

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΕΠΙΣΗΜΗ & ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛ.Ο.ΔΙ.

Οκτώβριος - Νοέμβριος - Δεκέμβριος 2017 #50



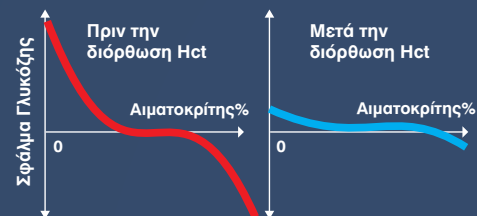
- Συνέντευξη της Ανδριανής Γερασιμίδη - Βαζαίου, Παιδιάτρου, Διευθύντριας ΕΣΥ, Υπεύθυνης Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού»
- Επηρεάζει η υπογλυκαιμία τις γνωσιακές εγκεφαλικές λειτουργίες;
- Σακχαρώδης διαβήτης και οστεοπόρωση
- Η σημασία του πελματογραφήματος στην πρόληψη του διαβητικού ποδιού
- Η διατροφή τα Χριστούγεννα. Πως μπορούν να αντιδράσουν σωστά τα άτομα με διαβήτη στις «γλυκίες προκλήσεις»

Τώρα
μπορείτε να
είστε πολύ
σίγουροι για
τις μετρήσεις
του σακχάρου
σας!

On-Call® Vivid

Σύστημα Μέτρησης Γλυκόζης Αίματος

★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★
ΑΜΕΡΙΚΑΝΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ
★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★ ★



Η αυτόματη διόρθωση αιματοκρίτη ελαχιστοποιεί το σφάλμα της μέτρησης της γλυκόζης για βέλτιστη ακρίβεια

Ο μετρητής σακχάρου αίματος **On Call Vivid** προσφέρει:

- **100% ακρίβεια μετρήσεων**
- Προειδοποίηση για εμφάνιση κετονών
- Αυτόματη διόρθωση του αιματοκρίτη



Σκαρφιστήρες και βελόνες ινσουλίνης τύπου πέννας υψηλής τεχνολογίας

Ποιότητα από την Σκανδιναβία

Συμβατότητα με τις περισσότερες συσκευές και τις πένες ινσουλίνης που κυκλοφορούν στην αγορά.

Σκαρφιστήρες VITREX. Οι σκαρφιστήρες Vitrex των 30G είναι στείρες βελόνες τρυπήματος υψηλών προδιαγραφών.

Βελόνες Ινσουλίνης EasyDrip. Οι βελόνες ινσουλίνης τεχνολογίας λεπτού τοιχώματος Easydrip είναι για συσκευές τύπου πέννας και διατίθενται σε δύο μεγέθη:

- 30G x 5/16" - 0,3 x 8mm, (8mm/30G)
 - 32G x 5/32" - 0,23 x 4mm, (4mm/32G)
- που είναι κατάλληλες για παιδιά.



Πληρεί τις τελευταίες προδιαγραφές ISO15197:2013

Η αξιόπιστη λύση για την υγεία σας

WinMedica
Serving Health for Life

Οδός 1-3 & Παράδρομος Αττικής Οδού 33-35, 15238 Χαλάνδρι
Τηλ.: 2107488821, Fax: 2107488827, www.winmedica.gr • info@winmedica.gr

Value through Innovation



**MADE
IN
GREECE**

Παραγωγή στην Ελλάδα... για όλο τον κόσμο!

Στη **Boehringer Ingelheim**, **τη μόνη πολυεθνική φαρμακευτική εταιρεία** που συνεχίζει να διατηρεί εργοστάσιο στην Ελλάδα, υλοποιούμε ένα ευρύ επενδυτικό σχέδιο, με στόχο να πραγματοποιείται στην Ελλάδα, **η παραγωγή των νέων αντιδιαβητικών μας φαρμάκων για τις περισσότερες χώρες του κόσμου.**

Υπολογίζουμε ότι περισσότερες από 27.000.000 συσκευασίες θα παραχθούν στην Ελλάδα κατά την περίοδο 2014 - 2019.

Έτσι, η εταιρεία μας, θα συνεισφέρει με ποσοστό πλέον του **2,5% στο σύνολο των ελληνικών εξαγωγών**, πραγματοποιώντας ένα άλμα εξωστρέφειας, για την ανάπτυξη και το μέλλον της χώρας μας.

Χρόνια
ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

**Boehringer
Ingelheim**



ΥΠΟ ΤΗΝ ΑΙΓΙΔΑ

ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ

Φ Ρ Ο Ν Τ Ι Δ Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

ΕΠΙΣΗΜΗ & ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΗΣ ΕΛ.Ο.ΔΙ.

ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ ΠΕΡΙΟΔΙΚΗ ΕΚΔΟΣΗ

Ιδιοκτησία

ΕΛΟΔΙ, Φερών 8, 104 34 Αθήνα
τηλ: 210 88 38 113, φαξ: 210 88 38 118
e-mails: info@elodi.org - elodi@elodi.org
website: www.elodi.org

Έκδοση

The Media Workshop Μ.ΕΠΕ

Γενικός Διευθυντής:

Νικόλαος Παπαβασιλείου
Λεωφόρος Κηφισίας 294 & Ναυαρίνου 27,
15232 Χαλάνδρι.
Τηλ.: 216 100 5190, fax: 216 100 5127,

Δημιουργικός Σχεδιασμός – Επιμέλεια Έκδοσης

TheWorkshop - Custom Publishing Laboratory

Διεύθυντρια Έκδοσης:

Ευαγγελία Ματθαίου

Αρχισυνταξία & Συντονισμός ύλης:

Μαρία Χατζηδόκη
maria_hatzidaki@yahoo.gr

Creative Art Director:

Βασίλης Καδινόπουλος

Εμπορική Διεύθυνση:

Ευαγγελία Ματθαίου

Πρακτορεία:

Shutterstock

Εκτύπωση:

Pressious-Arvanitidis ABEE

ΚΩΔΙΚΟΣ ΕΝΤΥΠΟΥ Γ.Γ.Ε. 018331

Η συντακτική επιτροπή, ο εκδότης και ο ιδιοκτήτης δεν φέρουν ευθύνη για οποιαδήποτε βλάβη πηκή ή σωματική προκληθεί από τη χρήση μεθόδων, προϊόντων ή εφαρμογών ιδεών που περιέχονται στις δημοσιεύσεις. Η έγκριση δημοσίευσης οποιασδήποτε μελέτης ή διαφημιστικού υλικού δεν σημαίνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα ή της εταιρείας που διαφημίζει το προϊόν. Η ευθύνη αφορά τους συγγραφείς ή τις διαφημιζόμενες εταιρείες. Για τα αποστέλλόμενα κείμενα, έντυπα και φωτογραφίες λαμβάνεται αυτομάτως το δικαίωμα δημοσίευσης. Το υλικό που αποστέλλεται στο περιοδικό για δημοσίευση δεν επιστρέφεται. Απαγορεύεται η αναπαραγωγή ή η μετάδοση όλου ή μέρους του περιοδικού χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ

Γεώργιος Ν. Κουκουλής, αναπληρωτής καθηγητής ενδοκρινολογίας

ΜΕΛΗ

Ανδριανή Βαζαίου, παιδίατρος, αναπλ. διευθύντρια Α' παιδιατρικής κλινικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

Ανδρομάχη Βρυωνίδου, ενδοκρινολόγος, συντονίστρια διευθύντρια τμήματος, ενδοκρινολογίας και μεταβολισμού, υπεύθυνη διαβητολογικού κέντρου ΓΝΑ «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο» ΕΕΕ

Χριστίνα Κανακά, παιδίατρος - παιδοενδοκρινολόγος

- διαβητολόγος, καθηγήτρια παιδιατρικής ενδοκρινολογίας - νεανικού διαβήτη, Α' παιδιατρική κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών

Νικόλαος Κεφαλάς, παιδίατρος-ενδοκρινολόγος

Χρήστος Μπαρτσόκας, ομότιμος καθηγητής παιδιατρικής, σύμβουλος Παιδιατρικού Κέντρου Αθηνών

Νικόλαος Τεντολούρης, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΝΑ «Λαϊκό»

Χαράλαμπος Τούντας, αναπληρωτής καθηγητής παθολογίας,

Παναγιώτης Χαλβατζιώτης, επίκουρος καθηγητής παθολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΙΔΙΚΟΙ ΣΥΜΒΟΥΛΟΙ ΣΥΝΤΑΞΗΣ

Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, καθηγητής παθολογίας - ενδοκρινολογίας, διευθυντής ενδοκρινολογικού τμήματος Πανεπιστημίου Πατρών

Αικατερίνη Δάκου-Βουτετάκη, ομότιμη καθηγήτρια παιδιατρικής - ενδοκρινολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Γεώργιος Δημητριάδης, καθηγητής παθολογίας, Β' προπαιδευτική παθολογική κλινική & μονάδα έρευνας Πανεπιστημίου Αθηνών, ΠΓΝ «Αττικών»

Χρήστος Ζούπας, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, διευθυντής διαβητολογικής κλινικής Νοσοκομείο «Υγεία»

Νικόλαος Α. Κατσιλάμπρος, ομότιμος καθηγητής παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Όλγα Κορδονούρη, καθηγήτρια παιδιατρικής, υπεύθυνη Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο Παιδών, Ανόβερο, Γερμανία

Χρήστος Μανές, ειδικός παθολόγος - διαβητολόγος, συντονιστής Διευθυντής Γ' παθολογικής κλινικής, υπεύθυνος Διαβητολογικού Κέντρου ΓΠΝΘ «Παπαγεωργίου»

Ασημίνα Μπτράκου, αναπληρώτρια καθηγήτρια παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών

Ζαδάλλα Μούσση, ενδοκρινολόγος, διδάκτωρ Ιατρικής Σχολής ΑΠΘ

Αλεξάνδρα Μπαργιώτα, επίκουρη καθηγήτρια παθολογίας-ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

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

Ηλίας Μυγδάλης, παθολόγος, διευθυντής Β' παθολογικής κλινικής και Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείο «ΝΙΜΤΣ»

Κωνσταντίνος Πολλυχρονάκος, καθηγητής παιδιατρικής, διευθυντής του εργαστηρίου ενδοκρινολογικής γενετικής, Πανεπιστήμιο McGill, διευθυντής τμήματος παιδιατρικής ενδοκρινολογίας, Νοσοκομείο Παιδών Μόντρεαλ

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

Στέλιος Τίγκας, επίκουρος καθηγητής ενδοκρινολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Αγαθοκλής Τασατούλης, ομότιμος καθηγητής παθολογίας - ενδοκρινολογίας Πανεπιστημίου Ιωαννίνων

Δημήτριος Χιώτης, παιδίατρος - ενδοκρινολόγος

Γεώργιος Χρούσος, καθηγητής παιδιατρικής, διευθυντής Α' παιδιατρικής κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Helen Vlassara, MD, the Mount Sinai Chair on Diabetes and Aging, professor of geriatrics, medicine and molecular medicine, director, Division of Experimental Diabetes and Aging, Brookdale Department of Geriatrics, Mt Sinai School of Medicine

Στις πιο αυστηρές απαιτήσεις ISO ο BIONIME GM700S είναι ο πιο δυνατός!



Ο BIONIME GM700S σε νέα κλινική μελέτη πέτυχε το υψηλότερο ποσοστό ακρίβειας μεταξύ 6 επώνυμων μετρητών σακχάρου αίματος και βάσει των πιο αυστηρών κριτηρίων του ISO 15197:2013.

Κερδίζει άξια την εμπιστοσύνη σας!

- Validus Technology με χρυσά ηλεκτρόδια (BPAu/Gold Electrodes) για μεγαλύτερη ακρίβεια στις μετρήσεις
- Μεγάλη & ανάγλυφη ταινία μέτρησης για καλύτερη επαφή με τα δάχτυλα
- Πλάγια τοποθέτηση ταινίας μέτρησης για αποφυγή επαφής με το αίμα

BIONIME

"Αξιολόγηση ακρίβειας συστημάτων αυτοπαρακολούθησης της γλυκόζης του αίματος (SMBG) κατά το πρότυπο DIN EN ISO 15197:2013", Αύγουστος 2016, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικού Λαϊκού Νοσοκομείου Αθηνών.

Η Κλινική Μελέτη έχει αναρτηθεί στο www.karabinismedical.gr

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

- 6 EDITORIAL
- 8-13 ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ
ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΗΣ
ΑΝΔΡΙΑΝΗΣ ΓΕΡΑΣΙΜΙΔΗ
- ΒΑΖΑΙΟΥ, ΠΑΙΔΙΑΤΡΟΥ,
ΔΙΕΥΘΥΝΤΡΙΑΣ
ΕΣΥ, ΥΠΕΥΘΥΝΗΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΠΑΙΔΩΝ «Π.
& Α. ΚΥΡΙΑΚΟΥ»
- 16-19 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΤΑ ΕΜΒΟΛΙΑ
ΣΩΖΟΥΝ ΖΩΕΣ!
- 20-26 ΕΡΕΥΝΑ & ΑΝΑΠΤΥΞΗ
ΕΠΗΡΕΑΖΕΙ Η
ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΤΙΣ
ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΕΣ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΕΣ;
- 28-35 ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ
- 36-41 ΠΡΟΛΗΨΗ
ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΩΧΡΑΣ
ΚΗΛΙΔΑΣ: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ
ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
- 42-44 ΔΙΑΒΗΤΗΣ Η ΑΙΤΙΑ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΚΑΙ
ΟΣΤΕΟΠΟΡΩΣΗ
- 46-50 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ
ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ
ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΠΟΡΩ
ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΩ.
Η ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ
- 52-55 ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥ
ΠΕΛΜΑΤΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ
ΣΤΗΝ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΟΥ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ
- 56-58 ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ
Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΤΑ
ΧΡΙΣΤΟΥΓΕΝΝΑ.
ΠΩΣ ΜΠΟΡΟΥΝ
ΝΑ ΑΝΤΙΔΡΑΣΟΥΝ
ΣΩΣΤΑ ΤΑ ΑΤΟΜΑ ΜΕ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΣΤΙΣ «ΓΛΥΚΙΕΣ
ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ»
- 59-60 ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ
- 61 ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ
- 62-63 ΧΡΗΣΤΙΚΑ
ΟΔΗΓΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ
- 64 ΜΑΣ ΡΩΤΑΤΕ – ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΑΜΕ

Αγαπητοί αναγνώστες



Στην ευφρόσυνη εορταστική ανάπαυλα των Χριστουγέννων και της Πρωτοχρονιάς ευελπιστώ ότι θα φθάσει στα χέρια σας το 50ο τεύχος του περιοδικού, στοιχείο το οποίο σηματοδοτεί την επιτυχημένη του μακροχρόνιας. Το περιοδικό αποτελεί το βήμα της ΕΛΟΔΙ μέσω του οποίου υπηρετείται η αντικειμενική ενημέρωση - εκπαίδευση των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη και των οικείων τους, σε ό,τι αφορά στον σακχαρώδη διαβήτη.

Η έκδοση του παρόντος τεύχους συμπίπτει χρονικά με το 11ο Πανελλήνιο συνέδριο της ΕΛΟΔΙ, το οποίο έγινε στην Αττική και αποτελεί θεσμό της Ομοσπονδίας. Στο συνέδριο υπηρετήθηκε η κοινωνική συνάντηση των μελών των σωματείων της Ομοσπονδίας και η γόνιμη μεταξύ τους ανταλλαγή απόψεων, ενώ παράλληλα καταξιωμένοι επιστήμονες παρουσίασαν και συζητήσαν με τους συνέδρους θέματα που αφορούν στην εξέλιξη της γνώσης και της τεχνολογίας στο διαβήτη. Ωστόσο, το πλέον σημαντικό στοιχείο του συνεδρίου θεωρώ ότι ήταν η ενεργός παρουσία νέων, σε ηλικία, ατόμων με διάθεση να συνδέσουν τις δραστηριότητες της Ομοσπονδίας με το Ευρωπαϊκό και Παγκόσμιο κίνημα πρόληψης και αντιμετώπισης του διαβήτη. Η ενεργός παρουσία τους διασφαλίζει τη συνέχιση της κοινωνικής δράσης της ΕΛΟΔΙ και εγγυάται την αναγκαία ανανέωση - αναβάθμιση.

Τα Χριστούγεννα, ως συμβολική γιορτή γέννησης, και ο χαρακτηρισμός - εορτασμός ενός ακόμα χρόνου ως «νέου» σηματοδοτούν την εσωτερική μας ανάγκη - προσδοκία για ένα καλύτερο μέλλον, για ένα νέο ξεκίνημα που θα οδηγήσει στην υλοποίηση όσων ονειρευόμαστε. Η αντίδραση αυτή είναι χρήσιμο αντίδοτο σε κάθε αντίξοη περίσταση και σήμερα, με τις γνωστές αντίξοες κοινωνικοοικονομικές συνθήκες, ακόμα περισσότερο. Με την παρότρυνση για αισιόδοξη ενατένιση του μέλλοντος σας εύχομαι χρόνια πολλή, χαρούμενες γιορτές και καλή χρονιά.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης

Ο διαβήτης ρυθμίζεται η ζωή συνεχίζεται

ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΜΑΙ, ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΟΥΜΑΙ, ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΜΑΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΥ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

ΒΟΗΘΕΙΑ / ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ / ΦΡΟΝΤΙΔΑ

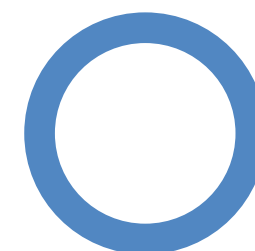
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

ΣΤΟΧΟΙ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑ!

ΚΑΤΕΒΑΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ



ΚΑΤ**ΑΡΡ**ΟΛΕΜΩ
το διαβήτη



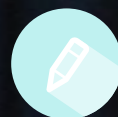
Υπό την αιγίδα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC DIABETES ASSOCIATION

Με την ευγενική χορηγία





ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ

Συνέντευξη της Ανδριανής Γερασιμίδη Βαζαίου

Παιδίατρο, Διευθύντριας ΕΣΥ,
Υπεύθυνης Διαβητολογικού Κέντρου Νοσοκομείου Παιδών «Π. & Α. Κυριακού»

Ελπίζω ότι τα νέα συστήματα του κλειστού κυκλώματος θα μπορέσουν να κυκλοφορήσουν τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας και θα καλυφθούν οικονομικά από τα ταμεία. Είναι δικαίωμα όλων των ατόμων με διαβήτη η πρόσβαση στην σύγχρονη τεχνολογία. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάθε δυνατό μέσο στη δύσκολη καθημερινή μάχη της αντιμετώπισης του διαβήτη.

Ποια ήταν η επαγγελματική πορεία που ακολουθήσατε μετά τις σπουδές σας, και τι ήταν αυτό που σας ώθησε τότε να ακολουθήσετε τον τομέα του διαβήτη;

Μετά τη λήψη της ειδικότητας της Παιδιατρικής, και με υποτροφία του NATO αρχικά, ασχολήθηκα με βασική έρευνα για 2,5 περίπου χρόνια στον τομέα της μεταμόσχευσης των νησιδίων παγκρέατος ως Postdoctoral Research Fellow in Diabetes, στο Department of Pathology, Washington University, School of Medicine, St Louis Missouri, ΗΠΑ, υπό την επίβλεψη του καθηγητή P.E. Lacy, ο οποίος ήταν μια εξέχουσα προσωπικότητα στον τομέα της μεταμόσχευσης των νησιδίων. Ο Paul Lacy ήταν μεγάλος και μέντορας και δάσκαλος για εμένα. Επίσης στο ίδιο περίπου διάστημα είχα την ευκαιρία να εργασθώ ως Fellow in Endocrinology στο St Louis Children's Hospital, Department of Endocrinology and Metabolism, υπό την επίβλεψη του καθηγητή C. Sandiago. Ο C Sandiago, επικεφαλής του Ενδοκρινολογικού Τμήματος του Παιδιατρικού Νοσοκομείου, ήταν ένας χαρισματικός κλινικός ιατρός, με ιδιαίτερη διαίσθηση, εμπειρία

και ερευνητικό πνεύμα. Η κλινική συμμετείχε τότε στη μελέτη DCCT, κομβική μελέτη, η οποία μέχρι σήμερα αποτελεί σημείο αναφοράς στις περισσότερες ομιλίες και επιστημονικά άρθρα. Κάθε ημέρα που διέσχιζα το κατώφλι της εισόδου αντίκριζα τα πορτραίτα όλων των διακεκριμένων επιστημόνων οι οποίοι είχαν τιμηθεί με βραβείο Νόμπελ προερχόμενοι από το Washington University το οποίο θεωρείται το 5ο καλύτερο πανεπιστήμιο των ΗΠΑ. Οι δυσκολίες ρύθμισης του διαβήτη ήταν για εμένα μια πρόκληση που με ώθησε να ασχοληθώ ιδιαίτερα με το θέμα του διαβήτη. Θα πρέπει, ωστόσο, να αναγνωρίσω την παρότρυνση της κας Αικατερίνης Δάκου, σημαντικής και διακεκριμένης δασκάλας επί σειρά ετών για μεγάλο αριθμό παιδοενδοκρινολόγων, για την ενασχόληση με τη μεταμόσχευση των νησιδίων. Μετά την επιστροφή από τις ΗΠΑ διορίστηκα στην Α' Παιδιατρική Κλινική και το Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου Παιδών «Π. & Α. Κυριακού» υπό την Διεύθυνση του κου Χρήστου Μπαρτσόκα, ενός διακεκριμένου επιστήμονα, ο οποίος είχε αφιερώσει τη ζωή του στην υπηρεσία του σακχαρώδη διαβήτη, και πρωτοπόρου στον τομέα αυτό στη χώρα μας.

Το διαβητολογικό κέντρο του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», του οποίου είστε διευθύντρια, είναι το πρώτο κέντρο που δημιουργήθηκε στη χώρα μας. Παραμένει στην «πρώτη γραμμή» αντιμετώπισης των παιδιών με διαβήτη; Ποιες είναι οι δυσκολίες που αντιμετωπίζετε καθημερινά ως γιατρός;

Το Διαβητολογικό Κέντρο της Α' Παιδιατρικής Κλινικής του Νοσοκομείου Παίδων «Π. & Α. Κυριακού» είναι πολύ μεγάλο κέντρο το οποίο δέχεται 2.000 επισκέψεις ετησίως. Στελεχώνεται από 3 ιατρούς, 3 νοσηλεύτριες, διαιτολόγο και έχει διασύνδεση με το ψυχιατρικό τμήμα και το τμήμα κοινωνικής ιατρικής. Δυστυχώς, παρ' όλες τις προσπάθειες δεν υπάρχει καμία γραμματειακή υποστήριξη.

Παρέχει υπηρεσίες 24 ώρες το 24ωρο, και αυτό οφείλεται αποκλειστικά και μόνον στην αυταπάρνηση των ιατρών. Αποτελεί κέντρο αναφοράς για πολλὰ άτομα με διαβήτη από όλη τη χώρα. Έχει αναγνωρισθεί ως Ευρωπαϊκό Κέντρο Αναφοράς Διαβήτη «European Center of Reference» από 3 οργανισμούς ISPAD, JDRF, SWEET από το 2011. Η μέση γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη του κέντρου μας είναι 7,44% η οποία είναι εξαιρετικά καλή, σε σύγκριση με άλλες χώρες. Υπάρχει μεγάλη εμπειρία η οποία πρέπει να μεταλημαδευθεί στους νέους ιατρούς για τη συνέχιση της παροχής υπηρεσιών υγείας στα άτομα με διαβήτη.

Κυρία Βαζαίου, επί σειρά ετών έχετε ασχοληθεί ιδιαίτερα με τις αντλίες ινσουλίνης. Μιλήστε μας για τις νεότερες γενιές αντλίες και πως αυτές έχουν ρίψει τα χέρια σε παιδιά και γονείς;

Σήμερα κυκλοφορούν στη χώρα μας αντλίες οι οποίες διαθέτουν το χαρακτηριστικό της αναστολής χορήγησης ινσουλίνης προ του χαμηλού σακχάρου, όπως η αντλία 640G η οποία συνεργάζεται με αισθητήρα συνεχούς καταγραφής σακχάρου αίματος. Η χρήση του συστήματος αυτού μειώνει σημαντικά το κίνδυνο υπογλυκαιμίας τόσο σε ενήλικες, όσο και σε παιδιά και εφήβους. Αξίζει να σημειώσουμε ότι η αντλία 640G είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ευάλωτους πληθυσμούς, όπως τα μικρά παιδιά, οι έγκυες, άτομα τα οποία έχουν δυσκολία στην έγκαιρη αντίληψη της υπογλυκαιμίας, ή έχουν ανεπίγνωστη υπογλυκαιμία, γιατί τους προστατεύει σε μεγάλο βαθμό από την τελευταία.

Ας αναφερθούμε στο κεφάλαιο τεχνητό πάγκρεας. Πόσο κοντά πιστεύετε ότι είμαστε στην πραγματοποίησή του;

Το τεχνητό πάγκρεας είναι πολύ κοντά στην πραγματοποίησή του. Η πρόοδος της επιστήμης είναι εντυπωσιακή, και τα επόμενα χρόνια περιμένουμε τη σταδιακή εφαρμογή του κλειστού κυκλώματος. Το ολοκληρωμένο κλειστό κύκλωμα είναι ένα σύστημα το οποίο διαθέτει τη δυνατότητα προσδιορισμού των επιπέδων γλυκόζης αίματος, στέλνει την πληροφορία αυτή σε ένα PC (κομπιούτερ), στο οποίο υπολογίζεται η δόση της ινσουλίνης με τον αλγόριθμο (ένα σύνθετο μαθηματικό μοντέλο το οποίο βοηθά στην επεξεργασία των στοιχείων και τον υπολογισμό της δόσης της ινσουλίνης), η πληροφορία της δόσης αποστέλλεται στην αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης και η αντλία χορηγεί τη δόση χωρίς την παραμικρή μεσολάβηση του ατόμου με διαβήτη. Το άτομο με διαβήτη ελέγχει την πρόοδο της χορήγησης ινσουλίνης μέσω ενός μόνιτορ (οθόνης).

