

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.

Ιανουάριος - Φεβρουάριος - Μάρτιος 2018 #51



- Συνέντευξη της Ασημίνας Γαλλή Τσιανοπούλου, Καθηγήτριας Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας, Δ' Παιδιατρικής Κλινικής Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου
- Νεότερες εξελίξεις στο σακχαρώδη διαβήτη κύησης
- Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και δυσλειτουργία του θυρεοειδούς
- Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ως παράγοντας κινδύνου εμφάνισης ΣΔ2
- Ψυχογενής ανορεξία – Ψυχογενής βουλιμία & σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1

πρόληψη, η [prólipsi]: ενέργεια που στοχεύει στην αποτροπή εμφάνισης ιδιαίτερα αρνητικών & βλαπτικών καταστάσεων ||
Η ~ κατά της ξηροδερμίας στο Σύνδρομο Διαβητικού Ποδιού ξεκινάει με **Podia Diabetic Foot Cream**.

Ειδικά σχεδιασμένη για την ξηρή και εύθραυστη επιδερμίδα του Διαβητικού Ποδιού

Ιατροτεχνολογικό προϊόν
Δερματολογικά ελεγμένο σε Διαβητικούς I & II
15% Ουρία και 11 ακόμη ενεργά συστατικά

www.podiafootcare.com



ACCU-CHEK® Instant

Roche

Accu-Chek Instant: Πάντα στο πλευρό σας



Ο μετρητής Accu-Chek Instant συγχρονίζεται εύκολα με την εφαρμογή Accu-Chek Connect για να σας υποστηρίξει περισσότερο στην καθημερινή σας ζωή



Το λογότυπο Bluetooth και τα σύμβολα κατασκευάστη είναι κατοχυρωμένα εμπορικά σήματα που ανήκουν στην Bluetooth SIG, Inc. και κάθε χρήση τέτοιων σημείων από τη Roche υπόκειται σε άδεια. Η Apple και το λογότυπο της Apple είναι εμπορικά σήματα της Apple Inc., κατοχυρωμένα στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες. Το App Store είναι σήμα υπηρεσιών της Apple Inc., κατοχυρωμένο στις ΗΠΑ και σε άλλες χώρες. Η επωνυμία Google Play και το λογότυπο Google Play αποτελούν εμπορικά σήματα της Google LLC.

Περισσότερη υποστήριξη όταν τη χρειάζεστε

- 1 | Αξιοποιείτε στο μέγιστο τα δεδομένα σας με εύχρηστα γραφήματα και στατιστικά στοιχεία¹
- 2 | Διαχειριστείτε τις δόσεις ινσουλίνης με την αξιόπιστη Προτεινόμενη Δόση bolus²
- 3 | Μοιραστείτε άμεσα το αποτέλεσμα της μέτρησης και κρατήστε ενήμερους τους αγαπημένους σας ή τον ιατρό σας



Μάθετε περισσότερα: www.accu-chek.gr

Τα ACCU-CHEK, ACCU-CHEK INSTANT και ACCU-CHEK CONNECT είναι εμπορικά σήματα της Roche.
© 2017 Roche Diabetes Care.

Roche Diagnostics (Hellas) A.E.
Τμήμα εξυπηρέτησης πελατών Accu-Chek: 210 2703700
Δωρεάν γραμμή υποστήριξης (από σταθερό): 800 11 71000

ACCU-CHEK®

1. Hinnen AD et al. J Diabetes Sci Technol. 2015; 9:293-301
2. Ziegler R et al. Diabetes Care. 2013; 36(11): 3613 - 9
ak 1715/1712



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 ηθική 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 «Αττικόν»

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

Νικόλαος Λ. 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 Μούσσηξ, 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 Πολυχρονάκος, 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 Τσατσούλης, 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

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.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

6	EDITORIAL	
8-13	ΠΡΟΣΩΠΟ ΜΕ ΠΡΟΣΩΠΟ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΤΗΣ ΑΣΗΜΙΝΑΣ ΓΑΛΗ ΤΣΙΝΟΠΟΥΛΟΥ, ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑΣ ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ-ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΝΔΟΚΡΙΝΟΛΟΓΙΑΣ, Δ' ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΠΑΓΕΩΡΓΙΟΥ	44-45
14-19	Η ΣΕΛΙΔΑ ΤΟΥ ΓΙΑΤΡΟΥ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ MODY, ΜΙΑ ΜΟΡΦΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ ΣΕ ΒΛΑΒΗ ΕΝΟΣ ΓΟΝΙΔΙΟΥ	46-49
20-29	ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ • Η ΚΑΛΗ ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΓΟΝΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΕΙΝΑΙ ΟΥΣΙΩΔΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΡΤΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΜΒΡΥΟΥ • ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΠΟΛΥΚΥΣΤΙΚΩΝ ΩΟΘΗΚΩΝ ΩΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΣΔ2	50-52
30-36	ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΔΡΑΣΕΙΣ	54-58
38-42	ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ ΖΩΝΤΑΣ ΜΕ ΤΟΝ ΔΙΑΒΗΤΗ: ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΤΑ ΚΑΤΑΦΕΡΩ. ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ	60
		61
		62-63
		64

ΡΥΘΜΙΣΗ ΤΟΥ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ
ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1 ΚΑΙ
ΔΥΣΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ
ΘΥΡΕΟΕΙΔΟΥΣ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ
ΝΕΟΤΕΡΕΣ ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ
ΣΤΟ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗ
ΔΙΑΒΗΤΗ ΚΥΗΣΗΣ

ΔΙΑΒΗΤΗΣ
ΣΤΗΝ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ
ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΑΝΟΡΕΞΙΑ
– ΨΥΧΟΓΕΝΗΣ ΒΟΥΛΙΜΙΑ
& ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ
ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

ΔΙΑΤΡΟΦΗ & ΑΜΥΝΑ
ΕΙΔΗ ΓΑΛΑΚΤΟΣ
ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ
ΓΝΩΡΙΖΟΥΜΕ ΓΙΑ ΑΥΤΑ

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

ΣΗΜΕΙΑ ΔΙΑΝΟΜΗΣ

ΧΡΗΣΤΙΚΑ
ΟΔΗΓΟΣ
ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΩΝ
ΚΕΝΤΡΩΝ

ΜΑΣ ΡΩΤΑΤΕ – ΣΑΣ ΑΠΑΝΤΑΜΕ

Αγαπητοί αναγνώστες

Αγαπητοί αναγνώστες



Ο χρόνος από την κυκλοφορία του προηγούμενου τεύχους πέρασε γρήγορα και ήδη μπήκαμε στην άνοιξη, την εποχή που συνοδεύει την αναγέννηση της φύσης και συμβολίζει την ελπίδα. Ελπίζω ότι το μέλλον θα μας επιφυλάξει καλύτερες μέρες. Ελπίζω κυρίως για όσους ο πανδαμάτωρ χρόνος δεν κατάφερε να επουλώσει τα θλιβερά γεγονότα της ζωής. Για όλη υπάρχει λύση όταν βλέπουμε προς το μέλλον με εμπιστοσύνη και αισιοδοξία.

Η ψυχική διάθεση να βλέπουμε τα γεγονότα από την ευχάριστη πλευρά τους και η πεποίθηση μας ότι κάθε πρόβλημα μας θα έχει ευνοϊκή έκβαση πρέπει να είναι το χαρακτηριστικό των ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη. Η αισιοδοξία γεμίζει όλους μας με ευχάριστα συναισθήματα, και για τα άτομα με διαβήτη έχει επιπλέον θετική επίδραση στη ρύθμιση του σακχάρου που είναι καθημερινός αγώνας.

Τους στόχους της βελτίωσης της ποιότητας ζωής και της ρύθμισης του σακχάρου υπηρετεί η Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη, η οποία στο τέλος Φεβρουαρίου υλοποίησε την Ετήσια Γενική της Συνέλευση με την παρουσία αντιπροσώπων των σωματείων-μελών από όλη τη χώρα. Στην θεσμοθετημένη αυτή συνάντηση αξίζει να τονιστεί η παρουσία και ενεργός συμμετοχή νέων στην ηλικία ατόμων, γεγονός που σηματοδοτεί την αισιόδοξη προοπτική για το μέλλον της Ομοσπονδίας και την κοινωνική της προσφορά.

Στο τεύχος που κρατάτε στα χέρια σας μπορείτε να βρείτε σημαντικές πληροφορίες για αρκετά θέματα που ενδιαφέρουν τα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη αλλά και γενικότερα τον καθένα μας στο πλαίσιο της πρόληψης. Ειδικότερα, θα βρείτε πληροφορίες για το διαβήτη που εκδηλώνεται για πρώτη φορά κατά την εγκυμοσύνη, τη σχέση που μπορεί να έχει ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 με διαταραχές διατροφής ψυχογενούς αιτιολογίας, την επίπτωση του συνδρόμου πολυκυστικών ωοθηκών, διαταραχή που εμφανίζει το 10% των γυναικών, στην εμφάνιση σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 και άλλα.

Ελπίζοντας η ύλη του παρόντος τεύχους να σας βοηθήσει, σας χαιρετώ ευχόμενος αισιόδοξη ενατένιση του μέλλοντος.

Γεώργιος Ν. Κουκούλης,
Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας
Διευθυντής Σύνταξης

Lilly
DIABETES

Προσωπικές
λύσεις
για κάθε μέρα



LDDK1_4_2013 CONVEY



ΦΑΡΜΑΣΕΡΒ - ΛΙΛΛΥ Α.Ε.Β.Ε. 15ο χλμ. Εθνικής Οδού Αθηνών-Λαμίας, 14564 Κηφισιά ΤΗΛ.: 210 6294600 Fax: 210 6294610, Τ.Θ. 51288
Γραφείο Θεσσαλονίκης: Αδριανουπόλεως 24, 551 33 Καλαμαριά, Θεσσαλονίκη ΤΗΛ.: 2310 480160
Για παραγγελίες: ΤΗΛ.: 210 6294629 Fax: 210 6294630 e-mail: orders@lilly.gr www.lilly.gr

Συνέντευξη της Ασημίνας Γαλλή Τσινοπούλου

Καθηγήτρια Παιδιατρικής-Παιδιατρικής
Ενδοκρινολογίας, Δ' Παιδιατρική
Κλινική Αριστοτελείου Πανεπιστημίου
Θεσσαλονίκης, Νοσοκομείο Παπαγεωργίου

Η αλματώδης ανάπτυξη της τεχνολογίας αναφορικά με το είδος των ινσουλινών, τα νέα σακχαρόμετρα αλλά και τις αντλίες ινσουλίνης έχουν βελτιστοποιήσει σαφώς τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και στους έφηβους σήμερα. Η εξοικείωση της νεολαίας με τη νέα τεχνολογία στο διαβήτη δίνει περισσότερες πιθανότητες κατανόησης και καλής διαχείρισης του διαβήτη.



ΤΗΣ **ΜΑΡΙΑΣ ΧΑΤΖΗΔΑΚΗ**



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;

Είμαι απόφοιτος της Ιατρικής Σχολής του Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Α.Π.Θ.) και διδάκτορας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Μονάχου Γερμανίας (Ludwig Maximilian University of Munich). Έλαβα τον τίτλο της ειδικότητας της Παιδιατρικής μετά από εκπαίδευση στις Παιδιατρικές Κλινικές Ludwig Maximilian University Munich Germany και Β' Παιδιατρική Κλινική του Α.Π.Θ., Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Εξειδικεύτηκα στην Παιδιατρική Ενδοκρινολογία στο Ενδοκρινολογικό Τμήμα της Παιδιατρικής Κλινικής του Ludwig Maximilian University Munich, Germany και στη Διαβητολογία στο Διαβητολογικό Κέντρο της Α' Παθολογικής Κλινικής του Α.Π.Θ. στο Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ. Από το 2002 είμαι μέλος του Διδακτικού Ερευνητικού Προσωπικού (ΔΕΠ) στο Α.Π.Θ. αρχικά ως Λέκτορας Παιδιατρικής-Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας και σήμερα ως Καθηγήτρια. Εκπαιδεύτηκα σχετικά με την Υγεία και την Φροντίδα των Εφήβων (European Training Session in Adolescent Care and Health) στο Πανεπιστήμιο Λωζάνης Ελβετίας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. Συντονίζω το επιλεγόμενο μεταπτυχιακό μάθημα ΕΦΗΒΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ (Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικού Τμήματος της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ.). Διδάσκω το αντικείμενο της Παιδιατρικής Ενδοκρινολογίας-Διαβητολογίας σε προπτυχιακούς και μεταπτυχιακούς φοιτητές του Ιατρικού Τμήματος της Σχολής Επιστημών Υγείας Α.Π.Θ. και σε μεταπτυχιακούς φοιτητές του Α.Τ.Ε.Ι.Θ. Από την αρχή της καριέρας μου με απασχόλησε το θέμα του διαβήτη των παιδιών και των εφήβων. Πρωταρχικά το άμεσο: η διαχείριση της πρωτόγνωρης και καθοριστικής σημασίας διάγνωσης του διαβήτη και αργότερα το «γιατί». Το ερώτημα αυτό ταλανίζει μέχρι σήμερα όλους όσους ασχολούμαστε με το διαβήτη, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

Η διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη τύπου 1, σηματοδοτεί για το παιδί /έφηβο αλλά και την οικογένειά του, το ξεκίνημα ενός νέου τρόπου ζωής. Η οικογενειακή ισορροπία τίθεται πλὴν σε νέα βάση. Απαιτούνται ιδιαίτεροι λεπτοί χειρισμοί για τη διαχείρισή του, από όλη την ομάδα



του διαβήτη (ιατρό, διαιτολόγο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη), μέσα σε ένα κλίμα ηρεμίας, υποστήριξης, εμπιστοσύνης και επαρκούς ενημέρωσης. Θεώρησα τότε ότι σε αυτό το ευαίσθητο κομμάτι του πληθυσμού, που χρήζει ιδιαίτερης αντιμετώπισης, αξίζει να προσφέρω τις γνώσεις μου και συνεχίζω με τον ίδιο ζήλο μέχρι σήμερα.

Ποια είναι η ιστορία του παιδοδιαβητολογικού ιατρείου στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου.

Ποιες υπηρεσίες προσφέρει το διαβητολογικό κέντρο σήμερα, σε σχέση με παλαιότερα και πόσα παιδιά βλέπετε στην κλινική σας;

Η ενασχόλησή μου με το διαβήτη παιδιών και εφήβων ξεκίνησε με το ιατρείο στο νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ όπου στεγάζονταν η Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ στην οποία υπηρετώ. Μετά από περίπου οκτώ χρόνια λειτουργίας το ιατρείο αυτό μεταφέρθηκε μαζί με τη Δ' Παιδιατρική Κλινική ΑΠΘ στο Νοσοκομείο Παπαγεωργίου. Έκτοτε (2005) λειτουργεί



ανελλιπώς και αδιαλείπτως και παρακολουθεί πλέον των 300 παιδιών ανά έτος. Το ιατρείο πλησιάζονται από πολλούς επιστήμονες όπως διαιτολόγο, ψυχολόγο, νοσηλεύτη και βρίσκεται σε στενή συνεργασία με το Διαβητολογικό Κέντρο του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου. Η συνεργασία αυτή εξασφαλίζει σε πολύ μεγάλο βαθμό τη μετάβαση των παιδιών όταν ενηλικιώνονται σε ένα Κέντρο που είναι δίπλα μας στο ίδιο Νοσοκομείο όπου όλα είναι κατά το μέγιστο γνωστά και οικεία για τα παιδιά.

Πόσο σημαντική είναι για το έργο σας η συμβολή των ειδικών γιατρών που βοηθούν στην αντιμετώπιση του νεανικού διαβήτη συνολικά;

Όπως ανέφερα και παραπάνω η διαχείριση του διαβήτη αποτελεί έργο επιστημονικής ομάδας. Η ομάδα μας πλησιάζεται από ιατρούς, νοσηλεύτη, διαιτολόγο και ψυχολόγο. Το έργο αυτών των επιστημόνων υγείας παρέχεται κατά πληροψηφία εθελοντικά ως επιστημονικά συνεργαζόμενοι με την Κλινική και το Νοσοκομείο. Η αυταπάτηση των μελών της ομάδας του διαβήτη είναι δεδομένη έτσι

ώστε να μπορούν να καλύπτονται όλες οι ανάγκες των παιδιών και των οικογενειών τους όλο το 24ωρο. Επιδίδεται η συνεχής ενημέρωση και η διά βίου μάθηση των μελών της ομάδας συμμετέχοντας σε διάφορα σεμινάρια και συνέδρια σχετικά με τον διαβήτη. Παράλληλα με τις εκδηλώσεις που διοργανώνει το ιατρείο ή σε συνεργασία με διάφορους συλλόγους ατόμων με σακχαρώδη διαβήτη, πραγματοποιούνται επίσης πολλές ενημερωτικές ομιλίες, εισηγήσεις και διαλέξεις σε συνέδρια, ημερίδες, σχολεία, δήμους κλπ. Από την ενδελεχή ενασχόληση της ομάδας με το διαβήτη και τους προβληματισμούς της έχουν προκύψει πολλές δημοσιεύσεις σε ελληνικά και διεθνή περιοδικά σχετικά με το διαβήτη.

Ποια είναι η σημασία της εφηβικής ιατρικής και πως αυτή μπορεί να βοηθήσει ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων;

Όπως γνωρίζεται μέχρι σήμερα εκ του νόμου τα λεγόμενα χρόνια νοσήματα-ανάμεσα σε αυτά και ο διαβήτης- όταν διαγνωσθούν στην παιδική ηλικία, παραμένουν στις παιδιατρικές κλινικές και στα ειδικά παιδιατρικά ιατρεία μέχρι την ηλικία των 18 ετών. Αυτό απαιτεί γνώσεις και ιδιαίτερη εκπαίδευση στην προσέγγιση του εφήβου και στη διαχείριση του νοσήματος. Οι έφηβοι είναι μια πληθυσμιακή ομάδα με πολλές ιδιαιτερότητες οι οποίες απορρέουν από τις συνεχείς σωματικές, ορμονικές και ψυχοσυναισθηματικές αλλαγές. Είναι προσκολλημένοι στον παρόντα χρόνο και δεν αντιλαμβάνονται τις μελλοντικές επιπτώσεις ενός νοσήματος. Παράλληλα εμφανίζουν έντονη άρνηση στη γονεϊκή αλλαγή και στην ιατρική εξουσία με αποτέλεσμα την ανυπακοή και τη μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης συμπεριφορών υψηλού κινδύνου. Αυτό σημαίνει για τον έφηβο ότι εκτίθεται σε κίνδυνο-ρискάρει και για το χρόνιο νόσημα σημαίνει μη καλή συμμόρφωση και άρνηση τήρησης των μέχρι τώρα κανόνων θεραπευτικής αγωγής.

Απαιτείται λοιπόν ιδιαίτερη εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αναφορικά με την προσέγγιση των εφήβων αλλαγή και την ύπαρξη δομών παροχής υγείας φιλικών προς τους έφηβους. Προκύπτει λοιπόν η αναγκαιότητα της εφηβικής ιατρικής δηλαδή η εκπαίδευση και η γνώση της επιτήρησης της υγείας των εφήβων αλλαγή και της διαχείρισης των χρόνιων νοσημάτων.

Τι αναφέρει ο ανανεωμένος νόμος για την ιατρική αντιμετώπιση των εφήβων. Γιατί ήταν σημαντική η αλλαγή του παιδιαού νόμου;

Πρόσφατα επικαιροποιήθηκε και θα είναι στο εγγύς μέλλον σε εφαρμογή η ενσωμάτωση της εφηβικής ιατρικής στην εκπαίδευση των παιδίατρων. Έτσι η ειδικότητα της παιδιατρικής θα είναι πέντε έτη αντί τέσσερα που ήταν μέχρι σήμερα και θα υπάρχει επαρκής εκπαίδευση που θα εξασφαλίζει την ασφαλή επιτήρηση της υγείας των εφήβων συμπεριλαμβανομένων και αυτών με χρόνιο νόσημα όπως ο σακχαρώδης διαβήτης. Απαιτείται βέβαια όπως τονίστηκε και παραπάνω και η ίδρυση αντίστοιχων μονάδων παροχής υγειονομικής περίθαλψης φιλικών προς τους έφηβους.

Μιλήστε μας για την αξία των διατριβών και των ιατρικών δημοσιεύσεων που κάνει η κλινική σας;

Είναι μεγάλη τύχη και ιδιαίτερη χαρά για έναν πανεπιστημιακό δάσκαλο να δίνει κίνητρα σε νέους επιστήμονες για να υλοποιούν πρωτότυπες εργασίες όπως οι διατριβές αλλαγή και άλλες μελέτες. Νεαροί επιστήμονες που πλησίασαν κατά καιρούς το παιδοδιαβητολογικό ιατρείο είχαν την ευκαιρία να εργασθούν ερευνητικά και να υλοποιήσουν τα αποτελέσματα των ερευνών τους προσφέροντας πρακτικές οδηγίες στη διαχείριση και θεραπευτική αντιμετώπιση του σακχαρώδη διαβήτη. Έτσι λοιπόν στο τμήμα μας εκπονήθηκαν τόσο διατριβές όσο και διπλωματικές εργασίες με θέμα το διαβήτη στα παιδιά. Ειδικότερα εκπονήθηκαν πρωτότυπες εργασίες για την ποιότητα ζωής των παιδιών με διαβήτη, για τη ρύθμιση και τον μεταβολισμό των ατόμων με διαβήτη, για τον κίνδυνο των υπογλυκαιμιών και τις επιδράσεις στην καρδιά, για τις συσχετίσεις με πιθανά γονίδια ή επιγενετικά αίτια κλπ.

