από τους μισούς ερωτηθέντες τρώνε ένα «επαρκές» πρωινό, ενώ το 14% δεν τρώει καθόλου πρωινό (**Σχ. 2**), με την κακή αυτή συνήθεια να υιοθετείται περισσότερο από τους νέους 16-18 ετών, όπου 1 στους 4 φεύγει το πρωί από το σπίτι με άδειο στομάχι.
 8. Όσον αφορά στην κατανάλωση φρούτων, με δεδομένο ότι η ενδεικτική ποσότητα ημερήσιας κατανάλωσης είναι 2-3 φρούτα, οι μισοί περίπου ερωτηθέντες, σε όλες τις ηλικιακές ομάδες, καταναλώνουν μόνο ένα φρούτο ή ένα ποτήρι χυμό την ημέρα ή δεν καταναλώνουν καθόλου φρούτα. Χειρότερα τα πάνε τα παιδιά μας με τα λαχανικά, αφού σε όλες τις ηλικιακές ομάδες η κατανάλωσή τους είναι χαμηλότερη από 1 φορά την ημέρα.
 9. Οι έφηβοι καταναλώνουν με μεγαλύτερη συχνότητα, όπως άλλωστε ήταν αναμενόμενο, γρήγορο φαγητό, με ένα ποσοστό 11% να το καταναλώνει περισσότερες από 5 φορές την εβδομάδα. Κύρια προτίμησή τους –και μάλιστα με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα– το σουβλάκι.
 10. Η έρευνα ακόμα έδειξε ότι η σχέση των παιδιών μας με τη μεσογειακή διατροφή δεν είναι ιδιαίτερα καλή, αφού μοντέλο



μεσογειακής διατροφής («καλό» σκορ)2 ακολουθεί μόλις το 10% του συνόλου των ερωτηθέντων, με τους εφήβους να έχουν το χαμηλότερο σκορ. Αξίζει να σημειωθεί ότι σε αντίστοιχη μελέτη που έχει γίνει σε μια άλλη μεσογειακή χώρα, την Ισπανία, «καλό» σκορ μεσογειακής διατροφής είχε το 46% των ερωτηθέντων. Όπως έδειξε η έρευνα, το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, αλλά και το να τρώει το παιδί έστω μία φορά την ημέρα μαζί με κάποιο γονιό του, επηρεάζει θετικά το σκορ μεσογειακής διατροφής.

11. Σημαντικά είναι και τα ευρήματα της έρευνας για τη σωματική και την καθιστική δραστηριότητα των παιδιών μας. Ενώ ο ενδεδειγμένος χρόνος σωματικής δραστηριότητας είναι τουλάχιστον 1 ώρα την ημέρα, σχεδόν τα μισά ελληνόπουλα βρίσκονται κάτω από αυτό το όριο. Το ποσοστό αυτό αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας και φτάνει στους νέους 16-18 ετών σχεδόν στο 70% (Σχ. 3). Από την άλλη μεριά, ο χρόνος των καθιστικών δραστηριοτήτων (παρακολούθηση τηλεόρασης, παιχνίδια σε Η/Υ κ.λπ.) πρέπει να περιορίζεται σε λιγότερες από 2 ώρες. Από την έρευνα προέκυψε ότι το 14% των ερωτηθέντων ξεπερνά τις 2 ώρες καθιστικών δραστηριοτήτων, με το ποσοστό αυτό να αυξάνει με την αύξηση της ηλικίας. Συγκεκριμένα, το όριο των 2 ωρών ξεπερνά διπλάσιο ποσοστό εφήβων (13-18 ετών) απ' ό,τι παιδιών (3-12 ετών).

Είναι σημαντικό να αντιστραφούν ήδη από τη νεαρή ηλικία οι συνήθειες αυτές που οδηγούν σε αύξηση της παχυσαρκίας και, κατ' επέκταση, σε σημαντικά προβλήματα υγείας στην ενήλικη ζωή. Το Ίδρυμα «Αριστείδης Δασκαλόπουλος» μέσω των δράσεων του φιλοδοξεί να διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην εκπαίδευση και την ενημέρωση των παιδιών και των εφήβων στις αρχές της ισορροπημένης διατροφής και της τακτικής σωματικής δραστηριότητας. Θα συνεχίσει να διεξάγει τέτοιες έρευνες ανά τακτά χρονικά διαστήματα, να καταγράφει πιθανές αλλαγές που πραγματοποιούνται σε βάθος χρόνου, να ενημερώνει όλους τους εμπλεκόμενους φορείς και, τέλος, να αναπροσαρμόζει τις δράσεις του με τελικό στόχο τη βελτίωση των διατροφικών συνηθειών των Ελλήνων.