Ποια είναι τα αποτελέσματα που έχουμε από τις μελέτες που πραγματοποιήθηκαν με κλειστό κύκλωμα. Ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές μέχρι στιγμής;

Δοκιμάζονται συστήματα κλειστού κυκλώματος τα οποία λειτουργούν μόνο με ινσουλίνη (μονοορμονικά), ή με ινσουλίνη σε συνδυασμό με γλυκαγόνη (ορμόνη η οποία ανταγωνίζεται την ινσουλίνη και αυξάνει το σάκχαρο). Τα τελευταία ονομάζονται δυο-ορμονικά συστήματα. Η γλυκαγόνη χορηγείται σε πολύ μικρές δόσεις όταν το σάκχαρο τείνει να πέσει σε χαμηλότερα επίπεδα. Κατά τον τρόπο αυτό γίνεται απομείωση της δράσης του φυσιολογικού παγκρέατος. Η δοκιμαστική χρήση των συστημάτων αυτών σε ελεύθερο περιβάλλον σπιτιού έχει δείξει ότι το κλειστό κύκλωμα είναι ασφαλές, μειώνει σημαντικά το χρόνο σε υπογλυκαιμία και αυξάνει το χρόνο σε ευγλυκαιμία. Τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ερευνητές είναι η αύξηση του μεταγευματικού σακχάρου. Το πρόβλημα αυτό πιστεύεται ότι θα αντιμετωπισθεί καλύτερα με τις νέες υπερταχείας δράσης ινσουλίνες οι οποίες πρόκειται να κυκλοφορήσουν στο μέλλον (ήδη η ινσουλίνη Fiasp είναι προ των πυλών και έτοιμη να κυκλοφορήσει στη χώρα μας το 2018). Επίσης, σε μια προσπάθεια να μειωθεί η μεταγευματική υπεργλυκαιμία,

FREZYDERM

Η καθημερινή φροντίδα του διαβητικού ασθενή



FREZYFEET SKIN CLEANSER

Καθαρισμός και ήπια αντισηψία

FREZYFEET DIAPED CREAM

Περιποίηση και ενυδάτωση

Ενίσχυση δερματικού φραγμού

Πρόληψη διαβητικού έλκους

Αύξηση ελαστικότητας δέρματος



DIABETIC TOOTHPASTE

Αποτροπή των συνεπειών της αύξησης της γλυκόζης στη στοματική κοιλότητα

Μείωση της οστικής απώλειας & της αιμορραγίας των ούλων

Φθόριο 1.450ppm F⁻

Χωρίς σακχαρίνη



δοκιμάζονται με ενθαρρυντικά αποτελέσματα φάρμακα τα οποία χορηγούνται στο σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2. Πολλά είναι τα ερωτήματα που πρέπει να απαντηθούν πριν από την κυκλοφορία του ολοκληρωμένου κλειστού κυκλώματος στο εμπόριο, όπως η αντίδραση του συστήματος στην άσκηση, ή σε καταστάσεις στρες, ή ασθένειας. Επίσης, το διάλυμα γλυκαγόνης το οποίο χρησιμοποιείται στο δυο-ορμονικό τεχνητό πάγκρεας έχει μικρό χρόνο ζωής και πρέπει να αλλιάζεται ανά ημέρα. Νεότερα διαλύματα γλυκαγόνης περισσότερο σταθερά σε θερμοκρασία περιβάλλοντος πρόκειται να κυκλοφορήσουν. Η χρήση αυτών των διαλυμάτων θα διευκολύνει την κυκλοφορία του δυο-ορμονικού παγκρέατος. Τα συστήματα του κλειστού κυκλώματος πρέπει να ενταχθούν επίσης στις διαδικασίες πιστοποίησης ακρίβειας (ISO) και να πληρούν τις προϋποθέσεις ασφάλειας επικοινωνίας.

Υπάρχουν, μέχρι στιγμής, κλειστά κυκλώματα τα οποία έχουν πάρει έγκριση κυκλοφορίας;

Στις ΗΠΑ έχει κυκλοφορήσει η αντλία 670G της εταιρείας Medtronic η οποία έχει έγκριση για άτομα >14 ετών. Το σύστημα αυτό, πέρα από τη δυνατότητα πρόβλεψης του χαμηλού και αναστολής της χορήγησης ινσουλίνης, χορηγεί μικρή ποσότητα ινσουλίνης όταν τα επίπεδα σακχάρου είναι υψηλά. Ωστόσο, το άτομο με διαβήτη πρέπει να ενημερώνει την αντλία όταν πρόκειται να καταναλώσει κάποιο γεύμα ή κάνει άσκηση. Τα αποτελέσματα από τη χρήση του συστήματος αυτού στην πράξη και σε περισσότερους από 3.030 χρήστες έδειξαν ότι στο 74% του χρόνου τα άτομα αυτά είναι σε ευγλυκαιμία, δηλαδή σε επίπεδα σακχάρου μεταξύ 70 - 180 mg/dl.

Ελάχιστο ποσοστό (0,4%) είναι σε επίπεδα σακχάρου <50 mg/dl και 1,4% σε υπεργλυκαιμία >300 mg/dl. Τα ενθαρρυντικά αυτά αποτελέσματα έχουν αυξήσει τη ζήτηση του προϊόντος. Το σύστημα αυτό έχει επίσης δοκιμασθεί σε παιδιά και εφήβους ηλικίας 7 - 13 ετών. Η μελέτη ολοκληρώθηκε και αναμένονται τα αποτελέσματα, ενώ ετοιμάζονται μελέτες εκτίμησης της αποτελεσματικότητας του σε ηλικίες 2 - 6 ετών. Ελπίζω ότι τα νέα συστήματα του κλειστού κυκλώματος θα μπορέσουν να κυκλοφορήσουν τα επόμενα χρόνια στη χώρα μας και θα καλυφθούν οικονομικά από τα ταμεία. Είναι δικαίωμα όλων των ατόμων με διαβήτη η πρόσβαση στην σύγχρονη τεχνολογία. Θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί κάθε δυνατό μέσο στη δύσκολη καθημερινή μάχη της αντιμετώπισης του διαβήτη.

Πως αξιολογείτε τους μετρητές σακχάρου νεότερης γενιάς. Πιστεύετε ότι έχουν αλλιάξει την καθημερινότητα στα παιδιά με διαβήτη;

Οι μετρητές σακχάρου νεότερης γενιάς είναι περισσότερο εύχρηστοι και έξυπνοι. Ορισμένοι από αυτούς διαθέτουν προγράμματα τα οποία επιτρέπουν υπολογισμό της δόσης ινσουλίνης, προσθήκη πληροφοριών, όπως η φυσική δραστηριότητα και κατά πόσον το σάκχαρο είναι προ ή μεταγευματικό. Τα δεδομένα τα οποία αποθηκεύονται στη συσκευή μπορούν να μεταφορτωθούν σε ειδικά προγράμματα τα οποία τα βλέπει ο χρήστης μόνος του ή μαζί με τον ιατρό του. Επίσης, υπάρχουν μετρητές οι οποίοι συνεργάζονται με το κινητό τηλέφωνο, στην οθόνη του οποίου είναι δυνατή η απεικόνιση της γραφικής παράστασης των τιμών σακχάρου. Επιπρόσθετα, υπάρχουν προγράμματα τα οποία παρέχουν πληροφορίες για την περι-



εκτικότητα των διαφόρων τροφίμων σε υδατάνθρακες, λίπος και θερμίδες, τα οποία μπορεί να συμβουλευθεί ο χρήστης για τον ορθότερο υπολογισμό της δόσης της ινσουλίνης. Θα πρέπει να επισημανθεί, ωστόσο, ότι μόνον οι μετρητές εκείνοι οι οποίοι πληρούν τις προδιαγραφές του ISO (πιστοποίησης ποιότητας) θα πρέπει να χρησιμοποιούνται από τα άτομα με διαβήτη. Οι μετρητές αυτοί θα πρέπει να είναι και οι μόνοι που αξίζει να αποζημιώνονται από τα ταμεία. Σημαντική βοήθεια προσφέρει σε μεγάλο αριθμό ατόμων με διαβήτη το σύστημα συνεχούς καταγραφής γλυκόζης αίματος Free Style Libre μειώνοντας σε σημαντικό ποσοστό τις μετρήσεις τριχοειδικού αίματος. Στα συστήματα συνεχούς καταγραφής έχει μεγάλη σημασία η παρακολούθηση της τάσης του σακχάρου και όχι τόσο οι απόλυτες τιμές αυτού, οι οποίες άλλωστε πρέπει να ελέγχονται με μέτρηση τριχοειδικού αίματος σε περίπτωση παρέμβασης, όπως σε υπογλυκαιμία ή υπεργλυκαιμία.

Στις 21-22 Οκτωβρίου ήσασταν ομιλήτρια και υπεύθυνη συντονίστρια στο πρόσφατο συνέδριο της ΕΛΟΔΙ. Από την εμπειρία σας γενικότερα, πόσο σημαντική πιστεύετε ότι είναι η συνεχής ενημέρωση των ατόμων με διαβήτη, για την βελτίωση της ποιότητας ζωής τους;

Θεωρώ επιβεβλημένη τη συνεχή εκπαίδευση για τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη όλων των ηλικιών. Τα τελευταία χρόνια η διάγνωση του διαβήτη έχει μετατοπισθεί σε μικρότερες ηλικίες με αποτέλεσμα να παρουσιάζουν την πάθηση παιδιά πολύ μικρής ηλικίας. Η εκπαίδευση παρέχεται αρχικά στην οικογένεια, ωστόσο τα παιδιά μεγαλώνουν και δεν είναι αυτονόητο ότι η γνώση θα περάσει αποτελεσματικά και στα ίδια. Επίσης, είναι γνωστό ότι με την πάροδο του χρόνου εδραιώνονται κάποιες συνήθειες στην καθημερινή αντιμετώπιση του διαβήτη. Ωστόσο, νέα δεδομένα παρουσιάζονται στον ορίζοντα και η γνώση πρέπει να ανανεώνεται και να εκσυγχρονίζεται. Σήμερα, διαθέτουμε καινούργια τεχνολογία η οποία μπορεί να εμπλουτίσει την εμπειρία μας και να διδαχθούμε πολλά για τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά ο οργανισμός μας κάτω από διάφορες συνθήκες. Εάν καταπολεμήσουμε την κόπωση από τη χρόνια ενασχόληση με την πάθηση, χρησιμοποιήσουμε κάθε δυνατό μέσο το οποίο μας προσφέρεται από τη σύγχρονη τεχνολογία στον καθημερινό μας αγώνα, τη συνεχή εκπαίδευση και υποστήριξη, τόσο από την οικογένεια, όσο και από τη θεραπευτική μας ομάδα θα μπορούσαμε τελικά να είμαστε νικητές στην δύσκολη προσωπική μας μάχη. ²

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΕΛΕΓΧΕΙΣ ΤΗ ΓΛΥΚΟΖΗ ΧΩΡΙΣ ΤΡΥΠΗΜΑΤΑ ΣΤΑ ΔΑΚΤΥΛΑ¹

Δεδομένα από 50.000 χρήστες σε όλη την Ευρώπη²
έδειξαν ότι το σύστημα FreeStyle Libre

αυξάνει τη συχνότητα
παρακολούθησης της γλυκόζης

συνδέεται με βελτιωμένο
έλεγχο της γλυκόζης²

3 φορές συχνότερες μετρήσεις από τις
ελάχιστα συνιστώμενες για τη μέτρηση
γλυκόζης με τρύπημα στα δάκτυλα³

&

- ☒ Λιγότερος χρόνος σε υπογλυκαιμία
και σε υπεργλυκαιμία
- ☒ Περισσότερος χρόνος εντός εύρους
στόχου
- ☒ Καλύτερη HbA1c

ΜΑΘΕΤΕ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΑ

FreeStyle Libre.gr

ή κλείστε το δικό σας ραντεβού για εκπαίδευση

210 9985220

FreeStyle
Libre



1. Η σάρωση του αισθητήρα δεν απαιτεί τη χρήση σκαρφαλιτήριων.
2. Dunn T, et al. Evidence of a strong association between frequency
of flash glucose monitoring and glucose control measures during
real-world usage. E-poster presentation, The 10th International
Conference on Advanced Technologies & Treatments for
Diabetes (ATTD 2017) Paris, France, 15-18 February, 2017.
3. American Diabetes Association Diabetes Care 2017 Jan;
40(Supplement 1): S48-S56.




ΘΕΟΔΩΡΙΔΟΥ ΜΑΡΙΑ

Ομότιμη Καθηγήτρια Λοιμωξιολογίας ΕΚΠΑ

Τα εμβόλια σώζουν ζωές!

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) επέλεξε το μήνυμα «Τα εμβόλια σώζουν ζωές» για τον εορτασμό της εβδομάδας των εμβολιασμών (τελευταία εβδομάδα Απριλίου) για το 2017.

Αν και η εμφάνιση του ΣΔ1 κάποτε θεωρούνταν ότι περιορίζεται σε παιδιά και εφήβους, τώρα γνωρίζουμε ότι μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, με το υψηλότερο όμως ποσοστό εμφάνισης πριν από την ηλικία των 30 ετών.

Η υπενθύμιση στην εποχή μας της προσφοράς των εμβολίων είναι απόλυτα αναγκαία, γιατί η εξαφάνιση νοσημάτων, όπως η πολιομυελίτιδα, διφθερίτιδα, τέτανος κ.ά. από την κοινότητα έχει ως αποτέλεσμα ιδιαίτερα οι νέοι γονείς να αγνοούν τους κινδύνους των λοιμωδών νοσημάτων και να θεωρούν ότι τα εμβόλια που χορηγούνται για την πρόληψή τους είναι περιττά ή έχουν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες. Η Εθνική Επιτροπή Εμβολιασμών επικαιροποιεί το χρονοδιάγραμμα χορήγησης των εμβολίων, ανάλογα με τα επιδημιολογικά δεδομένα της χώρας, τα νέα εμβόλια που κυκλοφορούν αλλιά και τις συστάσεις που διαμορφώνονται παγκόσμια **(Πίνακας 1)**.

Αποτελεί σημαντική εξέλιξη ότι το θέμα των εμβολιασμών δεν περιορίζεται πλέον μόνο στα παιδιά, αλλά έχει επεκταθεί και στον χώρο των ενηλίκων. Το επίπεδο της εμβολιαστικής κάλυψης των παιδιών στη χώρα μας, όπως αποτυπώνεται από μελέτες των τελευταίων 10 χρόνων, είναι ικανοποιητικό. Οι εμβολιασμοί των εφήβων υστερούν, και για τους εμβολιασμούς των ενηλίκων δεν υπάρχουν στοιχεία. Αξίζει να σημειωθεί ότι ενώ αποτελεί προτεραιότητα ο εμβολιασμός με ορισμένα εμβόλια ευπαθών ομάδων πληθυσμού, π.χ. ατόμων με χρόνια νοσήματα ή με ειδικές συνθήκες έκθεσης, όπως του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η συμμόρφωση αυτών των ατόμων, όπως διαπιστώνεται, είναι εξαιρετικά ανεπαρκής. Αναμφίβολα, η ύπαρξη του Βιβλιαρίου Υγείας για παιδιά και εφήβους διευκολύνει την τήρηση του προγράμματος των εμβολιασμών, όπως και ο σχετικός έλεγχος με την εγγραφή των παιδιών σε νηπιαγωγεία και σχολεία. Βέβαια, κανένα παιδί δεν αποκλείεται από την εκπαίδευση, εάν δεν έχει συμπληρώσει τους εμβολιασμούς από αμέλεια ή οι γονείς του έχουν αντίθετες με τους εμβολιασμούς πεποιθήσεις.

Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην αμφισβήτηση της πιο επιτυχημένης και οικονομικά επωφελέους παρέμβασης στη Δημόσια Υγεία είναι πολλοί.

Τα τελευταία χρόνια διαμορφώνεται διεθνώς κλίμα αμφισβήτησης των εμβολίων που εκτείνεται από τη διστακτικότητα γενικά για τους εμβολιασμούς, την επιλογή ορισμένων εμβολίων που αποφεύγονται, την τροποποίηση της

ηλικίας που επιθυμούν οι γονείς να γίνουν τα εμβόλια, μέχρι και την πλήρη άρνησή τους. Το μέγεθος του προβλήματος ακόμα στη χώρα μας είναι μικρό, αλλά δεν επιτρέπει εφησυχασμό.

Το φαινόμενο είναι παλιό και δημιουργήθηκε μαζί με το πρώτο εμβόλιο που εκρίζωσε την θανατηφόρο ευλογιά από τον πλανήτη. Η άγνοια πάντα δικαιολογεί ανυπόστατους φόβους, όμως από την εποχή του δαμαλισμού μέχρι σήμερα υπάρχουν σημαντικές διαφορές.

Βασική διαφορά είναι ότι με τα εμβόλια έχουν εκριζωθεί λοιμώδη νοσήματα όπως ευλογιά και πολιομυελίτιδα ή έχουν σχεδόν εξαλειφθεί άλλα όπως η διφθερίτιδα, η ιλαρά, ο τέτανος, αίτια πρόκλησης παγκοσμίως εκατομμυρίων θανάτων και αναπηριών. Θα πρέπει να δοθεί έμφαση στον καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της κοινής γνώμης που διαδραματίζουν τα μέσα ευρείας ενημέρωσης και ιδιαίτερα το διαδίκτυο, από το οποίο η πληροφορία δίνεται χωρίς τον νήμο της επιστημονικής τεκμηρίωσης.

Οι εξελίξεις στη βιοτεχνολογία είχαν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία νέων εμβολίων που εμπλούτισαν το εφαρμοζόμενο πρόγραμμα (εμβόλιο π.χ. για τον αιμόφιλο της ινφλουέντζας τύπου b, τον μηνιγγοδόκοκκο, τον πνευμονιόκοκκο, την ηπατίτιδα B, την ανεμευλογιά). Ο μεγάλος αριθμός των εμβολίων δημιουργεί στους γονείς την ανησυχία πιθανής επιβάρυνσης του ανοσοποιητικού συστήματος του παιδιού τους, γεγονός που δεν ισχύει, αφού τα ανοσοκύτταρα έχουν τη δυνατότητα ανταπόκρισης σε τεράστιο αριθμό αντιγόνων (εμβολίων).

Ο κυριότερος όμως μύθος σχετικά με τα εμβόλια που προβληματίζει ή και παρασύρει πολλούς, είναι η σύνδεσή τους με χρόνια νοσήματα. Ο αυτισμός και το εμβόλιο MMR (ίλαράς, παρωτίτιδας, ερυθράς), παρά τις επιστημονικές μελέτες που αποδεικνύουν την έλλειψη συσχέτισης, παραμένει το συχνότερο αίτιο άρνησης εμβολιασμού.

Το αντιεμβολιαστικό κίνημα απειλεί το «τείχος ανοσίας» δηλαδή την προστασία των ατόμων που δεν μπορούν για ιατρικούς λόγους τα ίδια να εμβολιασθούν και προφυλάσσονται από τα εμβολιασμένα άτομα του περιβάλλοντος.

Η μείωση του ποσοστού εμβολιαστικής κάλυψης σε μια χώρα εγκυμονεί κίνδυνο εκδήλωσης επιδημίας. Τους τελευταίους μήνες, μετά από 3 χρόνια σχεδόν που δεν υπήρξαν κρούσματα ιλαράς στη χώρα μας, βρίσκεται σε εξέλιξη επιδημική έξαρση με περισσότερα από 525 κρούσματα μέχρι το τέλος Νοεμβρίου. Υπενθυμίζεται ότι το ποσοστό

Πίνακας 1: Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών παιδιών και εφήβων 2017																
Εμβόλιο ↓ Ηλικία →	Γέννηση	1 μηνός	2 μηνών	4 μηνών	6 μηνών	12 μηνών	15 μηνών	18 μηνών	19-23 μηνών	2-3 ετών	4-6 ετών	7-10 ετών	11-12 ετών	13-15 ετών	16-18 ετών	
Ηπατίτιδας Β (γέννηση) (HepB) ¹	HepB	HepB		HepB	HepB 3 ή 4 δόσεις				HepB							
Hep Β όταν δεν γίνει στη γέννηση ¹			HepB	HepB	HepB 3 ή 4 δόσεις				HepB							
Διφθερίτιδας , Τετάνου, ακυτταρικό κοκύτη, (DTaP<7 ετών, Tdap ≥7 ετών) ²			DpaP	DpaP	DpaP	DpaP			DpaP	DpaP	DpaP	DpaP-IPV	DpaP-IPV ή Tdap	DpaP-IPV ή Tdap		
Αιμόφιλου ινφλουένζας τυπου b (Hib) ³			Hib	Hib	Hib	Hib	Hib			Hib		Hib				
Πολιομυελίτιδας αδρανοποιημένο (IPV) ⁴			IPV	IPV	IPV				IPV	IPV	IPV					
Πνευμονιοκόκκου συζευγμένο (PCV) ⁵			PCV	PCV	PCV	PCV			PCV			PCV13				
Πνευμονιοκόκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ⁶										PPSV23						
Μηνιγγιτιδόκκου οροομάδας C συζευγμένο (MCC) ⁷						MCC 1 δόση	MCC 1 δόση									
Μηνιγγιτιδόκκου οροομάδων A,C,W135,Y, συζευγμένο (Men ACWY) ⁷			Men ACWY	Men ACWY				Men ACWY 1 δόση					Men ACWY 1 δόση	Men ACWY 1 δόση		
Μηνιγγιτιδόκκου οροομάδας B πρωτεϊνικό (MenB-4C) ⁸			Σε ομάδες αυξημένου κινδύνου													
Ιλθαράς , παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ⁹						MMR 1n δόση		MMR			MMR 2n δόση	MMR				
Ανεμευλογιάς (VAR) ¹⁰						VAR 1n δόση		VAR			VAR 2n δόση	VAR				
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹¹						HepA 2 δόσεις				HepA						
Ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ¹²												HPV 2 δόσεις	HPV 3 δόσεις			
Φυματίωσης (BCG) ¹³	BCG										Man-toux					
Γρίπης ¹⁴					Ετησίως σε ομάδες αυξημένου κινδύνου											
Ρότα ιού (RV) ¹⁵			RV1 ή RVS	RV1 ή RVS	RV1 ή RVS											
* Τα πολυδύναμα εμβόλια πρέπει να προτιμώνται των ολιγοδυνάμων																
Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας Συστήνονται σε άτομα που καθυστέρησαν να εμβολιαστούν Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου Δεν συστήνονται																

Πίνακας 2: Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών ενηλίκων 2017					
Εμβόλιο ↓ Ηλικία →	17-26 ετών	27-49 ετών	50-59 ετών	60-64 ετών	≥65 ετών
Γρίπης ¹	1 δόση ετησίως			1 δόση ετησίως	
Τετάνου, Διφθερίτιδας , ακυτταρικό κοκύτη, (Td, Tdap) ²	Αντικατάσταση μιας δόσης Td με Tdap και στη συνέχεια 1 δόση Td ανά 10ετία				
Ιλθαράς , παρωτίτιδας, Ερυθράς (MMR) ³	1 ή 2 δόσεις				
Ανεμευλογιάς (VAR) ⁴	2 δόσεις				
Ερπητα ζωστήρα ⁵				1 δόση	
Ιού ανθρωπίνων θηλωμάτων (HPV) ⁶	3 δόσεις για γυναίκες				
Πνευμονιοκόκκου συζευγμένο (PCV13) ⁷	1 δόση				1 δόση
Πνευμονιοκόκκου πολυσακχαριδικό (PPSV23) ⁷	1 ή 2 δόσεις				1 δόση
Μηνιγγιτιδόκοκκου συζευγμένο (Men ACWY) ⁸	1 ή περισσότερες δόσεις				
Μηνιγγιτιδόκοκκου Β πρωτεϊνικό (MenB-4C) ⁹	2 δόσεις				
Ηπατίτιδας Α (HepA) ¹⁰	2 δόσεις				
Ηπατίτιδας Β (HepB) ¹¹	3 δόσεις				
Αιμόφιλου ινφλουένζας τυπου b (Hib) ¹²	1 ή 3 δόσεις				
Συστήνονται για όλα τα άτομα με την ανάλογη ηλικία που δεν έχουν ένδειξη ανοσίας Συστήνονται σε άτομα που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου Δεν συστήνονται					

εμβολιαστικής κάλυψης για την ιλθρά πρέπει να υπερβαίνει το 95%. Σύμφωνα με τα στοιχεία του Κέντρου Ελέγχου & Πρόληψης Νοσημάτων (ΚΕΕΛΠΝΟ), το ≈75% των περιπτώσεων ιλθράς αφορά σε παιδιά Roma, που αποτελούν ομάδα με εξαιρετικά χαμηλό ποσοστό εμβολιασμού. Από τα δηλωθέντα περιστατικά, ένα αφορά ανεμβολίαστο άτομο λόγω αρνητικής θέσης για τους εμβολιασμούς. Η επιδημική έξαρση της ιλθράς είχε και τη θετική της πλευρά. Θύμισε στον κόσμο ότι τα λοιμώδη υπάρχουν και με την παγκοσμιοποίηση μπορούν να διασχίσουν τα γεωγραφικά σύνορα και να προσβάλλουν μη ανοσοποιημένους ευπαθείς πληθυσμούς. Στη γειτονική μας Ιταλία και Ρουμανία, ο αριθμός των κρουσμάτων ιλθράς αριθμεί ήδη χιλιάδες ασθενείς και περιπτώσεις θανάτων. Στους δηλωθέντες ασθενείς με ιλθρά περιλαμβάνονται και ενήλικα άτομα, που δεν είχαν ανοσοποιηθεί με νόσηση ή εμβολιασμό, γεγονός που έφερε στο προσκήνιο την ανάγκη ανοσοποίησης γενικά των ενηλίκων, ένα θέμα που δεν

έχει συγκεντρώσει την προσοχή που θα έπρεπε. Οι συστάσεις για τους εμβολιασμούς των ενηλίκων περιλαμβάνονται στο Εθνικό Πρόγραμμα Εμβολιασμών (Πίνακας 2). Πόσοι όμως γιατροί, ο οικογενειακός γιατρός θα μπορούσε να έχει καταλυτικό ρόλο, συστήνουν τα εμβόλια γρίπης, πνευμονιόκοκκου, έρπητα ζωστήρα και σε ευπαθείς ομάδες το εμβόλιο των ανθρωπίνων θηλωμάτων ή του μηνιγγιτιδόκοκκου; Μελέτες σε ποσοστά δεν υπάρχουν, αλλιά είναι βέβαιο ότι η ευαισθητοποίηση για το θέμα μόλις έχει αρχίσει και είναι σημαντικό γιατί ο εμβολιασμός σε όλο το φάσμα των ηλικιών θα μειώσει αποτελεσματικά τον κίνδυνο μετάδοσης των νοσημάτων στην κοινότητα. «Τα εμβόλια σώζουν ζωές» και προστατεύουν παιδιά και ενήλικες. Η προσπάθεια όλων θα πρέπει να επικεντρωθεί στη συνεχή, τεκμηριωμένη και με απλή τρόπο διατυπωμένη ενημέρωση σχετικά με την ασφάλεια και προστασία που προσφέρουν τα εμβόλια σε ατομικό και συλλογικό επίπεδο. **Σ**

**ΒΑΣΙΛΕΙΟΣ - ΑΡΣΕΝΙΟΣ ΛΙΟΥΤΑΣ**

MD, Department of Neurology, Division of Cerebrovascular Diseases, Beth Israel Deaconess Medical Center, Instructor of Neurology, Harvard Medical School Investigator, Framingham Heart Study

Επηρεάζει η υπογλυκαιμία τις γνωσιακές εγκεφαλικές λειτουργίες;

ΕΙΣΑΓΩΓΗ - ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

Ο εγκέφαλος εξαρτάται ενεργειακά από τη γλυκόζη. Αν και δεν είναι το αποκλειστικό καύσιμο, (καθώς πχ και κετόνες δύναται να χρησιμοποιηθούν ως πηγή ενέργειας), εντούτοις η εξάρτηση του εγκεφαλικού ιστού από τη γλυκόζη είναι πολύ εντονότερη εν σχέση με οποιονδήποτε άλλο ιστό του σώματος.