Πόσο σημαντική είναι κατά την άποψή σας η συνεχής εκπαίδευση των νοσηλευτριών που έρχονται σε επαφή με τα παιδιά με διαβήτη τύπου 1;

Οι νοσηλεύτριες και οι νοσηλευτές αποτελούν έναν δυνατό κρίκο στην ομάδα διαχείρισης του διαβήτη στα παιδιά. Από την πρώτη επαφή κατά τη διάγνωση είναι αυτοί που κάνουν την ένεση ινσουλίνης, τη μέτρηση σακχάρου στο

Είμαι αισιόδοξη ότι το μέλλον θα είναι καλύτερο! Η συνεχής εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αλλαγή και η ενημέρωση των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους οδηγεί και βελτιώνεται και ακολουθεί την παγκόσμια τάση. Η πρόοδος της επιστήμης είναι εντυπωσιακή αν τη δει κανείς διαχρονικά και ειδικά θα πρέπει να πούμε ότι το τεχνητό πάγκρεας είναι κοντά στην πραγματοποίησή του... Ευελπιστώ ότι σύντομα θα γυρίσουμε σελίδα

παιδί και πρέπει να έχουν και τη γνώση και τον τρόπο να εφαρμόσουν ανώδυνα τις επώδυνες αυτές ενέργειες. Το νοσηλευτικό προσωπικό πρέπει να εκπαιδεύεται συνεχώς και διά βίου για να ακολουθήσει την αλματώδη πορεία της τεχνολογικής προόδου στο διαβήτη (νέες ινσουλίνες, νέα σακχαρόμετρα κλπ). Στα πλαίσια αυτά το τμήμα μας συμμετέχει στην εκπαίδευση των νοσηλευτών με διδάσκοντες –όπως η ομιλούσα και η διαιτολόγος κα Έφη Ευστρατίου- στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών «Φροντίδα για το Διαβήτη» του Τμήματος της Νοσηλευτικής του Α.Τ.Ε.Ι. Θεσσαλονίκης. Επίσης φέτος για πρώτη φορά το τμήμα μας υλοποιεί μια καινοτόμο δράση: την εκπαίδευση των σχολικών νοσηλευτών για τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη των παιδιών στο σχολείο.

Είναι σημαντική η συνεργασία της κλινικής σας με τους συλλόγους ατόμων με διαβήτη της ευρύτερης περιοχής;

Η συνεργασία με τους διάφορους συλλόγους ατόμων με διαβήτη είναι άριστη, αγαστή και επιθυμητή γιατί αναγνω-



ρίζουμε την τεράστια προσφορά και στήριξη αυτών των συλλόγων σε συλλογικό αλλήλ και ατομικό επίπεδο.

Δεν είναι λίγες οι φορές που συνδιοργανώσαμε ή συμμετείχαμε ως τμήμα σε εκδηλώσεις για το διαβήτη στα παιδιά και εφήβους.

Όπως προανέφερα για πρώτη φορά φέτος συμμετέχουμε ως τμήμα με την αμέριστη συμπαράσταση της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Θεσσαλονίκης και σε συνεργασία με την Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας στην εκπαίδευση των σχολικών νοσηλευτών για τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη των παιδιών στο σχολείο. Μάλιστα με την οικονομική υποστήριξη της Ένωσης Γονέων Παιδιών και Νέων με Διαβήτη Θεσσαλονίκης και την ακούραστη συμμετοχή της προέδρου Θεοφανείας Τσαχαλίνα κυκλοφόρησε και το «Εγχειρίδιο Σχολικών Νοσηλευτών για τη Διαχείριση του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 στο σχολείο» το οποίο θα αναρτηθεί σύντομα και θα είναι διαθέσιμο στην ιστοσελίδα της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης Κεντρικής και Δυτικής Μακεδονίας.

Τι πιστεύετε ότι έχει αλλάξει όσον αφορά την αντιμετώπιση του ατόμου με διαβήτη τύπου 1, σε σχέση με παλαιότερα. Πιστεύετε ότι τα νέα παιδιά αντιμετωπίζουν με μεγαλύτερη ωριμότητα το διαβήτη τους;

Η αλημάτωση ανάπτυξη της τεχνολογίας αναφορικά με το είδος των ινσουλινών, τα νέα σακχαρόμετρα αλλήλ και τις αντλίες ινσουλίνης έχουν βελτιστοποιήσει σαφώς τη διαχείριση του σακχαρώδη διαβήτη στα παιδιά και στους έφηβους σήμερα. Η εξοικείωση της νεολαίας με τη νέα τεχνολογία στο διαβήτη δίνει περισσότερες πιθανότητες κατανόησης και καλής διαχείρισης του διαβήτη. Παράλληλα η δυνατότητα προσεκτικής πρόσβασης σε αξιόπιστες πηγές πληροφοριών με τα σύγχρονα μέσα ενημέρωσης βοηθά στην ωρίμανση και στην απόκτηση μιας σφαιρικής εικόνας αντιμετώπισης του διαβήτη. Τα νέα ανάλογα ινσουλίνης (ταχείας ή μακράς δράσης), οι σύγχρονες πένες χορήγησης ινσουλίνης με τα πολύ ήπια και ανώδυνα βελονάκια, οι γρήγοροι-αξιόπιστοι μετρητές σακχάρου με τη μικρή ποσότητα αίματος που απαιτούν αλλήλ και τα συστήματα συνεχούς καταγραφής του σακχάρου δίνουν απεριόριστες δυνατότητες και ευκαιρίες στα παιδιά για υψηλότερες απαιτήσεις στη ρύθμιση του σακχάρου και στην επίτευξη της πολυπόθητης και ζητούμενης ευγλυκαιμίας. Η ευγλυκαιμία είναι το κλειδί για την αποφυγή επιπλοκών (υπεργλυκαιμία-υπογλυκαιμία) αλλήλ και στην επίτευξη καλής ποιότητας ζωής.

Πως εκτιμάτε ότι διαγράφετε το μέλλον του διαβήτη τύπου 1 στην Ελλάδα αλλήλ και στον υπόλοιπο κόσμο;

Είμαι αισιόδοξη ότι το μέλλον θα είναι καλύτερο! Η συνεχής εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης αλλήλ και η ενημέρωση των ίδιων των ασθενών και των οικογενειών τους οδηγεί και βελτιώνεται και ακολουθεί την παγκόσμια τάση.

Η πρόοδος της επιστήμης είναι εντυπωσιακή αν τη δει κανείς διαχρονικά και ειδικά θα πρέπει να πούμε ότι το τεχνολογικό πάγκρεας είναι κοντά στην πραγματοποίησή του.... Ευελπιστώ ότι σύντομα θα γυρίσουμε σελίδα!

Σαρώστε εδώ για να πάρετε ένα δωρεάν δείγμα



Βελόνες ινσουλίνης Glucoject® Pen Needles

Ανώδυνη
Ασφαλής
Αποτελεσματική
Θεραπεία με ινσουλίνη

Βελόνες ινσουλίνης Glucoject®
για τις ανάγκες των ατόμων
με διαβήτη σε θεραπεία με ινσουλίνη

Κορυφαία ποιότητα για ανώδυνη, ασφαλή
και αποτελεσματική χρήση ινσουλίνης

Συμβατές με τις περισσότερες πένες ινσουλίνης της αγοράς: • Sanofi: Optipen®, PRO1, PRO 2, ClickSTAR®, SoloStar® • Eli Lilly: Humapen Ergo®, Ergo II, Memoir™, Luxyura, Humulin® N Pen, Kwikpen, Luxura HD, Byetta pen • Novo Nordisk: Novopen® 3,4, Echo®, Flexpen®, Flexpen® Touch®, Victoza® pen και άλλες.



ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ



ΠΡΟΛΗΨΗ



ΦΡΟΝΤΙΔΑ

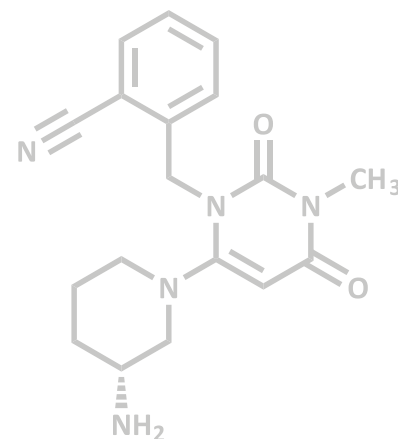
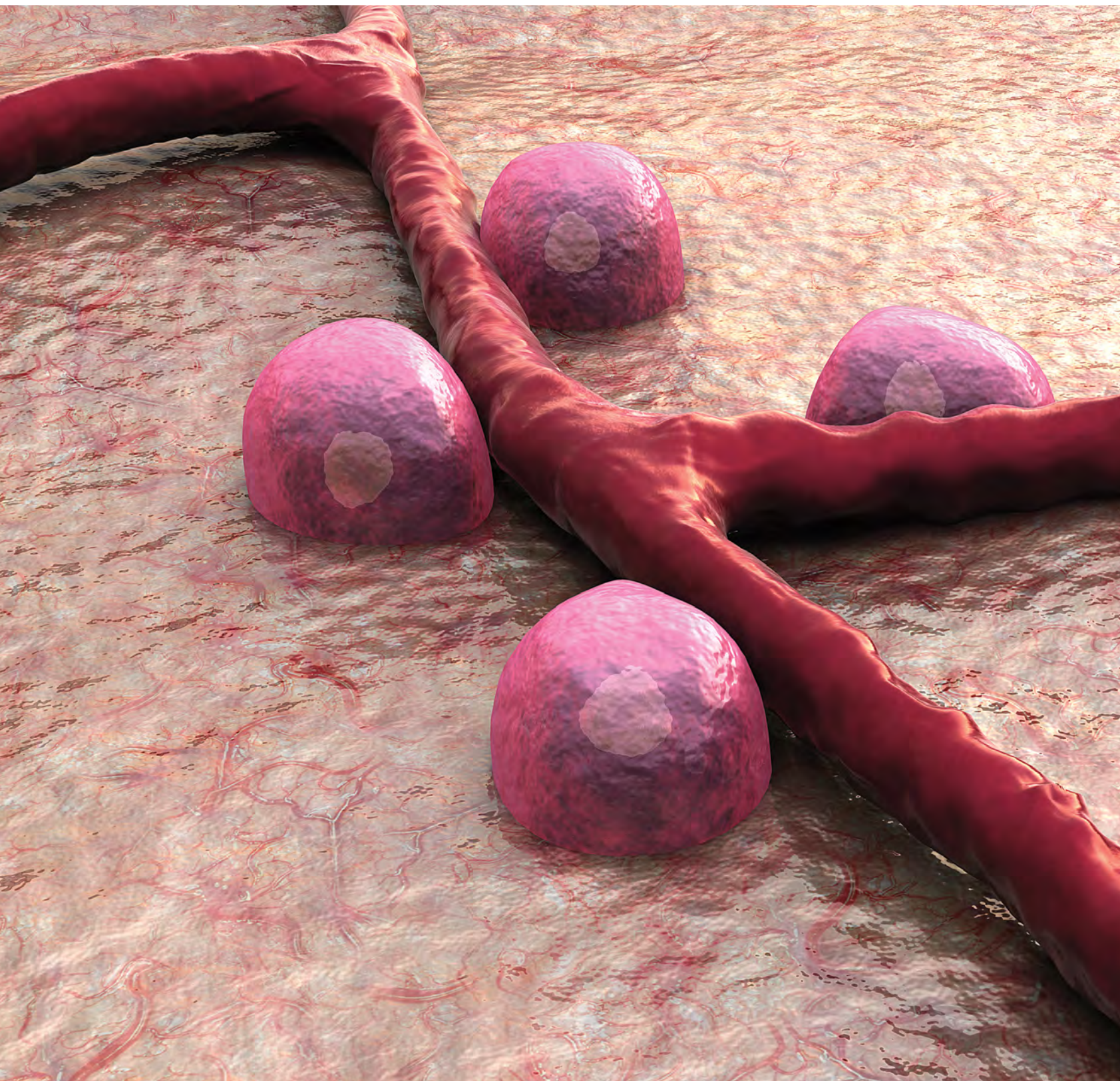


ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ



MENARINI
diagnostics
ελέγχουμε το διαβήτη™

www.menarinidiabetes.gr
www.glucomen.gr



ΓΕΩΡΓΙΟΣ Ν. ΚΟΥΚΟΥΛΗΣ

Αναπληρωτής Καθηγητής Ενδοκρινολογίας,
Διευθυντής Τμήματος Ενδοκρινολογίας και

Κέντρου Μεταβολισμού και Διαβήτη, ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ - Hospital Center

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου MODY

μια μορφή διαβήτη που οφείλεται σε βλάβη ενός γονιδίου

Τα περισσότερα άτομα με σακχαρώδη διαβήτη έχουν είτε διαβήτη τύπου 1 (10%) που χαρακτηρίζεται από έλλειψη ινσουλίνης λόγω αυτοάνοσης καταστροφής των β-κυττάρων, ή διαβήτη τύπου 2 (85%) που χαρακτηρίζεται από αντίσταση στην ινσουλίνη και σχετική έλλειψη ινσουλίνης. Ωστόσο, υπάρχουν και άλλες μορφές διαβήτη που είναι μεν σπάνιες αλλά χρειάζεται να τις γνωρίζουμε γιατί απαιτούν μια διαφορετική διαγνωστική και θεραπευτική φροντίδα.

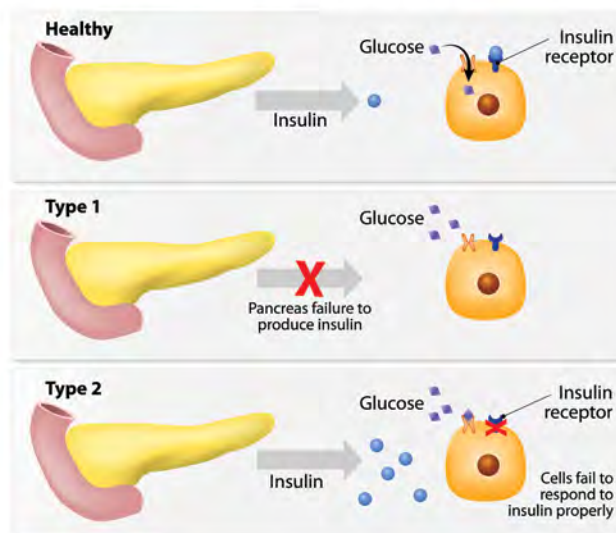
Ο διαβήτης τύπου MODY (maturity onset diabetes of the young) αποτελεί μια διακριτή ομάδα που οφείλεται σε βλάβη ενός γονιδίου (μονογονιδιακός) και κληρονομείται με τον επικρατή χαρακτήρα. Η βλάβη του γονιδίου οδηγεί σε δυσλειτουργία των κυττάρων που παράγουν ινσουλίνη (των β-κυττάρων του παγκρέατος) με αποτέλεσμα την εμφάνιση του διαβήτη σε νεαρή ηλικία. Στο **σχήμα 1** φαίνεται το φάσμα των ηλικιών που εμφανίζεται ο διαβήτης

τύπου MODY και οι άλλες μορφές διαβήτη. Συχνά, υπάρχει δυσκολία στο διάκριση του διαβήτη τύπου MODY από τον διαβήτη τύπου 1 όταν αυτός εκδηλώνεται σε μεγαλύτερη ηλικία, ή τον διαβήτη τύπου 2 που εμφανίζεται στην εφηβική ηλικία, λόγω απουσίας καθαρών διαγνωστικών κριτηρίων.

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η συχνότητα του διαβήτη τύπου MODY παραμένει άγνωστη αλλά εκτιμάται ότι κυμαίνεται από 1% - 5% του συνόλου των ατόμων με διαβήτη. Σήμερα είναι γνωστές μεταλλάξεις σε 13 γονίδια που οδηγούν στην εμφάνιση διαβήτη τύπου MODY. Στον **πίνακα 1** παρατίθενται οι 5 πιο συχνές μορφές του διαβήτη τύπου MODY. Σε γενικές γραμμές όμως οι μορφές διαβήτη MODY 2 και MODY 3 αποτελούν την πλειονότητα, με τις άλλες μορφές να είναι σπανιότερες όπως άλλωστε φαίνεται στον **πίνακα 1**. Ο διαβήτης τύπου

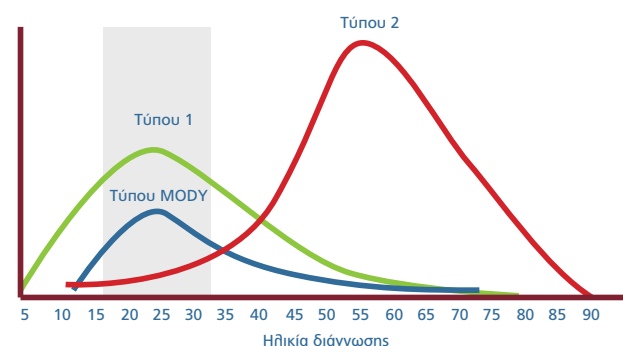
DIABETES MELLITUS



MODY 2 είναι η μορφή που διαγιγνώσκεται συχνότερα στις χώρες που συνηθίζεται η μέτρηση της γλυκόζης προληπτικά, ενώ η μορφή MODY 3 διαγιγνώσκεται συχνότερα στις χώρες που δεν γίνεται προληπτική μέτρηση της γλυκόζης με βάση την υπεργλυκαιμία και την κλινική συμπτωματολογία σε μεγαλύτερες ηλικίες.

ΠΑΘΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ

Η μορφή αυτή του διαβήτη προκαλείται, όπως προαναφέρθηκε, από μεταλλάξεις γονιδίων τα οποία οδηγούν σε δυσλειτουργία των β-κυττάρων του παγκρέατος που εκδηλώνεται ως διαταραχή στην παραγωγή ή την έκκριση της ινσουλίνης. Σε φυσιολογικές συνθήκες η γλυκόζη μπαίνει από την κυκλοφορία στα β-κύτταρα και εκεί το ένζυμο γλυκοκινάση την μετατρέπει σε φωσφορική-6-γλυκόζη για να ακολουθήσει περαιτέρω μεταβολισμός της (γλυ-



Σχήμα 1: Συχνότητα διαβήτη σε νεαρούς ενήλικες 15-30 ετών

κόλυση) στα μιτοχόνδρια και παραγωγή ενέργειας με την μορφή της τριφωσφορικής αδενοσίνης (ATP). Η αύξηση της συγκέντρωσης της ATP εντός των β-κυττάρων οδηγεί σε ενεργοποίηση μηχανισμών που οδηγούν σε έκκριση της αποθηκευμένης στα β-κύτταρα ινσουλίνης και αύξηση της παραγωγής νέας ινσουλίνης. Στις περιπτώσεις που υπάρχει μετάλλαξη στο γονίδιο, το ένζυμο γλυκοκινάση που παράγεται έχει μειωμένη δραστηριότητα και επηρεάζει αρνητικά την έκκριση της ινσουλίνης.

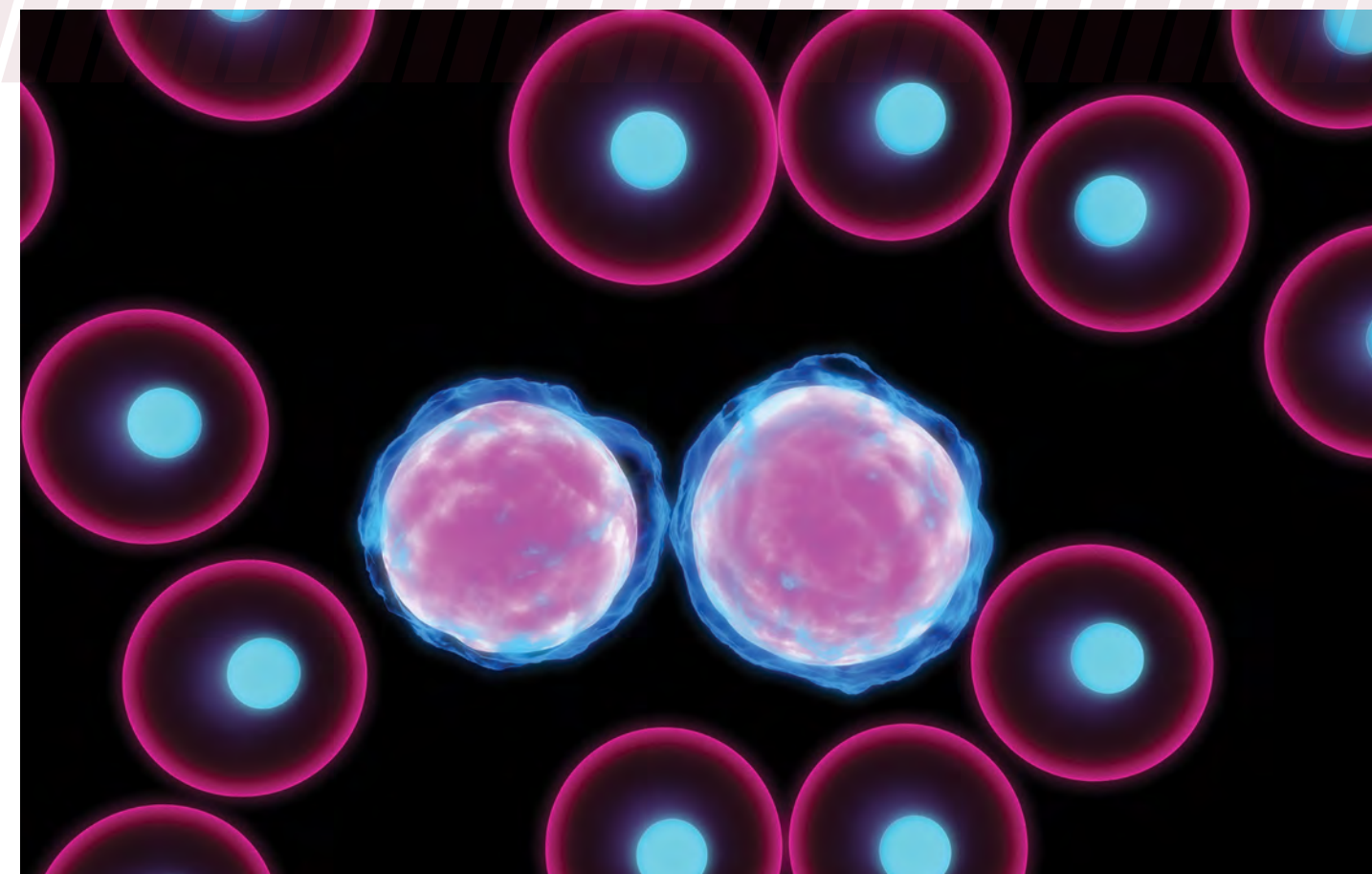
Οι ηπατοκυτταρικοί πυρηνικοί παράγοντες 1A, 1B, και 4A (HNF1A, HNF1B και HNF4A στην αγγλική ορολογία) είναι πρωτεΐνες οι οποίες συνιστούν ένα δίκτυο που ρυθμίζει την λειτουργία του γονιδίου της ινσουλίνης και άλλων γονιδίων που κωδικοποιούν πρωτεΐνες που ρυθμίζουν την μεταφορά της γλυκόζης μέσα στα κύτταρα και τον μεταβολισμό της. Μεταλλάξεις στα γονίδια των ηπατοκυτταρικών πυρηνικών παραγόντων οδηγούν σε ελαττωματική λειτουργία τους που επηρεάζει αρνητικά την παραγωγή και έκκριση της ινσουλίνης. Επίσης, να σημειωθεί ότι ο HNF1B έχει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του παγκρέατος, του νεφρού, του ήπατος και του γενετικού συστήματος, οπότε οι μεταλλάξεις στο γονίδιο του συνοδεύονται, πέρα από τον διαβήτη, σε διαταραχές στην ανάπτυξη αυτών των οργάνων.