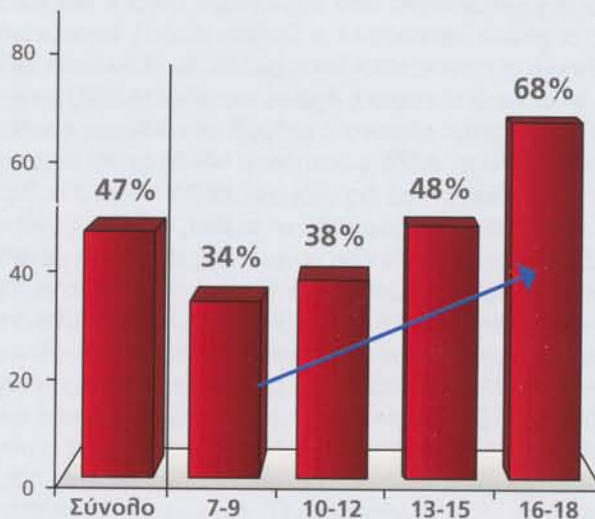
1. Το «επαρκές» πρωινό περιλαμβάνει ένα γαλακτοκομικό προϊόν ή ένα φρούτο/χυμό και τουλάχιστον κάποιο ακόμα τρόφιμο από διαφορετική διατροφική ομάδα.
2. Το σκορ μεσογειακής διατροφής (KIDMED) είναι ένας δείκτης που βασίζεται στις αρχές της μεσογειακής διατροφής και δείχνει πόσο ακολουθούν τα παιδιά και οι έφηβοι τις αρχές αυτές. Όσο πιο μεγάλο είναι το σκορ τόσο μεγαλύτερη είναι και η συμμόρφωση με τη μεσογειακή διατροφή. **Περισσότερες λεπτομέρειες για το δείκτη και τη συγκεκριμένη αναφορά θα βρείτε:** Lluís Serra-Majem et al. 2004. «Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents»; *Public Health Nutrition*: 7(7), 931-935. ■



Σχήμα 1. Ένα στα 3 παιδιά ηλικίας 3-12 ετών είναι υπέρβαρα ή παχύσαρκα.



Σχήμα 2. Σύνθετο πρωινό για τα παιδιά ηλικίας 3-18 ετών.



Σχήμα 3. Ποσοστό ερωτηθέντων με σωματική δραστηριότητα ≥ 1 ώρα την ημέρα (ενδεδειγμένος χρόνος).

Σακχαρώδης διαβήτης: στα βαθιά νερά

 **ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ ΑΡΜΕΝΗ & ΝΕΟΚΛΗΣ Α. ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΣ**

Τμήμα Ενδοκρινολογίας Αναπαραγωγής
Μαιευτικής-Γυναικολογικής Κλινικής Πανεπιστημίου Πατρών

Σακχαρώδης διαβήτης. Πρόβλημα! Γιατί; Γιατί η γλυκόζη που προκύπτει από τη διάσπαση της τροφής ούτε να μπει μέσα στο κύτταρο μπορεί, ούτε να χρησιμοποιηθεί μπορεί, ούτε να αποθηκευτεί μπορεί. Οπότε παραμένει στο αίμα. Γιατί λείπει η ινσουλίνη. Η ινσουλίνη, η οποία θα βάλει τη γλυκόζη μέσα στο κύτταρο. Ο σακχαρώδης διαβήτης διακρίνεται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στον τύπου I και στον τύπου II. Στον τύπου I η κεντρική διαταραχή αφορά το πάγκρεας, το οποίο δεν μπορεί να παράγει ινσουλίνη λόγω καταστροφής των β κυττάρων του. Ο διαβήτης αυτός είναι συνεπώς ινσουλινοεξαρτώμενος και εμφανίζεται πιο συχνά σε άτομα νεαρά. Στον τύπου II η πρωτογενής βλάβη αφορά την αντίσταση του οργανισμού στην ινσουλίνη και δευτερευόντως την ελλιπηματική έκκριση ινσουλίνης από το πάγκρεας. Ο διαβήτης αυτός εμφανίζεται σε παχυσάρκα συνήθως άτομα ηλικίας άνω των 40 ετών. Γι' αυτό το λόγο πρέπει να μειώσει το βάρος του. Πώς; Με δίαιτα και άσκηση. Η άσκηση περνάει συνήθως στα «ψιλά». Γιατί ο κόσμος θεωρεί ότι δεν αξίζει τον κόπο, και ιδιαίτερα ο διαβητικός κόσμος, που, λόγω της ασθένειάς του, είναι πιο εύκολο να βολευτεί σε μια παθητική στάση ζωής.