Σε γενικές γραμμές, η συγκέντρωση γλυκόζης του εγκεφαλικού ιστού είναι ευθέως ανάλογη με τη συγκέντρωση γλυκόζης του πλάσματος¹. Η συγκέντρωση γλυκόζης στον εγκέφαλο είναι πρακτικά μηδενική όταν η συγκέντρωση στο αίμα είναι $\leq 35\text{mg/dl}^2$.

Ήπια υπογλυκαιμία έχει ως αποτέλεσμα την συνολική επιβράδυνση του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (αύξηση της βραδείας εγκεφαλικής δραστηριότητας) τόσο σε άτομα με σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1), όσο και σε υγιείς ενήλικες³. Κλινικά, επιβράδυνση της οπτικής και ακουστικής αντίληψης παρατηρείται σε τιμές γλυκόζης $\sim 55\text{mg/dl}$. Έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών παρατηρείται σε συγκεντρώσεις γλυκόζης ορού χαμηλότερες από $40 - 55\text{mg/dl}^4$. Τα ευρήματα αυτά έχουν αναπαράχθει από διάφορες μελέτες⁵⁻⁸ ωστόσο η ετερογένεια μεταξύ των μελετών όσον αφορά τις διαφορετικές γνωσιακές δοκιμασίες δεν έχει επιτρέψει την διασάφηση του αν συγκεκριμένες



γνωσιακές λειτουργίες είναι περισσότερο ευπρόσβλητες από άλλες στην γλυκοπενία.

Εντονότερη και πιο παρατεταμένη υπογλυκαιμία μπορεί να οδηγήσει σε περαιτέρω έκπτωση του επιπέδου συνείδησης μέχρι κώματος, επιληπτικές κρίσεις, ή δραματικά εστιακά νευρολογικά συμπτώματα με κλινική εικόνα όμοια με αυτή αγγειακού εγκεφαλικού επεισοδίου.

Ας σημειωθεί ότι, στην κλινική πράξη η συντριπτική πλειοψηφία των υπογλυκαιμικών επεισοδίων απαντάται ως επιπλοκή στα πλαίσια θεραπείας σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ), επομένως αναπόφευκτα η εξέταση της σχέσης υπογλυκαιμίας - γνωσιακών λειτουργιών εμπλέκει την εν γένει επίδραση του ΣΔ στην εγκεφαλική λειτουργία.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΑΠΟ ΠΕΙΡΑΜΑΤΙΚΑ ΜΟΝΤΕΛΑ

Α. Οξεία, ακραία, ή σοβαρή υπογλυκαιμία

Μελέτες σε ζώα έχουν δείξει ότι για να επέλθει κυτταρικός θάνατος απαιτούνται εξαιρετικά χαμηλές συγκεντρώσεις γλυκόζης (18 - 20mg/dl) για παρατεταμένες χρονικές περιόδους (συνήθως υπερβαίνουσες τα 60 λεπτά) συνοδευόμενες από παρατεταμένη ακραία έκπτωση της ηλεκτροεγκεφαλικής (ΗΕΓ) δραστηριότητας (ισοηλεκτρική γραμμή) για περισσότερο από 30 λεπτά⁹⁻¹¹. Κατά της διάρκεια των επεισοδίων αυτών η συγκέντρωση της γλυκόζης στον εγκέφαλο είναι ουσιαστικά μη ανιχνεύσιμη. Δενδρικές αλβιού-

σεις παρατηρούνται περίπου 10 λεπτά μετά την έναρξη ισοηλεκτρικού ΗΕΓ, ενώ περίπου 30 λεπτά μετά παρατηρείται οίδημα των μιτοχονδρίων και των κυτταρικών μεμβρανών¹². 60 λεπτά μετά την έναρξη ισοηλεκτρικού ΗΕΓ το κυτταρόπληγμα των νευρώνων εμφανίζει ηωσινόφιλη χρώση¹², μορφολογία που παραπέμπει σε αποπτωτικά κύτταρα¹³. Οι πλέον ευαίσθητοι τύποι νευρωνικών κυττάρων εντοπίζονται στον ιππόκαμπο (υπόθεμα, οδοντωτή έλικα, περιοχή CA1), στον κερκοφόρο πυρήνα, καθώς και στις επιποθείς στιβάδες του εγκεφαλικού φλοιού¹². Αξίζει να σημειωθεί ότι παθολογοανατομικές/νεκροτομικές μελέτες σε ανθρώπους με αναφερόμενη σοβαρή προθανάτια υπογλυκαιμία έδειξαν παρόμοιο πρότυπο με προσβολή κατ' εξοχήν των νευρώνων του ιπποκάμπου και του εγκεφαλικού φλοιού και κατά δεύτερο λόγο των βασικών γαγγλίων¹⁴.

Οι υποκείμενοι μοριακοί και βιοχημικοί μηχανισμοί που οδηγούν σε κυτταρική δυσλειτουργία και ενδεχόμενο κυτταρικό θάνατο δεν είναι πλήρως γνωστοί. Ωστόσο in vitro και in vivo μελέτες εμπλέκουν μηχανισμούς διεγερτοξικότητας¹⁵, αυξημένη παραγωγής ελευθέρων ριζών¹⁶ και φυσικά οξειδωτικού στρες¹⁷, και ασφαλώς δυσλειτουργίας των ενεργειακών μηχανισμών¹⁸. Οι τελευταίοι μπορεί να εμφανιστούν με σχετικά ήπια μορφή ως ελαφρά μιτοχονδριακή δυσλειτουργία¹⁸, ή σε σοβαρότερη και πιο παρατεταμένη υπογλυκαιμία, με τη μορφή πλήρους εξάντλησης όλων των ενεργειακών αποθεμάτων του κυττάρου.

ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΩ ΓΙΑ ΤΙΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ;

Μάθετε περισσότερα γι' αυτό και ενημερωθείτε για τα δικαιώματά που έχετε στην υγεία ως πολίτης, στο www.dikaiomastinygeia.gr

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ
ΕΚΣΤΡΑΤΕΙΑ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΓΙΑ ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όραμα και Ευθύνη για τον Ασθενή*
NOVARTIS

σε συνεργασία με την
Ιατρική Εταιρεία Αθηνών



Β. Επαναλαμβανόμενα υπογλυκαιμικά επεισόδια μέτριας βαρύτητας:

Πρόσφατες μελέτες επικεντρώθηκαν στην επίδραση ηπιότερων και συντομότερων, αλλά επαναλαμβανόμενων, υπογλυκαιμικών επεισοδίων στην εγκεφαλική δομή αλλά και στις γνωσιακές επιδόσεις σε πειραματικά ζωικά μοντέλα. Όσον αφορά την εγκεφαλική δομή, επαναλαμβανόμενα επεισόδια μέτριας υπογλυκαιμίας προκάλεσαν θάνατο μικρού αριθμού κυττάρων του φλοιού, ενώ ο ιππόκαμπος παρέμεινε σχεδόν άθικτος¹⁹. Αντίθετα, η επίδοση πειραματικών ζωικών μοντέλων σε δοκιμασία αντίληψης χώρου έδειξε σημαντική βελτίωση μετά από 3 επεισόδια μέτριας υπογλυκαιμίας (55 - 30mg/dl) σε διάστημα μιας εβδομάδας²⁰. Η ίδια ερευνητική ομάδα εξέτασε την επίδραση μακροχρόνιας επαναλαμβανόμενης υπογλυκαιμίας στην ίδια δοκιμασία αντίληψης χώρου. Η υπογλυκαιμία (46mg/dl) επιτεύχθηκε με τη χορήγηση ινσουλίνης σε εβδομαδιαία βάση επί 11 μήνες. Η επίδοση αξιολογήθηκε μετά από 4, 8 και 12 μήνες και, αντίθετα με την αρχική υπόθεση, διαπιστώθηκε σημαντική βελτίωση στα πειραματόζωα που είχαν υποβληθεί σε θεραπεία με ινσουλίνη και είχαν υποστεί υπογλυκαιμικά επεισόδια²¹.

ΚΛΙΝΙΚΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1

Αρχικά, πρέπει να τονιστεί ότι ο ΣΔ1 συνδέεται με έκπτωση των γνωσιακών λειτουργιών, κυρίως της οπτικής αντίληψης, ψυχοκινητικής ταχύτητας καθώς και της προσοχής, ενώ η μνήμη, η ικανότητα μάθησης και οι γλωσσικές λειτουργίες δεν παρουσίασαν κάποια σημαντική διαφορά [μετασάναψη 33 μελετών ασθενών-μαρτύρων ηλικίας 18 - 50 ετών²²]. Παρόλα αυτά, περίπου 18 χρόνια παρακολούθησης στη μελέτη DCCT/EDIC, σε 1144 διαβητικούς τύπου 1, δεν έδειξε κάποια σημαντική έκπτωση σε καμία από τις 8 γνωσιακές λειτουργίες που αξιολογήθηκαν με λεπτομερείς εξετάσεις στους ασθενείς με υπογλυκαιμικά επεισόδια²³. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και σε μετασάναψη της συσχέτισης υπογλυκαιμικών επεισοδίων και γνωσιακών λειτουργιών²². Αντίθετως, η γνωσιακή δυσλειτουργία βρέθηκε να σχετίζεται πρωτίστως με μεγαλύτερη ηλικία, χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης και διαχρονικά υψηλότερες τιμές γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης²⁴. Εξαίρεση αποτελούν τα παιδιά μικρότερης ηλικίας (η μελέ-

τη DCCT/EDIC περιέλαβε ασθενείς >13 ετών): Μετασάναψη σχετικών μελετών κατέδειξε μια ασθενή μεν, σαφή δε, συσχέτιση μεταξύ υπογλυκαιμικών επεισοδίων και γνωσιακών επιδόσεων και ειδικότερα χαμηλότερο λεκτικό IQ25. Παρομοίως, μια μετασάναψη 441 παιδιών με ΣΔ1 με επαναλαμβανόμενα σοβαρά υπογλυκαιμικά επεισόδια, έναντι 560 παιδιών ΣΔ1 χωρίς υπογλυκαιμικά επεισόδια, έδειξε χαμηλότερες επιδόσεις όσον αφορά τη μνήμη, τη λεκτική ροή και τον συνολικό δείκτη νοημοσύνης, ενδεχομένως διότι ο αναπτυσσόμενος παιδικός εγκέφαλος είναι περισσότερο ευάλωτος στην γλυκοπενία²⁶.

Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 2

Η εικόνα στον ΣΔ τύπου 2 (ΣΔ2) είναι πιο περίπλοκη. Τα άτομα αυτά έχουν εμφανώς μεγαλύτερο "φορτίο" εγκεφαλικής επιβάρυνσης, ορατό νευροαπεικονιστικά²⁷, μεγαλύτερη ηλικία και συννοσηρότητες, όπως αρτηριακή υπέρταση²⁸,



υπερχοληστερολαιμία και βλάβες των μεγάλων αγγείων, που συνολικά επηρεάζουν αρνητικά την εγκεφαλική λειτουργία²⁹. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με ΣΔ2, σε αντίθεση με τον ΣΔ1, εμφανίζουν έκπτωση της μνήμης και της ικανότητας μάθησης. Επιπλέον, οι ασθενείς με ΣΔ2 παρουσιάζουν αυξημένο (έως και διπλάσιο) κίνδυνο εμφάνισης αγγειακής άνοιας, αλλά και νόσου Alzheimer^{30,31}, αν και ο ακριβής παθογενετικός μηχανισμός δεν έχει διακριωθεί ακόμη. Η επίδραση υπογλυκαιμικών επεισοδίων στις γνωσιακές επιδόσεις ασθενών με ΣΔ2 δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στη μελέτη Memory in Diabetes (MIND - υπομελέτη της ACCORD)³² η εντατική ελάττωση των επιπέδων γλυκόζης δεν έδειξε κάποια βελτίωση στην γνωσιακή λειτουργία ή τον συνολικό εγκεφαλικό όγκο μετά από παρακολούθηση 40 μηνών.



ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ

Ένας κόσμος γεύσης και φροντίδας



**Όταν
η γεύση
"χτυπάει"
πράσινο**

Η εταιρία Παπαδοπούλου πιστή στην υπόσχεση της να παρέχει προϊόντα που καλύπτουν τις ολοένα αυξανόμενες διατροφικές ανάγκες των καταναλωτών της, διαθέτει μία ολοκληρωμένη σειρά προϊόντων **Χωρίς Ζάχαρη**, για όσους θέλουν να περιορίσουν την κατανάλωση ζάχαρης στην διατροφή τους. Δοκιμάστε τα Cream Crackers, τα Πολυδημητριακά Μπισκότα Πρωινού, τα Digestive & Mini Digestive Παπαδοπούλου **Χωρίς Ζάχαρη**, τις μπάρες Digestive Bars και τα παξιμαδάκια KRISPIES **Χωρίς Προσθήκη Ζάχαρης**, αλλά και τις φρυγανιές **Χωρίς Προσθήκη Αλατιού και Ζάχαρης** σε δύο τύπους: Σταρένιες και με Σίκαλη. Βάλτε στη διατροφή σας την **Πράσινη σειρά Παπαδοπούλου** και κερδίστε όλη την απόλαυση χωρίς τη ζάχαρη!

ΠΟΛΥΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΜΠΙΣΚΟΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ - ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ ΜΕ ΣΙΚΑΛΗ "ΧΩΡΙΣ ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΛΑΤΙΟΥ & ΖΑΧΑΡΗΣ"
KRISPIES ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΖΑΧΑΡΗΣ - DIGESTIVE BARS ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΖΑΧΑΡΗΣ
MINI DIGESTIVE ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ - CREAM CRACKERS ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ
DIGESTIVE ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ - ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ ΣΤΑΡΕΝΙΕΣ "ΧΩΡΙΣ" ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΛΑΤΙΟΥ & ΖΑΧΑΡΗΣ
ΠΟΛΥΔΗΜΗΤΡΙΑΚΑ ΜΠΙΣΚΟΤΑ ΠΡΩΙΝΟΥ ΧΩΡΙΣ ΖΑΧΑΡΗ - ΦΡΥΓΑΝΙΕΣ ΜΕ ΣΙΚΑΛΗ "ΧΩΡΙΣ" ΧΩΡΙΣ ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΛΑΤΙΟΥ & ΖΑΧΑΡΗΣ

**ΓΙΑΤΙ ΤΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΤΩΝ
ΚΛΙΝΙΚΟΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΜΕΛΕΤΩΝ ΔΕΝ
ΑΝΤΙΚΑΤΟΠΤΡΙΖΟΥΝ ΤΙΣ ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟ ΤΙΣ
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ/ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ;**

- 1) Σε πραγματικές καταστάσεις είναι εξαιρετικά δύσκολο να επιτευχθούν συνθήκες ακραίας υπογλυκαιμίας (τόσο σε βαρύτητα, όσο και σε διάρκεια) ανάλογες με αυτές που επιτυγχάνονται σε περιβάλλον εργαστηριακών πειραμάτων. Ακόμη και η αναφερόμενη ως "μέτρια" υπογλυκαιμία (σε επίπεδα 35 - 45mg/dl) αν και παρατηρείται στην κλινική πράξη, εντούτοις σπάνια είναι τόσο συχνή, και κυρίως τόσο παρατεταμένης διάρκειας.
- 2) Τα άτομα με διαβήτη, ιδιαίτερα οι χρόνιως πάσχοντες, εμφανίζουν δομικές αλλοιώσεις τόσο στον φλοιό όσο και στις υποφλοιώδεις περιοχές του εγκεφάλου³³. Οι αλλοιώσεις αυτές σχετίζονται με ήπιες αρχικά, αλλήλ αναμφισβήτητες διαταραχές των γνωσιακών λειτουργιών³⁴. Οι κλινικοαπεικονιστικές αυτές διαταραχές αρχίζουν συχνά πριν την κλινική διάγνωση και την έναρξη θεραπείας του ΣΔ και επομένως προηγούνται χρονικά τυχόν υπογλυκαιμικών επεισοδίων. Το γεγονός αυτό δυσχεραίνει την «απομόνωση» της επίδρασης των υπογλυκαιμικών επεισοδίων τόσο στην δομή όσο και τη λειτουργία του

εγκεφάλου στους ασθενείς αυτούς.

- 3) Τέλος, οι κλινικοεπιδημιολογικές μελέτες βασίζονται κατ'εξοχήν στην αναγνώριση και ανάκληση των συμπτωμάτων της υπογλυκαιμίας από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ είναι γνωστό ότι επαναλαμβανόμενα υπογλυκαιμικά επεισόδια αυξάνουν τον ουδό αναγνώρισης των συμπτωμάτων σε διαβητικούς ασθενείς. Επιπλέον, η έκπτωση της εγκεφαλικής λειτουργίας κατά τη διάρκεια ενός υπογλυκαιμικού επεισοδίου είναι ενδεχόμενο να επηρεάσει την ικανότητα ανάκλησης του επεισοδίου από τον ασθενή κι εν τέλει την ακρίβεια της αναφερόμενης συχνότητας υπογλυκαιμικών επεισοδίων στις μελέτες αυτές³⁵.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συμπερασματικά, παρ' όλης τις έντονες φυσιολογικές ενδείξεις σε πειραματόζωα, οι κλινικοεπιδημιολογικές μελέτες δεν έχουν επιβεβαιώσει συσχέτιση μεταξύ της χρόνιας, επαναλαμβανόμενης υπογλυκαιμίας και της έκπτωσης των γνωσιακών λειτουργιών, με εξαίρεση την πρώιμη παιδική ηλικία. Καλά σχεδιασμένες προοπτικές μελέτες είναι απαραίτητες για περαιτέρω κατανόηση της επίδρασης της υπογλυκαιμίας στην εγκεφαλική λειτουργία. ⓘ

Βιβλιογραφία

1. Gruetter R et al., J Neurochem 1998;70:397-408.
2. Choi IY et al., J Cereb Blood Flow Metab 2001;21:653-63.
3. Tallroth G et al., Diabetologia 1990;33:319-23.
4. Blackman JD et al., Diabetes 1990;39:828-35.
5. Amiel SA. Diabetologia 1998;41:713-9.
6. Warren RE, Frier BM. Diabetes Obes Metab 2005;7:493-503.
7. Maran A et al., Diabetologia 2000;43:733-41.
8. Widom B, Simonson DC. Ann Intern Med 1990;112:904-12.
9. Auer RN et al., Diabetes 1984;33:1090-8.
10. Auer RN et al., Acta Neuropathol 1985;67:13-24.
11. Suh SVV et al., J Neurosci 2003;23:10681-90.
12. Auer RN et al., Acta Neuropathol 1985;67:25-36.
13. Elmore S. Toxicol Pathol 2007;35:495-516.
14. Auer RN et al., Clin Neuropathol 1989;8:63-8.
15. Suh SVV et al., Glia 2007;55:1280-6.
16. Jiang L et al., Diabetes 2009;58:1266-74.
17. Languren G et al., Neurochem Int 2013;63:331-43.
18. Cardoso S et al., Neurobiol Dis 2013;49:1-12.
19. Won SJ et al., J Neuroinflammation 2012;9:182.
20. McNay EC, Sherwin RS. Diabetes 2004;53:418-25.
21. McNay EC et al., Diabetes 2006;55:1088-95.
22. Brands AM et al., Diabetes Care 2005;28:726-35.
23. Diabetes C, Complications Trial/Epidemiology of Diabetes I, Complications Study Research G et al., N Engl J Med 2007;356:1842-52.
24. Jacobson AM et al., Diabetologia 2011;54:245-55.
25. Gaudieri PA et al., Diabetes Care 2008;31:1892-7.
26. Blasetti A et al., J Child Neurol 2011;26:1383-91.
27. de Bresser J et al., Diabetes Care 2010;33:1309-14.
28. van Harten B et al., Age Ageing 2007;36:164-70.
29. Folsom AR et al., Diabetes Care 1999;22:1077-83.
30. Strachan MW et al., Diabetes Care 1997;20:438-45.
31. Gold SM et al., Diabetologia 2007;50:711-9.
32. Launer LJ et al., Lancet Neurol 2011;10:969-77.
33. Reijmer YD et al., Diabetes Care 2013;36:137-44.
34. Reijmer YD et al., Diabetes 2013;62:2112-5.
35. Geddes J et al., Diabet Med 2008;25:501-4.

ΕΝΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ ΒΗΜΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ

Θα φτάναμε πολύ μακριά για να βελτιώσουμε την υγεία των ανθρώπων και να κάνουμε τη ζωή τους καλύτερη. Κι αυτό κάνουμε στην MSD! Συνεχώς θέτουμε νέους στόχους αναζητώντας την επόμενη γενιά θεραπειών που θα αλλάξει τα δεδομένα. Μέσα από επιστημονικές ανακαλύψεις και πρωτοπόρες έρευνες στοχεύουμε στη βελτίωση της ζωής εκατομμυρίων ανθρώπων σε όλο τον κόσμο.

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Δημητρίου 63, 174 56 Άλιμος,
Τηλ.: 210 9897300
E-MAIL: dpoc_greece@merck.com
www.msd.gr

 **MSD**
INVENTING FOR LIFE

Ενημέρωση στους δημότες της Καλλιθέας για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και την Κοιλιακή Μαρμαρυγή

Με αφορμή την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη

Μεγάλη ήταν η ανταπόκριση των πολιτών στην ενημερωτική ημερίδα για το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 και την Κοιλιακή Μαρμαρυγή που διοργάνωσαν ο Δήμος Καλλιθέας και το Ελληνικό Διαδημοτικό Δίκτυο Υγιών Πόλεων, τη Δευτέρα 23 Οκτωβρίου 2017, στο Β΄ ΚΑΠΗ του Δήμου. Η ημερίδα τελούσε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) και της Πανελληνίας Ομοσπονδίας Σωματείων – Συλλόγων Ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη (ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ). Χορηγός της εκδήλωσης ήταν η εταιρεία Boehringer Ingelheim Ελλάς. Τη συζήτηση συντόνισε η κ. Ζαχαρούλα Κυριακάκη, Πνευμονολόγος του Δημοτικού Κέντρου Υγείας του Δήμου Καλλιθέας. Ο Πρόεδρος του ΕΔΔΥΠΠΥ και της ΚΕΔΕ, κ. Γιώργος Πατούλης, Δήμαρχος Αμαρουσίου, δήλωσε: «Χαιρετίζουμε τη συμμετοχή του Δήμου Καλλιθέας, μέλους του Δικτύου μας, στο πρόγραμμα ενημέρωσης για την πρόληψη του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2 και της Κοιλιακής Μαρμαρυγής. Η προστασία της υγείας μας από τις σοβαρές αυτές παθήσεις, απαιτεί ευρεία ευαισθητοποίηση, έγκαιρα και έγκυρα ενημερωμένους πολίτες, στόχος που κατορθώνεται μέσω τέτοιων επιτυχημένων συνεργασιών».



Το ενημερωτικό σκέλος της εκδήλωσης ξεκίνησε με τον κ. Νίκο Τεντολούρη, Πρόεδρο της ΕΛΟΔΙ, Αναπληρωτή Καθηγητή Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής και Ειδικής Νοσολογίας & Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α. Λαϊκό. Ο κ. Τεντολούρης, αναφέρθηκε στη μάστιγα του διαβήτη, που πλέον είναι εμφανής και στη χώρα μας, και στην ανάγκη τόσο της έγκαιρης πρόληψης όσο και της παρακολούθησης του ασθενή με στόχο τη σωστή ρύθμιση της αγωγής. Στη συνέχεια

παρουσίασε τις δράσεις της ΕΛΟΔΙ, η οποία στοχεύει στη βελτίωση της υγείας και της περιθαλψίας των ατόμων με διαβήτη. Κλείνοντας την ομιλία του, αναφέρθηκε εκτεταμένα στο ρόλο και τη σημασία των συλλόγων ασθενών και κάλεσε όλους τους παραβρισκόμενους να απευθύνονται στους συλλόγους, αλληλά και να γραφτούν σε αυτούς και να γίνουν ενεργά τους μέλη.

Στη συνέχεια, παρουσιάστηκε αναλυτικά το θέμα του Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2. Την ομιλία πραγματοποίησε η κ. Ουρανία Ζαχαροπούλου, Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διευθύντρια Διεύθυνσης Κοινωνικής Αντίληψης Δήμου Αθήναι. Η κ. Ζαχαροπούλου ανέλυσε τους παράγοντες κινδύνου, τα συμπτώματα και τους τρόπους διάγνωσης της νόσου, τονίζοντας την αύξηση που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια. Αύξηση η οποία κατά κύριο λόγο οφείλεται στην αλλαγή του τρόπου ζωής του σύγχρονου ανθρώπου. Επεσήμανε δε, ότι η νόσος θα πρέπει να αντιμετωπίζεται άμεσα με τη βοήθεια του ειδικού ιατρού για την αποφυγή επικίνδυνων για την υγεία επιπλοκών. Η κ. Ζαχαροπούλου αναφέρθηκε και στις καρδιαγγειακές επιπλοκές που προκαλεί ο διαβήτης, και τόνισε τη σημασία της κατάλληλης αγωγής που θα πρέπει να λαμβάνουν οι διαβητικοί ασθενείς, προκειμένου να προστατεύονται από τον καρδιαγγειακό κίνδυνο μένοντας παράλληλα ρυθμισμένοι ως προς τα επίπεδα σακχάρου.