Οι σπανιότερες μορφές διαβήτη τύπου MODY προκαλούνται από μεταλλάξεις σε άλλα γονίδια που ρυθμίζουν την ανάπτυξη του παγκρέατος, την έκφραση του γονιδίου της ινσουλίνης (MODY 4) ή γονιδίων που εκφράζουν πρωτεΐνες που ρυθμίζουν διαύλους K (ABCC8 και KCNJ11) και συνεπώς την έκκριση της ινσουλίνης.

ΚΛΙΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Αυτή η μορφή διαβήτη κληρονομείται με τον σωματικό επικρατούντα χαρακτήρα. Σε γενικές γραμμές, τα κύρια χαρακτηριστικά του διαβήτη τύπου MODY είναι:

- Εκδήλωση του διαβήτη σε νεαρή ηλικία (συνήθως μικρότερη των 25 ετών)
 - Παρουσία διαβήτη και σε άλλα μέλη της οικογένειας σε διαφορετικές γενιές
 - Συνήθως (αλλά όχι υποχρεωτικά) απουσία παχυσαρκίας
- Γυναίκες με διαταραχή σε ένα από τα αναφερθέντα γονίδια μπορεί να εμφανίσουν κατά την εγκυμοσύνη διαβήτη τύπου MODY ο οποίος να χαρακτηριστεί, λανθασμένα, διαβήτης κύησης. Είναι γνωστό ότι γυναίκες φορείς της με-



τάλλαξης του γονιδίου της γλυκοκινάσης έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαβήτη κατά την κύηση. Ειδικότερα κλινικά χαρακτηριστικά στις διάφορες μορφές είναι:

- Στον MODY 1 εμφανίζεται στην νεογνική ηλικία υπερινσουλιναιμία και υπογλυκαιμία που συνοδεύονται από μακροσωμία (αύξηση του σωματικού βάρους γέννησης), ενώ στην ενήλικη ζωή εκδηλώνεται διαβήτης κύησης, χαμηλά επίπεδα χοληστερόλης και αυξημένη ευαισθησία στη χορήγηση φαρμάκων της κατηγορίας των σουλφονουριδίων.
- Στον MODY 2 εμφανίζεται ελαφρά υπογλυκαιμία σε όλη τη διάρκεια της ζωής, συχνά χωρίς συμπτώματα, χαμηλό βάρος γέννησης (όταν η μητέρα δεν φέρει την μετάλλαξη αλλά την φέρει το έμβρυο) και διαβήτης κύησης.
- Στον MODY 3 παρατηρείται παρουσία σακχάρου στα ούρα (γλυκοζουρία) λόγω ελάττωσης του ορίου του νεφρού πάνω από το οποίο υπάρχει διαφυγή γλυκόζης στα ούρα και αυξημένη ευαισθησία στη δράση των σουλφονουριδίων, όπως προαναφέρθηκε.
- Στον MODY 4, σε σοβαρή διαταραχή του γονιδίου, παρατηρείται σοβαρή ατροφία ή απουσία (μη σχηματισμός) του παγκρέατος.

- Στον MODY 5 παρατηρούνται ανωμαλίες των νεφρών και διαταραχή στη λειτουργία τους, διαβήτης που διαγιγνώσκεται σχετικά αργότερα, ελάττωση του μαγνησίου και αύξηση του ουρικού οξέος αίματος, ατροφία του παγκρέατος, διαταραχή της έκκρισης των πεπτικών ενζύμων, διαταραχές της λειτουργίας του ήπατος και ανωμαλίες του αναπαραγωγικού συστήματος.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα άτομα με διαβήτη τύπου MODY συνήθως αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά με δίαιτα και αντιδιαβητικά δισκία.

Σπάνια χρειάζεται ινσουλίνη. Στα άτομα που έχουν διαβήτη MODY 1 και 3 φάρμακα αποτελεσματικά είναι οι σουλφονουριδίες και οι μελιτινίδες. Ωστόσο, στα φάρμακα αυτά παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία και συχνά εκδηλώνουν υπογλυκαιμίες, γεγονός που επιβάλλει προσεκτική ρύθμιση της δοσολογίας. Παρά την αποτελεσματικότητα των παραπάνω φαρμάκων, πολλοί από τους ασθενείς αυτούς θα χρειαστούν με την πάροδο του χρόνου ινσουλίνη λόγω προοδευτικής επιδείνωσης της λειτουργίας των β-κυττάρων. Τα άτομα που έχουν διαβήτη MODY 2, συνήθως χωρίς συμπτώματα, δεν χρειάζονται θεραπεία λόγω της ηπιότητας και σταθερότητας της υπεργλυκαιμίας. Αυτό απορρέει

Πίνακας 1. Η γενετική ταξινόμηση των συχνότερων μορφών διαβήτη τύπου MODY και τα κλινικά χαρακτηριστικά τους				
Τύπος	Πρωτεΐνη/γονίδιο	Συχνότητα Διαβήτη	Πρωτοπαθής διαταραχή	Κλινικά χαρακτηριστικά
MODY 1	Ηπατοκυτταρικός πυρηνικός παράγων 4A (HNF4A)	~5%	Πάγκρεας/άλλα όργανα	Νεογνική υπερινσουλιναίμία, διαβήτης (στην αρχή της ενήλικης ζωής)
MODY 2	Γλυκοκινάση	20-70%	Πάγκρεας/ήπαρ	Ελαφρά υπεργλυκαιμία στην παιδική ηλικία
MODY 3	Ηπατοκυτταρικός πυρηνικός παράγων 1A (HNF1A)	20-70%	Πάγκρεας/νεφρός/άλλα όργανα	Διαβήτης (στην αρχή της ενήλικης ζωής)
MODY 4	Παράγων που προάγει την ινσουλίνη 1 (IPF1) ή PDX1	<1%	Πάγκρεας	Διαβήτης (αγενεσία του παγκρέατος σε ομοζυγώτες)
MODY 5	Ηπατοκυτταρικός πυρηνικός παράγων 1B (HNF1B)	~5%	Νεφρός/πάγκρεας	Διαβήτης, νεφρικές κύστες, υποπλησία παγκρέατος
MODY 6	Νευρογενούς διαφοροποίησης 1 (NEUROD1)	Πολύ σπάνιος	Πάγκρεας	Διαβήτης (στη νηπιακή και νεαρή ενήλικη ζωή)

από τις παρατηρήσεις ότι, παρά την υπεργλυκαιμία (γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μέχρι 8%), οι επιπλοκές είναι πρακτικά ασήμαντες. Στα άτομα που έχουν διαβήτη MODY 5 έχει βρεθεί ότι δεν απαντούν στη χορήγηση σουλφονουριδίας και έχουν ελαττωμένη ευαισθησία στη δράση της ινσουλίνης. Στα άτομα αυτά με διαβήτη οι υπάρχουσες μεθόδους δείχνουν την ανάγκη χρήσης ινσουλίνης.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΕΓΚΑΙΡΗΣ ΕΝΤΟΠΙΣΗΣ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ MODY

Οι πρώτου βαθμού συγγενείς ενός ατόμου με διαβήτη τύπου MODY έχουν 50% πιθανότητα να φέρουν την ίδια μετάλλαξη και να εκδηλώσουν στη διάρκεια της ζωής τους διαβήτη, με βεβαιότητα πάνω από 95% τουλάχιστον στις δύο πιο συχνές μορφές του. Καθώς η εξέλιξη αυτής της μορφής διαβήτη είναι βραδεία, η πρώιμη διάγνωση και η έναρξη της κατάλληλης αγωγής θα μπορούσε να ελαττώσει τον κίνδυνο των διαβητικών επιπλοκών. Λόγω του κόστους του γενετικού ελέγχου και της σύγχυσης που προκαλείται μεταξύ του διαβήτη τύπου MODY και διαβήτη τύπου 2 στους εφήβους υπάρχει σύγχυση σχετικά με το πιά άτομα θα παραπεμφθούν για γενετικό έλεγχο. Πρόσφατα αναπτύχθηκε και υπάρχει στο διαδίκτυο (www.

diabetesgenes.org/content/mody-probability-calculator) η δυνατότητα εκτίμησης της πιθανότητας διαβήτη τύπου MODY με βάση ατομικά κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά. Συμπερασματικά, στα άτομα με ηλικία μικρότερη των 30 ετών που παρουσιάζουν διαβήτη πρέπει να εξετάζεται το ενδεχόμενο ο διαβήτης να είναι τύπου MODY. Αυτό βοηθάει στην επιλογή της σωστής θεραπείας στην σωστότερη πρόγνωση και επιπλέον κατευθύνει στην έγκαιρη αναζήτηση της διαταραχής σε άλλα μέλη της οικογένειας. Στη χώρα μας, ο έλεγχος για την παρουσία μεταλλάξεων μπορεί να γίνει στο εργαστήριο Μοριακής Ενδοκρινολογίας του Νοσοκομείου Παίδων «Αγία Σοφία». Τα γονίδια που ελέγχονται είναι αυτά που συνδέονται με τους 4 συχνότερους τύπους MODY: HNF4A, GCK, HNF1A και HNF1B, καθώς και το γονίδιο KCNJ11 του νεογνικού ΣΔ. Επίσης, εφαρμόζεται η τεχνική της παράλληλης αλληλούχισης \ των γονιδίων – NGS, κατά την οποία ελέγχονται τα γονίδια HNF4A (MODY 1), GCK (MODY 2), HNF1A (MODY 3), HNF1B (MODY 5), INS (MODY 10), ABCC8 και KCNJ11 (νεογνικός διαβήτης και υπερινσουλινισμός) σε μία δοκιμασία. Για περισσότερες πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε με την κυρία **Α. Σερετάκη στο τηλέφωνο 213 2013475 και στο aserted@med.uoa.gr** 

ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ



ΦΑΣΕΩΝ

ΘΕΛΕΙΣ ΝΑ ΕΧΕΙΣ
ΡΥΘΜΙΣΜΕΝΟ ΣΑΚΧΑΡΟ
ΜΕ ΛΙΓΟΤΕΡΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

ΜΠΟΡΕΙΣ ΝΑ ΤΟ ΚΑΝΕΙΣ!

Ζήτησε τώρα
ενημέρωση από
το γιατρό σου

www.eurodiet.gr

Τηλέφωνο επικοινωνίας 211 198 7630



ΕΛΕΝΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΥ,

Ενδοκρινολόγος, Διευθύντρια, Επιστημονική Υπεύθυνη του Ενδοκρινολογικού Τμήματος - Διαβητολογικού Κέντρου, Νοσοκομείο «Αλεξάνδρα».

Η καλή ρύθμιση του διαβήτη κατά την γονιμοποίηση είναι ουσιώδης για την αρτιότητα του εμβρύου

Τις τελευταίες δύο δεκαετίες, στις χώρες με ανεπτυγμένη ιατρική φροντίδα, τα ποσοστά επιτυχίας των κυήσεων γυναικών με σακχαρώδη διαβήτη (ΣΔ) είναι πλέον σχεδόν όμοια με εκείνα του υπόλοιπου πληθυσμού. Σε τούτο έχουν σημαντικά συνεισφέρει οι τεχνικές ενδομήτριας παρακολούθησης του εμβρύου, η εντατική παρακολούθηση του νεογνού, καθώς και η εντατική ινσουλινοθεραπεία, σε συνδυασμό με τον καθημερινό αυτοέλεγχο της γλυκόζης αίματος. Αναγκαία όμως προϋπόθεση είναι η μέλλουσα μητέρα με ΣΔ να επισκέπτεται συχνά (κάθε 1 - 2 εβδομάδες) το εξωτερικό ιατρείο, όπου ιδανικά πρέπει να έχει πρόσβαση σε μια πολιδύναμη ομάδα, αποτελούμενη από γιατρούς (ενδοκρινολόγους, μαιευτήρες), ασχολούμενους με τον ΣΔ και την εγκυμοσύνη, νοσηλεύτρια, διαιτολόγο και, αν χρειαστεί, κοινωνική λειτουργό και ψυχολόγο. Όμως, το σημαντικότερο πρόβλημα που παραμένει ακόμα, για να υπάρξει εξίσωση με τον γενικό πληθυσμό, είναι το αυξημένο ποσοστό αυτόματων αποβολών στις γυναίκες με ΣΔ, κυρίως στο πρώτο

τρίμηνο της κύησης (διπλάσιο έως τριπλάσιο), καθώς και το μεγαλύτερο ποσοστό νεογνών με συγγενείς ανωμαλίες. Και για τις δύο καταστάσεις κύριος υπεύθυνος είναι η κακή μεταβολική ρύθμιση.

Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΚΑΛΗΣ ΡΥΘΜΙΣΗΣ ΤΗΣ ΓΛΥΚΟΖΗΣ

Σήμερα ξέρουμε ότι είναι σημαντικό να γνωρίζουν οι μέλλουσες μητέρες που πάσχουν από ΣΔ ότι η κακή ρύθμιση της γλυκόζης στη διάρκεια της σύλληψης, δηλαδή της γονιμοποίησης του ωαρίου, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τον κακό σχηματισμό των οργάνων του εμβρύου, που χαρακτηρίζονται ως δυσπλασίες. Μέσα σε 8 εβδομάδες από την τελευταία έμμηνη ρύση (ή περίπου 6 εβδομάδες μετά τη σύλληψη) τα όργανα και τα μέλη του εμβρύου έχουν σχηματισθεί. Αν, λοιπόν, υπάρχει κακή ρύθμιση της γλυκόζης σ' αυτή τη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, δηλαδή πριν ακόμα η μέλλουσα μητέρα καταλάβει ότι είναι έγκυος, το έμβρυο μπορεί να αποβληθεί, ή να γεννηθεί με

συγγενείς δυσπλασίες (δηλ. ανωμαλίες σε κάποιο συγκεκριμένο όργανο όπως καρδιά, αγγεία, νεφρά κλπ). Μειζονες συγγενείς δυσπλασίες (ΜΣΔ) σε νεογνά παρατηρούνται στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 2% - 3%. Το ποσοστό αυτό τριπλασιάζεται, έως πενταπλασιάζεται, σε νεογνά μητέρων με ΣΔ που έχουν κακή ρύθμιση της γλυκόζης στη διάρκεια της σύλληψης.

Η υπόθεση ότι η καλή ρύθμιση του σακχάρου γυναικών με προϋπάρχοντα ΣΔ κατά τη διάρκεια της σύλληψης και οργανογένεσης θα μπορούσε να μειώσει τα ποσοστά των ΜΣΔ οδήγησε – στα μέσα της δεκαετίας του 1970 – στη δημιουργία ειδικών τμημάτων που απευθύνονταν σε γυναίκες αυτής της κατηγορίας, με στόχο τον έγκαιρο προγραμματισμό της κύησης. Στοιχεία από μεταανάλυση έδειξαν ότι το ποσοστό νεογνών με ΜΣΔ ήταν 2,5% στην ομάδα των διαβητικών γυναικών που προγραμμάτισαν την εγκυμοσύνη, έναντι 7,8% στην ομάδα των γυναικών με ΣΔ που προσήλθε για παρακολούθηση μετά την κλινική διαπίστωση της κύησης. Πρέπει να σημειωθεί ότι οι δύο ομάδες δεν διέφεραν μεταξύ τους ως προς τη διάρκεια και τη βαρύτητα του ΣΔ, καθώς και στο μεταβολικό έλεγχο που επιτεύχθηκε στην πορεία της κύησης.

Αν και δεν υπάρχει ένας συγκεκριμένος ουδός (κατώφλι) για την εμφάνιση ΜΣΔ, οι περισσότερες μελέτες δείχνουν ότι ο κίνδυνος εμφάνισης των ΜΣΔ εξομοιώνεται με αυτόν του γενικού πληθυσμού, όταν τα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης (HBA1C), κατά τη διάρκεια της σύλληψης, είναι μικρότερα από 1% πάνω από τα αντίστοιχα όρια του φυσιολογικού πληθυσμού.

Τέλος, έχει δείξει ότι η υπογλυκαιμία προκαλεί συγγενείς δυσπλασίες σε πειραματόζωα, αλλά πολυάριθμες κλινικές μελέτες δεν έχουν δείξει παρόμοια συσχέτιση στον άνθρωπο. Επιπλέον, θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι συχνά τα επεισόδια υπογλυκαιμίας συνοδεύουν τον αυστηρό μεταβολικό έλεγχο στον προγραμματισμό των διαβητικών κυήσεων. Παρά ταύτα, οι παραπάνω ομάδες είχαν το χαμηλότερο

ποσοστό ΜΣΔ, εύρημα που υποδηλώνει ότι η υπογλυκαιμία δεν φαίνεται να αποτελεί κύριο, τουλάχιστον, παράγοντα πρόκλησης συγγενών ανωμαλιών του εμβρύου.

Η αναγκαιότητα άριστης ρύθμισης της γλυκόζης για την πρόληψη των συγγενών ανωμαλιών των νεογνών θεωρείται κρίσιμης σημασίας από τους ειδικούς που ασχολούνται με τον ΣΔ. Το μήνυμα αυτό πρέπει να περάσει σ' όλες τις γυναίκες με ΣΔ, που βρίσκονται σε αναπαραγωγική ηλικία. Έτσι, εκτός από την ενημέρωση που πρέπει να γίνεται από όλους τους γιατρούς που έρχονται σε επαφή με γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με ΣΔ, προτάθηκε να αναγράφεται μία ετικέτα σε όλα τα προϊόντα που απευθύνονται σε διαβητικούς ασθενείς, όπως π.χ. οι σύριγγες, τα αντιδιαβητικά χάπια, η ινσουλίνη, οι μετρητές κλπ, όπως αυτή που φαίνεται στον **Πίνακα 1**.

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ ΕΓΚΥΜΟΣΥΝΗΣ: ΤΙ ΠΕΡΙΛΑΜΒΑΝΕΙ

Μέχρι τώρα, η προσοχή των γιατρών είχε κυρίως εστιαστεί στην επίδραση της υπεργλυκαιμίας στο έμβρυο. Ο προγραμματισμός, όμως, της εγκυμοσύνης περιλαμβάνει και άλλα, εξίσου σημαντικά, στοιχεία, που αφορούν την ίδια την υποψήφια μητέρα. Στη φάση του προγραμματισμού, η γυναίκα με διαβήτη πρέπει να εξεταστεί για τυχόν επιπλοκές της νόσου. Ειδικότερα:

- 1) να υποβληθεί σε εξέταση του βυθού των ματιών και αν υπάρχουν προβλήματα να αντιμετωπιστούν πριν την εγκυμοσύνη (όπως π.χ. θεραπεία με Laser).
- 2) Να ελεγχθεί η νεφρική λειτουργία (απαραίτητη είναι η μέτρηση της μικρολευκατινίνης στα ούρα).
- 3) Αν υπάρχει υπέρταση πρέπει να επιλεγούν χάπια που δεν βλάπτουν το έμβρυο. Είναι γνωστό ότι οι αναστολείς του μετατρεπτικού ενζύμου έχουν βλαπτική δράση στο έμβρυο. Επίσης, οι στατίνες, φάρμακα που λαμβάνονται για την αντιμετώπιση της υπερχοληστεριναιμίας, πρέπει να διακόπτονται. Τέλος, η περίοδος αυτή είναι ίσως η πιο πρόσφορη για διακοπή του καπνίσματος, επειδή το κίνητρο της μητρότητας είναι ισχυρό.