Θυμηθείτε όμως τον Gary Hall το νεότερο στους Ολυμπιακούς Αγώνες στην Ατλάντα το 1996, που κέρδισε τα δύο χρυσά και τα δύο αργυρά μετάλλια στην κολύμβηση. Ο Gary, λοιπόν, 3 χρόνια αργότερα διαγνώστηκε με διαβήτη τύπου I, γεγονός που φαινομενικά σήμαινε το τέλος της καριέρας του. Η συνέχεια; Τρία μετάλλια στους Ολυμπιακούς Αγώνες του Σίδνεϊ το 2000 και ένα ρεκόρ στα 50 μέτρα ελεύθερης κολύμβησης. Μίλησε κανείς;

Εντάξει, άσκηση. Αλλά τι άσκηση; Η αλήθεια είναι ότι η καταλληλότερη άσκηση για ένα άτομο με διαβήτη είναι η κολύμβηση. Γιατί σε σχέση με το μπάσκετ ή το τένις, δεν επιβαρύνει τις αρθρώσεις. Και γιατί επιτρέπει συνεχόμενη κίνηση για μεγάλο χρονικό διάστημα σε σχέση με αθλήματα όπως είναι το γκολφ και το μπόουλινγκ, όπου η δαπάνη ενέργειας ακολουθείται από μεγάλα διαστήματα αδράνειας. Και γιατί για κάθε ώρα κολύμβησης χάνονται 350-420 θερμίδες. Η κολύμβηση μειώνει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο βελτιώνοντας την κυκλοφορία του αίματος, ενώ είναι το μοναδικό είδος άσκησης στο οποίο γυμνάζονται οι μύες όλου του σώματος. Κατά τη διάρκεια της άσκησης ευνοείται η απορρόφηση της γλυκόζης από τα μυϊκά κύτταρα. Συμβάλλει, συνεπώς, στη μείωση των επιπέδων της γλυκόζης του αίματος. Άτομα με απώλεια αισθητικότητας λόγω διαβητικής νευροπάθειας είναι επιρρεπή στους τραυματισμούς. Στην κολύμβηση ο



κίνδυνος τραυματισμού που απαντάται σε χερσαία αθλήματα μειώνεται. Και, τέλος, όταν κολυμπάμε, νιώθουμε καλά γιατί ο εγκέφαλος παράγει ενδορφίνες. Έτσι απλά.

Οι απαρχές της κολύμβησης τοποθετούνται εκατοντάδες χιλιάδες χρόνια πριν, όταν ο άνθρωπος των σπηλαίων, ακολουθώντας το ένστικτο της αυτοσυντήρησης, έκανε βουτιές στις λίμνες στην προσπάθειά του να ξεφύγει από την οργή τεράστιων προϊστορικών ζώων. Σύμφωνα με άλλη εκδοχή, η κολύμβηση προέκυψε κατά την αναζήτηση τροφής, ως το μόνο μέσο για την πρόσβαση στα οπωροφόρα δέντρα της αντίπερα όχθης. Τοιχογραφίες και γλυπτά που χρονολογούνται 6.000 χρόνια πριν απεικονίζουν Αιγύπτιους, Φοίνικες, Πέρσες, Ρωμαίους και Έλληνες να κολυμπούν, ενώ οι Ιάπωνες μάς πληροφορούν για αγώνες κολύμβησης που διεξάγονται εδώ και 2.000 χρόνια. Η κολύμβηση ως άθλημα ξεκίνησε στην Αγγλία το 1830. Έγινε ολυμπιακό άθλημα το 1896, αλλά αποκλειστικά για άντρες. Για τις γυναίκες παρέμεινε απαγορευμένο μέχρι το 1912.

Παράλληλα με τα οφέλη της, η άσκηση παρουσιάζει και ορισμένες δυσκολίες για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη. Φυσιολογικά, κατά τη διάρκεια της άσκησης η ινσουλίνη μειώνεται και η γλυκαγόνη (που προκαλεί υπεργλυκαιμία) αυξάνεται. Οι σκελετικοί μύες αποτελούν θέσεις μείζονος κατανάλωσης ενέργειας κατά την ηρεμία, ενώ κατά την έντονη, αεροβική άσκηση οι ανάγκες κατανάλωσης ενέργειας αυξάνονται κατακόρυφα. Τα άτομα με διαβήτη τύπου I εμφανίζουν προδιάθεση είτε για υπερ- είτε για υπογλυκαιμία κατά την άσκηση ανάλογα με την προϋπάρχουσα τιμή γλυκόζης αίματος, την κυκλοφορούσα ινσουλίνη και τα επίπεδα των κατεχολαμινών που εκλύονται κατά τη συγκεκριμένη άσκηση. Αν τα επίπεδα ινσουλίνης είναι πολύ χαμηλά, η αύξηση των κατεχολαμινών μπορεί να οδηγήσει

σε υπερβολική αύξηση της γλυκόζης του αίματος, παραγωγή κετονικών σωμάτων, ακόμα και σε κετοξέωση. Αντίστροφα, αν τα επίπεδα ινσουλίνης είναι υπερβολικά υψηλά, αυτή η σχετική υπερινσουλιναιμία μπορεί να προκαλέσει ελάττωση της ηπατικής παραγωγής γλυκόζης και αύξηση της πρόσληψης γλυκόζης από τους μυς, με αποτέλεσμα την υπογλυκαιμία.