Κατά το δεύτερο μέρος της εκδήλωσης αναπτύχθηκε το θέμα της κοιλιακής μαρμαρυγής από τον καρδιολόγο κ. Σταύρο Λυρόπουλο, τ. Research Fellow Καρδιολογικής Κλινικής Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Μάαστριχτ Ολλανδίας. Ο κ. Λυρόπουλος ανέφερε χαρακτηριστικά ότι η κοιλιακή μαρμαρυγή είναι μια καρδιακή αρρυθμία που η εμφάνισή της αυξάνεται με την ηλικία. Χρήζει ιδιαίτερης προσοχής, καθώς είναι υπεύθυνη για έως και το 30% των αγγειακών εγκεφαλικών επεισοδίων. Τα συνθή συμπτώματά της είναι η αίσθηση "φτερουγίσματος", η εύκολη κόπωση, η δύσπνοια κ.α., ωστόσο μπορεί να είναι και τελείως ασυμπτωματική. Ο ομιλητής τόνισε ότι είναι απαραίτητη η προσφυγή στον ειδικό ιατρό για την έγκαιρη διάγνωση της και την άμεση έναρξη θεραπείας. Στο σημείο αυτό, ο



κ. Λυρόπουλος αναφέρθηκε και στο ζήτημα της αντιμετώπισης της κοιλιακής μαρμαρυγής. «Δεν έχουμε να αντιμετωπίσουμε την κοιλιακή μαρμαρυγή, αλλά τον ασθενή με κοιλιακή μαρμαρυγή», τόνισε ο εισηγητής, ο οποίος στη συνέχεια παρουσίασε τις κλασσικές και τις νεότερες μεθόδους αντιμετώπισης της νόσου. Ο κ. Λυρόπουλος ανέπτυξε τις εξελίξεις στον τομέα της αντιπηκτικής αγωγής που δίνεται στους ασθενείς αυτούς, επισημαίνοντας το ρόλο της ιδιαιτερότητας του ασθενή στην επιλογή του κατάλληλου αντιπηκτικού. Ακολούθησε συζήτηση, όπου απαντήθηκαν από τους ομιλητές ερωτήματα του κοινού σχετικά και με τις δύο παραπάνω παθήσεις. Τέλος, στο πλαίσιο της εκδήλωσης πραγματοποιήθηκαν για όσους παραβρέθηκαν δωρεάν εξετάσεις για σακχαρώδη διαβήτη (μετρήσεις γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης). ¹

Η Ascensia Diabetes Care γιορτάζει την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη με οδηγό τις γυναίκες

Με ένα ξεχωριστό τρόπο επέλεξε να γιορτάσει την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη 2017, η εταιρεία Ascensia Diabetes Care, δημοσιεύοντας 30 πορτρέτα γυναικών που αποτελούν πηγή έμπνευσης και συμβάλλουν σημαντικά στην προώθηση της φροντίδας του διαβήτη. Το φετινό θέμα της Παγκόσμιας Ημέρας του Διαβήτη είναι «Γυναίκες και Διαβήτη» και μέσω αυτής της πρωτοβουλίας, η Ascensia στοχεύει στην αύξηση της παγκόσμιας ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης του κοινού σχετικά με τον διαβήτη και στην ενίσχυση των μηνυμάτων της Διεθνούς Ομοσπονδίας Διαβήτη (International Diabetes Federation). Τα ψηφιακά πορτρέτα των γυναικών από όλο τον κόσμο έχουν ζωγραφιστεί με το χέρι σε συσκευές tablet. Θα δημοσιευθούν στο διαδίκτυο και στα social media, προκειμένου να συμμετάσχουν μέλη του κοινού και να κινητοποιηθούν για να υποστηρίξουν την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη 2017.

Τα πορτρέτα εμφανίζονται στα Μέσα Κοινωνικής Δικτύωσης Facebook, Twitter και Instagram, μαζί με το βίντεο που δείχνει το πως ζωγραφίστηκε το κάθε έργο τέχνης. Στις αξιόλογες γυναικείες παρουσίες που συμμετείχαν στην εκστρατεία της Ascensia περιλαμβάνονται ασθενείς, επαγγελματίες υγείας, επιστήμονες, δημοσιογράφοι, φροντιστές και εργαζόμενοι στην Ascensia Diabetes Care και στην Panasonic Healthcare. Όλα τα πορτρέτα διατίθενται και στη διεύθυνση <http://www.ascensia.com/wdd2017>.

Για την Ελλάδα, έχει επιλεγεί ως πρέσβειρα της εκστρατείας η Σοφία Μανέα, πρόεδρος της Πανελληνίας Ένωσης Αγώνος κατά του Νεανικού Διαβήτη και μέλος της ένωσης Μαζί για το Παιδί. Η Σοφία διαγνώστηκε με διαβήτη σε ηλικία 11 ετών και έγινε πρότυπο για πολλά παιδιά καταφέροντας να ξεχωρίσει τόσο στις σπουδές της όσο και στον αθλητισμό. Μέσω της σκληρής δουλειάς της, βελτίωσε τις συνθήκες διαβίωσης των παιδιών με διαβήτη στην Ελλάδα, συμμετέχοντας σε ενημερωτικές εκστρατείες και εκπαιδευτικές δρα-

στηριότητες για τη δημιουργία νέων καθημερινών συμπεριφορών σε σχέση με τον διαβήτη. Η Σοφία έχει αναλάβει επίσης την οργάνωση και υλοποίηση του θεσμού των θερινών κατασκηνώσεων για παιδιά με διαβήτη που αποτελεί μια εξαιρετική βιωματική διαδικασία εκπαίδευσης, ψυχαγωγίας και ξεγνοιασιάς για δεκάδες παιδιά κάθε χρόνο.

Το φετινό θέμα της Παγκόσμιας Ημέρας Διαβήτη τονίζει ότι ο διαβήτης εξακολουθεί να είναι ένα κρίσιμο πρόβλημα παγκόσμιας υγείας που αφορά τις γυναίκες, παρά την πρόοδο που έχει σημειωθεί. Μέσω αυτού του θέματος η Διεθνής Ομοσπονδία Διαβήτη αναδεικνύει τη σημασία της προσιτής και ισότιμης πρόσβασης σε υπηρεσίες υγείας για τις γυναίκες με διαβήτη. Στις μέρες μας, 1 στις 10 γυναίκες σε όλο τον κόσμο έχει διαβήτη. Πολλές από αυτές δεν έχουν πρόσβαση στη σωστή εκπαίδευση, θεραπεία ή γενικότερη φροντίδα του διαβήτη, πράγμα που οδηγεί σε κακοδιαχείριση του διαβήτη, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές. Πάνω από 199 εκατομμύρια γυναίκες ζουν με διαβήτη, αριθμός που αναμένεται να αυξηθεί στα 313 εκατομμύρια μέχρι το 20401.

Ο Michael Kloss, Πρόεδρος και Διευθύνων Σύμβουλος της Ascensia Diabetes Care, δήλωσε: "Είμαστε ενθουσιασμένοι που γιορτάζουμε την Παγκόσμια Ημέρα του Διαβήτη 2017 παρουσιάζοντας τις αξιόλογες γυναίκες που έχουν βαθιές επιρροές στον τομέα του διαβήτη. Ως εταιρεία που εξειδικεύεται αποκλειστικά στον τομέα του διαβήτη, είμαστε περήφανοι που προσφέρουμε τη στήριξη μας στην ευαισθητοποίηση της κατάστασης και ποιος καλύτερος τρόπος για να γιορτάσουμε την Παγκόσμια Ημέρα Διαβήτη από την προβολή των γυναικών που αποτελούν έμπνευση, έχουν κάνει και θα συνεχίσουν να κάνουν σημαντική διαφορά για τα άτομα με διαβήτη. Ελπίζουμε ότι τα έργα τέχνης αυτών των γυναικών θα τραβήξουν την προσοχή του κοινού και θα βοηθήσουν στην ευαισθητοποίηση για το διαβήτη παγκοσμίως σε αυτή την κρίσιμη ημέρα ευαισθητοποίησης". 



ΡΕΠΟΡΤΑΖ ΜΑΡΙΑ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ



Η διοργάνωση του 11^{ου} Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΛΟΔΙ

«Σακχαρώδης Διαβήτης: Η σύγχρονη επιδημία του αιώνα μας - Η γνώμη είναι δύναμη!» ήταν το φετινό μήνυμα του 11ου Πανελληνίου Συνεδρίου της ΕΛΟΔΙ, που πραγματοποιήθηκε στις 21 και 22 Οκτωβρίου 2017 στο Ξενοδοχείο Mare Nostrum Hotel Thalasso, στην περιοχή της Βραυρώνας, στην Αττική, με μεγάλη επιτυχία. Η συμμετοχή του κόσμου ήταν πολύ μεγάλη, και τόσο το πρόγραμμα του συνεδρίου, που περιελάμβανε πλούσιες και εμπειρισταωμένες θεματικές ενότητες, όσο και οι διάφοροι ομιλητές που συμμετείχαν, προσέφεραν πληθώρα πληροφοριών και ενημέρωσης σε θέματα που αφορούν ιδιαίτερα τα άτομα με διαβήτη. Εκείνο που χαροποίησε ιδιαίτερα την οργανωτική επιτροπή είναι η ενεργή συμμετοχή των νέων ατόμων με διαβήτη τύπου 1, τα οποία μας παρουσίασαν τις ενέργειες και την εμπειρία που αποκόμισαν από την συμμετοχή τους σε ευρωπαϊκούς και διεθνείς οργανισμούς για το διαβήτη. Η συμμετοχή των νέων παιδιών σε οργανωμένες ομάδες και κοινωνικούς φορείς

που αφορούν τον διαβήτη απέφερε καρπούς και πολύτιμη εμπειρία στα παιδιά αυτά, τα οποία θέλουν να χρησιμοποιήσουν την γνώση αυτή σε αντίστοιχες διοργανώσεις στην χώρα μας.

Το συνέδριο παρακολούθησαν με μεγάλο ενδιαφέρον τα μέλη των συλλόγων της ΕΛΟΔΙ από όλη την Ελλάδα, καθώς επίσης και πλήθος κόσμου από την Αττική. Ιδιαίτερη συγκίνηση προκάλεσε σε ολόκληρη την αίθουσα η ομιλία του κυρίου Φώτη Παυλάτου ο οποίος για ακόμη μια φορά καθήλωσε τον κόσμο μέσα στην αίθουσα, με την ευαισθησία και τον ποιητικό του λόγο. Ο κύριος Παυλάτος, αφού έκανε μια μικρή αναδρομή για τα επιτεύγματα και τις νεότερες εξελίξεις που αφορούν την αντιμετώπιση του διαβήτη, συγκέρασε αρμονικά το ρόλο της επιστήμης με την ποίηση, παρουσιάζοντας ένα μοναδικό ποίημα. Με την παρουσία τους, αλλιά και με μια μικρή τοποθέτηση στην αρχή της εκδήλωσης, τίμησαν το συνέδριο, ο κ. Σωτήριος Μεθενίτης, Δήμαρχος Μαρκοπούλου,





ο κ. Γεώργιος Δημητριάδης, πρόεδρος της ΕΔΕ, ο κ. Μιχάλης Μέζος, Αντιπρόεδρος του Παγκύπριου Διαβητικού Συνδέσμου, η κα. Μαρία Τριανταφύλλου, υπεύθυνη επικοινωνίας της ΠΟΣΣΑΣΔΙΑ, και ο κ. Θεόδωρος Αλεξανδρίδης, Πρόεδρος της Ομάδας Εργασίας για το Διαβήτη και Καθηγητής Ιατρικής της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Πατρών. Στην ομιλία του ο τ. Πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Νίκος Τεντολούρης αναφέρθηκε στο υψηλό αίσθημα ευθύνης που έχει η ΕΛΟΔΙ και στην σημασία του να συνεχίσει το δύσκολο έργο της. Αναφέρθηκε στην μεγάλη συμμετοχή του κόσμου η οποία γεμίζει με μεγαλύτερη ευθύνη όλους προκειμένου να συνεχίσουν το έργο της ΕΛΟΔΙ. Κλείνοντας την ομιλία του ο κ. Τεντολούρης ευχαρίστησε τους ομιλητές του συνεδρίου, την επιστημονική επιτροπή, και όλους όσοι συνέβαλαν στην άρτια οργάνωση του 11ου συνεδρίου. Ο κ. Τεντολούρης δεν παρέλειψε να ευχαριστήσει ιδιαίτερα όλες τις εταιρείες οι οποίες με τη συμμετοχή τους στο συνέδριο συνέβαλαν ουσιαστικά στη διοργάνωση του συνεδρίου.

ΠΟΙΗΜΑ ΤΟΥ ΦΩΤΗ ΠΑΥΛΑΤΟΥ

Δώσ' μου το χέρι σου
Κι έλα να βαδίσουμε μαζί
Στους δρόμους της ελπίδας
Στους δρόμους που οδηγούν
Στο Έβερест των ονείρων μας
Στο Έβερест των οραμάτων μας.
Χρόνια και χρόνια
Οι σκαπανείς της έρευνας
Τους δρόμους ανοίγουν της ελπίδας
Στα δύσβατα ψάχνουν μονοπάτια
Του «γλυκού μυστηρίου» να βρουν τη λύση
Και στην κορφή να φτάσουν του θριάμβου.
Προσμένοντας την αυγή
της καινούργιας σου ζωής
κράτα γερά τα βήματα σου
και με τη δύναμη της ψυχής σου
μη σταματάς να ονειρεύεσαι.
Δώσ' μου το χέρι σου
Κι έλα να βαδίσουμε μαζί
Στους δρόμους της ελπίδας! 

ΖΩΓΡΑΦΟΣ

• ΝΕΑ ΣΕΙΡΑ ΠΡΟΪΟΝΤΩΝ •

Slim Line

Slim Line
GREEN CRYSTAL
Από 100% φυσικές
γλυκαντικές ουσίες
Έχει χαμηλό
γλυκαιμικό δείκτη
Με κρυσταλλική
μορφή ιδανική
για ζαχαροπλαστική



Slim Line
GREEN
• Έχει τέλεια γεύση
• Δεν επηρεάζει
τα επίπεδα σακχάρου
στο αίμα.
• Βράζεται
και ψήνεται
χωρίς να χάνει
τη γλυκύτητα του

ΖΑΧΑΡΗ		
1 κ. γλυκού (5g)	=	1 κ. γλυκού (0,5g)
20 kcal		2 kcal
	=	1/5 κ. γλυκού (1g)
		4 kcal

ΤΑΡΤΑ ΜΕ ΜΑΡΜΕΛΑΔΑ ΦΡΑΟΥΛΑ

ΥΛΙΚΑ (για 12 άτομα)

- 1 φύλλο σφολιάτας
- 1 κουτ. του γλυκού βούτυρο
- 6 κουτ. της σούπας μαρμελάδα Light ΖΩΓΡΑΦΟΣ φράουλα
- 200 γραμ. φράουλες κομμένες σε φέτες
- ½ κουτ. της σούπας Slim Line GREEN CRYSTAL ή 2 κουτ. της σούπας Slim Line GREEN

ΕΚΤΕΛΕΣΗ

Αλείψετε ένα ταψί με το βούτυρο, απλώνετε το φύλλο σφολιάτας από πάνω και το τρυπάτε με ένα πιρούνι. Απλώνετε ομοιόμορφα τη μαρμελάδα πάνω στο φύλλο, αφήνοντας ένα περιθώριο 1,5 εκατοστού γύρω-γύρω. Τοποθετείτε τις φέτες φράουλας, πασπαλίζετε με το γλυκαντικό και ψήνετε για 20-25 λεπτά, σε προθερμασμένο φούρνο στους 175°C, μέχρι να φουσκώσει το φύλλο και να πάρει χρώμα. Προαιρετικά, συνοδεύετε την τάρτα με κρέμα γάλακτος χτυπημένη σε συνταγή με το γλυκαντικό της αρεσκειάς σας. **TIP** Εναλλακτικά, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε μαρμελάδα και κομμάτια φρούτου της αρεσκειάς σας.

Για πληροφορίες και βιβλίο συνταγών τηλεφωνήστε στο 210 4220320 ή επισκεφθείτε την ιστοσελίδα μας www.zografosdiet.gr

 facebook.com/zografos.diet



ΜΑΛΛΙΑΣ Α. ΙΩΑΝΝΗΣ,

Χειρουργός Οφθαλμίατρος, Διδάκτωρ της Ιατρικής Σχολής Αθηνών, μετεκπαιδευθείς στην Πανεπιστημιακή Οφθαλμολογική Κλινική του Πανεπιστημίου Columbia της Νέας Υόρκης των ΗΠΑ, Επιστημονικός Υπεύθυνος Οφθαλμολογικού Διαγνωστικού Κέντρου Laser Plus Eye

ΜΥΛΟΒΑ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ

Οπτικός-Οπτομέτρης, απόφοιτος του τμήματος Οπτικής και Οπτομετρίας του ΑΤΕΙ Αθηνών, Οπτομέτρης Οφθαλμολογικού Διαγνωστικού Κέντρου Laser Plus Eye

Διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας: πρόληψη και αντιμετώπιση

Ο σακχαρώδης διαβήτης αποτελεί σήμερα ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας. Σύμφωνα με τη Διεθνή Ομοσπονδία για το Διαβήτη (International Diabetes Federation-IDF) για το έτος 2014 υπολογίστηκε ότι 387 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως νοσούσαν από σακχαρώδη διαβήτη (το 8,3% του γενικού πληθυσμού), με την επίπτωση της νόσου να παρουσιάζει μια συνεχώς αυξανόμενη τάση.

Οι ασθενείς που πάσχουν από διαβήτη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επιπλοκών στους οφθαλμούς σε σχέση με ασθενείς χωρίς διαβήτη. Οι συχνότερες επιπλοκές είναι καταρράκτης, γλαύκωμα, απόφραξη φλέβας αμφιβληστροειδούς, πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια, ελάττωση αισθητικότητας κερατοειδούς, αμφιβληστροειδοπάθεια.

Όπως είναι γνωστό, ο σακχαρώδης διαβήτης προσβάλλει τα

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

▶ Απόφραξη των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει ισχαιμία (ελλειμματική αιμάτωση) και υποξία. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την δημιουργία ενός αγγειογενετικού παράγοντα (VEGF) από τον ισχαιμικό αμφιβληστροειδή σε μία προσπάθεια του οργανισμού να επαναιματώσει τις περιοχές του αμφιβληστροειδούς που δεν αιματώνονται ικανοποιητικά. Αυτός ο αγγειογενετικός παράγοντας (VEGF) έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία νεοπλαστών αγγείων στον αμφιβληστροειδή, στην κεφαλή του οπτι-



κού νεύρου και στην ίριδα.

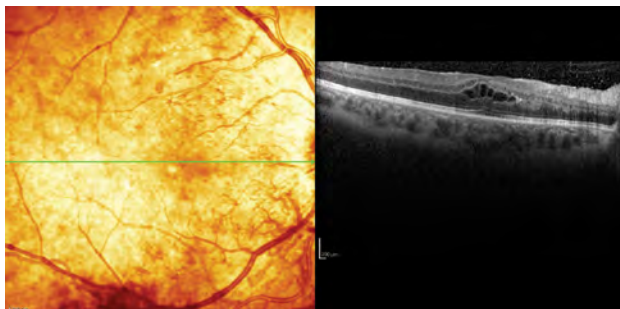
- Διαρροή των μικρών αγγείων, η οποία επιφέρει διάχυτο ή εστιακό οίδημα του αμφιβληστροειδούς.

Όταν το οίδημα αυτό εντοπίζεται στην ωχρά κηλίδα, τότε η οπτική οξύτητα μειώνεται.

ΚΑΤΗΓΟΡΙΕΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΗΣ ΑΜΦΙΒΛΗΣΤΡΟΕΙΔΟΠΑΘΕΙΑΣ

• Διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια υποστρώματος:

Χαρακτηρίζεται από αιμορραγίες, μικροανευρίσματα, σκληρά εξιδρώματα και οίδημα αμφιβληστροειδούς. Στην κατηγορία αυτή δεν αναπτύσσονται νεοαγγεία.



Εικόνα 1: Ασθενής με παραγωγικού τύπου διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας.

• Παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια:

Χαρακτηρίζεται από την παρουσία νεοαγγείων στην κεφαλή του οπτικού νεύρου ή σε άλλη περιοχή του αμφιβληστροειδούς. Ο κίνδυνος απώλειας της όρασης από αιμορραγία των νεοαγγείων είναι άμεσος. Οι ασθενείς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια είναι δυνατόν να πάθουν ελκτική αποκόλληση του αμφιβληστροειδούς από έλξεις ινοαγγειακών μεμβρανών.

Παλαιότερα, ο βασικός τρόπος θεραπείας των ασθενών με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια ήταν η παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία με laser. Με τη χρήση του laser ο οφθαλμίατρος προκαλούσε μικρά εγκαύματα στις ισχαιμικές περιοχές του αμφιβληστροειδούς με σκοπό την υποστροφή των νεοαγγείων και έτσι την υποχώρηση του διαβητικού οιδήματος. Η θεραπεία ήταν αποτελεσματική στις περισσότερες περιπτώσεις αλλά στα μειονεκτήματά της χρήσης του laser είναι η μείωση του οπτικού πεδίου των ασθενών λόγω των προκληθέντων εγκαυμάτων.

Από μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια, διαπιστώθηκε ότι σε οφθαλμούς με παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας βρέθηκε μεγάλη ποσότητα της ουσίας Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF) η οποία προάγει την ανάπτυξη καινούργιων αγγείων και είναι μία απάντηση του οργανισμού στην ισχαιμία. Οι αντιαγγειογενετικοί παράγοντες είναι μο-

νοκλωνικά αντισώματα που δεσμεύουν τον VEGF. Τα τελευταία χρόνια γίνεται χρήση παραγόντων anti-VEGF για την αντιμετώπιση της παραγωγικής διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί, και συγκρίνουν την χρήση laser με τις ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις anti-VEGF παραγόντων για την παραγωγική διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια, έχει διαπιστωθεί πως στους ασθενείς που ακολούθησαν αγωγή με εγχύσεις, το ποσοστό που χρειάστηκε επέμβαση υαλοειδεκτομής για να αντιμετωπιστούν επιπλοκές από τη νόσο ήταν μικρότερο συγκριτικά με εκείνους που υπεβλήθησαν σε παναμφιβληστροειδική φωτοπηξία.

ΔΙΑΒΗΤΙΚΟ ΟΙΔΗΜΑ ΩΧΡΑΣ ΚΗΛΙΔΑΣ

Το διαβητικό οίδημα ωχράς κηλίδας (ΔΟΩ) αφορά στη συσσώρευση υγρού στις στοιβάδες του αμφιβληστροειδούς (Εικόνα 1). Μπορεί να προκύψει σε οποιαδήποτε φάση εξέλιξης της διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και είναι η σημαντικότερη αιτία μείωσης της οπτικής οξύτητας των διαβητικών ασθενών. Υπάρχουν δύο είδη διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας, τα οποία κατατάσσονται ανάλογα με τον τρόπο που εισέρχεται το υγρό στην ωχρά κηλίδα:

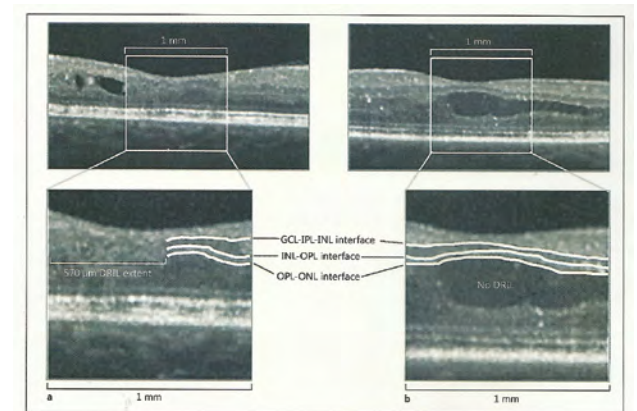
- Το εστιακό διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, το οποίο οφείλεται σε μικροανωμαλίες στα αιμοφόρα αγγεία, γνωστές ως μικροανευρίσματα.
- Το διάχυτο διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, οποίο οφείλεται σε διεύρυνση των τριχοειδών του αμφιβληστροειδούς, των μικρών δηλαδή αιμοφόρων αγγείων που βρίσκονται στο πίσω μέρος του ματιού.

Στα επιπλέον συμπτώματα του διαβητικού οιδήματος περιλαμβάνονται: η παραμόρφωση της εικόνας, η φωτοφοβία, η μείωση της ευαισθησίας στην αντίθεση, οι διαταραχές της αντίληψης των χρωμάτων και τα παράκεντρα σκοτώματα.

Διάφοροι παράγοντες σχετίζονται με το ΔΟΩ και την πρόγνωση της πάθησης αυτής. Ο κυριότερος παράγοντας είναι τα αυξημένα επίπεδα γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c).

Η διάσπαση του αιματοαμφιβληστροειδικού φραγμού οδηγεί στη διαρροή των συστατικών του πλάσματος στον περιβάλλοντα αμφιβληστροειδή, γεγονός που οδηγεί σε αμφιβληστροειδικό οίδημα. Όταν το ΔΟΩ αφεθεί χωρίς θεραπεία πάνω από το 50% των ασθενών θα εμφανίσει απώλεια της όρασης ≥ 10 γράμματα σε διάστημα 2 ετών.

Η αρτηριακή υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία, η διαβητική νε-



Εικόνα 2: Χαρακτηριστική απεικόνιση παρουσίας και απουσίας DRILL (disorganization of the retinal inner layers). Στην αριστερή πλευρά της εικόνας απεικονίζεται ένας αμφιβληστροειδής με DRILL, οι στιβάδες του δηλαδή δεν μπορούν να διαχωριστούν στην εξέταση OCT λόγω θλάθης από την διαβητική αμφιβληστροειδοπάθεια και το διαβητικό οίδημα. Στη δεξιά πλευρά της εικόνας παρατηρείται αμφιβληστροειδής με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, του οποίου όμως οι στιβάδες μένουν διακριτές παρά το οίδημα. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε, οφθαλμοί που παρουσίασαν DRILL είχαν μικρότερη βελτίωση της οπτικής οξύτητας μετά την απορρόφηση του υγρού, σε σχέση με οφθαλμούς που δεν παρουσίαζαν DRILL.