Εδώ πρέπει να τονίσουμε ότι η υποψήφια μητέρα πρέπει πάντα να είναι ενημερωμένη αν οποιαδήποτε θεραπεία που παίρνει, είτε σχετίζεται με τον ΣΔ είτε με άλλη ασθένεια, βλάπτει ή όχι το έμβρυο. Σχετικά με τις γυναίκες με ΣΔ τύπου 2, που λαμβάνουν αντιδιαβητικά δισκία, αυτά πρέπει να αντικαθίστανται πριν τη σύλληψη με ινσουλίνη, γιατί περνούν



στον πλακούντα και μπορούν να βλάψουν το έμβρυο. Ο κεντρικός άξονας του προγραμματισμού είναι βέβαια η σταδιακή επίτευξη της ευγλυκαιμίας. Ο τελικός στόχος είναι τα φυσιολογικά επίπεδα γλυκόζης (**βλ. Πίνακα 2**). Οι στόχοι αυτοί μπορεί να τροποποιηθούν ανάλογα αν υπάρχουν ιδιαίτερα προβλήματα, όπως μεγάλη αστάθεια του ΣΔ, ή συχνές σοβαρές υπογλυκαιμίες. Για να γίνει πραγματικότητα αυτή η άριστη ρύθμιση πρέπει η διαβητική γυναίκα να είναι ενημερωμένη για κάποιες αλληλαγές που χρειάζονται όπως:

- Να ακολουθεί ένα διαιτολόγιο σχεδιασμένο με τη βοήθεια διαιτολόγου βάσει των συγκεκριμένων δικών της προτιμήσεων. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι, αν έχει αυξημένο βάρος πριν την εγκυμοσύνη, μπορεί στη φάση αυτή να ακολουθήσει μια ολιγοθερμιδική δίαιτα, γιατί στη διάρκεια της εγκυμοσύνης πρέπει να καταναλώνει περισσότερες θερμίδες.
- Να μετρά καθημερινά το σάκχαρό της 4 - 6 φορές την ημέρα
- Να έχει εκπαιδευτεί ώστε να μπορεί μόνη της να προσαρμόζει τις δόσεις της ταχείας ινσουλίνης πριν τα γεύματα ανάλογα με τις τιμές του αυτοελέγχου της γλυκόζης, του είδους και της ποσότητας του φαγητού και της σωματικής της δραστηριότητας.

Όσον αφορά την ασφαλή για το έμβρυο χρήση των διαφόρων ειδών ινσουλίνης, σήμερα είναι γνωστό ότι, τα υπερ-

ταχεία ανάλογα lispro και aspart (κατηγορία Β) μπορούν να χρησιμοποιηθούν με ασφάλεια στην κύηση, ενώ για την glulicine (κατηγορία C) δεν υπάρχουν ακόμη στοιχεία στη βιβλιογραφία για την χρήση της στην κύηση. Όσον αφορά τα βραδείας δράσης ανάλογα ινσουλίνης, για τη glargine (κατηγορία C) δεν υπάρχει προοπτική τυχαιοποιημένη μελέτη για τη χρήση της σε έγκυες γυναίκες με ΣΔ. Σε πρόσφατη μεταανάλυση αναδρομικών μελετών παρατήρησης με την χρήση της glargine σε σύγκριση με την ινσουλίνη NPH δεν παρατηρήθηκε διαφορά ως προς τα ποσοστά των συγ-

ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Πρόγραμμα επίτευξης ευγλυκαιμίας πριν την έκθεση σε εγκυμοσύνη κάθε γυναίκας με σακχαρώδη διαβήτη	
Στόχος	
Σταδιακή επίτευξη ευγλυκαιμίας:	
• Προγευματικές τιμές γλυκόζης	70-100mg/ml
• Μεταγευματικές τιμές γλυκόζης	90-140mg/ml
• Γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη μέσα στα ανώτερα φυσιολογικά όρια	
• Αποφυγή υπογλυκαιμιών	
Μέσα	
Σχεδιασμός Διαιτολογίου	
Καθημερινός αυτοέλεγχος γλυκόζης αίματος	
Αυτορρύθμιση των δόσεων ινσουλίνης	

γενών ανωμαλιών των νεογνών, καθώς και της νεογνικής μακροσωμίας ή υπογλυκαιμίας. Η ινσουλίνη detemir έλαβε άδεια από τον Ευρωπαϊκό Οργανισμό Ελέγχου Φαρμάκων (EMA, 2/2012) για χρήση στην κύηση (κατηγορία Β). Σε πολυκεντρική, προοπτική, τυχαιοποιημένη μελέτη εγκύων με ΣΔ τύπου 1, η χορήγηση της detemir σε συνδυασμό με aspart έναντι της NPH έδειξε συγκρίσιμο γλυκαιμικό αποτέλεσμα στα επίπεδα της γλυκοζυλιωμένης αιμοσφαιρίνης και τα ποσοστά των υπογλυκαιμιών, σημαντικά χαμηλότερη γλυκόζη νηστείας και παρόμοιο περιγεννητικό αποτέλεσμα. Όσον αφορά την ινσουλίνη degludec, έχει εγκριθεί διεθνώς πολυκεντρική μελέτη, στην οποία συμμετέχει και η χώρα μας, για την χρήση της στην κύηση. Τα αποτελέσματα της μελέτης αναμένονται. Τέλος, πρέπει να σημειωθεί ότι κανένα από τα κυκλοφορούντα σκευάσματα ινσουλίνης δεν έχει δείξει ότι διέρχεται τον πλακούντα.

Αντλίες συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης χρησιμοποιούνται στην κύηση. Οι υπάρχουσες όμως μελέτες δεν δείχνουν ότι υπερέρχουν από το σχήμα των πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης ως προς την πορεία της εγκυμοσύνης, καθώς και ως προς πιθανές δυσμενείς επιπτώσεις στο νεογνό. Η γνώμη των ειδικών είναι ότι μπορεί να συστηθεί αντλία όταν, παρά την συστηματική προσπάθεια με σχήμα πολλαπλών ενέσεων για 3 - 6 μήνες στη διάρκεια του προγραμματισμού της κύησης, δεν επιτυγχάνονται οι μεταβολικοί στόχοι. Κεντρικός παράγοντας για την επιτυχία της αντλίας είναι η αποδοχή και η ενεργητική συμμετοχή της μέλλουσας μητέρας.

Σχετικά με την αποτελεσματικότητα του συστήματος συνεχούς καταγραφής γλυκόζης στη διάρκεια της εγκυμοσύνης γυναίκας με προϋπάρχοντα ΣΔ, σημαντικά μηνύματα έρχονται από την μελέτη CONCEPT που δημοσιεύτηκε στο περιοδικό Lancet πρόσφατα, (Σεπτέμβριος 2017). Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 31 διεθνή κέντρα, ήταν τυχαιοποιημένη, προοπτική, και έδειξε ότι η συνεχής καταγραφή της γλυκόζης σε πραγματικό χρόνο (CGMS "real time") συνδυάστηκε με σημαντικά περισσότερο χρόνο στα ευγλυκαιμικά όρια, σε σύγκριση με τον συνήθη αυτοέλεγχο με τους μετρητές γλυκόζης. Ο καλύτερος γλυκαιμικός έλεγχος είχε σαν αποτέλεσμα σημαντική μείωση της εμφάνισης μακροσωμίας και υπογλυκαιμίας του νεογνού, καθώς και της ανάγκης παραμονής του σε μονάδα εντατικής νοσηλείας περισσότερο από ένα 24ωρο. Πρέπει να τονιστεί ότι τα ευεργετικά αποτελέσματα του CGMS "real time" ήταν παρό-

μοια τόσο στις έγκυες θεραπευόμενες με αντλία συνεχούς έγχυσης ινσουλίνης, όσο και σε εκείνες που ελάμβαναν σχήμα πολλαπλών ενέσεων ινσουλίνης.

ΑΝΤΙΣΥΛΛΗΨΗ ΚΑΙ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΣ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΣ

Μέχρι όμως μια διαβητική γυναίκα να αποφασίσει ότι θέλει να αποκτήσει παιδί, και μέχρι να ρυθμιστεί καλά, σκόπιμη είναι η χρησιμοποίηση μεθόδου αντισύλληψης. Δυστυχώς στην Ελλάδα, συχνά η μέθοδος αντισύλληψης, τόσο στο διαβητικές όσο και στις μη διαβητικές γυναίκες, είναι η έκτρωση. Πρέπει να τονιστεί ότι οι δύο κύριες αντισυλληπτικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται στην Ελλάδα, δηλαδή τα αντισυλληπτικά χάπια και το ενδομήτριο σπείραμα, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και από τις διαβητικές γυναίκες. Σχετικά με τα σύγχρονα αντισυλληπτικά χάπια που περιέχουν χαμηλή ποσότητα οιστρογόνων και προγεστερόνης, μελέτες έχουν δείξει ότι δεν επηρεάζουν αρνητικά το γλυκαιμικό έλεγχο ή τα λιπίδια. Το αντισυλληπτικό χάπι θεωρείται η πρώτη επιλογή σε γυναίκες κάτω των 35 ετών, μη καπνίστριες.

Η άλλη επιλογή, του ενδομήτριου σπείραματος, απευθύνεται σε γυναίκες πολύτοκες μεγαλύτερης ηλικίας. Οι μελέτες που έχουν γίνει δεν έχουν δείξει ότι οι γυναίκες με διαβήτη έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να πάθουν φλεγμονές της πυέλου, σπάνια παρενέργεια της χρήσης του ενδομήτριου σπείραματος, τουλάχιστον περισσότερο από ό,τι οι γυναίκες με φυσιολογικό σάκχαρο. Φυσικά, η μέθοδος που δεν έχει καμιά συστηματική παρενέργεια είναι η αντισύλληψη με μηχανικά μέσα, όπως είναι τα προφυλακτικά. Δυστυχώς όμως, η μέθοδος αυτή έχει μειωμένη επιτυχία αντισύλληψης (85% περίπου).

Το πρόβλημα των μορφών αντισύλληψης είναι μεγάλο. Πρέπει να συζητείται με τη γυναίκα, να εξηγούνται τα υπέρ και τα κατά κάθε μεθόδου εξατομικευμένα, ώστε τελικά η ίδια, σωστά ενημερωμένη, να συμμετέχει με βάση τις προτιμήσεις της στην τελική απόφαση.

Συμπερασματικά, στη γυναίκα με διαβήτη είναι πολύτιμος ο προγραμματισμός εγκυμοσύνης σε συνθήκες ευγλυκαιμίας κατά τη σύλληψη και τα πρώτα στάδια της πορείας της κύησης. Η καλή ρύθμιση της γλυκόζης μειώνει την πιθανότητα ανωμαλιών στη διαμόρφωση των οργάνων του εμβρύου. 

Ο διαβήτης ρυθμίζεται η ζωή συνεχίζεται

ΕΝΗΜΕΡΩΝΟΜΑΙ, ΕΥΑΙΣΘΗΤΟΠΟΙΟΥΜΑΙ, ΕΠΙΣΚΕΠΤΟΜΑΙ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΥ

ΔΙΑΤΡΟΦΗ

ΙΑΤΡΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

ΑΠΟΦΥΓΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

ΒΟΗΘΕΙΑ / ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΑΣΧΟΝΤΟΣ

ΗΜΕΡΗΣΙΟΣ ΑΥΤΟΕΛΕΓΧΟΣ / ΦΡΟΝΤΙΔΑ

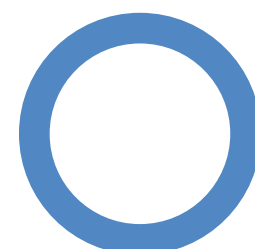
ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ ΚΙΝΔΥΝΟΥ

ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΑΣΚΗΣΗ

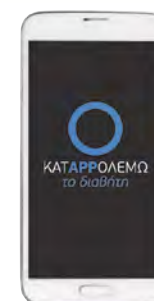
ΣΤΟΧΟΙ ΡΥΘΜΙΣΗΣ

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΤΕ ΤΟ ΔΙΑΒΗΤΗ
ΓΡΑΜΜΑ ΠΡΟΣ ΓΡΑΜΜΑ!

ΚΑΤΕΒΑΣΤΕ ΔΩΡΕΑΝ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ



ΚΑΤΑΡΡΟΛΕΜΩ
το διαβήτη



Υπό την αιγίδα



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΙΑΒΗΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ
HELLENIC DIABETES ASSOCIATION

Με την ευγενική χορηγία





Το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών ως παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση ΣΔ2

Το σύνδρομο των πολυκυστικών ωοθηκών (ΣΠΩ) είναι η συχνότερη ενδοκρινική διαταραχή σε γυναίκες της αναπαραγωγικής ηλικίας και, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται, η συχνότητά του κυμαίνεται από 4% - 10%.

Χαρακτηρίζεται από χρόνια ανωοθυλακιορρηξία, υπερανδρογοναιμία και αντίσταση στην ινσουλίνη με επακόλουθα διαταραχές της εμμήνου ρύσεως και υπογονιμότητα, δασυτριχισμό καθώς και αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης Σακχαρώδους Διαβήτη τύπου 2 (ΣΔ2) και πιθανά Καρδιαγγειακής Νόσου.

Η αιτιολογία του συνδρόμου, παρά την εκτεταμένη έρευνα, παραμένει άγνωστη. Το ΣΠΩ είναι μια ετερογενής, σύνθετη διαταραχή με μεγάλη φαινοτυπική ποικιλία, που επηρεάζεται από γενετικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Στις οικογένειες των γυναικών με το σύνδρομο υπάρχει γενετική επιρρέπεια στην υπερανδρογοναιμία και την αντίσταση στην ινσουλίνη. Η αντίσταση στην ινσουλίνη παρατηρείται στο 50% των παχυσάρκων και το 20% των φυσιολογικού βάρους ασθενών. Έχει γενεσιουργό ρόλο στην υπερανδρογοναιμία και τη χρόνια ανωοθυλακιορρηξία και αποτελεί γενετικό στίγμα αφού παρατηρείται και σε σημαντικό ποσοστό των συγγενών πρώτου βαθμού. Σε μοριακό επίπεδο, η βλάβη είναι

εκλεκτική και αφορά τους ινοβλάστες και τα λιποκύτταρα όπου η αυτοφωσφορυλίωση του υποδοχέα της ινσουλίνης είναι σημαντικά μειωμένη ενώ παρατηρείται και ελαττωμένη ινσουλινοεξαρτώμενη δραστηριότητα της PI3 κινάσης στους σκελετικούς μυς.

Η αντίσταση στην ινσουλίνη αποτελεί παθογενετικό μηχανισμό και του ΣΔ2 και αφορά τους κατεχολή ιστούς-στόχους όπως το ήπαρ, τους σκελετικούς μύες και το λιπώδη ιστό. Στο ΣΠΩ, η αντίσταση στην ινσουλίνη επιτείνει την υπερανδρογοναιμία (αύξηση παραγωγής από τις ωοθήκες και αύξηση ελεύθερων – βιοδραστικών ανδρογόνων μέσω μείωσης των επιπέδων της φυλοδεσμευτικής σφαιρίνης) η οποία αυξάνει περαιτέρω με μη διευκρινισμένο ακόμα μηχανισμό την αντίσταση στην ινσουλίνη (the vicious cycle of PCOS). Η εμφάνιση ΣΔ2 απαιτεί και διαταραχή της έκκρισης ινσουλίνης από τα β-κύτταρα στο πάγκρεας που καθορίζεται σε μεγάλο βαθμό γενετικά. Η παχυσαρκία φαίνεται να επιδεινώνει σημαντικά μέσω της αντίστασης στην ινσουλίνη και της αντιρροπιστικής υπερινσουλιναιμίας τόσο



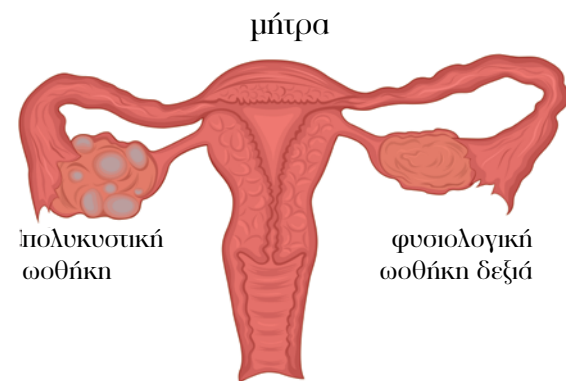
ΑΝΔΡΟΜΑΧΗ ΒΡΥΩΝΙΔΟΥ

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

ΡΕΒΕΚΑ ΓΥΦΤΑΚΗ

Ειδικευόμενη
ενδοκρινολόγος, Τμήμα
Ενδοκρινολογίας -
Διαβητολογικό
Κέντρο ΓΝΑ Κοργιαλένιο -
Μπενάκειο, ΕΕΣ

Πολυκυστική ωοθήκη



το μεταβολικό όσο και το ορμονικό προφίλ των ασθενών. Περίπου 50% των γυναικών με το σύνδρομο είναι παχύσαρκες, ανάλογα με τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται, αλλά εξαρτάται και από γεωγραφικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες. Έτσι, το ποσοστό των παχύσαρκων ασθενών είναι πολύ μεγαλύτερο στις ΗΠΑ απ' ό,τι στις μεσογειακές χώρες. Η παχυσαρκία είναι συνήθως κεντρικού τύπου και είναι ανεξάρτητη από το Δείκτη Μάζας Σώματος (ΔΜΣ).

Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι ο ΣΔ2 εμφανίζεται με αυξημένη συχνότητα στις γυναίκες με ΣΠΩ, με αποτέλεσμα το σύνδρομο να έχει αναγνωριστεί ως σημαντικός ανεξάρτητος παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη ΣΔ2 τόσο από τη Διεθνή Ομοσπονδία Διαβήτη (International Diabetes Federation-IDF) όσο και την Αμερικανική Διαβητολογική Εταιρία (American Diabetes Association-ADA). Οι γυναίκες με ΣΠΩ έχουν 2 - 5 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο και ο ΣΔ2 εμφανίζεται συνήθως νωρίτερα σε αυτές, συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό.

Τα τελευταία χρόνια γίνεται προσπάθεια αναγνώρισης προβλεπτικών παραγόντων για ανάπτυξη ΣΔ2 στον πληθυσμό των γυναικών με ΣΠΩ, έτσι ώστε να αναγνωρίζονται εγκαίρως οι γυναίκες που ανήκουν στην ομάδα υψηλού κινδύνου ανάπτυξης ΣΔ2 με σκοπό την πιο εντατική παρακολούθησή τους και τη λήψη μέτρων που πιθανόν θα αποτρέψουν ή θα

καθυστερήσουν την εκδήλωση της νόσου. Ο κίνδυνος για την εμφάνιση ΣΔ2 σχετίζεται θετικά με το ΔΜΣ, το θετικό κληρονομικό ιστορικό και τα χαμηλά επίπεδα της φυλοδεσμευτικής σφαιρίνης (SHBG). Κατά την εγκυμοσύνη ο σχετικός κίνδυνος για την εμφάνιση ΣΔ2, προεκλαμψίας και πρόωρου τοκετού σε γυναίκες με ΣΠΩ είναι πολύ μεγαλύτερος σε σχέση με τις υγιείς (OR=2,94, OR=3,47 και OR=1,75 αντίστοιχα).