Για μέγιστο όφελος ο διαβητικός θα πρέπει να μπει σε πρόγραμμα κολύμβησης: 3 τουλάχιστον φορές την εβδομάδα για 10 τουλάχιστον λεπτά την κάθε φορά. Ο κανόνας είναι: όσο περισσότερο τόσο το καλύτερο. Αλλά, δεδομένου ότι μιλάμε για μια χρόνια πάθηση, προτού ξεκινήσει το πρόγραμμα, ο ασθενής θα πρέπει να ενημερώσει το γιατρό του για τις κινήσεις του και να τον ενημερώνει κάθε φορά που θα αλληλάζει πρόγραμμα άσκησης. Ο γιατρός θα υποδείξει στον ασθενή ειδικές προφυλάξεις που θα πρέπει να πάρει ανάλογα με τον τύπο του διαβήτη που έχει. Άλλοι παράγοντες που θα ληφθούν υπόψη πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα κολύμβησης είναι τα φάρμακα που παίρνει, η τρέχουσα φυσική του κατάσταση, καθώς και τα επίπεδα γλυκόζης αίματος. Στην αρχή, τουλάχιστον, θα πρέπει να αποφεύγει την υπερβολική προσπάθεια, ενώ πάντα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του τις προσωπικές του αντοχές.

Είτε σε θάλασσα είτε σε πισίνα ή οπουδήποτε αλλού επιλέξει να κολυμπήσει (οι πισίνες θεωρούνται πιο ασφαλείς), ο διαβητικός, ακόμα κι αν δεν είναι αρχάριος, αξίζει τον κόπο να πάρει μαθήματα κολύμβησης, για να αποκτήσει τεχνική που θα του επιτρέπει συνεχόμενη άσκηση μέσα στο νερό για τουλάχιστον μισή ώρα.

Για μέγιστο όφελος ο διαβητικός
θα πρέπει να μπει σε πρόγραμμα
κολύμβησης: 3 τουλάχιστον φο-
ρές την εβδομάδα για 10 τουλάχι-
στον λεπτά την κάθε φορά



Για να είναι τελικά η κολύμβηση ωφέλιμη, δεν αρκεί μόνο να φοράει το μαγιό του και να μπαίνει στο νερό. Πρέπει να είναι σε θέση να θέτει στόχους. Στόχος είναι να μειώνει το χρόνο που διανύει μια συγκεκριμένη απόσταση, να αυξάνει την απόσταση που διανύει κολυμπώντας, να δοκιμάζει άλλα στιλ κολύμβησης (ύπτιο, πεταλούδα κ.λπ.), να γίνει μέλος μιας ομάδας κολυμβητών με κοινά ενδιαφέροντα και κοινό προσανατολισμό. Η ομάδα σε ενθαρρύνει να μην παραιτάς την προσπάθεια, ακόμα και τις μέρες που δεν έχεις διάθεση. Είναι γεγονός ότι αν κάποιος σταματήσει το πρόγραμμα άσκησης, είναι δύσκολο να το ξαναρχίσει. Και στην περίπτωση του διαβητικού, η άσκηση αυτή του είναι απαραίτητη.

Ο διαβητικός που θα ξεκινήσει συστηματικά την κολύμβηση θα πρέπει να λάβει υπόψη του τα εξής:

1. Μπαίνοντας στο νερό, να μην τεμπελιάζει απλά επιπλέοντας. Να εφαρμόζει την κολύμβηση που έμαθε ή ήξερε από μόνος του. Να αποφεύγει να κολυμπάει σε πολύ κρύο νερό.
2. Όταν κολυμπάει σε εξωτερικό χώρο (θάλασσα, λίμνη, ποτάμι), να αποφεύγει την υπερβολική έκθεση στην ηλιακή ακτινοβολία και να βγαίνει αμέσως από το νερό στα πρώτα σημάδια κακοκαιρίας.
3. Ποτέ να μην κολυμπάει μόνος. Ποτέ να μην κολυμπάει πολύ κουρασμένος.
4. Ποτέ να μην κολυμπάει έπειτα από κατανάλωση αλκοόλ.
5. Πριν να μπει στο νερό, να ενημερώσει το ναυαγοσώστη (αν υπάρχει) ότι είναι διαβητικός.
6. Πάντα να φοράει πάνω του μια ταυτότητα που να πιστοποιεί ότι πρόκειται για διαβητικό ασθενή.
7. Να αποφεύγει την κολύμβηση αμέσως μετά το φαγητό, γιατί η μυϊκή άσκηση υποχρεώνει τον οργανισμό να εκτρέψει την κατεύθυνση του αίματος από το στομάχι προς τους μυς, καθυστερώντας με τον τρόπο αυτό τη διαδικασία της πέψης.
8. Να πίνει υγρά πριν και μετά την κολύμβηση, για να αποφύγει την αφυδάτωση.
9. Να καθυστερεί την έναρξη της κολύμβησης εάν η γλυκόζη αίματος είναι $>250\text{mg/dl}$ ή $<100\text{mg/dl}$, για να αποφύγει την υπερ- ή την υπογλυκαιμία κατά την άσκηση, ιδιαίτερα αν πρόκειται για σακχαρώδη διαβήτη τύπου Ι.
10. Να γνωρίζει τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας, τα οποία είναι: ιδρώτας, τρόμος, μούδιασμα γύρω από το στόμα, ζάλη, πείνα, αίσθημα παλμών, εκνευρισμός, πονοκέφαλος, κακή διάθεση.
11. Να μετράει τη γλυκόζη του αίματος ανά τακτά χρονικά διαστήματα κάνοντας διαλείμματα από την κολύμβηση.
12. Να έχει πάντα μαζί του χάπια γλυκόζης ή κάποια σνακ πλούσια σε υδατάνθρακες.
13. Αν φέρει αντλία ινσουλίνης, να συμβουλευτεί το γιατρό του πριν ξεκινήσει το πρόγραμμα κολύμβησης.
14. Να φοράει προστατευτικά παπούτσια για την αποφυγή τραυματισμών.
15. Αν πάσχει από καρδιαγγειακή νόσο, να έχει μαζί του ταμπλέτες νιτρογλυκερίνης και να είναι ενήμεροι οι γύρω του. ■

[ΝΕΕΣ ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΕΣ]



MARIA ΓΑΡΑΤΖΙΔΗ

Ιατρός



ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ ΔΙΑΒΗΤΗ 2008

- **Υπεύθυνος έκδοσης:** Ηλίας Ν. Μυγδάλης
- **Εκδοτικός οίκος:** «Ζήτα» Ιατρικές Εκδόσεις • **ISBN:** 978-960-7144-97-3

Ο τόμος αυτός προέκυψε έπειτα από τη συλλογή και οργάνωση του υλικού όπως παρουσιάστηκε στο 7ο Σεμινάριο Μετεκπαιδευτικών Μαθημάτων με θέμα «Στρατηγικές στο σακχαρώδη διαβήτη 2008» που διοργάνωσε η Β' Παθολογική Κλινική και το Διαβητολογικό Κέντρο του Γενικού Νοσοκομείου ΝΙΜΙΤΣ από τις 15 μέχρι τις 17 Μαΐου 2008. Τα προγράμματα πρόληψης και έγκαιρης διάγνωσης του διαβήτη αποτελούν βασικά στοιχεία της αντιμετώπισής του. Σε ό,τι αφορά τη θεραπευτική αντιμετώπιση, η συνοδική προσέγγιση των πολλών μεταβολικών επιδράσεων του διαβήτη, η ενημέρωση και η εκπαίδευση του διαβητικού είναι πλέον ο κανόνας. Εκτός από τον άριστο μεταβολικό έλεγχο, η επιθετική αντιμετώπιση των άλλων παραγόντων κινδύνου αποτελεί πλέον τον κανόνα για τη σημαντική μείωση ή την καθυστέρηση της εξέλιξης των χρόνιων επιπλοκών. Ο διαβήτης αποτελεί πλέον ένα σημαντικό ιατρικό και κοινωνικό πρόβλημα για τους ασθενείς, τις οικογένειες αλλά και το σύστημα υγείας κάθε χώρας. Κάτω από αυτό το πρίσμα η κατανόηση όλων των παραγόντων που συμμετέχουν στην παθογένεση των επιπλοκών του και η χάραξη αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισής τους δίνει ελπίδες για επιβίωση των ατόμων που πάσχουν από διαβήτη με καλή ποιότητα ζωής.



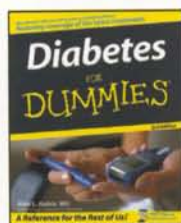
ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΝΕΥΡΟΠΑΘΕΙΑ

- **Συγγραφείς:** Ηλίας Ν. Μυγδάλης
- **Εκδοτικός οίκος:** «Ζήτα» Ιατρικές Εκδόσεις
- **ISBN:** 978-960-7144-96-6