φροπάθεια και το κάπνισμα είναι επίσης σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση και την πρόγνωση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς.

Ο βασικός τρόπος διάγνωσης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας γίνεται με τη διενέργεια φθουροαγγειογραφίας. Η εξέλιξη των απεικονιστικών μηχανημάτων τα τελευταία χρόνια, και συγκεκριμένα της Οπτικής Τομογραφίας Συνохής (OCT), δίνει νέες δυνατότητες στη διάγνωση και την παρακολούθηση της νόσου. Μέσω της OCT (και της OCT αγγειογραφίας) μπορούν να απεικονιστούν οι αγγειακές δομές του αμφιβληστροειδή και να απεικονιστεί η ύπαρξη ένδο- ή υπο-αμφιβληστροειδικού υγρού. Αυτή η δυνατότητα είναι πολύ χρήσιμη για ασθενείς που είναι αλλεργικοί στη φθουροσείνη, τη χρωστική που είναι απαραίτητη για τη διενέργεια φθουροαγγειογραφίας, τους υπερήλικες και τους καρδιοπαθείς. Παρόλα αυτά, η διενέργεια φθουροαγγειογραφίας είναι προτιμότερη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας καθώς το OCT δεν έχει τη δυνατότητα απεικόνισης των αγγείων που διαρρέουν το υγρό.

Μετά τη διενέργεια της πρώτης φθουροαγγειογραφίας, για την παρακολούθηση της πορείας της νόσου και της



ανταπόκρισης της αγωγής, το OCT παρέχει πολύ χρήσιμα μορφολογικά στοιχεία, όπως το κεντρικό πάχος του αμφιβληστροειδούς (CRT), πιθανό οίδημα, περιοχές υπο- και υπερφθορισμού, δομικές αλλαγές στους φωτοϋποδοχείς και στην ELM (έξω αφοριστική μεμβράνη) μεμβράνη, πιθανή ύπαρξη επιαμφιβληστροειδικής μεμβράνης, αλλαγές στο πάχος του χοριοειδούς και αποδιοργάνωση των εσωτερικών στιβάδων του αμφιβληστροειδούς (disorganization of inner retinal layers-DRILL) η οποία παίζει καθοριστικό ρόλο για την οπτική οξύτητα του ασθενή μετά την υποχώρηση του οιδήματος (**Εικόνα 2**). Ακόμα μπορεί να απεικονίσει την πρόσφυση, ή την έλξη που ασκεί το υαλοειδές σώμα στον αμφιβληστροειδή.

Για πολλά χρόνια ο βασικός τρόπος αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας ήταν η θεραπεία με laser, η οποία σκοπό είχε να δημιουργήσει εγκαύματα σε κάποιες ατροφικές περιοχές του αμφιβληστροειδούς ώστε να αυξηθεί η αιμάτωση και οξυγόνωση των λοιπών περιοχών και να υποχωρήσει το οίδημα.

Σε συγκριτικές μελέτες που έχουν γίνει τα τελευταία χρόνια ανάμεσα στη θεραπεία με laser και την ενδοϋαλοειδική έγχυση anti-VEGF παραγόντων έχει αποδειχθεί πως τα οφέλη των εγχύσεων στην μορφολογική δομή του αμφιβληστροειδούς, την ταχύτητα απορρόφησης του υγρού αλλά και την οπτική αποκατάσταση μετά την υποχώρηση του οιδήματος είναι καλύτερα. Αυτό καθιστά τις ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις

anti-VEGF την πρώτη γραμμή αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Οι anti-VEGF παράγοντες που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας είναι το ranibizumab, το aflibercept και το bevacizumab (το οποίο χρησιμοποιείται ορισμένες φορές παρότι δεν έχει την ανάλογη έγκριση για οφθαλμική χρήση).

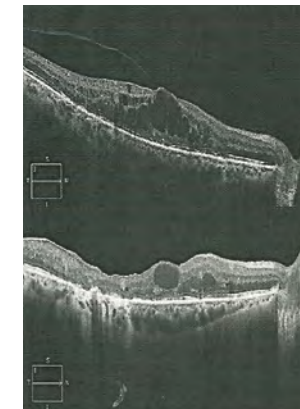
Συγκριτική μελέτη έχει ακόμη διεξαχθεί και για να διαπιστωθεί ποια από τις τρεις ουσίες παρουσιάζει τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη βελτίωση της οπτικής οξύτητας, την ανατομική αποκατάσταση του αμφιβληστροειδούς και την διάρκεια του αποτελέσματος. Σύμφωνα με τη μελέτη αυτή (Protocol T study), η οποία διήρκησε 2 χρόνια και συμπεριέλαβε συνολικά 660 ασθενείς με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας, κατά τον πρώτο χρόνο η δραστική ουσία aflibercept είχε το προβάδισμα, προσφέροντας ελαφρώς πιο βελτιωμένη οπτική οξύτητα, ενώ ακολουθούσαν οι ranibizumab και bevacizumab για τους οφθαλμούς που συμμετείχαν στη μελέτη και είχαν τη λιγότερο επηρεασμένη οπτική οξύτητα. Στο δεύτερο χρόνο της μελέτης η οπτική οξύτητα στα γκρουπ του aflibercept και του ranibizumab ήταν η ίδια, με το γκρουπ του bevacizumab να ακολουθεί. Αυτό δείχνει πως η χρήση aflibercept είναι ίσως προτιμότερη εάν ο ασθενής βρίσκεται στην αρχή της εκδήλωσης του διαβητικού οιδήματος και η οπτική του οξύτητα είναι ακόμα σχετικά καλή. Εάν ένας ασθενής έχει εμφανίσει διαβητικό οίδημα και δεν έχει

λάβει έγκαιρη θεραπεία η οπτική του οξύτητα θα βελτιωθεί αλλιώς ενδεχομένως όχι όσο θα μπορούσε να βελτιωθεί με την έγκαιρη αντιμετώπιση.

Η θεραπεία με παράγοντες anti-VEGF ακολουθεί αρχικά μηνιαίο σχήμα, για τους πρώτους 3 - 6 μήνες, έως ότου σταθεροποιηθεί η οπτική οξύτητα και η ανατομική αποκατάσταση. Στη συνέχεια η αγωγή μπορεί να τροποποιηθεί ανάλογα με τις ανάγκες του κάθε ασθενή. Η τακτική παρακολούθηση ειδικά κατά τον πρώτο χρόνο της αγωγής είναι σημαντική. Διάφορες μελέτες που αφορούν τη χρήση anti-VEGF παραγόντων σε ασθενείς με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας δείχνουν πως η ανάγκη για επαναληπτική ένεση μειώνεται σημαντικά μετά τον πρώτο χρόνο αγωγής. Το πρωτόκολλο «treat and extend» θεωρείται ένα ευέλικτο και αποδοτικό σχήμα αγωγής με anti-VEGF παράγοντες, που σκοπό έχει να μεγαλώσει τα διαστήματα ανάμεσα στις ενδοϋαλοειδικές εγχύσεις.

Υπάρχουν πρόσφατες ενδείξεις πως ο ρόλος της φλεγμονής στην ανάπτυξη διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας είναι σημαντικός. Τα κορτικοστεροειδή έχουν αντιφλεγμονώδη δράση μέσα από διάφορους μηχανισμούς, συμπεριλαμβανομένου του μηχανισμού μείωσης της σύνθεσης φλεγμονωδών παραγόντων και μείωσης σύνθεσης VEGF παραγόντων. Σκευάσματα για ενδοφθάλμια χρήση με σκοπό την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας είναι η triamcinolone acetonide, η dexamethasone και η fluocinolone acetonide. Η triamcinolone acetonide ακολουθεί μηνιαίο σχήμα ενώ η dexamethasone και η fluocinolone acetonide αποτελούν κορτικοστεροειδή βραδείας αποδέσμευσης και έχουν δράση μέσα στον οφθαλμό μερικούς μήνες (4 - 6 μήνες η dexamethasone και 12 μήνες η fluocinolone acetonide).

Τα κορτικοστεροειδή έχουν ένδειξη να χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας σε ασθενείς με μειωμένη όραση από το οίδημα που έχουν ήδη υποβληθεί σε επέμβαση καταρράκτη και δε δείχνουν κάποια βελτίωση ή δε μπορούν να μουν σε αγωγή με anti-VEGF παράγοντες (καρδιοπαθείς). Παρόλα αυτά, η πρώτη επιλογή σε θεραπεία παραμένουν οι παράγοντες anti-VEGF καθώς παρουσιάζουν καλύτερα αποτελέσματα και δεν έχουν και τις επιπλοκές των κορτικοστεροειδών οι οποίες είναι η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και η εμφάνιση καταρράκτη. Όλα τα παραπάνω καθιστούν τα κορτικοστεροειδή τη δεύτερη επιλογή αγωγής για το διαβητικό



Εικόνα 3: Πριν και μετά από επέμβαση υαλοειδεκτομής σε ασθενή με διαβητικό οίδημα της ωχράς κηλίδας και υαλο-ωχρική έλξη. Όπως φαίνεται και στην εικόνα, το οίδημα έχει ελαφρώς υποχωρήσει αλλά δεν έχει απορροφηθεί εντελώς, μετά την πάροδο 6 μηνών από την επέμβαση.

οίδημα της ωχράς κηλίδας. Μια ακόμα θεραπευτική προσέγγιση που έχει διερευνηθεί είναι η χειρουργική επέμβαση με τη μέθοδο της υαλοειδεκτομής για την αντιμετώπιση του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας. Η επέμβαση της υαλοειδεκτομής θα πρέπει να αποφασίζεται αφού ληφθεί υπ' όψιν η κατάσταση του υαλώδους σώματος και του αμφιβληστροειδή. Αν υπάρχει υαλο-ωχρική έλξη τότε ίσως να υπάρχει ένδειξη για επέμβαση υαλοειδεκτομής. Σε περιπτώσεις όπου η ενδοϋαλοειδική αγωγή με anti-VEGF, κορτικοστεροειδή και η αγωγή με laser δεν έχουν επιφέρει κάποια ανατομική βελτίωση ή βελτίωση στην οπτική οξύτητα και το υαλοειδές είναι ακόμη κολλημένο με τον αμφιβληστροειδή (**Εικόνα 3**) τότε υπάρχει ένδειξη για χειρουργική αντιμετώπιση. Με τη χειρουργική επέμβαση μπορεί να αποκατασταθεί σε μεγάλο βαθμό ανατομικά η περιοχή της ωχράς κηλίδας αλλά χωρίς αυτό να σημαίνει πως θα υπάρξει απαραίτητα βελτίωση στην οπτική οξύτητα.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας, ο σύγχρονος τρόπος αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας είναι με τη χρήση anti-VEGF παραγόντων. Σε περίπτωση που οι anti-VEGF παράγοντες δεν έχουν την επιθυμητή επίδραση μπορεί να γίνει αγωγή με κορτικοστεροειδή, ή ακόμα και με επέμβαση υαλοειδεκτομής σε περίπτωση όπου υπάρχει ένδειξη. Η χρήση laser μπορεί να συνοδεύσει κάποια αγωγή σε περίπτωση που κριθεί απαραίτητο, χωρίς να αποτελεί ιδιαίτερα καλή αντιμετώπιση της πάθησης από μόνη της. Όλοι οι παραπάνω τρόποι αντιμετώπισης του διαβητικού οιδήματος της ωχράς κηλίδας θα πρέπει να συνδυαστούν και με έλεγχο της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HbA1c) και τη διατήρηση αυτής σε φυσιολογικά επίπεδα (<6,5% - 7%).

Σακχαρώδης διαβήτης και οστεοπόρωση

Υπάρχει τρόπος να προληφθεί η εμφάνιση της πάθησης

Η συσχέτιση τόσο του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1) όσο και του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) με την οστεοπόρωση και τον αυξημένο καταγματικό κίνδυνο έχει απασχολήσει έντονα τη διεθνή βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, έχει καταδειχθεί ότι άτομα με ΣΔ1 παρουσιάζουν συνολικά μειωμένη οστική πυκνότητα, σε σύγκριση με άτομα της ίδιας ηλικίας χωρίς διαβήτη, καθώς και εξαπλόσιο κίνδυνο για κατάγματα ισχίου. Συνεπώς, ο ΣΔ1 θεωρείται ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για κατάγματα, και για αυτόν ακριβώς το λόγο έχει ενσωματωθεί στο μοντέλο υπολογισμού αυτού του κινδύνου, που ονομάζεται FRAX. Πολλοί μηχανισμοί έχουν προταθεί για την εξήγηση της παθοφυσιολογικής αυτής σύνδεσης, με κυριότερο αυτόν της διαταραχής του φυσιολογικού κύκλου αναγέννησης των οστών (bone remodeling). Φυσιολογικά, υπάρχει μια σχετική ισορροπία ανάμεσα στην οστική απορρόφηση και στην παραγωγή νέου οστίτη ιστού. Στα άτομα με ΣΔ1 η ισορροπία διαταράσσεται και η οστική απορρόφηση υπερέρχει της παραγωγής,

με αποτέλεσμα χαμηλή οστική πυκνότητα. Αυτό οφείλεται πιθανότατα στις ελαττωμένες συγκεντρώσεις ινσουλίνης και του αυξητικού παράγοντα IGF-1, που οδηγούν σε μειωμένη οστεοβλαστική δραστηριότητα. Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας, που συμβάλλει στη μείωση του ανασχηματισμού των οστών, είναι η συσσώρευση προϊόντων προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (AGEs) στο κολλαγόνο, ως αποτέλεσμα της υπεργλυκαιμίας.

Σχετικά με τον ΣΔ2, οι ενδείξεις για χαμηλή οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο κατάγματος υπάρχουν, αλλά είναι λιγότερο σαφείς σε σύγκριση με τον ΣΔ1. Σε μια μεταανάλυση μελετών, ο σχετικός κίνδυνος κατάγματος ισχίου σε άτομα με ΣΔ2 βρέθηκε 2,8 φορές πολλαπλάσιος στους άνδρες και 2,1 φορές πολλαπλάσιος στις γυναίκες, χωρίς σημαντικές διαφορές για αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων σε άλλες περιοχές του σώματος. Η μέτρηση της οστικής πυκνότητας είναι το χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την εκτίμηση του κινδύνου κατάγματος στο γενικό πληθυσμό. Στα άτομα με ΣΔ2 όμως φαίνεται

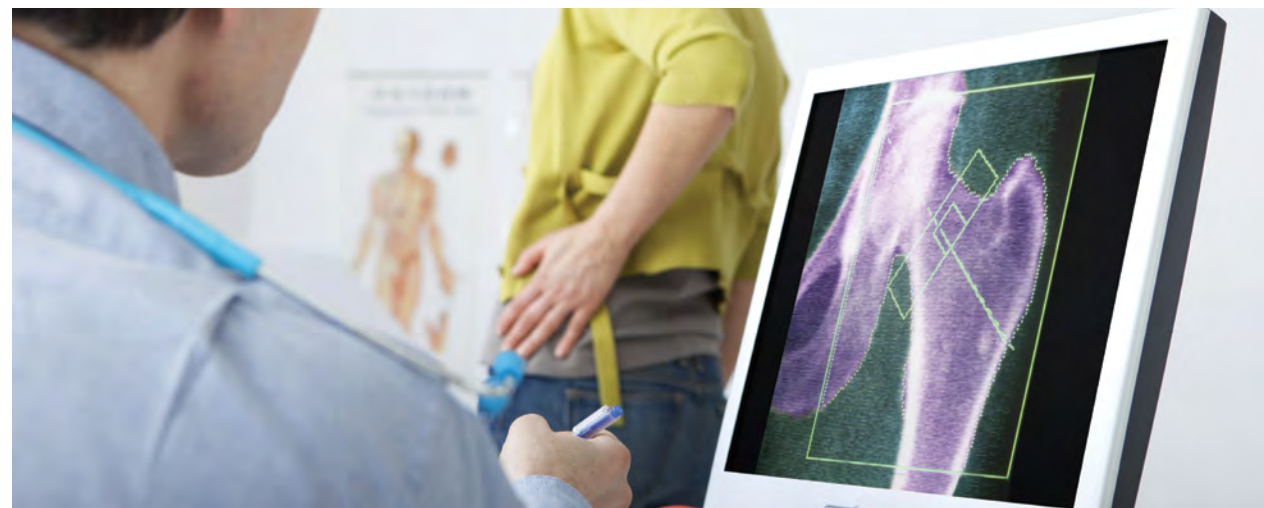


ΣΤΑΥΡΟΥΛΑ Α. ΠΑΣΧΟΥ

MD, PhD, Ενδοκρινολόγος - Διαβητολόγος,
Ιατρική Σχολή Εθνικό και Καποδιστριακό
Πανεπιστήμιο Αθηνών, School of Medicine
European University Cyprus

ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ ΒΡΥΩΝΙΔΟΥ

MD, PhD, Συντονίστρια Διευθύντρια, Τμήμα
Ενδοκρινολογίας - Διαβητολογικό Κέντρο, Γ.Ν.Α.
«Κοργιαλένιο - Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»



ότι δεν είναι τόσο αξιόπιστη μια κι έχει βρεθεί μειωμένη, φυσιολογική, ακόμα και αυξημένη σε διαφορετικές μελέτες σε σύγκριση με άτομα χωρίς διαβήτη. Η παρατήρηση αυτή θέτει το ζήτημα της μειωμένης ποιότητας των οστών, λόγω διαταραγμένης μικροαρχιτεκτονικής τους, που δεν αντικατοπτρίζεται πάντα στη μέτρηση της οστικής πυκνότητας. Αυτό αποδίδεται κυρίως σε συσσώρευση προϊόντων προχωρημένης γλυκοζυλίωσης (AGEs) ως αποτέλεσμα της υπεργλυκαιμίας. Άλλοι παράγοντες που συμβάλλουν αρνητικά είναι η παρουσία νεφρικής νόσου, η ανεπάρκεια βιταμίνης D, πιθανός συνυπάρχων υπογοναδισμός και η συστηματική χαμηλού βαθμού φλεγμονή, που αθροιστικά μειώνουν την ποιότητα και αντοχή των οστών. Επιπλοκές του σακχαρώδη διαβήτη, όπως αμφιβληστροειδοπάθεια και απώλεια της όρασης καθώς και περιφερική νευροπάθεια, αυξάνουν επίσης τον κίνδυνο πτώσεων και συνεπώς την πιθανότητα καταγμάτων.

Η υγιεινοδιατροφική αγωγή με αλληλαγία στις διατροφικές συνήθειες και η ένταξη της άσκησης στην καθημερινή ζωή αποτελούν τον ακρογωνιαίο λίθο στη διαχείριση των ασθενών με ΣΔ2, παράλληλα με τη φαρμακευτική αγωγή. Πολλοί φαρμακευτικοί παράγοντες είναι διαθέσιμοι, με διαφορετικές επιδράσεις ο καθένας στο μεταβολισμό των οστών και στον κίνδυνο καταγμάτων. Η μεταφορμίνη, οι σουλφονουλιδίες, οι θειαζολιδινεδιόνες, οι αναστολείς του ενζύμου DPP4, οι αγωνιστές του υποδοχέα του πεπτιδίου GLP1, οι αναστολείς επαναφοράς της γλυκόζης στα νεφρά (SGLT2) και η ινσουλίνη αποτελούν τα πιο συχνά χρησιμοποιούμενα φάρμακα. Η ινσουλίνη αποτελεί τη θεραπεία εκλογής για τα άτομα με ΣΔ1, λόγω αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων του πα-

γκρέατος και ανεπάρκειας παραγωγής ινσουλίνης. Πειραματικές μελέτες αλλιά και δεδομένα από μελέτες παρατήρησης υποδεικνύουν έναν προστατευτικό ρόλο της μεταφορμίνης στην υγεία των οστών. Η πλειονότητα των μελετών καταδεικνύουν ευεργετική, ή τουλάχιστον ουδέτερη, επίδραση στο μεταβολισμό των οστών και στον κίνδυνο κατάγματος και για τις σουλφονουλιδίες. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ο υψηλός κίνδυνος υπογλυκαιμικών επεισοδίων, που μπορεί να αυξήσει την συχνότητα των πτώσεων και συνεπώς των καταγμάτων σε αυτούς τους ασθενείς. Μέσα σε λίγα χρόνια από την έναρξη της κυκλοφορίας και χρήσης των θειαζολιδινεδιόνων για τη θεραπεία του ΣΔ2 προέκυψαν ενδείξεις για αρνητική τους επίδραση στην οστική πυκνότητα και αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων. Αυτή η αρνητική επίδραση επιβεβαιώθηκε αργότερα σε τυχαίοποιημένες κλινικές δοκιμές και μετααναλύσεις μελετών. Σχετικά με τους DPP4 αναστολείς, υπάρχουν περισσότερες ενδείξεις για ουδέτερη, ή και πιθανώς ευνοϊκή, επίδραση στην οστική υγεία. Τα αποτελέσματα των επιδράσεων των GLP1 αγωνιστών στον οστικό μεταβολισμό φαίνονται θετικά και υποσχόμενα, αλλά πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και έχοντας υπόψη ότι οι δοκιμές που τα κατέδειξαν δεν σχεδιάστηκαν για τη μελέτη αυτών των παραμέτρων. Η κατηγορία των SGLT2 αναστολέων διαθέτει μεγάλη ποικιλία φαρμάκων. Όσον αφορά την υγεία των οστών, έχει αποδειχθεί ότι η καναγλιφλοζίνη έχει αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην πυκνότητα των οστών όσο και στον καταγματικό κίνδυνο, κυρίως του ισχίου. Η εμπαγλιφλοζίνη και η δαπαγλιφλοζίνη δεν έχουν δείξει σημαντικές αλληλαγίες στην οστική πυκνότητα, στους οστικούς δείκτες ή στον καταγματι-

κό κίνδυνο, ωστόσο οι ανησυχίες που προκύπτουν από τις μελέτες με την καναγλιφλοζίνη επηρεάζουν αναπόφευκτα ολόκληρη την τάξη αυτών των αντιδιαβητικών φαρμάκων. Έχει δείχθει ότι ασθενείς που υποβάλλονται σε θεραπεία με ινσουλίνη παρουσιάζουν γενικά αυξημένη συχνότητα καταγμάτων. Η χρονιότητα της νόσου, η πιο συχνή παρουσία διαβητικών επιπλοκών, ο αυξημένος κίνδυνος πτώσης, τόσο λόγω των παραπάνω αλλήλ και των υπογλυκαιμικών επεισοδίων που οφείλονται στη θεραπεία με ινσουλίνη, μπορεί να συμβάλλουν στην αύξηση του καταγματικού κινδύνου και να μην είναι τελικά η ίδια η ινσουλίνη που επηρεάζει την ποιότητα των οστών.

Διατήρηση φυσιολογικού σωματικού βάρους, μεσογειακή διατροφή πλούσια σε ακόρεστα ωμέγα-3 λιπαρά οξέα και ξηρούς καρπούς, επαρκής πρόσληψη ασβεστίου και βιταμίνης D με προσεκτική κατανάλωση λιπαρών γαλακτοκομικών προϊόντων, περιορισμένη πρόσληψη αλκοόλ και αλτατιού είναι παρεμβάσεις που προάγουν ταυτόχρονα τη σωστή γλυκαιμική ρύθμιση και την οστική υγεία. Έντονο περπάτημα, τουλάχιστον 150 λεπτά την εβδομάδα, θα μπορούσε να συνδυάσει ιδανικά τον αερόβιο τύπο άσκησης μέτριας έντασης που ενδείκνυται για τον σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) και την άσκηση που ενδείκνυται για την πρόληψη και αντιμετώπιση της οστεοπόρωσης. Η διακοπή του καπνίσματος είναι ιδιαίτερα σημαντική και για τις δύο καταστάσεις και πρέπει να τονίζεται. Η μετφορμίνη, οι σουλφονυλουρίες, οι DPP4 αναστολείς και οι GLP1 αγωνιστές πρέπει να προτιμώνται στα άτομα με ΣΔ2 που έχουν και οστεοπόρωση. Οι θειαζολιδινόνες και η καναγλιφλοζίνη πρέπει να αποφεύγονται, ενώ οι υπολοιποι SGLT2 αναστολείς είναι λιγότερο αξιόπιστες επιλογές για τα άτομα αυτά. Η ινσουλίνη πρέπει να χρησιμοποιείται με προσοχή, για να αποφευχθεί η υπογλυκαιμία και αυτό

ισχύει φυσικά και για τα άτομα με ΣΔ1. Οι αυστηροί στόχοι γλυκαιμικής ρύθμισης πρέπει να αποφεύγονται κατά περίπτωση για το φόβο της υπογλυκαιμίας, των πτώσεων και των επακόλουθων καταγμάτων. Επιπλέον, τα περισσότερα άτομα με ΣΔ παρουσιάζουν υπέρταση, οπότε ο σωστός έλεγχος με προσεκτική αποφυγή υπερτασικών αλλήλ και υποτασικών επεισοδίων είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Επιπρόσθετα, η φυσιοιογική όραση αυτών των ατόμων με ετήσια τουλάχιστον εξέταση με βυθοσκόπηση, καθώς και η αξιολόγηση παρουσίας πιθανής νευροπάθειας, είναι επίσης σημαντικά μέτρα για την αποφυγή πτώσεων και επακόλουθων καταγμάτων.

Σύμφωνα με τις ισχύουσες οδηγίες, τα άτομα με ΣΔ1 πρέπει να ελέγχονται με μέτρηση οστικής πυκνότητας ήδη πριν την ηλικία των 50 ετών και σίγουρα όταν εμφανίσουν οποιοδήποτε κάταγμα. Για τα άτομα με ΣΔ2 ισχύει ότι και για τον γενικό πληθυσμό, δηλαδή μέτρηση της οστικής πυκνότητας στα 65 έτη, ή μετά τα 50 αν συνυπάρχουν άλλοι παράγοντες, όπως κάταγμα του ίδιου ατόμου ή κάταγμα ισχίου του γονέα, κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα. Αν κάποιο άτομο με σακχαρώδη διαβήτη διαγνωσθεί με οστεοπόρωση, πρέπει να αντιμετωπιστεί κατάλληλα με φαρμακευτική αγωγή. Σχετικά με την πιθανή επίδραση των αντιοστεοπορωτικών φαρμάκων στον μεταβολισμό της γλυκόζης, τα ως τώρα δεδομένα δείχνουν μια πιθανή βελτίωση του γλυκαιμικού ελέγχου με τη χρήση διφωσφονικών, χρειάζεται όμως περαιτέρω διερεύνηση του θέματος με καλά σχεδιασμένες μελέτες. Επιπλέον, η αποτελεσματικότητα της αντιοστεοπορωτικής αγωγής δεν φαίνεται να διαφέρει στα άτομα με ΣΔ. Έτσι, τόσο η θεραπεία όσο και η παρακολούθηση της οστεοπόρωσης πρέπει να πραγματοποιείται όπως υποδεικνύεται από τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες και χωρίς ιδιαίτερες τροποποιήσεις λόγω της παρουσίας ΣΔ. 