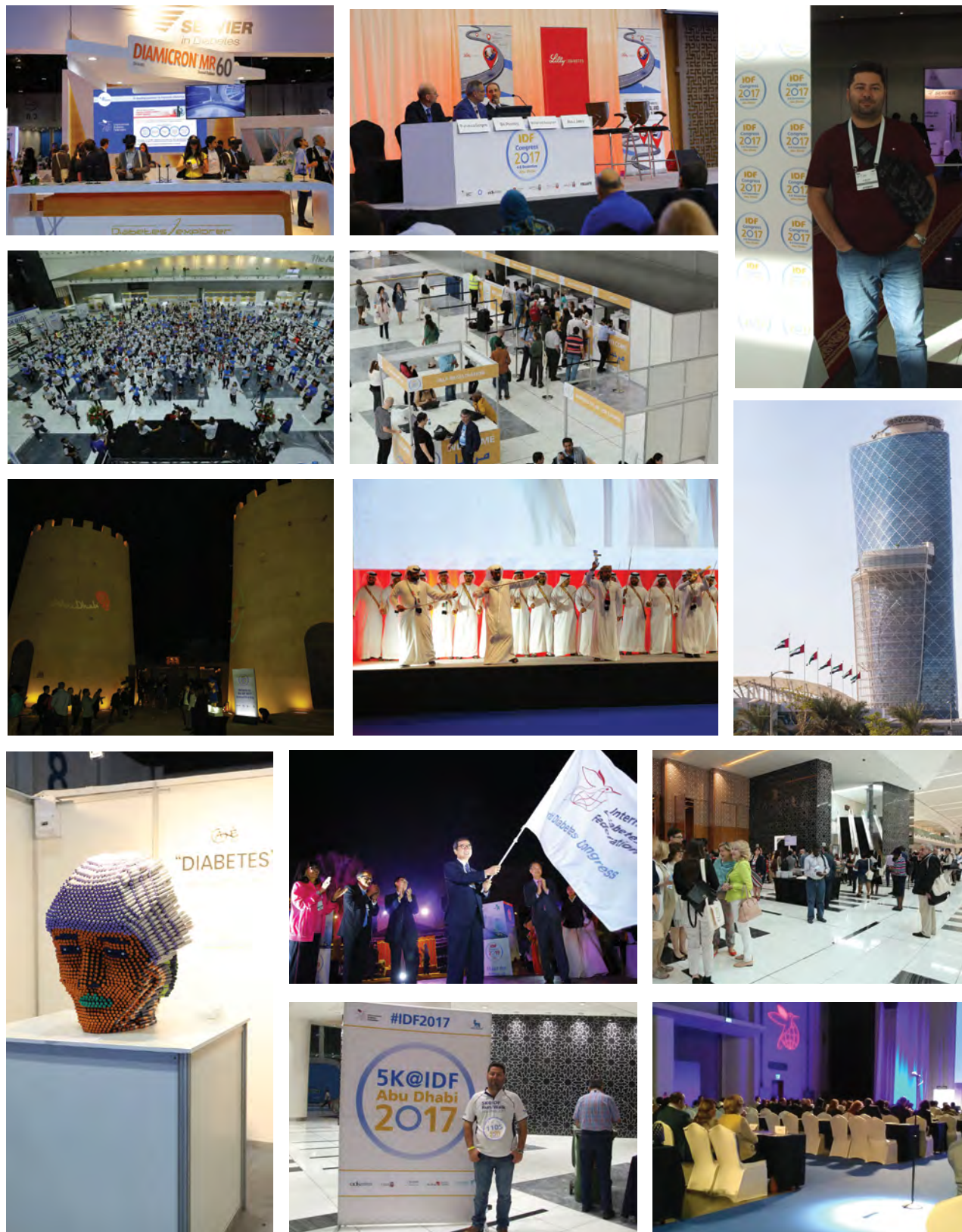
Το πρόβλημα με τα δεδομένα για το ΣΔ2 στις γυναίκες με ΣΠΩ ήταν ότι προέκυψαν από κλινικές μελέτες με αρκετούς μεθοδολογικούς περιορισμούς, όπως το μικρό μέγεθος του δείγματος, τα διαφορετικά κριτήρια για τη διάγνωση του συνδρόμου αλλά και του ΣΔ, και το μικρό διάστημα παρακολούθησης. Το 2012 μία μεγάλη προοπτική μελέτη, που έλαβε χώρα στην Ιταλία με μέση διάρκεια παρακολούθησης τα 16,9 έτη και ελάχιστη διάρκεια τα 10 έτη, επιβεβαίωσε ότι η επίπτωση του ΣΔ2 στις Ιταλίδες με ΣΠΩ ήταν 2,6 φορές υψηλότερη συγκριτικά με το γενικό γυναικείο πληθυσμό, και ότι ο επιπολασμός του ΣΔ2 στις γυναίκες μέσης ηλικίας με ΣΠΩ ήταν 6,8 φορές υψηλότερος σε σχέση με το γενικό γυναικείο πληθυσμό της ίδιας ηλικίας. Παράλληλα, διαπιστώθηκαν και διάφοροι προβλεπτικοί παράγοντες για την ανάπτυξη ΣΔ2 σε αυτές τις γυναίκες. Συγκεκριμένα, ο υψηλότερος ΔΜΣ, τα υψηλότερα επίπεδα γλυκόζης πλάσματος νηστείας και η υψηλότερη απάντηση στο αυξημένο γλυκαιμικό φορτίο στην αρχική εκτίμηση αποδείχθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με αυξημένο κίνδυνο για ΣΔ2, ενώ τα υψηλότερα επίπεδα SHBG στην παρακολούθηση αποδείχθηκαν να σχετίζονται με χαμηλότερο κίνδυνο για ΣΔ2. Η παχυσαρκία είναι συχνή στις γυναίκες με ΣΠΩ, και μια σταδιακή αύξηση του επιπολασμού της δυσανεξίας στη γλυκόζη καθώς αυξάνεται ο ΔΜΣ έχει περιγραφεί σε πολλές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε γυναίκες με ΣΠΩ. Στη συγκεκριμένη μελέτη τα ποσοστά εμφάνισης του διαβήτη διαστρωματώθηκαν με βάση το ΔΜΣ κατά την αρχική διάγνωση του ΣΠΩ, ο απόλυτος κίνδυνος εμφάνισης ΣΔ2 αυξήθηκε σταθερά με το ΔΜΣ και ήταν ιδιαίτερα υψηλός για τις παχύσαρκες γυναίκες.



Επίσης, ενδιαφέρον παρουσίασε η αρνητική συσχέτιση μεταξύ υψηλότερων επιπέδων SHBG κατά την παρακολούθηση για ΣΔ2. Η σχέση αυτή συμφωνεί με τα περισσότερα από τα αποτελέσματα προοπτικών μελετών που πραγματοποιήθηκαν στο γενικό πληθυσμό. Υπάρχουν ορισμένα και περισσότερες ενδείξεις ότι η υπερανδρογοναιμία, αυτή καθ' αυτή, μπορεί να αντικατοπτρίζει την υποκείμενη μεταβολική δυσλειτουργία και μια τάση προς δυσανεξία στη γλυκόζη στις γυναίκες. Επομένως, η πρώτη πιθανή εξήγηση αυτής της σύνδεσης είναι ότι η SHBG μπορεί να επηρεάσει την εμφάνιση του ΣΔ2 με τη ρύθμιση των βιολογικών επιδράσεων της ελεύθερης τεστοστερόνης σε περιφερειακούς ευαίσθητους στην ινσουλίνη ιστούς. Ωστόσο, είναι επίσης πιθανόν ότι τα υψηλά επίπεδα SHBG μπορούν να συμβάλλουν άμεσα (μέσω ακόμα άγνωστων μηχανισμών) στην προστασία από ανάπτυξη ΣΔ2. Δύο πρόσφατες προοπτικές μελέτες από τη Σκανδιναβία, ξεκαθάρισαν περισσότερο τη σχέση του συνδρόμου με τον ΣΔ2. Στη μελέτη από τη Φινλανδία φάνηκε ότι, ενώ το ΣΠΩ αυτό καθαυτό αύξανε τον κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2 στις υπέρβαρες/παχύσαρκες (ΔΜΣ>25kg/m²) γυναίκες με ΣΠΩ σε σύγκριση με τις υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες του δείγματος ελέγχου, οι γυναίκες με ΣΠΩ και φυσιολογικό βάρος σώματος δεν παρουσίαζαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΣΔ2. Επιπλέον, η αύξηση του σωματικού βάρους μεταξύ των ηλικιών 14, 31 και 46 ετών ήταν σημαντικά υψηλότερη

στις γυναίκες με ΣΠΩ που ανέπτυξαν ΣΔ2 συγκριτικά με αυτές με ΣΠΩ και φυσιολογική ανοχή στη γλυκόζη, με την πιο σημαντική αύξηση να παρατηρείται νωρίς στην ενήλικη ζωή. Στη δεύτερη μελέτη επιβεβαιώθηκαν τα ανωτέρω αποτελέσματα, αλλά επιπλέον δεν διαγνώστηκε ΣΔ2 σε καμία γυναίκα με ΣΠΩ και ΔΜΣ<25kg/m² ή περίμετρο μέσης<88cm και η ηλικία δεν αποτελούσε για αυτές επιβαρυντικό παράγοντα εμφάνισης ΣΔ2. Τέλος, ο φαινότυπος του συνδρόμου δεν επηρέαζε τον κίνδυνο για ΣΔ2, μετά από διόρθωση για το ΔΜΣ και την ηλικία.

Συμπερασματικά, ο κίνδυνος ανάπτυξης ΣΔ2 αυξάνει σημαντικά στις γυναίκες μέσης ηλικίας με ΣΠΩ, και για αυτό θα πρέπει να ελέγχονται περιοδικά για εμφάνιση ΣΔ2. Ο ΔΜΣ, η γλυκόζη αίματος και τα επίπεδα κυκλοφορούσης SHBG αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες κινδύνου. Ο έλεγχος διαλογής με Δοκιμασία Ανοχής στη Γλυκόζη (OGTT) ή γλυκοζυλιωμένη αιμοσφαιρίνη (HbA1c) θα πρέπει να στοχεύει κυρίως στις υπέρβαρες/παχύσαρκες γυναίκες με ΣΠΩ. Τέλος, είναι μείζονος σημασίας η διαχείριση του βάρους ήδη κατά την εφηβεία και νωρίς στην ενηλικίωση για την πρόληψη της ανάπτυξης του ΣΔ2 σε γυναίκες με ΣΠΩ, καθώς η περίοδος μεταξύ 14 και 31 ετών φαίνεται να είναι ένα κρίσιμο χρονικό παράθυρο κατά το οποίο οι γυναίκες με ΣΠΩ που πρόκειται να αναπτύξουν ΣΔ2 κατά τη μέση ηλικία παρουσιάζουν δραματική αύξηση του βάρους τους. 



Παγκόσμιο συνέδριο IDF 2017 Abu Dhabi

ΣΠΥΡΟΣ ΑΘΑΝΑΣΙΟΥ,
Μέλος Δ.Σ. ΕΛ.Ο.ΔΙ., Διαβητικό άτομο τύπου 1



Σε έναν μαγευτικό κατά πολλούς προορισμό, επέλεξε η Παγκόσμια Ομοσπονδία Διαβήτη (IDF), να διοργανώσει το Παγκόσμιο Συνέδριο του 2017, στο Abu Dhabi, πρωτεύουσα των Ηνωμένων Αραβικών Εμιράτων.

Η Ελληνική Ομοσπονδία Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), ως οφείλει σαν πλήρες μέλος του IDF, συμμετείχε με εκπρόσωπό της στο εν λόγω συνέδριο, καθώς και στις εκλογικές διαδικασίες και την Γενική Συνέλευση, που έλαβαν χώρα στις 2 και 3/12/2017. Έτσι, στις 02/12/2017, στην ετήσια Γενική Συνέλευση του IDF European Region, συζητήθηκαν τα πεπραγμένα της διετίας 2016-2017 και βραβεύτηκαν για την προσφορά και το έργο τους, από την πρόεδρο του Δ.Σ. του IDF Europe, Δρ. Sehnaz Karadeniz, κάποια μέλη της Ευρωπαϊκής Κοινότητας Διαβήτη, μεταξύ των οποίων και ο Δρ. Κων/νος Μακρυλάκης, Αναπληρωτής Καθηγητής Παθολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Α' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Λαϊκό», ο οποίος συμμετείχε ως μέλος του Δ.Σ. του IDF Europe. Ακολούθησαν εκλογές για την ανάδειξη των νέων μελών του Δ.Σ., όπου ωστόσο ο Δρ. Μακρυλάκης δεν κατάφερε να επανεκλεγεί. Στις 03/12/2017 έλαβε χώρα η Γενική Συνέλευση του IDF Global και οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου Δ.Σ. του IDF. Κατά την διαδικασία εγκρίθηκε η συμμετοχή νέων ομοσπονδιών, ως μέλη του IDF, μεταξύ των οποίων και η δεύτερη ομοσπονδία της Κύπρου. Ακολούθησαν οι εκλογές για την ανάδειξη του νέου Δ.Σ., όπου τα ντρία της προεδρίας πέρασαν από τον Δρ. Shaukat Sadikot στον καθηγητή Andrew Boulton. Το βράδυ της ίδιας μέρας έγινε η τελετή έναρξης των εργασιών του συνεδρίου.

Μπορεί το Abu Dhabi, να αποτελεί για πολλούς έναν μαγικό προορισμό. Μπορεί τα αρχιτεκτονικά μνημεία του, οι ουρανοξύστες και η πολυτέλεια που διακρίνει κάποιος σε κάθε γωνιά αυτού του κρατιδίου να προκαλούν δέος στον

επισκέπτη. Ωστόσο, μετά από 2 – 3 ημέρες, έχει συνθησεί σε όλα αυτά και ελλείψει κάποιου φυσικού τοπίου που θα συνεπάρει το μάτι, παύεις να δίνεις σημασία και να εντυπωσιάζεσαι. Αυτό όμως που προκάλεσε πραγματικό εντυπωσιασμό σε εμένα και που με ευχαρίστησε πραγματικά ήταν το συνέδριο αυτό καθ' αυτό. Ο παλλμός περισσότερων από 2500 ανθρώπων που συνέρρεαν καθημερινά να παρακολουθήσουν τις ομιλίες, το επιστημονικό πρόγραμμα, που σε έκανε να θες να είσαι σε περισσότερες από μία αίθουσες ταυτόχρονα και η γκάμα των θεμάτων είναι αυτά που πραγματικά θα μου μείνουν αξέχαστα από αυτό το σημαντικό γεγονός.

Σημαντικό γεγονός επίσης και η συμμετοχή μου, μαζί με περισσότερα από 650 άτομα, στο αθλητικό δρώμενο τρέξιμο/περπάτημα 5x7μ. για τον Διαβήτη, στις 06/12/2017.

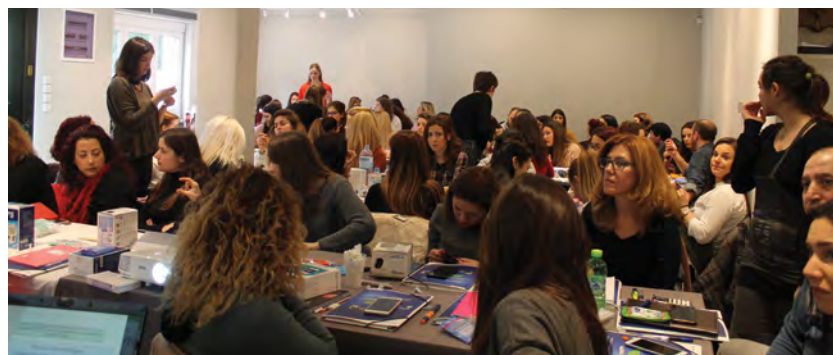
Το όμορφο αυτό συνέδριο έκληξε με μια όμορφη εκδήλωση – δείπνο μέσα στην έρημο, στην εγκατάσταση Arabian Nights Village, όπου προσκλήθηκαν όλα τα μέλη στο επόμενο συνέδριο, το 2019, στο Bussan της Νότιας Κορέας.

Κλείνοντας, θέλω να τονίσω την σημασία της συμμετοχής όλων σε συνέδρια! Και φυσικά δεν μιλάω μόνο για τα συνέδρια του IDF, αλλά και τα εγχώρια, τόσο της ομοσπονδίας μας, όσο και τα μικρότερα δρώμενα των τοπικών συλλόγων μας. Το συμπέρασμα που καταλήγει κανείς είναι πως η εξελίξεις στον τομέα του διαβήτη είναι τεράστιες και τεχνολογικά πλέον δεν γίνονται βήματα, αλλά άλματα!

Αυτό που είναι βασικό όμως είναι η δυνατότητα των ατόμων με διαβήτη να χρησιμοποιήσουν όλα τα επιτεύγματα και τις τεχνολογίες που καθημερινά εμφανίζονται. Για να συμβεί αυτό όμως, χρειάζεται να ασκηθεί πίεση σε κυβερνήσεις και προϋπολογισμούς. Πίεση όμως δια μέσω της ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης που μόνο με την συμμετοχή όλων μας στους συλλόγους και την ομοσπονδία μας μπορεί να επιτευχθεί. 

Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα Κατάρτισης και Επιμόρφωσης Νοσηλευτών για το ΣΔτ1

Η ΠΕΑΝΔ, με αφορμή την ανάγκη υποστήριξης των μαθητών με Σακχαρώδη Διαβήτη Τύπου 1 (ΣΔτ1), σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών υπό την αιγίδα της Ελληνικής Ομοσπονδίας Διαβήτη, διοργάνωσε Μετεκπαιδευτικό Πρόγραμμα κατάρτισης και επιμόρφωσης Σχολικών Νοσηλευτών για το ΣΔτ1. Στο πρόγραμμα συμμετείχαν συνολικά 143 σχολικοί νοσηλευτές που έχουν διοριστεί το τρέχον σχολικό έτος σε μαθητές με ΣΔτ1 στα σχολεία της Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης σε όλη την Ελλάδα. Το πρόγραμμα ήταν συνολικής διάρκειας 68 εκπαιδευτικών ωρών και εισηγητές ήταν ομάδα από 25 εξειδικευμένους επιστήμονες στο ΣΔτ1 καθώς και 15 εκπαιδευτές που ανέλαβαν την κλινική κατάρτιση των συμμετεχόντων. Οι στόχοι του προγράμματος ήταν: 1) Η επιστημονική και κλινική εκπαίδευση των νοσηλευτών στη φροντίδα παιδιών με ΣΔτ1. 2) Οι νοσηλευτές να έχουν τη δυνατότητα να παρέχουν υπηρεσίες ενημέρωσης και διαχείρισης του ΣΔτ1, βασισμένες σε σύγχρονα επιστη-



μονικά δεδομένα. 3) Η μείωση των άμεσων και απώτερων επιπλοκών. 4) Η επίτευξη μέγιστου θεραπευτικού αποτελέσματος μέσω της συμμόρφωσης στη θεραπευτική αγωγή. 5) Η βελτίωση της ποιότητας ζωής του παιδιού και η ομαλή προσαρμογή του στην καθημερινότητα. Το πρόγραμμα καλύφθηκε οικονομικά εξολοκλήρου από

το Σύλλογο της ΠΕΑΝΔ, ενώ στήριξαν με αναλώσιμα υλικά διαβήτη οι φαρμακευτικές εταιρείες Ascensia, Menarini, Roche, Abbott, Lilly & Medtronic. Ευχαριστούμε το Τεχνικό Επιμελητήριο Ελλάδος και το Δήμο Ψυχικού για την ευγενική παραχώρηση αιθουσών προκειμένου να υλοποιηθεί το πρόγραμμα.

Διήμερο Ενημερωτικό Συνέδριο για το ΣΔτ1 της ΠΕΑΝΔ στην Κέρκυρα

Με αφορμή τη ραγδαία αύξηση εμφάνισης της Νόσου, η ΠΕΑΝΔ πραγματοποιεί πολύπλευρες δράσεις ενημέρωσης σε μεγάλες πόλεις εκτός Αθηνών με σκοπό την ευαισθητοποίηση και ενημέρωση των πολιτών και των ασθενών για τον Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Επόμενος προορισμός η Κέρκυρα, όπου θα πραγματοποιηθεί Διήμερο Ενημερωτικό Συνέδριο στις 26 και 27 Μαΐου 2018 στο ξενοδοχείο DIVANI CORFU PALACE, με θέμα: «Ο Σακχαρώδης Διαβήτης ζει ανάμεσά μας και αφορά όλους μας». Το Δ.Σ. της ΠΕΑΝΔ σας προσκαλεί να συμ-

μετέχετε καθώς θα έχετε την ευκαιρία να ενημερωθείτε για όλες τις εξελίξεις στο ΣΔτ1. Παράλληλα θα απολαύσετε ένα υπέροχο ψυχαγωγικό τριήμερο του Αγίου Πνεύματος, συνδυάζοντας και εξωτερικές δράσεις με τοπικό χαρακτήρα. Δηλώσεις συμμετοχής έως 31/03/2018. Πληροφορίες στη σελίδα: www.peand.gr ή στη γραμματεία (210-7796660). Το πρόγραμμα στήριξαν οι σύλλογοι της ΕΛΟΔΙ: ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ-ΠΕΝΔΙ, ΚΡΗΤΗΣ-ΠΑΣΥΝΕΔ, Ν.ΕΒΡΟΥ-ΣΥΔΝΕ, ΠΑΝΘΕΣΣΑΛΙΚΟΣ-ΠΑΣΥΔΙ, ΠΑΤΡΑΣ-ΕΔΙΔΕ.



Κοπή πίτας της ΕΛΟΔΙ και πραγματοποίηση Γενικής Συνέλευσης

Στην κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας για το 2018, αλλιά και στον απολογισμό του έργου της ΕΛΟΔΙ για το έτος που πέρασε, προχώρησε η Ελληνική Ομοσπονδία για το Διαβήτη στις 25/02/2018 στα γραφεία της Ομοσπονδίας, παρουσία εκπροσώπων από όλους τους συλλόγους της Ελλάδας. Κατά τη διάρκεια της Γενικής Συνέλευσης παρουσιάστηκαν αναλυτικά οι ενέργειες που έγιναν από την μεριά της Ομοσπονδίας προκειμένου να επιλυθούν μερικά από τα εκατοντάδες προβλήματα που αντιμετωπίζουν καθημερινά τα άτομα με διαβήτη. Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι η Ελληνική Ομοσπονδία για

το Διαβήτη σημείωσε αρκετές «νίκες» σε πολιτειακό αλλιά και θεσμικό επίπεδο τη χρονιά που πέρασε.

Σύμφωνα λοιπόν με τον απολογισμό του έτους 2017, τον οποίο παρουσίασε ο πρώην πρόεδρος της ΕΛΟΔΙ κ. Νίκος Τεντολούρης, έγιναν τα εξής:

1. Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τον Υπουργό Υγείας κ. Ξανθό στις 05/07/2017 προκειμένου να δοθεί λύση στο πρόβλημα που είχε προκύψει με τα αναλώσιμα των αντλιών ινσουλίνης. Δόθηκε άμεση λύση και από την επομένη ημέρα οι ΕΟΠΥΥ - ΗΔΙΚΑ εφάρμοσαν τη δυνατότητα συνταγογράφησης για 6 μήνες των αναλωσίμων των αντλιών.