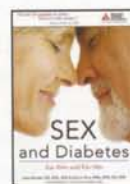
Η διαβητική νευροπάθεια μαζί με την αμφιβληστροειδοπάθεια, τη νεφροπάθεια και τη μακροαγγειοπάθεια αποτελούν τις κυριότερες απώτερες επιπλοκές του σακχαρώδους διαβήτη. Αν και η νευροπάθεια αποτελεί μια από τις συχνότερες, γνωρίζουμε πολύ λίγα για την παθογένειά της, οι δε συχνότητες εμφάνισής της που αναφέρονται στη βιβλιογραφία κυμαίνονται από 5% έως 50%. Οι διάφορες κλινικές εμφανίσεις και τα ευρήματα της νευροπάθειας μεταξύ των διαβητικών αντανακλούν στην ετερογένεια του προβλήματος. Πολλοί μάλιστα ειδικοί θεωρούν ότι είναι πιο τεκμηριωμένο να μιλάμε για «διαβητικές νευροπάθειες», κάτι που αντανακλά τα πολλά νευρολογικά σύνδρομα που οφείλονται σε παράγοντες που επιδρούν κάθε φορά με διαφορετικό τρόπο, προκαλώντας μια ποικιλία συμπτωμάτων και ενοχλημάτων στους ασθενείς. Παράλληλα, η σημασία της νευροπάθειας στην παθογένεια του διαβητικού ποδιού είναι πολύ σημαντική, ενώ η επώδυνη νευροπάθεια επηρεάζει ουσιαστικά την ποιότητα ζωής του ατόμου, ενώ οι κλινικές εκδηλώσεις από την προσβολή του αυτόνομου αφορούν τα περισσότερα συστήματα οργάνων. Σκοπός του παρόντος βιβλίου είναι να περιγράψει τις διάφορες πτυχές της διαβητικής νευροπάθειας από πλευράς ταξινόμησης, επιδημιολογίας, παθογένειας, πρόληψης και αντιμετώπισής της.

DIABETES FOR DUMMIES

- **Συγγραφέας:** Alan L. Rubin • **Ημερομηνία κυκλοφορίας:** 28 Ιουλίου 2008
- **Εκδοτικός οίκος:** Wiley, John & Sons, Inc • **Σελίδες:** 408 (σκληρό εξώφυλλο – διατίθεται και σε μέγεθος τσέπης με μαλακό εξώφυλλο) • **ISBN-13:** 9780470270868
- **Έκδοση:** 3η • **Περισσότερες πληροφορίες:** <http://eu.wiley.com/WileyCDA/WileyTitle/productCd-0470270861.html>



Το βιβλίο αυτό είναι ένας ευχάριστος και φιλικός «οδηγός πλεύσης» για όλους τους διαβητικούς και τις οικογένειές τους. Με τρόπο κατανοητό και εμπνευσμένο περιγράφει την αιτιοπαθογένεια του διαβήτη, τα συμπτώματα που πρέπει να οδηγούν κάποιον στην αναζήτηση ιατρικής συμβουλής, τις παρενέργειες της θεραπείας, τη σημασία της σωματικής άσκησης και της σωστής και ισορροπημένης διατροφής. Είναι πλήρως ενημερωμένο με όλες τις σύγχρονες απόψεις για τις θεραπευτικές επιλογές, τις επιθυμητές τιμές γλυκόζης και τις εξετάσεις στις οποίες πρέπει κανείς να υποβάλλεται, περιέχει τα ισοδύναμα τροφών, ενώ δεν λείπουν γευστικότητες συνταγές από διάσημους σεφ... Όλα τα παραπάνω αποτελούν, σύμφωνα με τις διευραμβικές κριτικές που δέχτηκε το βιβλίο, τις Δέκα Εντολές, που αν κανείς τις ακολούθησει, θα καταφέρει όχι απλώς να συμβιβαστεί με τη νόσο του αλλά να ζήσει ευτυχισμένος σαν ένας απόλυτα υγιής άνθρωπος. Όσον αφορά τον ίδιο το συγγραφέα του βιβλίου, πρόκειται για έναν έγκριτο επιστήμονα με βαθιά γνώση του σακχαρώδους διαβήτη.



SEX AND DIABETES: FOR HIM AND FOR HER

- **Συγγραφείς:** Janis Roszler, Donna Rice • **Εκδοτικός οίκος:** American Diabetes Association
- **Σελίδες:** 204 • **ISBN:** 1-58040-227-4 • **Περισσότερες πληροφορίες:** <http://store.diabetes.org>

Το βιβλίο αυτό ασχολείται με ένα ιδιαίτερα ευαίσθητο και προσωπικό θέμα, την ερωτική σχέση ανάμεσα σε ένα δεσμευμένο ζευγάρι, στο οποίο ο ένας από τους δύο εμφανίζει κάποια στιγμή στη ζωή του σακχαρώδη διαβήτη. Ο διαβήτης μπορεί να προκαλέσει ποικίλες αλλαγές τόσο στο σώμα όσο και στον ψυχισμό ενός ανθρώπου και πολλές φορές να μειώσει την ερωτική επιθυμία, στοιχείο απαραίτητο για την ομαλή σχέση ανάμεσα σε ένα ζευγάρι. Εν είδει συμβουλευτικής στήλης, οι συγγραφείς του βιβλίου συζητούν με λεπτομέρεια τρόπους χειρισμού και αποδοχής της νέας κατάστασης, που συχνά περιλαμβάνει αισθήματα θυμού, απόρριψης και άγχους, συναισθήματα που πρέπει να ξεπεράσουν και οι δύο, ώστε να βρεθεί μια νέα «χρυσή» ισορροπία. Με τρόπο διασκεδαστικό και με παράθεση παραδειγμάτων από αληθινές ιστορίες, το βιβλίο αποτελεί ένα ευχάριστο αλλά και πολύτιμο ανάγνωσμα της ανθρώπινης και ερωτικής επαναπροσέγγισης και της αποκατάστασης της ευτυχίας ανάμεσα σε ανθρώπους που χωρίς ίδια ευθύνη βρέθηκαν ενώπιον του προβλήματος του διαβήτη.