Βιβλιογραφία

1. Paschou SA, et al. Type 2 Diabetes and Osteoporosis: A Guide to Optimal Management. J Clin Endocrinol Metab 2017; jc.2017-00042, <https://doi.org/10.1210/jc.2017-00042>.
2. Anagnostis P et al. Efficacy of anti-osteoporotic therapies in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus: a systematic review. Diabetologia 2017; 60 (Suppl 1), <https://doi.org/10.1007/s00125-017-4350-z>.
3. Napoli N et al, Bone and Diabetes Working Group. Mechanisms of diabetes mellitus-induced bone fragility. Nat Rev Endocrinol 2017; 13: 208-219.
4. Janghorbani M et al, Systematic review of type 1 and type 2 diabetes mellitus and risk of fracture. Am J Epidemiol 2007; 166: 495-505.



ΠΑΝΑΓ. ΣΠ. ΔΑΚΟΣ Α.Β.Ε.Ε. ΖΥΜΑΡΙΚΩΝ & ΤΡΟΦΙΜΩΝ
Τηλ: +30 210 2840140 - 7 | e-mail: info@heliospasta.gr | www.heliospasta.gr



Ζώντας με τον διαβήτη

Μπορώ να τα καταφέρω. Η Αρτηριακή Πίεση

Το κείμενο που ακολουθεί είναι μέρος των εκπαιδευτικών οδηγιών που εκπονήθηκαν στο πλαίσιο του Προγράμματος για την Υγεία «Manage Care» από την IDF Ευρώπης. Σε κάθε τεύχος θα αναδημοσιεύεται μέρος της θεματολογίας του οδηγού που αφορά τα άτομα με διαβήτη. Στην ομάδα μελέτης του «Manage Care» συμμετείχαν οι: Κ. Μακρυλάκης, Σ. Λιάτης, Γ. Δαφούλλας, Μ. Μπενρουμπή, και Ε. Αθανασοπούλου εκ μέρους του Manage Care Study Group.

Ακολουθεί ένα ερωτηματολόγιο, που θα σας βοηθήσει να ελέγξετε τις γνώσεις σας για την αρτηριακή πίεση. Σας συμβουλεύουμε να απαντήσετε τις ερωτήσεις σημειώνοντας τη σωστή απάντηση, πριν και αφού διαβάσετε το εγχειρίδιο. Ωστόσο, μπορείτε να βρείτε τη σωστή απάντηση μέσα στο κείμενο.

1. Η υψηλή αρτηριακή πίεση προκαλεί συγκεκριμένα συμπτώματα (πονοκέφαλο, έξαψη, ζάλη).

- α. Σωστό
- β. Λάθος

2. Πρέπει να παίρνω τα φάρμακα της πίεσης μόνο όταν αυτή είναι ανεβασμένη.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

3. Έχω υψηλή πίεση και μου τη μετράει ο γιατρός μου, οπότε δεν χρειάζεται να τη μετρώ και εγώ στο σπίτι.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

4. Μόνο η διαστολική (η μικρή) αρτηριακή πίεση είναι επικίνδυνη για την υγεία μου, όχι η συστολική (η μεγάλη).

- α. Σωστό
- β. Λάθος

5. Μετρώ την πίεσή μου και τη βρίσκω πολύ υψηλή (πάνω από 190/100 mmHg). Κινδυνεύω άμεσα να πάθω εγκεφαλικό, οπότε πρέπει να τη μειώσω γρήγορα, παίρνοντας περισσότερα χάπια από ότι συνήθως.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

6. Όταν ματώνει η μύτη μου, φταίει η υψηλή πίεση.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

7. Εφόσον έχω υπέρταση, πρέπει να προσπαθήσω να μειώσω το αλάτι στο φαγητό μου, καθώς μπορεί να αυξήσει την πίεσή μου.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

8. Αν έχετε υπέρταση, πόσο συχνά πρέπει να μετράτε την πίεσή σας στο σπίτι;

- α. Μια φορά την εβδομάδα
- β. Μια φορά το μήνα
- γ. Μια φορά την ημέρα
- δ. Περιοδικά, ανάλογα με τη συμβουλή του γιατρού μου

9. Όταν βρίσκετε υψηλή την πίεσή σας στο σπίτι, ποια θα πρέπει να είναι η αντίδρασή σας;

- α. Πρέπει να πάρω αμέσως υπογλώσσιο χάπι
- β. Πρέπει να ηρεμήσω και να τη μετρήσω πάλι μετά από λίγο
- γ. Πρέπει να πω λεμονάδα
- δ. Πρέπει να ενημερώσω το γιατρό μου για να με συμβουλευθεί
- ε. Πρέπει να πάρω ηρεμιστικό

10. Τα πιεσόμετρα καρπού είναι καλά για να τα χρησιμοποιείτε.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ (ΑΠ) ΚΑΙ ΠΟΤΕ ΞΕΚΙΝΑΕΙ Η ΥΠΕΡΤΑΣΗ;

Η ιδανική ΑΠ για όλους τους ανθρώπους είναι χαμηλότερη από 120 με 80 (120/80) mmHg. Σε αυτά τα επίπεδα, ο κίνδυνος επιπλοκών είναι μηδαμινός. Όταν η αρτηριακή πίεση είναι μόνιμα πάνω από 140/90 mmHg θεωρείται υψηλή (υπέρταση). Στο παρελθόν, δινόταν μεγαλύτερη προσοχή στη διαστολική πίεση (τη μικρή ή «της καρδιάς»), ωστόσο σήμερα ξέρουμε ότι και η συστολική και η διαστολική είναι σημαντικές **(Ερώτηση 4)**. Κάποιοι άνθρωποι έχουν την τάση να έχουν υψηλότερη πίεση όταν αυτή μετράται στο ιατρείο, σε σχέση με αυτήν που μετρούν στο σπίτι (αυτό λέγεται «υπέρταση λευκής μπιλούζας»).

ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ;

Όταν η πίεση είναι υψηλή, προκαλεί βλάβη στο τοίχωμα των αρτηριών, προάγοντας τη δημιουργία αθηρωματικής πλάκας. Αυτή μπορεί να στενέψει τις αρτηρίες, ή να προκαλεί τάση και να αποδυναμώνει το τοίχωμά τους, οδηγώντας στη ρήξη τους. Έτσι, η εμμένουσα υπέρταση μπορεί να οδηγήσει σε εγκεφαλικά επεισόδια, εμφράγματα,

καρδιακή ανεπάρκεια, αρτηριακά ανeurύσματα, χρόνια νεφρική ανεπάρκεια και μείωση του προσδόκιμου επιβίωσης. Αντίθετα με ό,τι πιστεύει πολύς κόσμος, η απότομη και παροδική αύξηση της πίεσης, ακόμα και σε πολύ υψηλά επίπεδα (π.χ. >190/100), δεν είναι πραγματικά μια άμεση απειλή για εγκεφαλικό επεισόδιο **(Ερώτηση 5)**. Αντιθέτως, μια απότομη πτώση της πίεσης (μερικές φορές με υπογλώσσια χάπια), μπορεί να είναι πιο επικίνδυνη και να οδηγήσει σε εγκεφαλικό επεισόδιο ή οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Έτσι, μια τέτοια πράξη δεν συνιστάται.

Πρέπει να μειώνετε την πίεσή σας σε μόνιμη βάση και όχι παροδικά. Αν βρείτε υψηλή την πίεσή σας στο σπίτι, πρέπει να ηρεμήσετε και να τη μετρήσετε ξανά μετά από λίγη ώρα. Τα ηρεμιστικά δεν είναι φάρμακα για την υπέρταση και δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για το σκοπό αυτό. Αν η υψηλή πίεση επιμένει, πρέπει να επικοινωνήσετε με το γιατρό σας, ώστε να ρυθμιστεί η μακροχρόνια αγωγή **(Ερώτηση 9)**.

Αν η υψηλή πίεση επιμένει, πρέπει να επικοινωνήσετε με το γιατρό σας.

ΠΩΣ ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΞΕΡΕΙΣ ΑΝ ΕΧΕΙΣ ΥΨΗΛΗ ΠΙΕΣΗ;

Η υπέρταση πολλές φορές αποκαλείται «σιωπηλός δολοφόνος», γιατί συνήθως δεν υπάρχουν συμπτώματα από αυτήν. Ο μόνος τρόπος για να μάθετε αν έχετε υψηλή πίεση είναι να τη μετρήσετε. Είναι μύθος ότι οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται τότε η πίεσή τους είναι υψηλή, αισθανόμενοι διάφορα συμπτώματα, όπως ζάλη, πονοκέφαλο, έλαση κλπ. Συνήθως συμβαίνει το αντίστροφο, όπου τα δυσάρεστα αυτά συμπτώματα (πονοκέφαλος, στρεσογόνες καταστάσεις, κλπ) ανεβάζουν την πίεση. Αυτό το φαινόμενο είναι φυσιολογικό, συνήθως υποχωρεί σύντομα και δεν χρειάζεται θεραπεία **(Ερώτηση 1)**. Ούτε οι ρινορραγίες προκαλούνται από την αυξημένη πίεση **(Ερώτηση 6)**. Συνήθως το άγχος που προκαλείται από την αιμορραγία ευθύνεται για την αύξηση της πίεσης.

ΠΩΣ ΜΕΤΡΑΜΕ ΤΗΝ ΑΡΤΗΡΙΑΚΗ ΠΙΕΣΗ;

Η πίεση μετρείται με έναν απλό και ανώδυνο τρόπο, χρη-

σιμοποιώντας μια περιχειρίδα. Υπάρχουν και αυτόματα πιεσόμετρα, που δεν χρειάζονται άλλο άτομο για τη μέτρηση. Η φουσκωτή περιχειρίδα τυλίγεται στο μπράτσο. Κάποια πιεσόμετρα έχουν περιχειρίδες που τυλίγονται γύρω από τον πήχη ή τον καρπό, όμως είναι αναξιόπιστα και για αυτό θα πρέπει να μην χρησιμοποιούνται **(Ερώτηση 10)**.

ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΩΣΤΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΓΙΑ ΝΑ ΜΕΤΡΗΣΩ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ;

Είναι πάρα πολύ σημαντικό να ακολουθείται η κατάλληλη διαδικασία, ώστε η μέτρηση να είναι αξιόπιστη:

- Το δωμάτιο πρέπει να είναι ήσυχο, με καλή θερμοκρασία.
- Δεν πρέπει να έχετε φάει, πιει (εκτός από νερό), καπνίσει ή κάνει έντονη σωματική δραστηριότητα για μία ώρα πριν τη μέτρηση.
- Θα πρέπει να έχετε αδειάσει την ουροδόχο κύστη σας, καθώς μια γεμάτη κύστη μπορεί να επηρεάσει την πίεση.
- Η πίεση θα πρέπει να μετράται στο δεξί χέρι, αν είναι δυνατό.
- Τα μανίκια θα πρέπει να μαζεύονται ψηλά, ώστε να αποκαλύπτεται το μπράτσο. Το μαζεμένο μανίκι δεν θα πρέπει να πιέζει το μπράτσο, ενώ η περιχειρίδα δεν πρέπει να τοποθετείται πάνω από το ρούχο. Το μέγεθος της περιχειρίδας πρέπει να εφαρμόζει καλά στο χέρι σας. Αν το χέρι σας είναι πολύ μεγάλο για την περιχειρίδα, η μέτρηση μπορεί να είναι πιο υψηλή από την πραγματική.
- Θα πρέπει να είστε καθιστός, με το χέρι και την πλάτη να υποστηρίζονται. Τα πόδια σας πρέπει να ακουμπούν καλά στο πάτωμα. Το χέρι πρέπει να τοποθετείται σε τραπέζι, με τρόπο ώστε το μπράτσο να βρίσκεται στο ύψος της καρδιάς.
- Θα πρέπει να αισθάνεστε χαλαρά και άνετα και να μη μιλάτε κατά τη διάρκεια της μέτρησης.
- Πρέπει να γίνονται δύο με τρεις μετρήσεις, με διαφορά ενός λεπτού, και ο μέσος όρος των δύο τελευταίων είναι αυτός που συνήθως καταγράφεται (βλέπε πίνακα). Μπορώ να μετρώ την πίεσή μου στο σπίτι μόνος μου; Επειδή η πίεση διακυμαίνεται, οι μετρήσεις στο σπίτι βοηθούν τον ασθενή και τον γιατρό να διαπιστώσουν πιο εύκολα αν η θεραπεία επαρκεί για τη ρύθμισή της, ή αν υπάρχει το «σύνδρομο της λευκής μπιλούζας» **(Ερώτηση 3)**. Είναι σημαντικό να μετράτε την πίεση την ίδια ώρα κάθε μέρα, όπως πρωί και απόγευμα, ή όπως ο γιατρός σας έχει συστήσει **(Ερώτηση 8)** [Βλέπε πίνακα].



ΜΕΤΡΗΣΕΙΣ ΠΙΕΣΗΣ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ

- Μέτρηση το πρωί και το απόγευμα. Επιθυμητό να είναι σταθερό το χρονικό σημείο μέτρησης κάθε μέρα.
- Για κάθε καταγραφή, παίρνετε 2 φορές την μέτρηση με μεσοδιάστημα τουλάχιστον 1 λεπτού ανάμεσα στις 2 μετρήσεις.
- Εφαρμόστε την καταγραφή τουλάχιστον 4 ημέρες, ιδανικά 7 ημέρες.

ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΚΑΤΙ ΑΛΛΟ ΓΙΑ ΝΑ ΕΛΕΓΞΩ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ ΜΟΥ, ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ;

Τα φάρμακα είναι πολύ σημαντικά για τη διατήρηση της αρτηριακής πίεσης υπό έλεγχο. Υπάρχουν όμως και συνήθειες του τρόπου ζωής, που μπορούν να βοηθήσουν. Παρακάτω ακολουθούν κάποια βήματα που μπορείτε να κάνετε για πρόληψη ή καλύτερο έλεγχο της υπέρτασης:

- Κρατήστε το βάρος σας σε υγιή επίπεδα, με συνδυασμό υγιεινής διατροφής και τακτικής σωματικής άσκησης (τουλάχιστον 30 λεπτά την ημέρα).
- Κάντε υγιεινή διατροφή. Καταναλώστε μόνο την ποσότητα της τροφής που χρειάζεται ο οργανισμός σας. Διαλέξτε αυτά που είναι πλούσια σε θρεπτικά συστατικά και πτωχά σε λίπη, σάκχαρα και αλάτι.
- Περιορίστε το αλάτι που τρώτε. Μπορεί να είναι το αλάτι που προσθέτετε στο τραπέζι ή πρόσθετο αλάτι σε επεξεργασμένα τρόφιμα (π.χ. τρόφιμα σε κονσέρβα, κλπ) **(Ερώτηση 7)**.
- Περιορίστε το αλκοόλ.
- Μην καπνίζετε και περιορίστε την έκθεσή σας στο παθητικό κάπνισμα.
- Μην αφήνετε το άγχος να σας καταβάλλει.

Ονοματεπώνυμο
Ημερ. Γέννησης.....

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Μέτρηση πίεσης στο σπίτι

ΗΜΕΡΟ- ΜΗΝΙΑ	ΩΡΑ	ΣΧΟΛΙΑ	ΠΑΛΜΟΙ (σφύξεις ανά λεπτό)	ΑΠ ΜΕΤΡΗΣΗ #1 (mmHg)		ΑΠ ΜΕΤΡΗΣΗ #2 (mmHg)	
				συστολική	διαστολική	συστολική	διαστολική
	1η μέρα Πρωί						
	1η μέρα Απόγευμα						
	2η μέρα Πρωί						
	2η μέρα Απόγευμα						
	3η μέρα Πρωί						
	3η μέρα Απόγευμα						
	4η μέρα Πρωί						
	4η μέρα Απόγευμα						
	5η μέρα Πρωί						
	5η μέρα Απόγευμα						
	6η μέρα Πρωί						
	6η μέρα Απόγευμα						
	7η μέρα Πρωί						
	7η μέρα Απόγευμα						
	ΜΕΣΟΣ ΟΡΟΣ						

**ΠΟΣΟ ΣΥΧΝΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΠΑΙΡΝΩ
ΤΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ;**
Μερικοί πιστεύουν πως πρέπει να παίρνουν τα φάρμακα για την πίεση περιοδικά, μόνο όταν τύχει να βρουν την πίεσή τους ανεβασμένη, ή μέρα παρά μέρα, ή μερικές μέρες την εβδομάδα. Αυτό είναι απολύτως λάθος. Θα πρέπει να λαμβάνετε την αντιυπερτασική σας αγωγή καθημερινά (με τον τρόπο που έχει συσταθεί από τον γιατρό σας) **(Ερώτηση 2)**. Κανένα αντιυπερτασικό φάρμακο δεν δρα για περισσότερο από 24 ώρες.

**ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ
ΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ;**
Υπάρχει μια λανθασμένη τάση να μην θεραπεύεται η αυξημένη πίεση στους ηλικιωμένους, κυρίως εξαιτίας μιας εσφαλμένης αντίληψης ότι η φυσιολογική τους πίεση είναι «100 συν την ηλικία». Έτσι, σύμφωνα με αυτή την εσφαλμέ-

νη λογική, μια συστολική πίεση της τάξης των 170 mmHg θα ήταν φυσιολογική για ένα άτομο 70 ετών. Ένα ενδεχόμενο πρόβλημα σχετικό με τους ηλικιωμένους, είναι ότι μπορεί να εκδηλώνουν ορθοστατική υπόταση (χαμηλή ΑΠ) όταν σηκώνονται όρθιοι, με συμπτώματα ζάλης και λιποθυμίας. Έτσι, η πίεση στους ηλικιωμένους πρέπει να μετράται σε ύπτια και όρθια θέση πριν ξεκινήσει η αντιυπερτασική αγωγή, ώστε αυτή η κατάσταση να διαγνωστεί και να αντιμετωπιστεί.

ΟΙ ΔΙΚΕΣ ΜΟΥ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΙΕΣΗ ΜΟΥ
• Είμαι ευχαριστημένος με τη ρύθμιση της πίεσής μου;
• Είμαι ικανός να μετρώ την πίεση στο σπίτι;
• Ο τρόπος ζωής μου επηρεάζει την πίεσή μου;

**Σημειώστε και συζητήστε τις ερωτήσεις σας
σχετικά με την αρτηριακή πίεση
στην επόμενη επίσκεψη με το γιατρό σας. ⓘ**



Έκρηξη απόλαυσης χωρίς ενοχές!

Η νέα καθημερινή σου απόλαυση... χωρίς ενοχές!

Οι Μπάρες Δημητριακών **Sweet & Balance** είναι το ιδανικό σνακ για κάθε στιγμή. Σου δίνει ενέργεια και γίνεται ο σύμμαχός σου σε μία ισορροπημένη διατροφή χωρίς στερήσεις, καθώς σου προσφέρει εκρηκτική απόλαυση, χωρίς ζάχαρη, χάρη στο φυσικό γλυκαντικό από εκχύλισμα του φυτού **stevia**.

Μεταμόρφωσε την καθημερινότητά σου σε ένα γευστικό ταξίδι, μέσα από 3 υπέροχες γεύσεις, **Μέλι & Κανέλα, Σοκολάτα και Cranberries**.

Αναζήτησε στο site www.sweetandbalance.gr όλα τα προϊόντα της σειράς, καθώς και φανταστικές συνταγές που θα σε γλυκάνουν χωρίς ενοχές!



**Γι' αυτούς που ζουν χωρίς ζάχαρη
αλλά δεν ζουν χωρίς γλυκό!**



ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ ΤΣΑΠΟΓΑΣ

Παθολόγος με εξειδίκευση τον Σακχαρώδη Διαβήτη,
Αναπληρωτής Διευθυντής Γ' Παθολογικής Κλινικής, Κέντρο
Μεταβολισμού και Διαβήτη, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Η σημασία του πελματογραφήματος στην πρόληψη του διαβητικού ποδιού

Το πελματογράφημα είναι μια ειδική εξέταση με την οποία παίρνουμε σημαντικές πληροφορίες για τη στάση και τη βόδιση. Ο εξεταζόμενος στέκεται ή βαδίζει πάνω σε μια πλατφόρμα στην οποία υπάρχουν χιλιάδες αισθητήρες. Αυτοί καταγράφουν την πίεση που ασκείται από τα πόδια και η οποία, αφού μετατραπεί σε ηλεκτρικό σήμα, μεταφέρεται σε έναν υπολογιστή για ανάλυση των δεδομένων, σύμφωνα με το ηλεκτρονικό πρόγραμμα (λογισμικό) που έχει η συσκευή. Η πλατφόρμα και ο υπολογιστής με το λογισμικό πρόγραμμα αποτελούν τον πελματογράφο. Στην οθόνη του υπολογιστή παρουσιάζονται οι αναλύσεις

και η απεικόνιση των πιέσεων, ενώ τα δεδομένα και οι εικόνες μπορούν να τυπωθούν σε χαρτί ή να αποθηκευθούν. Η εξέταση είναι απλή, σύντομη και ανώδυνη. Μπορούν να εξεταστούν άτομα κάθε ηλικίας και πολλές φορές το καθένα, τόσο για τη διάγνωση τυχόν προβλημάτων της στάσης και της βόδισης, όσο και για την παρακολούθησή τους μετά από διάφορες παρεμβάσεις. Το πελματογράφημα ονομάζεται στατικό όταν ο εξεταζόμενος απλά στέκεται πάνω στην πλατφόρμα του πελματογράφου και δυναμικό όταν ο εξεταζόμενος βαδίζει. Με το στατικό πελματογράφημα παίρνουμε πληροφορίες και απεικονίσεις

σε δύο ή τρεις διαστάσεις για κάθε πόδι σχετικά με τις πιέσεις που ασκούνται στα διάφορα μέρη του (δάκτυλα, κεφαλές μεταταρσίων, ποδική καμάρα, πτέρνα) και τη θέση τους και τις σχέσεις τους μεταξύ τους, καθώς και για την ισορροπία του εξεταζόμενου. Με το δυναμικό πελματογράφημα οι πληροφορίες συμπληρώνονται μεταξύ πολλών άλλων με τη χρονική διάρκεια των πιέσεων που εφαρμόζονται σε κάθε τμήμα του πόδιματος και τις φάσεις του βηματισμού (δηλαδή με ποιά σειρά τα τμήματα του πόδιματος έρχονται σε επαφή με το έδαφος), ενώ μπορεί να γίνει και κινηματογραφική ανάλυση και καταγραφή του βηματισμού, ώστε να συγκριθούν



τα αποτελέσματα πελματογραφήματος που θα γίνει σε άλλη χρονική στιγμή. Οι ορθοπαιδικοί γιατροί που ασχολούνται με τη θεραπεία των παθήσεων των κάτω άκρων και των άκρων ποδών ειδικότερα, αλλά και της σπονδυλικής στήλης, είναι εκείνοι που κατ' εξοχήν χρειάζονται τα πελματογραφήματα των ασθενών τους. Παραμορφώσεις και τραυματισμοί των οστών επηρεάζουν τη στάση και το βάδισμα και μπορεί να προκαλούν πόνο. Οι διαταραχές της στάσης και του βαδίσματος αντικατοπτρίζονται στο πελματογράφημα. Η αντιμετώπιση των παθήσεων των κάτω άκρων και της σπονδυλικής στήλης, είτε με ορθοπαιδική επέμβαση, είτε μόνο με ένα κατάλληλο πέλημα σε ορθοπαιδικό υπόδημα, μπορεί να ανακουφίσει από τον πόνο και να προλάβει την εξέλιξη μόνιμων παραμορφώσεων. Τα πέλημα αυτά ονομάζονται ορθωτικά

και κατασκευάζονται με βάση το πελματογράφημα. Ο ρόλος τους είναι να ανακουφίζουν τις υψηλές πιέσεις από τα ευαίσθητα σημεία, διαχέοντάς τις στο υπόλοιπο πέλημα και να απορροφούν τους κραδασμούς κατά τη βάρδιση ή το τρέξιμο. Έτσι προστατεύονται τα πόδια, αλλά και οι αρθρώσεις των κάτω άκρων και της σπονδυλικής στήλης από την υπερβολική καταπόνηση. Άτομα με οστεοαρθρίτιδα ή αρθρίτιδες στα πόδια, τα γόνατα, ή τα ισχία, με παθήσεις της σπονδυλικής στήλης, αθλητές, ασθενείς με προβλήματα ισορροπίας μετά από σοβαρές νευρολογικές παθήσεις, αλλά και μικρά παιδιά με μικρές αποκλίσεις στις αρθρώσεις τους μπορούν να ωφεληθούν σημαντικά. Στην περίπτωση του διαβήτη και ειδικότερα της διαβητικής νευροπάθειας, όπου συνήθως συνυπάρχει και μυοπάθεια, οι πιέσεις που ασκούνται στα κάτω άκρα