2. Πραγματοποιήθηκε συνάντηση με τον Υπουργό Υγείας κ. Ξανθό προκειμένου να συζητηθεί το θέμα της στελέχωσης των περιφερειακών νοσοκομείων με Μονάδες Διαβήτη/Ιατρεία Διαβητικού Ποδιού. Η απάντηση του Υπουργού ήταν ότι το πρόβλημα της στελέχωσης των Διαβητολογικών Ιατρείων στα Περιφερειακά Νοσοκομεία είναι γνωστό και ότι γίνονται προσπάθειες, οι οποίες όμως καθυστερούν στο Υπουργείο Οικονομικών. Για το θέμα της ίδρυσης Ιατρείων Διαβητικού Ποδιού ανέφερε ότι είναι πρόβλημα η μη ύπαρξη τέτοιων ιατρείων και ότι θα ενισχύσει κάθε προσπάθεια που γίνεται σε τοπικό επίπεδο.
3. Όσον αφορά τα αναλφώσιμα και τα κριτήρια για τους αξιόπιστους μετρητές με ISO, ο κ. Υπουργός είπε ότι θα εξετάσει το θέμα ώστε ο ΕΟΠΥΥ να αποζημιώνει αξιόπιστους μετρητές σακχάρου για τα άτομα με διαβήτη.
4. Έγινε συνάντηση με τον αρμόδιο Τομεάρχη, του Υπουργείου Παιδείας, ο οποίος ασχολείται με τις μεταθέσεις εκπαιδευτικών με Τύπου 1 Διαβήτη. Ο Τομεάρχης εν-

- μέρωσε ότι το ΚΕΣΥ ενέκρινε την ευνοϊκή μετάθεση των εκπαιδευτικών. Μας είπε όμως ότι υπάρχουν πρακτικά προβλήματα επειδή η ίδια ρύθμιση προτάθηκε και για εκπαιδευτικούς που πάσχουν από άλλα χρόνια νοσήματα, και ότι το Υπουργείο Παιδείας έστειλε τη λίστα των νοσημάτων ξανά στο ΚΕΣΥ για εκ νέου εισήγηση.
5. Επίσης, ζητήθηκε από το Υπουργείο να παρέχει Σχολικούς Νοσηλευτές, όπου το υπουργείο κρίνει αναγκαίο, οι οποίοι να είναι εκπαιδευμένοι στο Σακχαρώδη Διαβήτη.
6. Έγιναν οι ανάλογες ενέργειες από την ΕΛΟΔΙ προκειμένου να παρθεί η απόφαση αποζημίωσης αισθητήρα μέτρησης LIBRE, η οποία εγκρίθηκε μεν από τον ΕΟΠΥΥ αλλά δεν υλοποιήθηκε ακόμη επειδή γίνονται διαπραγματεύσεις με την εταιρεία που έχει το Libre για μείωση της τιμής του.
7. Ζητήσαμε, ως ΕΛΟΔΙ, να υπάρξει αποζημίωση για τα υλικά (βελόνες, σκαριφιστήρες) νέας τεχνολογίας και να μην γίνει καμιά περικοπή του προϋπολογισμού.

8. Ζητήσαμε, ως ΕΛΟΔΙ, και πετύχαμε από τον ΕΟΠΥΥ ο προϋπολογισμός για τον κωδικό που αφορά τις αντιλίες ινσουλίνης να μείνει όπως ισχύει σήμερα και να μην ενσωματωθεί σε άλλον κωδικό που αφορά τη συνεχή έγχυση φαρμάκων.
9. Υπογράψαμε με την Κεντρική Ένωση Δήμων και Κοινοτήτων Ελλάδος σύμφωνο συνεργασίας. Στο πλαίσιο της συνεργασίας αυτής, συμμετείχαμε στις εκδηλώσεις ενημέρωσης στο Δήμο Θεσσαλονίκης και τον Δήμο Θερμαϊκού.
10. Στις 14 Νοεμβρίου 2017 (που είναι ο εορτασμός της Παγκόσμιας Ημέρας για το Διαβήτη) πραγματοποιήσαμε εκδήλωση στο Σύλλογο Πτολεμαΐδος με την Εθνική Ομάδα Μπάσκετ Γυναικών.
11. Η ΕΛΟΔΙ δημιούργησε τηλεοπτικό σποτάκι για την ενημέρωση των παιδιών στα δημοτικά σχολεία (και όχι μόνο) με τίτλο: «ΕΝΑΣ ΚΑΙΝΟΥΡΓΙΟΣ ΦΙΛΟΣ».
12. Πραγματοποιήθηκαν ενημερωτικές δράσεις σε Δήμους μέσω του Διαδημοτικού Δικτύου Υγιών Πόλεων της ΚΕΔΕ.
13. Έγινε αναφορά στις τρεις δράσεις που πραγματοποίησε η ΕΛΟΔΙ, τον Απολογισμό του Συνεδρίου της ΕΛΟΔΙ, την εκδήλωση στο Μέγαρο Μουσικής και στην Βουλή των Ελλήνων.
14. Συνεργασία με τον Παγκύπριο Σύνδεσμο Διαβητικών, αναθέρμανση σχέσεων.
15. ΚΕΠΑ: αναφορά στη νέα ισχύουσα νομοθεσία περί χρόνιων παθήσεων. Αλληлагές στο ΦΕΚ για πιστοποίηση του Σακχαρώδη Διαβήτη. Εισήγηση για απλούστευση της διαδικασίας.
16. Έγινε προσφορά φαρμάκων από την εταιρεία Mylan για διαβητικά άτομα τύπου 2 στην Ομοσπονδία, τα οποία θα δοθούν στα κοινωνικά φαρμακεία των Δήμων με τους οποίους έχουμε υπογράψει σύμφωνο συνεργασίας.
17. Προχωρήσαμε στην αλλαγή του καταστατικού και προτάθηκε μεταξύ άλλων και η σύσταση Επιστημονικού Συμβουλίου.
18. Άλλες δράσεις: Περιφερειακό συνέδριο σε Αλεξανδρούπολη, ποδηλατοδρομία στην Αθήνα, εκδήλωση στην Άνδρο με συμμετοχή στον αγώνα ορεινού δρόμου και άλλα δρώμενα, αθλητική εκδήλωση ΜΠΑ-ΣΚΕΤ στην Ελευσίνα με τη συμμετοχή του Α.Ο. ΦΙΛΟΘΕΗ ΜΑΓΟΥΛΑΣ, της ΕΘΝΙΚΗΣ ΚΩΦΩΝ ΓΥΝΑΙΚΩΝ και μελών των συλλόγων της ΕΛΟΔΙ.



Τέλος, υπήρξαν προτάσεις από τα μέλη των συλλόγων της ΕΛΟΔΙ για μελλοντικές δράσεις:

1. Πρόταση για δράση με Λέσχη Αρχιμαγείρων Ελλάδος/Βορείου Ελλάδος.
 2. Ανάγκη για δράσεις ψυχολογικής ενδυνάμωσης ατόμων με Σακχαρώδη Διαβήτη.
 3. Πρόταση για στήριξη της Ομοσπονδίας σε ομάδες στήριξης οικογενειών νεοδιαγνωσθέντων από εθελοντές των τοπικών συλλόγων.
 4. Πρόταση για δημιουργία ανοιχτής γραμμής ΕΛΟΔΙ.
- Η Γενική συνέλευση ολοκληρώθηκε με την κοπή της καθιερωμένης πρωτοχρονιάτικης πίτας. Το φετινό φλουρί κέρδισε η Ένωση Γονέων Παιδιών και Νέων με διαβήτη, από τη Θεσσαλονίκη. Ενώ στην κοπή της πρωτοχρονιάτικης πίτας προχώρησε και ο Σύλλογος Ατόμων με Νεανικό Διαβήτη και Κοιλιοκάκη Πρέβεζας. 

Κοπή πίτας του συλλόγου «ΓΑΛΗΝΟΣ» και εκλογή νέου ΔΣ



Το Σάββατο 10 Φεβρουαρίου πραγματοποιήθηκε η κοπή της πίτας του συλλόγου «Γα-ληνός» στο ξενοδοχείο «Golden Age», καθώς και οι τακτικές εκλογές για την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου του συλλόγου. Γονείς και παιδιά τίμησαν με την παρουσία τους το κάλεσμα του συλλόγου.

Την εκδήλωση άνοιξε η καθηγήτρια και πρόεδρος του συλλόγου Δρ. Χριστίνα Κανακά. Στη συνέχεια

ακολούθησε η ομιλία του Δρ. Δημήτρη Χιώτη, καθώς και η απονομή τιμητικής πλάκετας για το έργο του στο σύλλογο. Έπειτα, η Ειρήνη Τζερεφού φοιτήτρια Ιατρικής και άτομο με ΣΔ τύπου 1 μοιράστηκε με όλους όσοι παρευρέθηκαν τα βιώματα της. Ακολούθησε συζήτηση των μελών του συλλόγου κατά την οποία έγινε κατάθεση εμπειριών αλλά και απαντήθηκαν αρκετές ερωτήσεις. Η κοπή πίτας που ακολούθησε γέμισε με χαρά τους παρευρισκόμενους και ιδιαίτερα τους 3 νικητές του φλουριού, στους οποίους δόθηκαν δώρα. Το απογευματινό αυτό κάλεσμα έκλεισε με τις εκλογές του συλλόγου και την ανάδειξη του νέου Διοικητικού Συμβουλίου. Τα νέα μέλη είναι: Πρόεδρος: Βάσια Χιώτη, Αντιπρόεδρος: Χρήστος Πλαστήρας, Ταμίας: Μαρία Παπουτσή, Γραμματέας: Ειρήνη Τζερεφού, μέλη: Κανακά Χριστίνα, Σταυρούλα Σιδηροκαστρίτη, και Ελένη Κώστη.



Τιμητική διάκριση για τον «Παντεσπάνιους» της εταιρείας SANOFI



Τιμητική διάκριση για τον «Παντεσπάνιους» της εταιρείας SANOFI

Στα πλαίσια του 11ου ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΜΑΝΑΓΜΕΝΤ που πραγματοποιήθηκε στην Αθήνα 7-9 Φεβρουαρίου 2018, έλαβε χώρα και η παρουσίαση των Αριστείων ΕΕΦΑΜ. Η υποψηφιότητα της εταιρείας SANOFI για το "Καλύτερο Πρόγραμμα Υποστήριξης Ασθενών & Ευαισθητοποίησης Κοινού «Ο Παντεσπάνιους κι εγώ»" κατέκτησε το πρώτο βραβείο. Η πρωτοβουλία αυτή της SANOFI τεβλούσε υπό την αιγίδα της Ελληνικής Διαβητολογικής Εταιρείας (ΕΔΕ) και της Ελληνικής Ομοσπονδίας για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ), και με την έγκριση του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και Θρησκευμάτων. Η Ελληνική Ομοσπονδία για τον Διαβήτη (ΕΛΟΔΙ) συχαίρει την εταιρεία SANOFI για την βράβευσή της και εύχεται οι πρωτοβουλίες αυτές να έχουν συνέχεια και να βρουν και άλλους μιμητές.

τρία βήματα για να αλλάξουμε το διαβήτη



ΒΗΜΑ 1. ΥΠΟΛΟΓΙΣΤΕ ΤΟΝ ΚΙΝΔΥΝΟ

- Ο διαβήτης Τύπου 1 συνήθως εμφανίζεται σε άτομα κάτω των 20 ετών
- Ο διαβήτης Τύπου 2 συνήθως προσβάλλει άτομα άνω των 40 που δεν ασκούνται τακτικά

ΕΠΙΒΑΡΥΝΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΒΗΤΗ ΤΥΠΟΥ 2:



> 40 ετών



παχυσαρκία



οικογενειακό ιστορικό



καταγωγή



ΒΗΜΑ 2. ΑΚΟΛΟΥΘΗΣΤΕ ΥΓΙΕΙΝΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

- Καταναλώνετε πολλά φρούτα και λαχανικά
- Μειώστε τα κορεσμένα λιπαρά που βρίσκονται στο βούτυρο, το τυρί, το αφρόγαλα και το λιπαρό κρέας
- Καταναλώνετε λιγότερη ζάχαρη
- Κάντε ένα πρόγραμμα διατροφής με τον γιατρό σας
- Προσπαθήστε να χάσετε βάρος: η απώλεια 0.5-1.0 kg την εβδομάδα θεωρείται ασφαλής και υγιεινή

ΒΑΣΙΣΤΕ ΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΑΣ ΣΕ ΥΓΕΙΝΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΧΑΜΗΛΑ ΣΕ ΛΙΠΑΡΑ ΟΠΩΣ:



φρούτα και λαχανικά



δημητριακά ολικής αλέσεως



κρέας και ψάρια



γαλακτοκομικά



ΒΗΜΑ 3. ΑΣΚΗΘΕΙΤΕ ΤΑΚΤΙΚΑ

Η τακτική άσκηση βοηθάει να κρατηθούν τα επίπεδα σακχάρου στο αίμα σταθερά, μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης χρόνιων ασθενειών και βελτιώνει το αίσθημα της ευεξίας. Δεν χρειάζεται να είναι έντονη. 10.000 βήματα τη μέρα μόνο, συνισφέρουν στην άσκηση που συνιστούν οι ειδικοί.

ΣΥΜΒΟΥΛΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΞΕΚΙΝΗΣΕΤΕ:



Ξεκινήστε ήπια



30' x 3 φορές την εβδομάδα



διασκεδάστε



αναζητήστε σχετικά app



Ζώντας με τον διαβήτη

Μπορώ να τα καταφέρω- υπογλυκαιμία

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 Προγράμματος Manage Care συμμετείχαν οι: Κ. Μακρυλάκης, Σ. Λιάτης, Γ. Δαφούλλας, Μ. Μπενρουμπή, Ε. Αθανασοπούλου εκ μέρους του Manage Care Study Group.

Ακολουθεί ένα ερωτηματολόγιο που θα σας βοηθήσει να ελέγξετε τις γνώσεις σας για την υπογλυκαιμία (χαμηλό σάκχαρο αίματος). 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. Αν δεν κάνω ενέσεις ινσουλίνης, δεν θα πάθω ποτέ υπογλυκαιμία.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

2. Αν χρησιμοποιώ ινσουλίνη, είναι αδύνατο να μειώσω τον κίνδυνο να παθαίνω επεισόδια υπογλυκαιμίας.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

3. Αν η τιμή του σακχάρου μου είναι 90 mg/dl, αυτό είναι υπογλυκαιμία.

- α. Σωστό
- β. Λάθος

4. Ποιο από τα παρακάτω μπορεί να είναι σύμπτωμα υπογλυκαιμίας; (μπορείτε να διαλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- α. Απώλεια βάρους
- β. Ταχυκαρδία
- γ. Δίψα
- δ. Τρόμος
- ε. Δύσπνοια στο περπάτημα
- ζ. Αδυναμία
- η. Πείνα

5. Πόση ώρα χρειάζεται για να εκδηλωθούν τα συμπτώματα της υπογλυκαιμίας;

- α. Δευτερόλεπτα
- β. Λίγα λεπτά
- γ. Λίγες ώρες

6. Σε άτομα που λαμβάνουν ινσουλίνη ή αντιδιαβητικά φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν υπογλυκαιμία, ποιο από τα παρακάτω θα μπορούσε να οδηγήσει σε υπογλυκαιμία; (μπορείτε να διαλέξετε περισσότερες από μία απαντήσεις)

- α. Σωματική δραστηριότητα περισσότερο από το σύνθη
- β. Παράληψη γεύματος
- γ. Η μη βρώση 4 - 5 γευμάτων την ημέρα
- δ. Κατανάλωση αλκοόλ χωρίς φαγητό
- ε. Γεύμα με πολύ λίγους υδατάνθρακες
- ζ. Νηστεία για πάνω από 6 - 8 ώρες
- η. Νεφρική δυσλειτουργία

7. Ποιο από τα παρακάτω είναι η καλύτερη επιλογή για να αντιμετωπίσετε μια υπογλυκαιμία;

- α. Σοκολάτα
- β. Ένα ρόφημα «διαίτη»
- γ. Ένα ρόφημα που περιέχει ζάχαρη
- δ. Μια φέτα ψωμί με βούτυρο ή τυρί

8. Μετά την αντιμετώπιση της υπογλυκαιμίας, πόσο γρήγορα πρέπει κανείς να επανελέγξει την τιμή του σακχάρου του;

- α. Αμέσως μετά την αντιμετώπιση
- β. Μετά από 15 λεπτά
- γ. Όταν εξαφανιστούν τα συμπτώματα
- δ. Μετά από 2 ώρες

Το κατώτερο φυσιολογικό όριο της τιμής της γλυκόζης αίματος είναι τα 70 mg/dl.

ΘΑ ΠΑΘΟΥΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΟΛΟΙ ΟΙ ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΙ;

Η απάντηση είναι όχι. Το χαμηλό σάκχαρο μπορεί να είναι συνέπεια της αντιμετώπισης του διαβήτη. Οι άνθρωποι που λαμβάνουν ενέσεις ινσουλίνης είναι αυτοί που θα πρέπει να ανησυχούν πιο πολύ για την υπογλυκαιμία, καθώς επίσης και τα άτομα που λαμβάνουν μερικά συγκεκριμένα από του στόματος φάρμακα, που ονομάζονται σουλφονυλουρίες και γλινίδες. Κάποια από τα φάρμακα αυτά είναι η γλιμεπιρίδη, η γλιβουρίδη (ή γλιβενκλαμίδη) η γλικλαζίδη, η λιπιζίδη, η νατεγλινίδη και η ρεπαγλινίδη (κυκλοφορούν στην αγορά με διαφορετικά εμπορικά ονόματα - κοιτάξτε το όνομα της φαρμακευτικής ουσίας κάτω από την εμπορική ονομασία στη συσκευασία του φαρμάκου). Οι άνθρωποι που λαμβάνουν αυτά τα φάρ-

μακα πρέπει πάντα να σκέφτονται την υπογλυκαιμία και να συζητήσουν με το θεράποντα γιατρό τους πώς να την αποφύγουν, αλλά και πώς να την αντιμετωπίσουν αν συμβεί. Η υπογλυκαιμία είναι πολύ δύσκολο να απασχολήσει όσους δεν λαμβάνουν ινσουλίνη, σουλφονυλουρίες ή γλινίδες (**ερώτηση 1**).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ;

Η γλυκόζη είναι μια σημαντική πηγή ενέργειας για τον οργανισμό. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητο τα επίπεδα γλυκόζης αίματος να βρίσκονται πάνω από ένα συγκεκριμένο όριο. Υπογλυκαιμία είναι η κατάσταση κατά την οποία τα επίπεδα γλυκόζης βρίσκονται κάτω από τα φυσιολογικά. Είναι γενικά παραδεκτό ότι το κατώτερο φυσιολογικό όριο της τιμής της γλυκόζης αίματος είναι τα 70 mg/dl (3.9 mmol/l) (**ερώτηση 3**). Έτσι, κάθε μέτρηση με τιμή χαμηλότερη από αυτήν, θεωρείται υπογλυκαιμικό επεισόδιο.

ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΤΟΤΕ;

Όσο η γλυκόζη του αίματος μειώνεται όλο και περισσότερο, ο οργανισμός στρεσάρεται. Προκειμένου να αντιδράσει σε αυτήν την κατάσταση, παράγει κάποιες ορμόνες (συγκεκριμένα, γλυκαγόνη, αδρεναλίνη, αυξητική ορμόνη και κορτιζόλη), οι οποίες μπορούν να αντιρροπήσουν σε κάποιο βαθμό την πτώση της γλυκόζης. Ταυτόχρονα, το άτομο εκδηλώνει συμπτώματα προερχόμενα από το νευρικό σύστημα, που προσπαθεί να απαντήσει στην οξεία κατάσταση, αλλά και από τον εγκέφαλο (συνήθως όταν η γλυκόζη πέφτει σε επίπεδα χαμηλότερα από 50 mg/dl), ο οποίος στερείται ενέργειας. Είναι γενικά αποδεκτό ότι ο κάθε άνθρωπος έχει έναν μοναδικό τρόπο με τον οποίο βιώνει ένα υπογλυκαιμικό επεισόδιο. Ωστόσο, υπάρχουν κάποια πολύ κοινά συμπτώματα, τα οποία ο καθένας πρέπει να γνωρίζει, προκειμένου να αναγνωρίζει ένα επικείμενο υπογλυκαιμικό επεισόδιο. Τέτοια συμπτώματα είναι (**ερώτηση 4**):

Αρχικά:

- 1. Άγχος
- 2. Αδυναμία
- 3. Τρόμος (τρεμούλια)
- 4. Πείνα
- 5. Ταχυκαρδία

6. Εφίδρωση

Σε αυτό το στάδιο η υπογλυκαιμία είναι συνήθως ήπια και μπορεί να θεραπευτεί γρήγορα και εύκολα τρώγοντας ή πίνοντας μικρή ποσότητα τροφής, πλούσιας σε ζάχαρη.

ΑΝ Η ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ ΦΤΑΣΕΙ ΣΕ ΕΠΙΠΕΔΑ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ ΑΠΟ 50 MG/DL – (30 - 50)

- 1. Ζάλη
- 2. Δυσκολία συγκέντρωσης
- 3. Αλλθαγή στη συμπεριφορά

Σε αυτό το στάδιο η υπογλυκαιμία είναι πιο σοβαρή. Αν και μπορεί ακόμα να αντιμετωπιστεί με τον ίδιο τρόπο, ένα τέτοιο επεισόδιο θα πρέπει να σας θορυβήσει, ώστε να το συζητήσετε με το γιατρό σας.

ΑΝ Η ΓΛΥΚΟΖΗ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΕΣΕΙ ΑΚΟΜΑ ΧΑΜΗΛΟΤΕΡΑ (ΣΥΝΗΘΩΣ ΚΑΤΩ ΑΠΟ 30 MG/DL) <30

- 1. Σύγχυση
- 2. Απώλεια συνείδησης

Αυτή μπορεί να είναι μια επικίνδυνη κατάσταση. Ευτυχώς, αυτά τα επεισόδια είναι σπάνια, αλλά πρέπει να αποφεύγονται οπωσδήποτε.

ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΩ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ Η ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΑ. ΤΙ ΜΠΟΡΩ ΝΑ ΚΑΝΩ ΩΣΤΕ ΝΑ ΑΠΟΦΥΓΩ ΤΗΝ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ;

Οι άνθρωποι που λαμβάνουν ινσουλίνη ή αντιδιαβητικά φάρμακα που μπορούν να προκαλέσουν υπογλυκαιμία (σουλφονυλουρία ή γλινίδη), μπορούν να ακολουθήσουν κάποιους απλούς κανόνες, ώστε να την αποφύγουν. Ακολουθώντας αυτούς τους κανόνες, μειώνετε την πιθανότητα να πάθετε υπογλυκαιμία (**ερώτηση 2**).