anathesis

— **Ο** ΤΕΛΙΚΟΣ ΠΡΟΟΡΙΣΜΟΣ

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

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

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

anathesis
Creative Publications

Μεσογείων 36 - Τ.Κ. 115 27 • Τ: 210 7487777 - Φ: 210 7488905

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

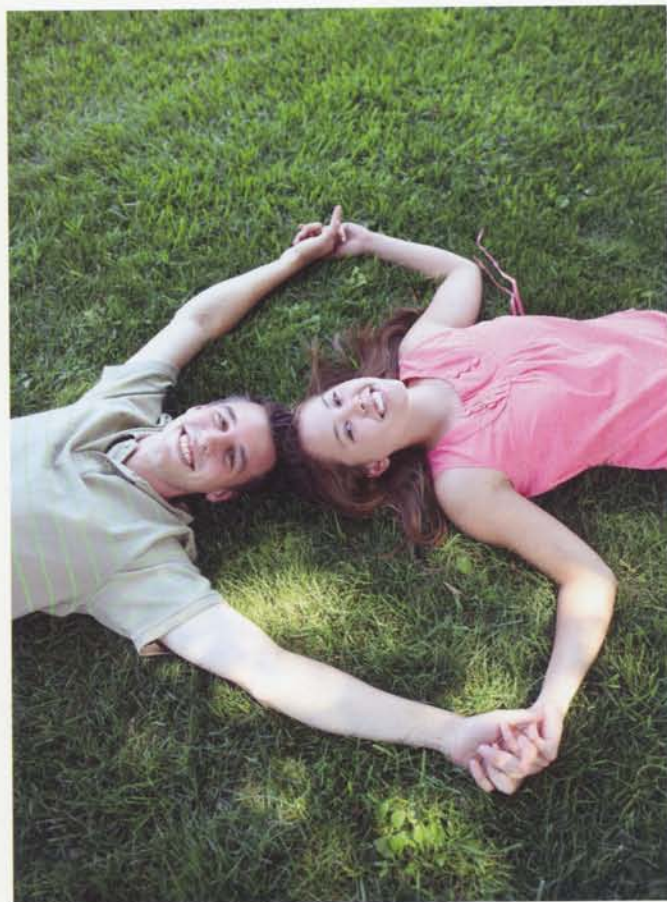
Mas ρωτάτε - Σας απαντάμε

■ Παρουσιάζουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 πιο συχνά προβλήματα θυρεοειδούς απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός;

Είναι γεγονός ότι τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν συχνότερα αυτοαντισώματα κατά του θυρεοειδούς, τη λεγόμενη αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, απ' ό,τι ο γενικός πληθυσμός. Έτσι, ήδη από την παιδική ηλικία, το 10-22% των παιδιών και εφήβων με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 παρουσιάζουν θετικά αυτοαντισώματα κατά του θυρεοειδούς, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από αυτό του γενικού πληθυσμού. Όσο μάλιστα το άτομο μεγαλώνει και όσο μεγαλύτερη διάρκεια έχει ο σακχαρώδης διαβήτης, τόσο αυξάνεται και η πιθανότητα εμφάνισης θυρεοειδικής αυτοανοσίας. Μάλιστα, σε περίπτωση που εκδηλωθεί τελικά υποθυρεοιδία του θυρεοειδούς, δηλαδή υποθυρεοειδισμός, παρατηρείται επιδείνωση του γλυκαιμικού ελέγχου και θεραπεία με θυροξίνη έχει ευεργετικό αποτέλεσμα στη ρύθμιση του σακχάρου αίματος.

■ Χρειάζεται τα παιδιά με διαβήτη να καταναλώνουν τροφές ειδικές για διαβητικούς;

Με εξαίρεση τη δυνατότητα έκκρισης ινσουλίνης, όταν ο οργανισμός τη χρειάζεται, κάθε παιδί με νεανικό διαβήτη είναι ένα φυσιολογικό παιδί της ηλικίας του που έχει ανάγκη όλες τις τροφές για να αναπτυχθεί σωστά. Έτσι δεν χρειάζεται να παίρνει τροφές ειδικές για διαβητικούς, αλλά τις υγιεινές τροφές που ενδείκνυνται για κάθε παιδί της ηλικίας του. Απλώς θα πρέπει η μητέρα του παιδιού να υπολογίζει την ποσότητα υδατανθράκων που περιλαμβάνει η τροφή του, έτσι ώστε να του παρέχει τις απαραίτητες μονάδες ινσουλίνης που χρειάζεται προκειμένου να «κάψει» ο οργανισμός του το συγκεκριμένο γεύμα.