οδηγούν σε αλλαγές που μπορούν να οδηγήσουν σε παραμορφώσεις των άκρων ποδών ή/και σε σκληρίδια υπερκεράτωσης, ή κάλων στα σημεία αυξημένων πιέσεων των πελμάτων. Επειδή οι ασθενείς δεν έχουν αίσθηση του πόσου στα πόδια τους, οι κάλοι μπορεί να ανοίξουν, είτε από τη συνεχιζόμενη πίεση λόγω κακών υποδημάτων ή λόγω τριβής, και να δημιουργηθούν ανώδυνες πληγές (νευροπαθητικά έλκη). Τα έλκη μπορεί να μολυνθούν και να προσβληθεί το δέρμα, η άρθρωση ή το οστό που βρίσκεται κάτω από αυτά, με επακόλουθη την ανάγκη μακροχρόνιας χορήγησης αντιβιοτικών, για τη θεραπεία τους, ή σε χειρότερη περίπτωση ακρωτηριασμού. Οι παραμορφώσεις των άκρων ποδών είναι εμφανείς με την επισκόπηση από το έμπειρο μάτι του εξεταστή και περιγράφονται με τους όρους γαμψοδακτυλία, δάκτυλα σαν τα πλήκτρα του πιάνου, σφυροδακτυλία, κοίλοποδια (υψηλή ποδική καμάρα), δύσκαμπτος μέγας δάκτυλος, τριγωνικό πρόσθιο πόδι, κότσι κλπ. Τα σημεία όμως όπου εξασκούνται στο άκρο πόδι - λόγω αυτών των παραμορφώσεων - οι μεγαλύτερες πιέσεις δεν μπορούν να εντοπιστούν πάντα με την φυσική εξέταση. Αυτά τα σημεία, τα οποία πρέπει να προστατευτούν, αναδεικνύει το πελματογράφημα (Εικόνα 1). Με βάση την εικόνα του πελματογραφήματος γίνεται κατασκευή εξατομικευμένων πελμάτων (ορθωτικά πέλημα, Εικόνα 2) που τοποθετούνται μέσα στα ειδικά παπούτσια, τα οποία πρέπει να φορά ο ασθενής με διαβητική νευροπάθεια για να προλάβει τη δημιουργία σκληρίδια, υπερκεράτωσης, κάλων ή ελκών στα σημεία αυξημένων πιέσεων στα πόδια (Εικόνα 3). Το ίδιο ισχύει για την πρόληψη δια-

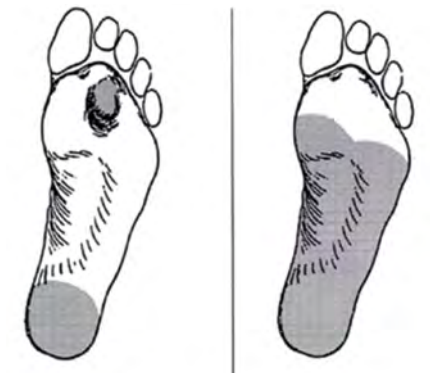
βητικών ελκών σε ασθενείς που ήδη έχουν υποστεί κάποιον ακρωτηριασμό, είτε αυτός είναι μικρός, όπως ενός δακτύλου, είτε μεγαλύτερος, και εφ' όσον δεν υπάρχει ανοικτό έλκος. Σ' αυτές τις περιπτώσεις ασκούνται μεγάλες πιέσεις σε σημεία που δεν μπορούν να τις αντέξουν, εκεί δημιουργείται κάλlos, ή ακόμα και κάταγμα, και εμφανίζεται νέο έλκος. Για παράδειγμα, όταν ακρωτηριαστεί το μεγάλο δάκτυλο του ποδιού, το δεύτερο δάκτυλο είναι πολύ αδύναμο για να υποστεί την πίεση που μπορούσε να αντιμετωπίσει το χαμένο μεγάλο δάκτυλο. Έτσι μπορεί να σπάσει και να δημιουργηθεί κάλlos, ο κάλlos να ανοίξει και νέο έλκος μπορεί να εμφανιστεί αν δεν υπάρχει προστασία. Σύμφωνα με σχετικές μελέτες, αν υπάρξει ένας ακρωτηριασμός, μέσα στα επόμενα πέντε χρόνια ακολουθεί ένας δεύτερος με πιθανότητα 70%. Κι εδώ, για την κατασκευή των ορθωτικών πελμάτων και την πρόληψη νέου έλκους, το πελματογράφημα είναι πολύ χρήσιμο. Ορθωτικά πέλημα και "διαβητικά υποδήματα" δεν συνιστώνται σε άτομα με ανοικτό διαβητικό έλκος. Το έλκος πρέπει να κλείσει πρώτα με την πλήρη αποφόρτιση (με ειδικά μπότα ή νάρθηκα, καθαρισμό της υπερκεράτωσης και ενδεχομένως ειδικά επιθέματα) και μετά να αποφασιστεί η χρήση υποδήματος.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΑ

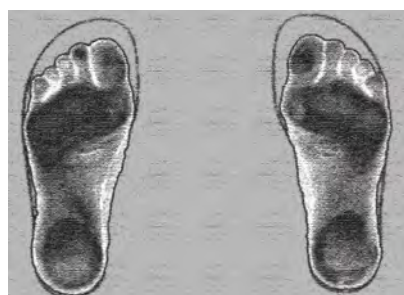
Η φυσική εξέταση των ποδιών ατόμων με διαβήτη, εφ' όσον υπάρχει διαβητική νευροπάθεια, πρέπει να συμπληρώνεται με το πελματογράφημα, ώστε να εκτιμηθεί εάν υπάρχει διαταραχή στην άσκηση πιέσεων στο πέλημα και, στην θετική περίπτωση, να σχεδιαστεί ορθωτικό πέλημα που θα μπει στο ειδικό βαθύ υπόδημα για το διαβητικό πόδι. ⓘ



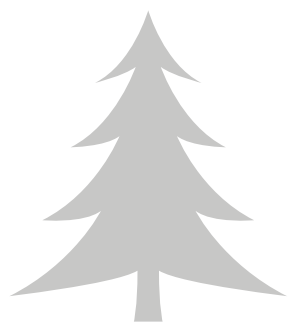
Εικόνα 2. Ορθωτικά πέλημα που ανακουφίζουν τις αυξημένες πιέσεις στις κεφαλές των μεταταρσίων και τις πτέρνες.



Εικόνα 3. Αυξημένη πίεση κάτω από τις κεφαλές του δεύτερου και του τρίτου μεταταρσίου, που μπορεί να διορθωθεί με ορθωτικό πέλημα, το οποίο μεταφέρει ομοιόμορφα την πίεση στο υπόλοιπο πέλημα.



Εικόνα 1. Πελματογράφημα (στατικό). Αυξημένες πιέσεις κάτω από τα μεγάλα δάκτυλα λόγω δύσκαμπτων δακτύλων, κάτω από τις κεφαλές των μεταταρσίων και στις πτέρνες.



Η διατροφή τα Χριστούγεννα

Πως μπορούν να αντιδράσουν σωστά τα άτομα με διαβήτη στις «γλυκιές προκλήσεις»

Η περίοδος των εορτών είναι περίοδος χαράς και ξενοιασιάς και συχνά κάθε δίαιτα παραμερίζεται. Αφήνουμε στην άκρη, προσωρινά, το συνηθισμένο πλάνο διατροφής μας και γληντάμε σε ένα αδιάκοπο φαγοπότι σαν να ζούμε τόσο καιρό στερημένοι από τις γαστρονομικές απολαύσεις του σύγχρονου πολιτισμού.

Τα άτομα με διαβήτη μπορούν να ζήσουν την ιδιαιτερότητα των γιορτινών ημερών χωρίς να την χρησιμοποιήσουν απαραίτητα ως άλλοθι για υπερφαγία, έχοντας στο μυαλό τους πάντα τη φράση "μέτρον άριστον".

Δεν χρειάζεται να πούνε όχι στο φαγητό ή στα γλυκίσματα, αλλά να προσπαθήσουν να είναι εγκρατείς και να τα προσαρμόσουν με το σωστό τρόπο στο πρόγραμμα διατροφής που ακολουθούν μέχρι τώρα.

Η υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή είναι πολύ σημαντική για τον έλεγχο του σακχάρου τους. Για το λόγο αυτό προτείνω τρόπους για να το χειριστούν όσο πιο εύκολα γίνεται.

Όπως κάθε χρόνο, κυρίαρχη θέση στο γιορτινό τραπέζι μας κατέχουν η γεμιστή γαλοπούλα ή το ψητό κασίκι, κουραμπιέδες, μελομακάρονα και ποικίλα παραδοσιακά εδέσματα.



ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

Διατροφολόγος - Διαιτολόγος Τμήματος Διατροφής
& Διαιτολογίας, Ερρίκος Ντυνάν Hospital Center

Ακολουθείστε τις συμβουλές διατροφικής συμπεριφοράς οι οποίες θα σας βοηθήσουν να απολαύσετε το φαγητό και την παρέα των φίλων σας, χωρίς να σημειώσετε παθολογικά υψηλές τιμές σακχάρου. Αλλά ακόμα και αν αυτό συμβεί πρόσκαιρα, δεν θα επηρεάσει μακροπρόθεσμα την ρύθμισή σας.

Για τις εορταστικές ημέρες:

- ▶ Ξεκινήστε την ημέρα σας με ένα ελαφρύ και θρεπτικό πρωινό (π.χ. γιασούρτι με βρώμη) και καταναλώστε στο ενδιάμεσο των γευμάτων μικρά και ελαφριά σνακ (παξιμαδάκια με τυρί, φρούτα, σαλάτα κ.ά.). Έτσι θα μπορείτε να απολαύσετε το δείπνο σας άφοβα, αφού δεν θα έχετε υπερβεί τις θερμίδες που σας αναλογούν.
- ▶ Το μεσημέρι επιλέξτε μια φρέσκια σαλάτα με τυρί χαμηλών λιπαρών και παξιμαδάκια πλούσια σε φυτικές ίνες. Μην μένετε νηστικοί. Η πείνα είναι κακός σύμβουλος, υπομονεύει την αντίστασή σας και τελικά οδηγεί σε υπερκατανάλωση φαγητού.
- ▶ Ξεκινήστε το ρεβεγιόν με ένα ποτήρι κρασί ή αναψυκτικό light, καταναλώνοντας σνακ χαμηλών λιπαρών (π.χ. καρότα, αγγούρι κ.ά.) ή μικρές μερίδες (π.χ. 10 - 15 φιστίκια, όχι ένα μπουτί).



- Διαμορφώστε το πιάτο σας ως εξής: Προσθέστε στο μισό πιάτο λαχανικά εποχής, βραστά ή φρέσκα, και συμπληρώστε το υπόλοιπο με τη πατροπαράδοτη γαλοπούλλα, ή με άλλο κρέας. Μελέτες δείχνουν ότι η κατανάλωση πρωτεΐνης φαίνεται να αυξάνει την ινσουλινοαπάντηση, χωρίς να αυξάνεται η συγκέντρωση του σακχάρου στο πλάσμα.
- Καθώς δεν θα μπορείτε να μην δοκιμάσετε τη γέμιση, η οποία περιέχει υδατάνθρακες, προσπαθήστε να μην ξεπερνά τις 2 κουταλιές της σούπας. Αποφύγετε τις υδατανθρακούχες γαρνιτούρες για να μπορείτε να καταναλώσετε με σχετική άνεση και το επιδόρπιο, το οποίο δεν είναι απαραίτητο να στερηθείτε.
- Προτιμήστε απλές σαλάτες και αποφύγετε τις περιέργες σάλτσες και κρέμες με λίπος. Προσθέστε λεμόνι, ή κάποιο αρωματικό ξύδι.
- Αποφύγετε να παραμένετε δίπλα στον μπουφέ κατά την διάρκεια της βραδιάς. Η εύκολη πρόσβαση σε σνακ και ποτά αποτελεί μεγάλο πειρασμό στον οποίο εύκολα μπορεί να ενδώσετε.
- Συνοδέψτε το φαγητό σας με αναψυκτικά τύπου light ή σόδα. Αν προτιμάτε το αλκοόλ επιλέξτε το ξηρό κρασί που αποτελεί πιο υγιεινή επιλογή, αρκεί να αρκεστείτε στα 1 - 2 ποτηράκια για τις γυναίκες και 2 - 3 για τους άνδρες. Επίσης, αν βρίσκεστε σε ινσουλινοθεραπεία, το αλκοόλ είναι πιθανό να μειώσει το σάκχαρό σας, αυξάνοντας την πιθανότητα για υπογλυκαιμία. Για το λόγο αυτό πάντα να καταναλώνετε συγχρόνως με το αλκοόλ, το φαγητό σας ή κάποιο υδατανθρακούχο σνακ.
- Από τα παραδοσιακά γλυκά προτιμήστε ένα μικρό μελομακάρονο, το οποίο αποτελεί πολύ καλή επιλογή σε σχέση με τον κουραμπιέ ή τα σιροπιαστά γλυκά, γιατί περιέχει ελαιόλαδο, ξηρούς καρπούς, κανέλα, μέλι, σιμιγδάλι, αλεύρι, ή κάποια τάρτα φρούτων. Ότι επιδόρπιο και αν επιλέξετε, βάλτε στο πιάτο σας μικρή ποσότητα, ή μοιραστείτε το. Φροντίστε εφόσον παίρνετε ινσουλίνη να γνωρίζετε εξ αρχής πόσες μονάδες χρειάζεστε για την κατανάλωση του γλυκού.



- Κατά την διάρκεια του γεύματος μιλήστε με τους γύρω σας. Το γεύμα έχει και αυτό τον σκοπό. Η συζήτηση βοηθάει να καταναλώσετε το γεύμα με αργό ρυθμό και έτσι να αισθανέστε νωρίτερα το αίσθημα κορεσμού, χωρίς να οδηγηθείτε στην υπερκατανάλωση.
- Η φυσική δραστηριότητα και τις ημέρες των εορτών κρίνεται αναγκαία, αποτελώντας ένα πολύ σημαντικό παράγοντα της συνολικής φροντίδας του διαβήτη. Αν δεν προλαβαίνετε να ασκηθείτε, θα ήταν ωφέλιμο να περπατήσετε μετά από το γεύμα σας για 15 - 30 λεπτά, ή να χορέψετε κατά τη διάρκεια της γιορτινής βραδιάς. Βγείτε έξω λοιπόν, περπατήστε ή κάνετε μία βόλτα κοιτάζοντας τις βιτρίνες.

Αυτό θα σας βοηθήσει να έχετε τον έλεγχο του βάρους σας και του γλυκαιμικού προφίλ και φυσικά να απολαύσετε τις γιορτές χωρίς άγχος για την υγεία σας. Παραμείνετε κοινωνικοί βλέποντας θετικά τον σακχαρώδη διαβήτη, ο οποίος αποτελεί μια αφορμή για βελτίωση των υγιεινοδιαιτητικών συνθηκών και του τρόπου ζωής. Εύχομαι «Καλές Γιορτές» και να απολαύσουμε όλες τις στιγμές χωρίς ενοχές και προβλήματα. 📌

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

MICROLIFE

Κλινικά Ελεγμένα Πιεσόμετρα με 10ετή εγγύηση

Η Microlife είναι ένας από τους παγκόσμιους ηγέτες στην ανάπτυξη και παραγωγή πιεσόμετρων οικιακής και επαγγελματικής χρήσης, κλινικά ελεγμένων, υψηλής ακρίβειας και ποιότητας.

Αυτόματα Πιεσόμετρα Μπράτσου Κλινικά Ελεγμένα:

- Microlife BP A6 PC: το μοναδικό πιεσόμετρο με τεχνολογία AFIB για ανίχνευση κοιλιακής μαρμαρυγής
- Microlife BP A3 PC: εκτελεί αυτόματα σε κάθε μέτρηση μια τριπλή μέτρηση για πιο ακριβές αποτέλεσμα και έχει τεχνολογία ανίχνευσης αρρυθμίας.
- Microlife BP A2 Basic: με ανίχνευση αρρυθμίας



Εγγύηση & Service Microlife

Τα πιεσόμετρα Microlife καλύπτονται από ΔΩΡΕΑΝ εγγύηση καλής λειτουργίας και service 10 ετών MICROLIFE 10 STAR PLATINUM, διακριτή με αυτοκόλλητο επάνω στις συσκευασίες τους. Τα πιεσόμετρα Microlife διατίθενται από τα φαρμακεία.

FreeStyle Libre

100% εγγύηση επιστροφής Χρημάτων



Το σύστημα FreeStyle Libre σηματοδοτεί μια νέα εποχή στη παρακολούθηση της γλυκόζης και στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του διαβήτη. Το σύστημα FreeStyle Libre σας παρέχει μια ολοκληρωμένη εικόνα της γλυκόζης σας οποιαδήποτε στιγμή της ημέρας, εύκολα, παντού και χωρίς την ανάγκη για τρυπήματα στα δάκτυλα. Τώρα, μπορείτε και εσείς να ζήσετε την εμπειρία του συστήματος FreeStyle Libre με 100% σιγουριά! Αγοράστε το kit γνωριμίας του FreeStyle Libre (1 συσκευή ανάγνωσης και 2 αισθητήρες 14 ημερών αξίας €169.90) από το ηλεκτρονικό κατάστημα www.freestylelibre.gr ή από το Κέντρο Εξυπηρέτησης Πελατών στο τηλέφωνο 210-9985220 με 100% εγγύηση επιστροφής χρημάτων εντός 30 ημερών από την ημερομηνία αγοράς.



TRANSCEND

Η MENARINI diagnostics σας ενημερώνει για την κυκλοφορία του νέου προϊόντος Gel Γλυκόζης TRANSCEND στην Ελλάδα και Κύπρο.

Τα Gel Γλυκόζης TRANSCEND παρασκευάζονται στις Η.Π.Α και προσφέρουν:

- Άμεση και ελεγχόμενη αναπλήρωση ενέργειας
- Ταχεία δράση με την καθαρή από προσμείξεις και άλλα στοιχεία γλυκόζη
- Εύκολη χρήση και γρήγορη απορρόφηση ιδιαίτερα σε περιπτώσεις εκτάκτου ανάγκης και
- Πρακτική συσκευασία και ευκολία στη μεταφορά τους, που εξασφαλίζουν έναν μοναδικό τρόπο να δίνουμε στον οργανισμό μας την ενέργεια που χρειάζεται στη στιγμή. Η προτεινόμενη τιμή λιανικής πώλησης του προϊόντος ανέρχεται στα 6,80€ για τη συσκευασία των 3 δόσεων. Ένα

φακελάκι ισοδυναμεί με 15 γραμμάρια γλυκόζης (1 ισοδύναμο). Χωρίς συντηρητικά, με φυσικό άρωμα φρούτων, διατίθεται σε 2 υπέροχες γεύσεις (πορτοκάλι & φράουλα). Με την εγγύηση της MENARINI diagnostics



σημεία διανομής

ΑΝΑΖΗΤΗΣΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ - ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ ΣΤΑ ΕΞΗΣ ΣΗΜΕΙΑ:

1 ΣΥΛΛΟΓΟΙ ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΟΜΟΣΠΟΝΔΙΑΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ (ΕΛΟΔΙ)

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΕΦΗΒΩΝ ΜΕ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ «ΓΑΛΗΝΟΣ»
Θεοφιλοπούλου 16 Τ.Κ 11743 Αθήνα Τηλ. 210 9226798 e-mail info@galinos.org.gr www.galinos.org.gr

ΠΑΝΗΠΕΙΡΩΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΟ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ «ΠΕΝΔΙ»
Δημητρίου Χατζή 63 Τ.Κ 45445 Ιωάννινα Τηλ. 2651073634 & FAX e-mail enosidiaviti@gmail.com www.pendi.eu

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΑΓΩΝΟΣ ΚΑΤΑ ΤΟΥ ΝΕΑΝΙΚΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ «ΠΕΑΝΔ»
Μακρινίτσας 12-14 Αμπελόκηποι Αθήνα Τ.Κ 11522 Αθήνα Τηλ. 2107796660 & FAX 2107796461 e-mail info@peand.gr www.peand.gr

ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΑ ΕΝΩΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ (Π.Ε.Δ)
Φερών 8 Τ.Κ 10434 Αθήνα Τηλ. 6972155440 2108838113 e-mail elodi@elodi.org

ΠΑΓΚΡΗΤΙΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ «ΠΑ.ΣΥ.ΝΕ.Δ.»
Πανεπιστημίου 118 Τ.Θ. 21170013 Ηράκλειο Κρήτης

Τηλ. 2810312501 6972307627, 6972623410 e-mail vasiliki_louvari@yahoo.gr www.pasined.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΚΟΖΑΝΗΣ «ΔΙΑΒΗΤΙΚΗ ΠΟΡΕΙΑ»
Εθνικής Αντιστάσεως 11(Στοά) Εμπορικό Πολύκεντρο Πτολεμαίδα Τ.Κ 50200 Πτολεμαίδα Τηλ. & Φαξ 2463028188 e-mail info@diavitiki-poria.gr www.diavitiki-poria.gr

ΕΝΩΣΗ ΓΟΝΕΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ & ΝΕΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ
Λεωφόρος Νίκης 3 Τ.Κ 54624 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ Τηλ. 2310 223518, 2310580369 fax 2310 223595 e-mail diabetestype1@gmail.com, www.diabetic.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ Ν. ΣΕΡΡΩΝ
Ορφέως 14 (Παλαιό Νοσοκομείο) Τ.Κ 62122 Τηλ και Φαξ 2321058791 e-mail diabitikoi_serron@gmail.com

ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΟΣ ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ
Σκουφά 29 Τ.Κ 41222 Λάρισα, Τηλ. 6945797394 e-mail register@pasydi.gr www.register@pasydi.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ & ΦΙΛΩΝ ΝΟΜΟΥ ΚΕΦΑΛΛΗΝΙΑΣ ΚΑΙ ΙΘΑΚΗΣ «ΓΝΩΣΗ ΣΤΑΣΗ ΖΩΗΣ»
Αργυροτάλη Τ.Κ 28100 Κεφαλονιά Τηλ 6972296069 e-mail vandorosd@gmail.com

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΗΜΑΘΙΑΣ «ΓΛΥΚΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑ»
Σωφρονίου 25 (ΚΑΠΗ Νάουσας) Τ.Κ 59200 ΝΑΟΥΣΑ Τηλ. 2332024947 e-mail syllogosdiavitikonnimathias@yahoo.gr

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΔΙΑΒΗΤΙΚΩΝ ΝΟΜΟΥ ΕΒΡΟΥ (ΣΥ.Δ.Ν.Ε)
Νικητορά 25 Τ.Κ 68 131 Αλεξανδρούπολη Τηλ. 6943124050 e-mail sydney2015@yahoo.gr www.sydney2015.weebly.com

ΣΥΛΛΟΓΟΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΕΑΝΙΚΟ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗ ΠΡΕΒΕΖΑΣ "MELLITUS-CELIAC"
Παπάγου 30 Τ.Κ 48100 Πρέβεζα Τηλ. 6943770946, Τηλ. 6979359262 e-mail: mellitusceliac@gmail.com

2 Σε όλα τα διαβητολογικά κέντρα πανελλαδικά (βλ. σελίδες 62-63)

3 επικοινωνήστε με τα γραφεία της ΕΛΟΔΙ (Οδός Φερών 8, 104 34, Αθήνα)

4 ενημερωθείτε στο www.elodi.org

5 ή αποστείλτε την παρακάτω αίτηση συνδρομής

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

ΓΙΩΤΗΣ Sweet & Balance

Νέες Μπάρες Δημητριακών σε 3 υπέροχες γεύσεις, από τη σειρά Sweet & Balance της ΓΙΩΤΗΣ

Sweet & Balance®

Την πιο απολαυστική ιδέα για ένα σνακ χωρίς ζάχαρη, ιδανικό για όλες τις ώρες της ημέρας προτείνει η ΓΙΩΤΗΣ με τις νέες Μπάρες Δημητριακών Sweet & Balance! Οι νέες Μπάρες Δημητριακών κυκλοφορούν σε τρεις απίθανες γεύσεις -με Μέλι-Κανέλα, με Κράνμπερι και με Σοκολάτα- και αποτελούν απαραίτητο αλλήλα και γευστικότατο συμπλήρωμα για μια ισορροπημένη διατροφή. Και όχι μόνο αυτό αλλήλα εξασφαλίζουν ενέργεια στον οργανισμό χωρίς να τον επιβαρύνουν με περιττές θερμίδες και λιπαρά. Άλλωστε, όπως όλα τα προϊόντα της σειράς



με γλυκαντικό φυσικής προέλευσης από το φυτό **stevia**

Sweet & Balance, οι Μπάρες Δημητριακών αποτελούν τέλεια λύση για όσους αποφεύγουν τη ζάχαρη αλλά δεν θέλουν να στερηθούν την απόλαυση της γλυκιάς γεύσης. Συγκεκριμένα, δεν περιέχουν ζάχαρη αλλά φυσικό γλυκαντικό από εκχύλισμα του φυτού stevia, έχουν χαμηλό Γλυκαιμικό Δείκτη (ΓΔ) και χαμηλό Γλυκαιμικό Φορτίο (ΓΦ) ενώ είναι πλούσιες σε φυτικές ίνες. Επίσης, είναι ελεύθερες γλουτένης και, πολύ σημαντικό, έχουν μόνο 84 θερμίδες ανά μπάρα. Θα τις βρείτε σε επιλεγμένα καταστήματα.

NOVARTIS

«Δικαίωμα στην Υγεία», εκστρατείας ενημέρωσης από τη Novartis Hellas, σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών



Η NovartisHellas, έχοντας θέσει στο επίκεντρο των δραστηριοτήτων της τον ασθενή και πιστή στη δέσμευσή της να τους υποστηρίζει έμπρακτα, συνεχίζει και το 2017 την επιτυχημένη εκστρατεία ενημέρωσης για τα δικαιώματα των ασθενών «Δικαίωμα στην Υγεία», σε συνεργασία με την Ιατρική Εταιρεία Αθηνών. Η δεύτερη φάση της εκστρατείας εστιάζει στις κλινικές μελέτες, με στόχο να ενισχύσει την πληροφόρηση των ασθενών και για να απαντήσει σε τυχόν ανησυχίες. Η ενίσχυση της διαφάνειας, καθιστά εφικτή την κατανόηση του πλαισίου υλοποίησης των κλινικών ερευνητικών προγραμμάτων και ενδυναμώνει τη σχέση εμπιστοσύνης των ασθενών με τους επαγγελματίες υγείας, τους ακαδημαϊκούς/υγειονομικούς φορείς, τις εγκριτικές αρχές και τη φαρμακοβιομηχανία. Οι κλινικές μελέτες είναι ερευνητικές μελέτες για φαρμακευτικά σκευάσματα που διεξάγονται σε εθελοντές για να απαντηθούν επιστημονικά ερωτήματα και να βρεθούν καλύτεροι τρόποι ώστε να διαγνωστούν, να θεραπευθούν ή να προληφθούν παθήσεις. Παράλληλα, οι μελέτες αυτές συχνά βοηθούν τους επιστήμονες να κατανοήσουν σε βάθος παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς των νοσημάτων. Μια κλινική δοκιμή διεξάγεται ώστε να αποφασιστεί εάν ένα νέο φάρμακο είναι ασφαλές και αποτελεσματικό στους ανθρώπους. Βασίζονται σε άτομα και

ασθενείς που εθελοντικά συμμετέχουν και λαμβάνουν ένα νέο φάρμακο ή θεραπεία ή ιατροτεχνολογικό βοήθημα ή συσκευή. Οι κλινικές δοκιμές διεξάγονται σύμφωνα με διεθνείς δεοντολογικές αρχές καλής κλινικής πρακτικής και το Νομοθετικό Πλαίσιο που ισχύει σε κάθε χώρα. Σήμερα εκτιμάται ότι διεξάγονται περίπου 150 νέες παρεμβατικές κλινικές μελέτες στην Ελλάδα, κυρίως από μεγάλες διεθνείς φαρμακοβιομηχανίες. Οι νέες κλινικές μελέτες όσο και οι εξελισσόμενες προσφέρουν σημαντικά οφέλη που αφορούν σε αξία προς τους ασθενείς, την ευρύτερη υγειονομική περίθαλψη με καλύτερες θεραπείες για ευρύτερο πληθυσμό ασθενών, στην ερευνητική κοινότητα και στην εθνική οικονομία. Περίπου 5000 ασθενείς έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα, μέσω των κλινικών παρεμβατικών μελετών, ιδιαίτερα σε σοβαρά, χρόνια ή και σπάνια νοσήματα, όπου υπάρχουν ακάλυπτες σημαντικές ιατρικές ανάγκες. Η εκστρατεία υποστηρίζεται από ένα ολοκληρωμένο πρόγραμμα επικοινωνίας με ένα ενημερωτικό έντυπο σχετικά με τις κλινικές μελέτες, καταχωρήσεις σε έντυπο και ηλεκτρονικό τύπο, ραδιοφωνικά σποτ, έναν διαδικτυακό κόμβο (www.dikaiomastinygeia.gr), όπου οι ασθενείς μπορούν να βρουν τις απαραίτητες διευκρινίσεις στις πιο συχνές ερωτήσεις τους αρθρογραφία και συνεντεύξεις.