- Αν χρησιμοποιείτε ινσουλίνη ταχείας δράσης, ποτέ μην καθυστερείτε το γεύμα σας, μετά την ένεση της ινσουλίνης.
- Συζητήστε με το γιατρό σας τη δυνατότητα να προσαρμόσετε τη δόση της ινσουλίνης ανάλογα με το γεύμα σας.
- Να έχετε τακτικά γεύματα. Ένας διαιτολόγος μπορεί να σας βοηθήσει να φτιάξετε ένα πλάνο γευμάτων που θα καλύπτει τις ιατρικές σας ανάγκες και θα συμπεριλαμβάνει τροφές τις αρεσκείας σας.
- Αποφεύγετε να μένετε νηστικοί για περισσότερο από

4 - 6 ώρες, ειδικά αν λαμβάνετε μείγμα ινσουλίνης ή σουλφονυλουρία.

- Προσέχετε τη λήψη αλκοόλ, καθώς μπορεί να προκαλέσει υπογλυκαιμία, ειδικά όταν πίνετε με άδειο στομάχι.
- Η άσκηση μπορεί να προκαλέσει πτώση του επιπέδου της γλυκόζης αίματος. Να έχετε ένα μικρό σνακ (όπως ένα φρούτο, ένα τσούρι ή ένα κεσεδάκι γιαούρτι) πριν την άσκηση (όπως περπάτημα, κολύμβηση, ποδήλατο ή δουλειά στον κήπο για περισσότερο από 30 λεπτά).
- Αν επιθυμείτε να αρχίσετε τακτική άσκηση, συζητήστε το με την ομάδα φροντίδας του διαβήτη σας. Μπορεί να



είναι χρήσιμο, στην αρχή, να μετράτε το σάκχαρό σας πριν και μετά το πέρας της δραστηριότητας.

- Κάποιες φορές, η υπογλυκαιμία μπορεί να είναι σημάδι κακής νεφρικής λειτουργίας. Αν ξεκινήσουν να συμβαίνουν ανεξήγητα υπογλυκαιμικά επεισόδια, πρέπει να το συζητήσετε με το γιατρό σας (**ερώτηση 6**).

ΝΟΜΙΖΩ ΟΤΙ ΠΑΘΑΙΝΩ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ. ΤΙ ΝΑ ΚΑΝΩ;

Αν δεν είστε σίγουρος ότι παθαίνετε υπογλυκαιμία και έχετε γρήγορη πρόσβαση στον μετρητή γλυκόζης σας, είναι καλό να κάνετε πρώτα μια αυτομέτρηση γλυκόζης. Αν δεν έχετε πρόσβαση σε μετρητή γλυκόζης, είναι καλύτερο να

Η καθημερινή φροντίδα του διαβητικού ασθενή

ΘΩΡΑΚΙΣΗ
ΔΙΑΒΗΤΙΚΟΥ ΠΟΔΙΟΥ

ΣΤΟΜΑΤΙΚΗ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ



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

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΜΕΡΙΜΝΑ

Θεραπεύσετε τα συμπτώματά σας σαν να πρόκειται για υπογλυκαιμία.

Καταναλώστε 15 - 20 γραμμάρια απλού (ταχέως δρώντα) υδατάνθρακα. Αυτό ισοδυναμεί με: **(ερώτηση 7)**

- 3 ταμπλέτες γλυκόζης (τις ειδικές για άτομα με διαβήτη)
- 3 κουταλάκια του γλυκού ζάχαρη ή μέλι
- Μισό κουτάκι αναψυκτικό με ζάχαρη (π.χ. κόκα-κόλα ή Pepsi) ή χυμό με ζάχαρη.

Στη συνέχεια:

- Μετρήστε ξανά το σάκχαρο, μετά από 15 λεπτά **(ερώτηση 8)**.
- Αν η τιμή σακχάρου είναι ακόμα χαμηλή, επαναλάβετε την κατανάλωση υδατανθράκων.
- Αν η τιμή σακχάρου έχει επανέλθει στα φυσιολογικά επίπεδα, προγραμματίστε ένα γεύμα στην επόμενη μία ώρα.
- Αν το επόμενο προγραμματισμένο γεύμα καθυστερεί, καταναλώστε υδατάνθρακες που απορροφώνται αργά από τον οργανισμό (όπως ψωμί, ή φρούτο, ή γιαούρτι).

Ο ΚΑΝΟΝΑΣ ΤΟΥ 15 ΓΙΑ ΤΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ

- Καταναλώστε 15γρ. απλού υδατάνθρακα
- Επανελέγξτε το σάκχαρο σε 15 λεπτά
- Αν είναι ακόμα <70, καταναλώστε άλλα 15 γρ. απλού υδατάνθρακα
- Επανελέγξτε σε 15 λεπτά

ΣΥΧΝΑ ΛΑΘΗ ΠΟΥ ΜΠΟΡΕΙ ΝΑ ΠΡΟΔΙΑΘΕΤΟΥΝ ΣΕ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑ (ΕΑΝ ΠΑΙΡΝΕΤΕ ΙΝΣΟΥΛΙΝΗ, Η ΣΟΥΛΦΟΝΥΛΟΥΡΙΑ, Η ΓΛΙΝΙΔΗ):

- Να παραλείπετε γεύματα, ή να έχετε πολύ μικρά γεύματα.
- Να κάνετε πολλή ινσουλίνη, με σκοπό να αποφύγετε, ή να διορθώσετε μια υψηλή τιμή σακχάρου.
- Να κάνετε πολύ έντονη, ή πολύωρη άσκηση (περισσότερο από το συνηθισμένο).
- Να καταναλώνετε μεγάλη ποσότητα αλκοόλ.
- Να πίνετε αλκοόλ με άδειο στομάχι.

ΟΤΑΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΖΕΤΕ ΕΝΑ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ:

- Μην καταναλώνετε προϊόντα χωρίς ζάχαρη, ειδικά ανα-

ψυκτικά «λίαιτ». Δεν θα διορθώσουν ποτέ την υπογλυκαιμία σας, καθώς δεν έχουν καθόλου υδατάνθρακες.

- Μην καταναλώνετε σοκολάτα, κέικ, ή άλλα γλυκά με πολλή λιπαρά. Αυτά ανεβάζουν την τιμή του σακχάρου αργά και δεν μπορούν να διορθώσουν την υπογλυκαιμία άμεσα, όπως χρειάζεται. Η υπογλυκαιμία θα πρέπει να αντιμετωπίζεται εγκαίρως, ώστε να αποφευχθούν πιθανοί κίνδυνοι **(ερώτηση 7)**.
- Μην καθυστερείτε να αντιμετωπίσετε την υπογλυκαιμία, ειδικά όταν είστε απασχολημένοι. Η υπογλυκαιμία εξελίσσεται γρήγορα (μέσα σε μερικά λεπτά) **(ερώτηση 5)**, άρα η αντιμετώπιση θα πρέπει να είναι άμεση.
- Η υπερδιόρθωση θα πρέπει να αποφεύγεται. Μην το παρακάνετε. Η υπερκατανάλωση χυμού, ένα ολόκληρο κουτί σοκολάτες, ή όλο το περιεχόμενο του ψυγείου σας, λόγω πανικού θα οδηγήσει σε πολύ μεγάλη αύξηση της τιμής του σακχάρου σας και θα αποτύχετε να κρατήσετε το στόχο του να έχετε σταθερή τιμή σακχάρου.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΜΟΥ ΣΤΗΝ ΕΠΟΜΕΝΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

- Τα φάρμακα που παίρνω για το διαβήτη, μπορούν να μου προκαλέσουν υπογλυκαιμία;
- Πότε πρέπει να παίρνω τα φάρμακά μου; Αν παίρνω ινσουλίνη, πότε πρέπει να κάνω την ένεση;
- Πόση θεραπεία μπορώ να πάρω; Μπορώ να προσαρμόσω τη δόση της ινσουλίνης μου;
- Πρέπει να πάρω την αντιδιαβητική μου αγωγή (συμπεριλαμβανομένης της ινσουλίνης) εάν δεν φάω;
- Πρέπει να προσαρμόζω τα φάρμακά μου (ειδικά την ινσουλίνη) πριν από σωματική δραστηριότητα;
- Είναι η νεφρική μου λειτουργία καλή, ώστε να συνεχίσω να παίρνω την ίδια αγωγή;

ΑΝ ΕΙΧΑΤΕ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΕΝΑ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ ΥΠΟΓΛΥΚΑΙΜΙΑΣ ΡΩΤΗΣΤΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

- Μήπως έφαγα λίγο;
- Μήπως έκανα πολλή ινσουλίνη;
- Μήπως πήρα τα φάρμακά μου χωρίς να φάω;
- Μήπως είχα πολλή σωματική δραστηριότητα χωρίς να φάω αρκετά; **(Σ)**



ΝΕΚΤΑΡΙΑ ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ,

MD, PhD, Ενδοκρινολόγος – Διαβητολόγος, Επιστημονικός Συνεργάτης
Α' Παιδιατρικής Κλινικής Πανεπιστημίου Αθηνών, Εξωτερικός
Συνεργάτης Νοσοκομείου Ερρίκος Ντυνάν

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου 1 και δυσλειτουργία του θυρεοειδούς

Ηδη από τα τέλη του 19ου αιώνα, παρατηρήθηκε πως άτομα που εμφάνιζαν κάποια νοσήματα που πολύ αργότερα χαρακτηρίστηκαν ως αυτοάνοσα, έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν και κάποιο άλλο αργότερα. Οι επιδημιολογικές μελέτες των τελευταίων ετών, σε συνδυασμό με την εξέλιξη της επιστήμης της γενετικής, επιβεβαίωσαν τις εν λόγω παρατηρήσεις και τη συννοσηρότητα διαφόρων αυτοάνοσων νοσημάτων, όπως του Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1 (ΣΔ1), της θυρεοειδίτιδας Hashimoto, της θυρεοειδίτιδας Graves, της νόσου του Addison, της κοιλιοκάκης, της ανεπάρκειας σε B12, του συστηματικού ερυθρελάτη κ.α. Μεγάλες μελέτες έδειξαν ότι μερικά από τα γονίδια που σχετίζονται με την εμφάνιση του ΣΔ1 προδιαθέτουν επίσης και στην ανάπτυξη άλλων αυτοάνοσων παθήσεων όπως της θυρεοειδίτιδας. Αυτό σημαίνει ότι η κληρονομικότητα παίζει

σημαντικό ρόλο. Υπάρχουν όμως και άλλοι πολλοί παράγοντες, κυρίως περιβαλλοντικοί, που είναι καθοριστικοί για την εκδήλωση των νοσημάτων. Όσον αφορά στον υπερθυρεοειδισμό, για παράδειγμα, γνωρίζουμε πως το κάπνισμα παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνισή του.

Τα άτομα με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1, εμφανίζουν σε ποσοστό 17% - 30 % και θυρεοειδίτιδα αυτοάνοσης αιτιολογίας, η οποία διαγιγνώσκεται με την παρουσία θετικών τίτλων των ειδικών αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων στο αίμα. Οι γυναίκες εμφανίζουν τη νόσο πιο συχνά. Η θυρεοειδίτιδα συχνότερα σχετίζεται με υπολειτουργία του θυρεοειδούς αδένος, δηλαδή ανεπαρκή παραγωγή θυρεοειδικών ορμονών, σπανιότερα εμφανίζεται υπερθυρεοειδισμός, με αυξημένη παραγωγή ορμονών, ενώ μπορεί να συνυπάρχει με φυσιολογική λειτουργία του θυρεοειδούς. Οι δράσεις των θυρεοειδικών ορμονών είναι



πολλές και επηρεάζουν το μεταβολισμό και τις λειτουργίες σχεδόν όλων των υπολοίπων οργάνων του σώματος.

Οι διαταραχές της θυρεοειδικής λειτουργίας συνοδεύονται από ποικίλης έντασης συμπτωματολογία, με διόγκωση του θυρεοειδούς, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, καρδιακές αρρυθμίες, διαταραχές ύπνου, ξηρότητα του δέρματος, τριχόπτωση, διαταραχές κενώσεων κτλ. Ειδικότερα για τα άτομα με ΣΔ1, διαταράσσεται η ρύθμιση του σακχάρου. Στον υποθυρεοειδισμό είναι συχνές οι υπογλυκαιμίες, ενδεχομένως ο υπολογισμός υδατανθράκων - ινσουλίνης να χρειάζεται συχνές αναπροσαρμογές, ενώ στον υπερθυρεοειδισμό τα επίπεδα του σακχάρου είναι υψηλά και αυξάνεται σημαντικά ο κίνδυνος κετοξέωσης.

Οι κατευθυντήριες οδηγίες της Αμερικανικής Ένωσης Διαβήτη (ADA) και της Διεθνούς Κοινότητας για το Διαβήτη σε παιδιά και εφήβους (ISPAD), συνιστούν σε όλους τους ασθενείς που έχουν διαγνωστεί με ΣΔ1 να εξετάζονται για πιθανή παρουσία αυτοάνοσης θυρεοειδίτιδας ελέγχοντας τα επίπεδα των θυρεοειδικών ορμονών και των ειδικών αντιθυρεοειδικών αντισωμάτων στο αίμα, αμέσως μετά τη διάγνωση του διαβήτη. Ο έλεγχος αυτός συνιστάται να επαναλαμβάνεται ανά 1 - 2 χρόνια. Επιπλέον, όσον αφορά τις γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας με ΣΔ1, συνιστάται ο έλεγχος των παραπάνω εξετάσεων να γίνεται κατά την έναρξη της εγκυμοσύνης προκειμένου να μειωθεί ο κίνδυνος επιπλοκών που σχετίζονται με τη θυρεοειδική δυσλειτουργία, τόσο για τη μητέρα όσο και για το έμβρυο.



ΔΗΜΗΤΡΑ ΠΑΠΠΑ

Ειδικευόμενη Ενδοκρινολόγος

ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΜΠΑΡΓΙΩΤΑ

Επίκουρος Καθηγήτρια Παθολογίας – Ενδοκρινολογίας,
Πανεπιστημιακή Κλινική Ενδοκρινολογίας και Μεταβολικών Νοσημάτων,
Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας

Νεότερες εξελίξεις στο Σακχαρώδη Διαβήτη Κύησης

Σακχαρώδης διαβήτης κύησης ονομάζεται η υπεργλυκαιμία που διαγιγνώσκεται πρώτη φορά στην κύηση, συνήθως κατά το δεύτερο ή τρίτο τρίμηνο. Οι γυναίκες με διαβήτη κύησης δεν έχουν διαγνωσμένο διαβήτη πριν την κύηση, και συνήθως μετά τον τοκετό η γλυκόζη του αίματος επανέρχεται σε φυσιολογικά επίπεδα. Σε μερικές γυναίκες ο διαβήτης κύησης μπορεί να διαγνωσθεί και στο πρώτο τρίμηνο της κύησης, και σε αυτή την περίπτωση υπάρχουν πολλές πιθανότητες να προϋπήρχε η διαταραχή πριν την κύηση. Ανάλογα με τον πληθυσμό που αναφερόμαστε και τα κριτήρια που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη κύησης ένα ποσοστό από 7% - 17% των εγκύων γυναικών μπορεί να παρουσιάσουν διαβήτη κύησης.

Τι προκαλεί ακριβώς την εμφάνιση του σακχαρώδη διαβήτη της κύησης δεν εί-



ναι εντελώς ξεκάθαρο, παρότι μέχρι τώρα γνωρίζουμε αρκετά πράγματα. Οι ορμόνες που παράγονται από τον πλακούντα, με πρωταρχικό σκοπό την υποστήριξη της ανάπτυξης του εμβρύου, ανταγωνίζονται και εμποδίζουν τη δράση της ινσουλίνης και έτσι έχουμε την εμφάνιση της κατάστασης που ονομάζεται «αντίσταση στην ινσουλίνη». Στην κατάσταση αυτή η ινσουλίνη δεν είναι αποτελεσματική στο να μεταβολίσει την γλυκόζη και μπορεί να χρειάζονται μέχρι και τριπλάσιες από το φυσιολογικό ποσότητες ινσουλίνης για να έχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα. Η κύηση λοιπόν αυξάνει σημαντικά τις απαιτήσεις σε ινσουλίνη, κυρίως μετά την 24η εβδομάδα, και μερικές γυναί-

διαβήτη κύησης είναι: υπέρβαρες ή παχύσαρκες, με μειωμένη σωματική δραστηριότητα, με διαβήτη κύησης ή γέννηση μωρού μεγάλου για την ηλικία κύησης σε προηγούμενη κύηση, με οικογενειακό ιστορικό (γονείς, αδέρφια) σακχαρώδη διαβήτη, και γυναίκες με το σύνδρομο πολυκυστικών ωοθηκών. Αν μείνει αρρύθμιστος, ο σακχαρώδης διαβήτης κύησης μπορεί να επηρεάσει την υγεία του εμβρύου και της μητέρας. Το έμβρυο έχει αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσει μακροσωμία, συγγενείς ανωμαλίες και περιγεννητικές επιπλοκές όπως δυστοκία των ώμων, κατάγματα, μαιευτικές παραλύσεις και αυξημένο κίνδυνο ενδομήτρι-

κύησης είναι αυξημένος ο κίνδυνος προεκλαμψίας και αρτηριακής υπέρτασης κατά τη διάρκεια της κύησης, αυξημένη η πιθανότητα καισαρικής τομής και μετά την κύηση, συνήθως την πρώτη δεκαετία, σακχαρώδης διαβήτης τύπου 2. Οι αρνητικές επιδράσεις του διαβήτη κύησης στη μητέρα, στο έμβρυο και στο νεογνό επιβεβαιώθηκαν σε μια πρόσφατη μελέτη, τη HAPO (Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes, 2010), που θεωρείται η πιο ολοκληρωμένη μέχρι τώρα, η οποία περιέλαβε 25.000 έγκυες γυναίκες από όλο τον κόσμο και αποτέλεσε τη βάση για τη θέσπιση νέων κριτηρίων διάγνωσης του διαβήτη κύησης.

Όλες οι έγκυες γυναίκες θα πρέπει να ελέγχονται για την πιθανότητα εμφάνισης διαβήτη κύησης. Κατά την αρχική επίσκεψη της εγκύου απαιτείται προσδιορισμός γλυκόζης νηστείας. Εάν διαπιστωθεί τιμή γλυκόζης νηστείας >126 mg/dl πρόκειται για προϋπάρχοντα σακχαρώδη διαβήτη, ενώ εάν η τιμή είναι μεταξύ 92 - 126 mg/dl θεωρείται διαβήτης κύησης και αντιμετωπίζονται ανάλογα. Σε τιμές <92 mg/dl πραγματοποιείται δοκιμασία φόρτισης με γλυκόζη μεταξύ 24ης και 28ης εβδομάδας κύησης. Η δοκιμασία φόρτισης με γλυκόζη διενεργείται το πρωί μετά από 8ωρη νηστεία με τη χορήγηση 75 γραμμαρίων γλυκόζης από το στόμα και μέτρηση γλυκόζης πλάσματος πριν, 60 και 120 λεπτά μετά τη λήψη. Απαιτείται, τουλάχιστον για 3 ημέρες, πριν την εξέταση διατροφή με επαρκή πρόσληψη υδατανθράκων (>150 γραμμάρια/ ημέρα) και χωρίς περιορισμούς στη σωματική

δραστηριότητα. Η διάγνωση του διαβήτη κύησης τίθεται όταν έστω και μία τιμή είναι ίση ή μεγαλύτερη από τα κατώτερα αναφερόμενα όρια:

• **γλυκόζη νηστείας** 92 mg/dl
• **γλυκόζη 60'** 180 mg/dl
• **γλυκόζη 120'** 153 mg/dl

Για την καλή έκβαση της κύησης οι γυναίκες με σακχαρώδη διαβήτη κύησης πρέπει να παρακολουθούνται τακτικά, ανάλογα με τις ανάγκες ρύθμισης και την ανάπτυξη του εμβρύου, από ομάδα ειδικών. Αυτοέλεγχος της γλυκόζης πριν και 2 ώρες μετά τα κύρια γεύματα και υπερηχογραφική εξέταση του εμβρύου για εκτίμηση της ανάπτυξης του είναι βασικά στοιχεία της παρακολούθησης. Η θεραπεία του σακχαρώδη διαβήτη κύησης έχει σκοπό να διατηρήσει τα επίπεδα της γλυκόζης εντός των



επιθυμητών στόχων (τιμές γλυκόζης: προγευματικές ≤ 90 mg/dl και 2 ώρες μετά το γεύμα ≤ 120 mg/dl) ώστε να αποφευχθούν οι επιπλοκές. Κατά κύριο λόγο η ρύθμιση επιτελείται με υγιεινοδιαιτητική αγωγή. Συστήνεται διαιτολόγιο συνήθως 1800 - 2000 θερμίδων και παράλληλα, εάν η εγκυμοσύνη δεν έχει άλλα συνοδά προβλήματα, σωματική δραστηριότητα, όπως πχ καθημερινό περπάτημα. Όταν οι θεραπευτικοί στόχοι δεν επιτυγχάνονται μόνο με την υγιεινοδιαιτητική, τότε προστίθεται φαρμακευτική αγωγή με ινσουλίνη. Ένδειξη στην κύηση έχουν τόσο οι άνθρωπινες βιοσυνθετικές όσο και τα ανάλογα ανθρώπινης ινσουλίνης, μακράς και ταχείας δράσης (ισοφανική, Detemir, Glargine – αναμένεται επίσημη έγκριση και στην Ελλάδα - ,Lispro). Σε ό,τι αφορά τα αντιδιαβητικά δισκία η με-

φορμίνη έχει έγκριση και μπορεί να χρησιμοποιηθεί βοηθητικά στο 2ο και 3ο τρίμηνο της κύησης, ενώ η γλιβενκλαμίδα αποφεύγεται διότι έχει συσχετιστεί με μακροσωμία και υπογλυκαιμία του νεογνού. Στις περισσότερες περιπτώσεις, μετά τον τοκετό οι τιμές γλυκόζης επανέρχονται στα φυσιολογικά επίπεδα, αλλά γυναίκες με διαβήτη κύησης έχουν διπλάσιες με τριπλάσιες πιθανότητες να εμφανίσουν διαβήτη σε μια επόμενη κύηση. Επίσης, οι γυναίκες με διαβήτη κύησης έχουν αυξημένες πιθανότητες εμφάνισης σακχαρώδη διαβήτη τύπου 2 αργότερα στη ζωή τους και γι αυτό συστήνεται να φροντίζουν να διατηρούν το βάρος τους σε φυσιολογικά επίπεδα, να ασκούνται, να τρέφονται υγιεινά και να ελέγχονται για την εμφάνιση διαβήτη ή προδιαβήτη τουλάχιστον μια φορά κάθε 3 έτη. ⓘ

48 ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΙΑ ΟΛΟΥΣ



ΑΣΠΑΣΙΑ ΜΑΝΤΑ

φοιτήτρια Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ

ΜΕΛΠΟΜΕΝΗ ΠΕΠΠΑ

Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ενδοκρινολογίας, ΕΚΠΑ

Ψυχογενής Ανορεξία, Ψυχογενής Βουλημία & Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1

Ο Σακχαρώδης Διαβήτης Τύπου 1 (ΣΔ1) προκαλείται από την αδυναμία έκκρισης ινσουλίνης από τα β-κύτταρα του παγκρέατος, λόγω αυτοάνοσης διαταραχής, και χαρακτηρίζεται από υπεργλυκαιμία και άλλες μεταβολικές διαταραχές. Απαριθμεί το 5% - 10% των περιπτώσεων του σακχαρώδη διαβήτη και εμφανίζεται κυρίως στην παιδική, εφηβική και νεαρή ενήλικη ζωή. Οι διατροφικές διαταραχές (ΔΔ) χαρακτηρίζονται από μεταβολή των διατροφικών συνθηκών με αρνητικές επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία. Κύριοι εκπρόσωποι των ΔΔ, με σταδιακά αυξανόμενη συχνότητα, είναι η ψυχογενής ανορεξία (ΨΑ) και η ψυχογενής βουλημία (ΨΒ).