■ Είμαι 23 ετών και έχω σακχαρώδη διαβήτη από 12 ετών. Θα πρέπει να πω στο αγόρι μου όλη την αλήθεια για μένα και τότε; Μήπως αυτό χαλάσει τη σχέση μας;

Όπως σε όλες τις ανθρώπινες σχέσεις, δεν υπάρχει κανόνας συμπεριφοράς που να ισχύει ακριβώς για όλους τους ανθρώπους. Θα νιώσεις εσύ καλύτερα τότε είναι η κατάλληλη στιγμή να το πεις στο αγόρι σου – ίσως όχι στο πρώτο ραντεβού αλλά ούτε και να του το κρατάς κρυφό. Όταν η σχέση δύο ανθρώπων στηρίζεται σε γερές βάσεις, η ειλικρίνεια ανάμεσα στους δύο είναι ακριβώς ένδειξη εμπιστοσύνης. Αν φοβάσαι ότι ο Διαβήτης θα τον κάνει να χαλάσει τη σχέση, μάλλον δεν ήταν αρκετά σοβαρή η σχέση. Αν πραγματικά νιώθει ότι είσαι ο άνθρωπός του, το να έχεις διαβήτη δεν αλλοιώνει τίποτα στην αξία σου· αντίθετα, θα μπορείς καλύτερα να μοιράζεσαι μαζί του τις σκέψεις σου. ■



Στείλτε μας τις ερωτήσεις σας

στο e-mail: jpergialiotou@anathesis.gr

ή στο fax 210-7488995

LASER[®] Doctor

Designed by Isotech

Laser Glucose Monitor

Ο Πρώτος Μετρητής Σακχάρου
Αίματος με Laser Σκαρφιστήρα



Low pain
Sterilization effect
Convenient



Κλινικά Πιστοποιημένο
Πηγή Laser: Μινιατούρα συσκευή
λείζερ με Έρβιο, για την λήψη αίματος
χωρίς φυσική επαφή με το δέρμα.

- Ανώδυνο Τρύπημα
- Ελάχιστη Ποσότητα Αίματος (0.5μl)
- Αξιόπιστα Γρήγορα Αποτελέσματα (0.5 sec)
- Άμεση Επούλωση
- Υψηλή Προστασία από τον Κίνδυνο Διασταυρούμενης Μόλυνσης
- Αυτόματη Αποστείρωση
- Χρησιμοποιεί τις Μοναδικής Τεχνολογίας Ταινίες Isotech (Pro-Micro)

WEBEXO
LABORATORIES

Αθήνα: 210 5054700
Θεσ/νίκη: 2310 446910
Χωρίς Χρέωση: 800-11-53100

CE0123

ΤΩΡΑ, €

ΤΟ ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟ ΣΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΣΕ ΚΑΝΕΙ ΕΚΑΤΟΜΜΥΡΙΟΥΧΟ!

Γιατί να μην είσαι εσύ;

Το μόνο που χρειάζεται είναι να έχεις
ή να ανοίξεις ένα Λογαριασμό Ταμιευτηρίου
στην Τράπεζα Πειραιώς.

- Κάθε μήνα, **100.000€** μοιράζονται με κλήρωση σε **350** τυχερούς.
- Στο τέλος του χρόνου, **ένας μεγάλος τυχερός** κερδίζει **1.000.000€!**

Από την 1η Ιανουαρίου έως την 31η Δεκεμβρίου 2008, για κάθε 100€ του μέσου μηνιαίου υπολοίπου που έχει ο λογαριασμός σας, αποκτά αυτόματα μία συμμετοχή στην αντίστοιχη μηνιαία κλήρωση. Αθροιστικά, όλες οι μηνιαίες συμμετοχές του λογαριασμού σας μπαίνουν στη μεγάλη ετήσια κλήρωση που θα γίνει στο τέλος του χρόνου για το 1.000.000€.

Φυσικά, όλοι οι Λογαριασμοί Ταμιευτηρίου της Τράπεζας Πειραιώς συνεχίζουν να διατηρούν τα προνόμιά τους.

Το περιμένετε αυτό από τον καταθετικό σας λογαριασμό;

**ΚΛΗΡΩΣΕΙΣ
ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΩΝ
ΤΑΜΙΕΥΤΗΡΙΟΥ**

800-11-90000 • www.piraeusbank.gr • 800 καταστήματα



Η Τράπεζα με τη δική σου έννοια