Γίνετε ΔΩΡΕΑΝ συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

Αποστείλτε τα στοιχεία σας στο fax: 210 88 38 118, ή μπορείτε να αποστείлите την αίτηση στα γραφεία της ΕΛΟΔΙ, Φερών 8, 104 34, Αθήνα ή ηλεκτρονικά στο www.elodi.org. Για περισσότερες πληροφορίες καλέστε στο 210 88 38 113 (09:00 - 13:00).

Στοιχεία συνδρομητή

Όνομα - Επώνυμο:

Διεύθυνση:

Περιοχή:

ΤΚ:

Τηλέφωνο:

e-mail:

Υπογραφή:

Επιθυμώ να λαμβάνω το περιοδικό: ☐ σε έντυπη μορφή ☐ σε ηλεκτρονική μορφή

Συναίνω στην αποθήκευση και διατήρηση των ως άνω στοιχείων μου από την ΕΛΟΔΙ, αποκλειστικά για την αποστολή του περιοδικού και σύμφωνα με το καταστατικό της

Ο οδηγός διαβητολογικών κέντρων είναι σύμφωνος με τα επίσημα στοιχεία του ΕΚΕΔΙ, όπως δημοσιεύτηκαν στις επίσημες λίστες του ΕΚΕΔΙ στις 7/7/2011.

ΑΘΗΝΑ

► **Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αττικόν»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Ρίμινι 1, ΤΚ 12462, Χαϊδάρι, Τ: 210 5831000, 2105832013 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 5326454

► **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Παν. Αθηνών, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2013451, 210 7496312 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7795538

► **Γ.Ν. Αθηνών «Αλεξάνδρα»**, Β. Σοφίας 80, ΤΚ 11528, Αθήνα, Τ: 210 7770501-4, (εξωτ. ιατρείο), Τ: 210 3381392, fax: 210 7770473

► **Γ.Ν. Αθηνών «Γ. Γεννηματάς»**, Λ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Παπάγου, Τ: 210 7768000, 210 7768283 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7705980

► **Γ.Ν. Αθηνών «Ιπποκράτειο»**, Β' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Β. Σοφίας 114, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7769000, 213 2088333 (εξωτ. ιατρείο) fax: 213 2088646

► **Περιφερειακό Γ.Ν. Αθηνών «Κοργιαλένιο-Μπενάκειο Ε.Ε.Σ.»**, Ερυθρού Σταυρού 1, Αμπελόκηποι, ΤΚ 11526, Αθήνα, Τ: 210 6414000, 210 6414737 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6414800

► **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π. & Α. Κυριακού»**, Λεωφ. Μεσογείων 24, ΤΚ 10024, Αθήνα, Τ: 213 2009800, 210 7726856 (εξωτ. ιατρείο), 213 2009856

► **Γ.Ν. Αθηνών «Λαϊκό»**, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Αθηνών, Αγ. Θωμά 17, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7456000, Τ: 210 7456874 (εξωτ. ιατρείο), 210 7456294 Τετ., 210 7456308 Πέμ., fax: 210 7791839

► **Ν.Γ.Ν. «Ο Ευαγγελισμός»**, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Υψηλάντου 45, ΤΚ 10676, Αθήνα, Τ: 210 7201000, 210 7201258 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7291808

► **Ν.Γ.Ν. Αθηνών ΝΙΜΤΣ**, Μονής Πετράκη 12, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 7288001, 210 7288111 (εξωτ. ιατρείο) fax: 210 7297958

► **Γ.Ν. Αθηνών «Ποδυκληνική»**, Πειραιώς 3, ΤΚ 10552, Αθήνα, Τ: 210 5276000, 210 5276222 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5202944

ΠΕΙΡΑΙΑΣ

► **Γ.Ν.Π. «Άγιος Παντελεήμων»**, Δημ. Μαντούβαλιου 3, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077660 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2076426

► **Γ.Ν. Πειραιά «Τζάννειο»**, Αφεντούλη & Ζαννή 1, ΤΚ 18536, Πειραιάς, Τ: 210 4592000, 210 4592174 & 583, (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4511709

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

► **Π.Γ.Ν.Θ. «ΑΧΕΠΑ»**, Α' Παθολογική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσσαλονίκη,

Τ: 2133303316 (ραντεβού), 2310 9933369 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994608

► **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 89200, 2310 892101, 2310 892616, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 856075

► **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκη «Παπαγεωργίου»**, Γ' Παθολογική Κλινική, Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Τ: 2313 323000 (εξωτ. ιατρείο) (εσωτ. 4226 ή 4248), fax: 2310321862

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

► **Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων**, Λεωφ. Σταύρου Νιάρχου, ΤΚ 45500, Ιωάννινα, Τ: 26510 99111, 26510 99227 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2651046617

ΠΑΤΡΑ

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

ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ

ΣΤΕΡΕΑ ΕΛΛΑΔΑ / ΑΤΤΙΚΗ & ΠΕΙΡΑΙΑΣ

► **Μαιευτικό Γυναικολογικό κέντρο Αθηνών «Ελένα Ε. Βενιζέλου»**, Πλ. Ε. Βενιζέλου, ΤΚ 11521, Αθήνα, Τ: 210 6402000, 210 6402261 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6411156

► **Π.Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Π.&Α. Κυριακού»**, Θηβών & Λεβαδείας 3, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 213 2009000, 213 2009310 (εξωτ. ιατρείο), fax: 213 2009429

► **Ν.Γ.Ν.Α. «Σπηλιποπούλειο»**, Δ. Σούτσου 21, ΤΚ 10671, Αθήνα, Τ: 210 6410445, 213 2023418 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6446951

► **Γ.Ν.Μ. 1ο Νοσοκομείο ΙΚΑ (Μελισσιών)**, Τέρμα Ζοΐμη, ΤΚ 15127, Μελίσσια, Τ: 210 8106200, 210 8106262 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8041837

► **251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας**, Π. Κανελλοπούλου 3, ΤΚ 15500, Χολαργός, Τ: 210 7463399, 210 7464093 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7715690

► **Γ.Ν.Ν.Θ. Αθηνών «Σωτηρία»**, Μεσογείων 152, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7778611-19, 210 7763194 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7778838

► **Γ.Ν. Αθηνών «Σισμανόγλειο»**, Σισμανογλείου 1, Μαρούσι, ΤΚ 15126, Αθήνα, Τ: 210 8039001-60, 210 8039789 (εξωτ. ιατρείο), fax 210 8042700

► **Γ.Ν.Ν. Αθηνών «Εήλπις»**, Δημοτσάνης 7, ΤΚ 11522, Αθήνα, Τ: 210 6434001, 210 6494270 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 6445602

► **Γ.Ν. Βούλας «Ασκληπείο»**, Βασ. Παύλου 1, ΤΚ 16673, Βούλα, Τ: 213 2163000, 2132163142 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8923326

► **Γ.Ν. Πειραιά «Άγιος Παντελεήμων»**, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Δ. Μαντούβαλου 3, Νίκαια, ΤΚ 18484, Νίκαια, Τ: 213 2077000, 213 2077448 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 213 2076709

► **Γ. Αντικαρκινικό Ν. Πειραιά «Μεταξά»**, Μπότσαρη 51, ΤΚ 18537, Πειραιάς, Τ: 213 2079670 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 4599774

► **Γ.Ν.Α. «Γεώργιος Γεννηματάς»**, Λεωφ. Μεσογείων 154, ΤΚ 15669, Αθήνα, Τ: 213 2032000, 213 2032283-4, fax: 210 7705980

► **Γ.Ν.Α. «Αγία Όλγα»**, Αγίας Όλγας 3-5, ΤΚ 14231, Ν. Ιωνία, Τ: 213 2057000, 213 2057222 (εξωτ. ιατρείο)

► **ΕΝ.Ε. «Θριάσιο»**, Λεωφόρος Γ. Γεννηματά, ΤΚ 19018, Μαγούλα, Τ: 213 2028000, 213 2028774 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 5551243

► **Γ.Ν.Α. «Η Παμμακάριστος»**, Ιακωβάτων 43, ΤΚ 11144, Αθήνα, Τ: 210 2284851, 210 2001100, 210 2001344 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 2020002

► **Ν.Γ.Ν.Α. «Αμαλία Φλέμινγκ»**, 25ης Μαρτίου 14, ΤΚ 15126, Μελίσσια, Τ: 210 8030303, 210 8038371 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 8038399

► **Γ.Ν. Παιδων Αθηνών «Αγία Σοφία»**, Μ. Ασίας & Θηβών, ΤΚ 11527, Αθήνα, Τ: 210 7467000, 210 7467002 (εξωτ. ιατρείο), fax: 210 7797649

Ν. ΒΟΙΩΤΙΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Θηβών**, Τσεβέ 2, ΤΚ 32200, Θήβα, Τ: 22620 24444, 26623 50133 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22620 25406

Ν. ΕΥΒΟΙΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Χαλκίδας**, Γαζέπη 48, Χαλκίδα, ΤΚ 34100, Τ: 22210 21901-10, 22210 35259 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22210 85131

► **Κ.Υ. Καρύστου**, Πολ. Κάτσικα 56, ΤΚ 34001, Κάρυστος, Ν. Ευβοίας, Τ: 22243 50100, 22243 50104 (εξωτ. ιατρείο)

Ν. ΦΘΙΩΤΙΔΑΣ

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

Ν. ΦΩΚΙΔΟΣ

► **Ν.Γ.Ν. Άμφισσας**, Οικισμός Δροσοχωρίου, ΤΚ 33100, Άμφισσα, Τ: 22650 28460, (εσωτ: 171), fax: 2265022086

ΜΑΚΕΔΟΝΙΑ / Ν. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

► **Ν.Γ.Ν.Θ. «Άγιος Δημήτριος»**, Ελénης Ζωγράφου 2, ΤΚ 54634, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 322100, 2313 322427 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2313 322205

► **Ν.Α.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Άγιος Παύλος»**, Εθνικής Αντίστασης 161, Φοίνικας, ΤΚ 54625, Θεσσαλονίκη, Τ. 2310 493400 (τηλ. κέντρο), 2310 49353 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 451727

► **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «ΑΧΕΠΑ»**, Β' Παιδιατρική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Στ. Κυριακίδη 1, ΤΚ 54636, Θεσ/νίκη, 7/23/0 993111, 2310 993375-6 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 994803

► **Ν.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Γεννηματάς»** (κεντρικό), Εθνικής Αμύνος 41, ΤΚ 54635, Θεσσαλονίκη, Τ: 2310 211221, fax: 2310 210401

► **Β' Γενικό Νοσοκομείο ΙΚΑ Θεσσαλονίκης, (Παναγία)**, Ν. Πλαστήρα 22, ΤΚ 55132, Κρήνη Θεσσαλονίκης, Τ: 2310 476936, fax: 2310 438322

► **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Α' Παιδιατρική Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 312000, 2310 892462 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 992784

► **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο»**, Α' Παθολογική Κλινική Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Κωνσταντινουπόλεως 49, ΤΚ 54642, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 312000, 2310 892394 & 96 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310819758

► **Γ.Π.Ν. Θεσσαλονίκης «Παπαγεωργίου»**, Α' Παθολογική Κλινική, Περιφ. Οδός Θεσσαλονίκης, Ν. Ευκαρπία, ΤΚ 56403, Ν. Ευκαρπία Θεσσαλονίκης, Γ23/3 323000, 2310693251-2, (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 321862

► **Γ.Ν. Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου»**, ΤΚ 57010, Εξοχή, Θεσσαλονίκη, Τ: 2313 307000, 2313 307528 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2310 357603

► **Θεαγένειο Αντικαρκινικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης**, Αλεξ. Συμεωνίδη 2, ΤΚ 54351, Θεσσαλονίκη, Τ. 2310 898170

Ν. ΚΙΛΚΙΣ

► **Νοσοκομείο Γουμένισσας**, Μαυροπούλου 9, ΤΚ 61300, Γουμένισσα, Ν. Κιλκίς, 7/234304/4//, 23433 50321 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23430 428431

► **Ν.Γ.Ν. Κιλκίς**, Νοσοκομείου 1, ΤΚ 61100, Κιλκίς, Τ: 23413 51400, 23413 51671 / 51498 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23413 51630

Ν. ΠΙΕΡΙΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Κατερίνης**, 7ης Μεραρχίας 26, ΤΚ 60100, Κατερίνη, Τ: 23513 50200, 23513 50251 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23513 50115

Ν. ΧΑΛΚΙΔΙΚΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Χαλκιδικής**, ΤΚ 63100, Πολύγυρος, Τ: 23710 20101, 2371020248 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23710 23781

Ν. ΔΡΑΜΑΣ

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

► **Ν.Γ.Ν. Καβάλας**, Ύψωμα Βασιλάκη, ΤΚ 65500, Περιοχή Αγ. Σύλλα, Καβάλα, Τ: 2513 501100, 2513 501231-2 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2513 501548

Ν. ΣΕΡΡΩΝ

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

Ν. ΗΜΑΘΙΑΣ

► **Γ.Ν.Ν. Βέροιας**, Ασωμάτων Βεροίας 5, ΤΚ 59100, Βέροια, Τ: 23310 59100, 23313 51141 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23310 29920

► **Ν.Γ.Ν. Νάουσας**, Νοσοκομείου 3, ΤΚ 59200, Νάουσα, Τ: 23320 22200, 23320 59241 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23320 23422

Ν. ΚΟΖΑΝΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Κοζάνης «Μαμάτσειο»**, Μαιμασείου 1, ΤΚ 50100, Κοζάνη, Τ: 24610 67600, 24613 52647 (εξωτ. ιατρείο), fax: 24613 52630

Ν. ΠΕΛΛΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Γιαννitsών**, Τέρμα Λάμπρου Καισώνη, ΤΚ 58100, Γιαννitsά, Τ: 23820 56200, 23820 56536 (εξωτ. ιατρείο), fax: 23820 26553

ΝΗΣΙΑ ΑΙΓΑΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΛΕΣΒΟΥ

► **Ν.Γ.Ν. Μυτιλήνης «Βοστανείο»**, Ε. Βοσιάνη 48, ΤΚ 81100, Μυτιλήνη, Τ: 22510 57700, 22513 51540 (εξωτ. ιατρείο), fax: 22510 40366

Ν. ΣΑΜΟΥ

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

ΗΠΕΙΡΟΣ / Ν. ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

► **Γ.Ν. Ιωαννίνων «Γ. Χατζηκόστα»**, Λεωφόρος Μακρυγιάννη, ΤΚ 45001, Ιωάννινα, Τ: 26510 80111, 26510 80444 - 80475 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2651031414

ΘΕΣΣΑΛΙΑ / Ν. ΛΑΡΙΣΑΣ

► **Πανεπιστημιακό Γ. Ν. Λάρισας**, Μεζούρηο, ΤΚ 41110, Λάρισα, Τ: 2413 501000, 2413 5024308, 2431 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2410 611097

► **Γ. Ν. Λάρισας**, Τσακάλωφ 1, ΤΚ 41221, Λάρισα, Τ: 2410 230031, 2410 560384 (εξωτ. ιατρείο), fax: 2410 535150

Ν. ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ

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

Ν. ΤΡΙΚΑΛΩΝ

► **Ν.Γ.Ν. Τρικάλων**, Καρδίτσας 56, ΤΚ 42100, Τρίκαλα, Τ: 24313 50100, 24313 50721 (εξωτ. ιατρείο), fax.: 24310 37392

Ν. ΚΑΡΔΙΤΣΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Καρδίτσας**, Τέρμα Ταυρωπού, ΤΚ 43100 Καρδίτσα, Τ: 24410 65555, 24413 51222 (εξωτ. ιατρείο) fax.: 24410 26313

ΘΡΑΚΗ /Ν. ΕΒΡΟΥ

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

Ν. ΞΑΝΘΗΣ

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

Ν. ΡΟΔΟΠΗΣ

► **Ν.Γ.Ν. Κομοτηνής**, Σισμανόγλου 45, ΤΚ 69100, Κομοτηνή, Τ: 25313 51100, 25313 51465 (εξωτ. ιατρείο), fax: 25313 51527

ΝΗΣΙΑ ΙΟΝΙΟΥ ΠΕΛΑΓΟΥΣ / Ν. ΖΑΚΥΝΘΟΥ

► **Ν.Γ.Ν. Ζακύνθου**, ΤΚ 59200, Ζάκυνθος, Τ: 26950 59100, 26950 59221 (εξωτ. ιατρείο), fax: 26950 42520

Ν. ΛΕΥΚΑΔΑΣ

► **Ν.Γ.Ν. Λευκάδας**, Βαλαωρίτου 24, ΤΚ 31100, Λευκάδα, Τ: 26450 38200, 26450 38284 (εξωτ. ιατρείο

Στείλτε μας τις
ερωτήσεις σας στο
info@elodi.org

Mas ρωτάτε - σας απαντάμε

1 Η ΚΜ έχει δυσκολία να καταλάβει τις διάφορες μορφές διαβήτη και το ερώτημα της είναι ποια η διαφορά μεταξύ διαβήτη τύπου 1 και διαβήτη τύπου 2

Ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 προκαλείται από έλλειψη ινσουλίνης στον οργανισμό. Αυτό οφείλεται στο ότι το ανοσοποιητικό σύστημα του ατόμου που πάσχει καταστρέφει τα κύτταρα του παγκρέατος (ενδοκρινής αδένας) που παράγουν την ινσουλίνη (είναι όπως λέμε αυτοάνοση διαταραχή). Ο διαβήτης τύπου 1 είναι η μορφή που συμβαίνει συχνότερα σε νέα άτομα (μικρότερα των 20 ετών) χωρίς βέβαια να αποκλείεται η εμφάνισή του και σε μεγαλύτερες ηλικίες, αλλά αυτό συμβαίνει σπανιότερα. Αυτή η μορφή διαβήτη χρειάζεται πάντα θεραπεία με ινσουλίνη γιατί δεν υπάρχει δυνατότητα παραγωγής αυτής της ορμόνης από τον οργανισμό. Στο διαβήτη τύπου 2 τα κύτταρα του οργανισμού χρειάζονται περισσότερη ινσουλίνη, την ορμόνη που βάζει μέσα στα κύτταρα το σάκχαρο που κυκλοφορεί στο αίμα. Αυτό το λέμε αντίσταση στην ινσουλίνη και επηρεάζεται από το αυξημένο βάρος του σώματος, την καθιστική ζωή και τη πλούσια σε λίπος τροφή. Τα κύτταρα που παράγουν ινσουλίνη αυξάνουν στην αρχή την παραγωγή της ορμόνης αλλά εάν αυτό κρατήσει πολύ εξαντλούνται, η παραγωγή ινσουλίνης ελαττώνεται και



το σάκχαρο στο αίμα αυξάνεται. Αυτή η μορφή διαβήτη, που είναι η συχνότερη, εμφανίζεται κυρίως σε παχύσαρκα άτομα της ενήλικης ζωής αλλά τελευταία το παρατηρούμε και σε νεότερα άτομα, ακόμα και σε έφηβους, λόγω της αύξησης της συχνότητας της παχυσαρκίας. Ο διαβήτης τύπου 2 αντιμετωπίζεται με αλλαγές στην διατροφή, αύξηση της σωματικής δραστηριότητας και με φάρμακα από το στόμα ή σπανιότερα με ινσουλίνη.

2 Είμαι 22 ετών και μου αρέσει να τρώω γλυκά. Μπορεί αυτή μου η συνήθεια να μου προκαλέσει σακχαρώδη διαβήτη



Ένας από τους παλαιότερους μύθους για το διαβήτη είναι ότι η κατανάλωση γλυκών προκαλεί τη νόσο. Πολλοί άνθρωποι ακόμα πιστεύουν ότι τρώγοντας πολλά γλυκίσματα κινδυνεύεις να εμφανίσεις διαβήτη, γεγονός που σίγουρα επηρεάζει τη ζωή τους. Η αντίληψη αυτή δεν ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα οπότε δεν είναι υποχρεωτικό τα άτομα να στερηθούν ότι έχει σχέση με τη ζάχαρη. Ωστόσο, αυτό δεν αναιρεί την υποχρέωση να γίνεται κατανάλωση με μέτρο. Η ισορροπημένη διατροφή που περιλαμβάνει δημητριακά, πρωτεΐνη, και φρούτα – με λίγα λιπαρά, χοληστερόλη και απλή σάκχαρη – είναι το υγιεινό πλάνο για τον καθένα.

Σαρώστε εδώ
για να πάρετε
ένα δωρεάν δείγμα
Transcend
Glucose Gel!

TRANSCEND
15g GLUCOSE
orange
naturally flavored
GLUCOSE GEL

TRANSCEND
15g GLUCOSE
strawberry
naturally flavored
GLUCOSE GEL

**ΑΝΕΒΑΣΕ
ΕΝΕΡΓΕΙΑ!**

ΓΛΥΚΟΖΗ ΤΑΧΕΙΑΣ ΔΡΑΣΗΣ

Τώρα, έχεις στην τσέπη σου κάθε στιγμή,
στο σχολείο, στο παιχνίδι και σε κάθε
δραστηριότητα, τον πιο αποτελεσματικό
τρόπο να αναπληρώσεις την ενέργεια
του οργανισμού σου, καλύτερα
από οποιοδήποτε σνακ ή ρόφημα!
Ανακάλυψε τη δύναμη του **ζελ γλυκόζης
TRANSCEND** σε δυο υπέροχες γεύσεις,
φράουλα και πορτοκάλι, που λατρεύουν
όλα τα παιδιά!

↑ Άμεση και
ελεγχόμενη
αναπλήρωση ενέργειας

15g Γλυκόζη
ταχείας
δράσης

* Εύκολη χρήση/απορρόφηση
σε περιπτώσεις εκτάκτου
ανάγκης

Πρακτική
συσκευασία,
εύκολη μεταφορά

ΔΙΑΤΙΘΕΤΑΙ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ

NET WT. 1.1 OZ (31g)

NEO

Να βλέπετε πώς
οι καθημερινές σας
δραστηριότητες επηρεάζουν
τη γλυκόζη στο αίμα σας.
Αυτό είναι διαφωτιστικό.

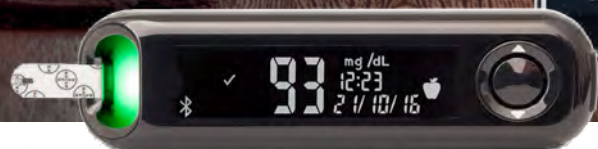
Δείτε τον διαβήτη σας κάτω από ένα νέο φως.
Με τον έξυπνο μετρητή CONTOUR™NEXT ONE
και την εφαρμογή CONTOUR®DIABETES
μπορείτε να:

- Λαμβάνετε εξαιρετικά ακριβή αποτελέσματα μέτρησης και άμεση πληροφόρηση για το αν αυτά είναι εντός, κάτω ή πάνω από τον στόχο σας μέσω της λειτουργίας smartLIGHT^{1,2}
- Καταχωρείτε εύκολα ημερήσιες δραστηριότητες για να σας βοηθάει να κατανοήσετε πώς αυτές επηρεάζουν τη γλυκόζη στο αίμα σας και να διαχειρίζεστε τον διαβήτη σας πιο έξυπνα
- Μοιράζεστε τα αποτελέσματά σας με τον γιατρό σας βοηθώντας σας να κάνετε πιο εστιασμένες συζητήσεις μαζί του

Ρίξτε φως στον διαβήτη σας

Contour
next ONETM

Σύστημα Παρακολούθησης
Γλυκόζης Αίματος



Μιλήστε σήμερα με τον επαγγελματία υγείας σας
για να μάθετε περισσότερα για τον μετρητή CONTOUR™NEXT ONE
ή επισκεφτείτε το www.contournextone.gr

Αναφορές: 1. CONTOUR™NEXT ONE Οδηγός Χρήστη. 2. Christiansen M *et al.* Accuracy and user performance evaluation of a new blood glucose monitoring system in development for use with CONTOUR™NEXT test strips. Poster presented at the 15th Annual Meeting of the Diabetes Technology Society (DTS); October 22–24, 2015; Bethesda, Maryland, USA.

Το Ascensia, το λογότυπο Ascensia Diabetes Care, το CONTOUR και το smartLIGHT είναι εμπορικά σήματα της Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Το Apple και το λογότυπο Apple είναι εμπορικά σήματα της Apple Inc., καταχωρημένα στις Η.Π.Α. και σε άλλες χώρες. Το App Store είναι σήμα υπηρεσιών της Apple Inc. Το Google Play και το λογότυπο Google Play είναι εμπορικά σήματα της Google Inc.

© Copyright 2016 Ascensia Diabetes Care Holdings AG. Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Κωδικός: L.GR.ADC.09.2016.45125