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΚΑΙ ΣΑΚΧΑΡΩΔΗΣ ΔΙΑΒΗΤΗΣ ΤΥΠΟΥ 1

Η επίπτωση των ΔΔ στον ΣΔ1 ποικίλλει ανάλογα με το είδος της διαταραχής, την ηλικία και το φύλο. Η κακή δι-

αχείριση της ινσουλίνης (ΚΔΙ, μείωση της δόσης ή παράλειψη) ανήκει στις ΔΔ που εμφανίζονται ειδικά στον ΣΔ1. Η επίπτωση των ΔΔ στον ΣΔ1 είναι διπλάσια συγκριτικά με τον γενικό πληθυσμό, υποδηλώνοντας ότι ο ΣΔ1 είναι παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη των ΔΔ. Τετραπλάσιος αριθμός ατόμων με ΣΔ1 παρουσιάζουν διαταραχές της θρέψης που δεν πληρούν τα κριτήρια των ΔΔ. Υπολογίζεται ότι το 11,5% - 27,5% των εφήβων με ΣΔ1 εμφανίζουν ΔΔ κυρίως ΨΒ, που εμφανίζονται στην ηλικία 7 - 18 ετών, ενώ η ΚΔΙ συναντάται στο 4,1% - 58%.

Η αιτιολογία είναι πολυπαραγοντική και περιλαμβάνει συνδυασμό γενετικών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη ΔΔ είναι το αυξημένο βάρος σώματος και η κακή διατροφή (αυξημένη κατανάλωση - λήψη λίπους) πριν την διάγνωση του ΣΔ, η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η τελειομανία, το προβληματικό οικογενειακό περιβάλλον, η ύπαρξη διαταρα-

χής της θρέψης ή ΔΔ στην οικογένεια. Το έντονο stress που συνοδεύει την διάγνωση της νόσου, οι αλλαγές στις συνθήκες διατροφής και διαβίωσης, η ανάγκη διατήρησης ιδανικού σωματικού βάρους, σε συνδυασμό με το κοινωνικά επιβαλλόμενο πρότυπο που περιλαμβάνει αδύνατα άτομα, φαίνεται ότι εξηγούν την αυξημένη επίπτωση των ΔΔ στα άτομα με ΣΔ1 ιδιαίτερα στην εφηβεία. Λόγω της αύξησης του σωματικού βάρους μετά την έναρξη της ινσουλινοθεραπείας, στα πλάσια της ΚΔΙ, το 32% - 36% των γυναικών με ΣΔ1 παραλείπει ή μειώνει την δόση της ινσουλίνης. Η αυξημένη επίπτωση κατάθλιψης, που υπολογίζεται ότι είναι διπλάσια στα άτομα με ΣΔ1 συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό, αυξάνει την πιθανότητα ανάπτυξης ΔΔ.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΣΔ1

Η διάγνωση των ΔΔ στα άτομα με ΣΔ1 είναι δύσκολη, δεδομένης της προσπάθειας απόκρυψης αλλή και της έλλειψης ευαισθητοποίησης και έγκαιρης αναγνώρισης τόσο από τους γονείς ή το κοινωνικό περιβάλλον αλλή και από την ιατρική κοινότητα. Υποπτα για ΔΔ ευρήματα είναι:

1. Ο κακός γλυκαιμικός έλεγχος (υψηλές τιμές HbA1c) παρά την προσεκτική προσπάθεια ρύθμισης
2. Η υποτροπιάζουσα κετοξέωση και ιδιαίτερα όταν αφορά άτομα με σχετικά καλή μεταβολική ρύθμιση
3. Τα επαναλαμβανόμενα επεισόδια υπογλυκαιμίας
4. Οι συχνές ακυρώσεις των επισκέψεων στον θεράποντα ιατρό, η άρνηση μέτρησης του σωματικού βάρους, η υπερβολική ενασχόληση με το βάρος και την εξωτερική εμφάνιση, η εμμονή στον υπολογισμό των θερμίδων και το ζύγισμα των φαγητών.

Για την έγκαιρη αναγνώριση των ΔΔ, χρησιμοποιούνται ειδικά ερωτηματολόγια για εφήβους με ΣΔ1 που έχουν την δυνατότητα αναγνώρισης των ομάδων κινδύνου, ή αξιολογούνται οι τιμές της HbA1c.

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΣΤΟ ΣΔ1

Άμεσες συνέπειες των ΔΔ στον ΣΔ1 είναι η κακή μεταβολική ρύθμιση, η υποτροπιάζουσα κετοξέωση με συνέπεια την αυξημένη συχνότητα νοσηλείας, που είναι συχνά παρατεταμένη, και τα επαναλαμβανόμενα υπογλυκαιμικά επεισόδια που μπορεί να είναι αρκετά σοβαρά και θέτουν σε κίνδυνο την ζωή των ατόμων.

Στις απώτερες επιπλοκές συμπεριλαμβάνονται η αυξημένη επίπτωση υπέρτασης, δυσλιπιδαιμίας, αμφιβληστροειδοπάθειας, νεφροπάθειας και θνητότητας στα άτομα με ΣΔ1 και ΔΔ. Στα άτομα με ΚΔΙ το χρονικό διάστημα της παράλειψης της ινσουλίνης συσχετίζεται με την εμφάνιση διαβητικής αμφιβληστροειδοπάθειας και νεφροπάθειας.

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η καλύτερη θεραπεία είναι η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση. Ο ιατρός οφείλει να εκτιμά τους παράγοντες κινδύνου σε κάθε άτομο με το που τίθεται η διάγνωση του ΣΔ1 και να είναι ευαισθητοποιημένος στην αναζήτηση της ΔΔ. Αντίθετα από τις οδηγίες γίνονται αποδεκτά σάκχαρα νηστείας 120 to 150 mg/dL και μεταγευματικά <200 mg/dL. Προτιμάται η χορήγηση ευέλικτης διαίτας από τον ειδικά εκπαιδευμένο διαιτολόγο. Στα αρχικά στάδια, δίδεται έμφαση στην χορήγηση τουλάχιστον μιας προγευματικής ινσουλίνης. Οι θεραπευτικοί στόχοι θα πρέπει να αναπροσαρμόζονται με την βελτίωση της ΔΔ. Φαίνεται ότι η χρήση αντλίας ινσουλίνης προτιμάται έναντι των πολλαπλών καθημερινών ενέσεων αφού συνδέεται με αποτελεσματικότερη μεταβολική ρύθμιση, μικρότερη πρόσληψη βάρους και μειωμένη συχνότητα υπογλυκαιμικών επεισοδίων.

Ο ψυχίατρος θα πρέπει να προσεγγίσει αναζητώντας το υπόβαθρο της διαταραχής μέσω ατομικής, ομαδικής ή οικογενειακής ψυχοθεραπείας. Στην περίπτωση αποτυχίας της θεραπείας σε εξωτερική βάση, ύπαρξης επιβαρυνμένου ψυχολογικού υποβάθρου και κακής μεταβολικής ρύθμισης, συστήνεται η νοσηλεία των ατόμων, και αν υπάρχει η δυνατότητα, σε ειδικές μονάδες με ενασχόληση στις ΔΔ. Έχει προταθεί η εφαρμογή προ συμπτωματικού ελέγχου (screening) σε νεαρά άτομα με ΣΔ1, με στόχο την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση και την πρόληψη των επιπλοκών.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Τα άτομα με ΣΔ1 παρουσιάζουν αυξημένη επίπτωση ΔΔ με συνέπεια την εμφάνιση αυξημένης νοσηρότητας και θνητότητας. Η πρόληψη, η έγκαιρη αναγνώριση και η συστηματική προσπάθεια θεραπείας συνεπάγονται βελτίωση της πρόγνωσης. Η συνεργασία με τα άτομα με ΣΔ1 και ΔΔ είναι συχνά δυσχερής και απαιτεί την συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. 



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 Προσθήκη Ζάχαρης**, τις μπάρες Digestive Bars και τα παξιμαδάκια KRISPIES **Χωρίς Προσθήκη Ζάχαρης**, αλλή και τις φρυγανιές **Χωρίς Προσθήκη Αλάτιου 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"



ΕΛΕΝΗ ΚΟΥΗ
MSc., RD, Παιδοδιατροφολόγος



Είδη γάλακτος

τι πρέπει να γνωρίζουμε για αυτά

Γνωρίζουμε πως μια ισορροπημένη διατροφή σημαίνει την εξασφάλιση σωστών ποσοτήτων από όλα τα θρεπτικά συστατικά ώστε να επιτευχθεί σωστή θρέψη και ανάπτυξη των παιδιών και των εφήβων. Η ισορροπημένη διατροφή μαζί με την σωστή χρήση μονάδων ινσουλίνης είναι επίσης η βάση για καλύτερο γλυκαιμικό έλεγχο και σωστή θρέψη και ανάπτυξη των παιδιών και εφήβων με Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου 1. Ένα πολύ σημαντικό στοιχείο της ισορροπημένης διατροφής για την ανάπτυξη των οστών κυρίως είναι το ασβέστιο, με κύριες πηγές τα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως γάλα, γιαούρτι, τυρί. Στο άρθρο που ακολουθεί θα μάθουμε λίγα περισσότερα για τα είδη γάλακτος ζωικής προέλευσης.

Πολύ συχνά λέγεται πως δεν είναι μια διατροφή μόνο για τον διαβήτη και ότι, όπως και σε όλα τα παιδιά, οφείλουμε να εξασφαλίζουμε σωστές ποσότητες από όλα τα θρεπτικά συστατικά ώστε να υποστηρίξουμε μια σωστή θρέψη και ανάπτυξη εκτός από απλά μια ικανοποιητική τιμή γλυκοζυλιωμένης. Ένα πολύ σημαντικό λοιπόν στοιχείο στην ανάπτυξη οστών κυρίως είναι και το ασβέστιο, με κύριες πηγές τα γαλακτοκομικά προϊόντα όπως γάλα, γιαούρτι, τυρί. Στο άρθρο που ακολουθεί θα μάθουμε λίγα περισσότερα για τα είδη γάλακτος ζωικής προέλευσης.

ΓΑΛΑ ΖΩΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Το γάλα και τα προϊόντα του αποτελούν πολύ καλή πηγή πρωτεϊνών, υδατανθράκων, λιπιδίων, βιταμινών και μετάλλων, με κυριότερο το ασβέστιο το οποίο είναι ιδιαίτερα σημαντικό για την υγεία των οστών και των δοντιών. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα παιδιά γεννιούνται αναγνωρίζοντας διαιτητικά μόνο το γάλα. Όλα τα άλλα τρόφιμα και γεύσεις πρέπει να τις ανακαλύψουν μεγαλώνοντας. Επιπλέον, το γάλα συνιστάται να αποτελεί την μοναδική πηγή θρέψης για τα παιδιά μέχρι και τον 6ο μήνα, όπου μετά αρχίζει και συμπληρώνεται με μικρές ποσότητες στερεών γευμάτων.



Για τις μητέρες που δεν μπορούν να θηλάσουν υπάρχουν συγκεκριμένα προϊόντα σε σκόνη που αλληλάζουν σύσταση και περιεκτικότητα σε θρεπτικά συστατικά ανάλογα με την ηλικία του παιδιού. Παρόλο που το αγελαδινό γάλα, και ιδιαίτερα το φρέσκο αγελαδινό, είναι το πιο διαδεδομένο, υπάρχουν διάφορα είδη γάλακτος τόσο με βάση την προέλευση τους όσο με βάση τον τρόπο παραγωγής τους ή την περιεκτικότητά τους σε λίπος.

ΦΡΕΣΚΟ ΓΑΛΑ

Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία «φρέσκο γάλα» είναι μόνο το γάλα που έχει υποστεί παστερίωση. Κανένα άλλο γάλα δεν μπορεί να ονομάζεται «φρέσκο». Το φρέσκο παστεριωμένο γάλα πρέπει να έχει υποστεί επεξεργασία σε 71,7 °C για 15 δευτερόλεπτα. Έχει διάρκεια ζωής τρεις έως πέντε ημέρες, πάντα στο ψυγείο. Διαχωρίζεται

σύμφωνα με την περιεκτικότητά του σε λίπος, σε τρεις κατηγορίες:

- 1. «πλήρες», με όλα τα λιπαρά - τουλάχιστον 3,25%
- 2. «με χαμηλά λιπαρά» 2%, ή λιγότερο
- 3. χωρίς λιπαρά <0,2%

Για παιδιά ηλικίας μέχρι και 3 ετών επιτρέπεται το γάλα χαμηλών λιπαρών, ενώ αν η οικογένεια επιθυμεί να χρησιμοποιεί πλήρως αποβουτυρωμένο γάλα, δηλαδή 0%, τότε αυτό επιτρέπεται από την ηλικία των 5 και μετά.

Συμπυκνωμένο γάλα, είναι το νωπό γάλα που συμπυκνώθηκε στο 1/3 του αρχικού του όγκου και πρέπει να περιέχει λίπος 8% τουλάχιστον.

Μερικώς συμπυκνωμένο γάλα, ή αφυδατωμένο, ή εβαπορέ, είναι το νωπό γάλα που συμπυκνώθηκε στο 1/2 του αρχικού του όγκου. Το προϊόν αυτό πρέπει να περιέχει λίπος σε διπλάσια ποσότητα από αυτού του γάλακτος από

το οποίο προήλθε αρχικά (πλήρες, ημιαποβουτυρωμένο, αποβουτυρωμένο), κάτι που πρέπει να αναγράφεται και στην συσκευασία του.

Το **βιολογικό γάλα** προέρχεται από ζώα που έχουν τραπεφεί με ζωτροφές βιολογικής καλλιέργειας τουλάχιστον για ένα εξάμηνο.

Σακχαρούχο γάλα: είναι το συμπυκνωμένο (εβαπορέ) ή ξηρό γάλα (σε σκόνη) στο οποίο έχει προστεθεί καλαμοσάκχαρο, ή δεξτρόζη, ή και τα δύο μαζί. Η προσθήκη σακχάρου επιτρέπεται μόνο σε αυτόν τον τύπο γάλατος και σε κανέναν άλλο.

Λόγω της λακτόζης (υδατάνθρακας του γάλακτος) ένας μέρος του πληθυσμού παρουσιάζει πρόβλημα στην απορρόφηση του φρέσκου αγελαδινού γάλακτος. Αυτό έχει κυρίως να κάνει με χαμηλά επίπεδα λακτάσης του ενζύμου που βοηθά στην διάσπαση και απορρόφηση της λακτόζης. Η παντελής έλλειψη του ενζύμου ονομάζεται δυσανεξία στην λακτόζη. Σε αυτές τις περιπτώσεις η λύση είναι **γάλατα** τα οποία είναι **απαηλαγμένα από λακτόζη** αλλά διατηρούν τα υπόλοιπα θρεπτικά συστατικά του γάλακτος. Άλλο είδος γάλακτος ζωικής προέλευσης, και πολύ διαδεδομένο τα τελευταία χρόνια, είναι και το κατσικίσιο. Πολλοί είναι αυτοί που προτιμούν το τελευταίο γιατί φαίνεται να είναι πιο εύπεπτο σε σχέση με το αγελαδινό, αν και δεν υπάρχουν επίσημα στοιχεία που να το αποδεικνύουν. Έχει λιγότερη λακτόζη, και παρόμοια με το αγελαδινό σύσταση όσον αφορά στις βιταμίνες και μέταλλα. Έχει λίγο περισσότερο ασβέστιο και λιπαρά. Η τελική απόφαση μεταξύ κατσικίσιου ή αγελαδινού γάλακτος ανήκει στον καθένα ξεχωριστά. Όταν πρόκειται για παιδιά εννοούμε ότι η οικογένεια μπορεί να αποφασίσει τι θέλει να διαλέξει μετά την ηλικία των 12 μηνών.

Γάλα (100 ml)	Ασβέστιο (mg)	Υδατάνθρακες (gr)
Φρέσκο Αγελαδινό πλήρες	119-130	5
Συμπυκνωμένο ή εβαπορέ	284	54
Κατσικίσιο	134	4,2

Κλείνοντας, να τονίσουμε πώς αλληλάζουν οι ανάγκες σε ασβέστιο ανάλογα με την ηλικία του παιδιού.

Συστάσεις για τις ημερήσιες ανάγκες σε ασβέστιο:

Ηλικία	Αγόρια & Κορίτσια
0-6 μηνών	200 mg
7-12 μηνών	260
1-3 ετών	700
4-8 ετών	1.000
9-13 ετών	1.300
14-18 ετών	1.300

Οι καλύτερες πηγές ασβεστίου είναι τα **γαλακτοκομικά προϊόντα**. Τρεις μερίδες γαλακτοκομικών προϊόντων είναι αρκετές για να καλυφθούν οι ανάγκες παιδιών και εφήβων σε ασβέστιο.

Μία μερίδα αντιστοιχεί σε:

- 1 φλιτζάνι γάλα
- 250 ml εμπλουτισμένο με ασβέστιο γάλα σόγιας
- 30 γραμμάρια τυριού (π.χ. φέτα)
- 1 κυπελλάκι γιαούρτι

ΓΑΛΑ ΦΥΤΙΚΗΣ ΠΡΟΕΛΕΥΣΗΣ

Εδώ θα μιλήσουμε, εκτός από τα γάλατα που μας δίνουν τα ζώα, για το γάλα που παίρνουμε από φυτικές πηγές όπως η σόγια, η καρύδα, το ρύζι και τα αμύγδαλα. Πολλοί είναι αυτοί που ίσως προτιμούν τα παραπάνω είδη γάλακτος για λόγους όπως δυσανεξία στην λακτόζη (υδατάνθρακα του γάλακτος), ή αλλεργία στην πρωτεΐνη του αγελαδινού γάλακτος. Εδώ να τονίσουμε πως, όταν μιλάμε για παιδιά κάτω των 12 μηνών και υπάρχει συγκεκριμένη παθολογία αλλεργίας ή δυσανεξίας, επιβάλλεται η χρήση έτοιμων προϊόντων σε σκόνη κατάλληλων για την συγκεκριμένη ηλικία.

ΓΑΛΑ ΣΟΓΙΑΣ

Φτιάχνεται από φασόλια σόγιας που έχουν μουλιάσει σε νερό. Το υγρό που παράγεται είναι το γάλα σόγιας. Συνήθως, έχει μια γεύση που θυμίζει όσπριο, αν και πολλὰ γάλατα σόγιας έχουν φυσικά ενισχυτικά γεύσης. Το γάλα σόγιας είναι το περισσότερο διαδεδομένο φυτικής προέλευσης γάλα και αποτελεί καλό εναλλακτικό γάλακτος για όσους έχουν δυσανεξία στη λακτόζη.

Το γάλα σόγιας είναι το πιο διατροφικά συγκρίσιμο με το αγελαδινό γάλα και έχει την υψηλότερη περιεκτικότητα σε

πρωτεΐνες από όλα τα φυτικά γάλατα, έτσι ώστε να παίρνετε μια υγιή δόση πρωτεϊνών και καλών λιπών σε κάθε μερίδα. Είναι πολύ καλή πηγή φυτικών πρωτεϊνών υψηλής βιολογικής αξίας, βιταμινών του συμπλέγματος Β, αλλήλα και ισοφλαβόνων. Συνήθως, είναι εμπλουτισμένο με ασβέστιο αλλήλα και βιταμίνες, και κυκλοφορεί, κυρίως, σε γεύση βανίλια και σοκολάτα. Είναι κατάλληλο και για άτομα που ακολουθούν χορτοφαγική διατροφή. Όπως συμβαίνει με τα περισσότερα φυτικά γάλατα μπορεί να προστεθεί ζάχαρη, οπότε ελέγξετε το αν αποζητάτε κάτι χωρίς ζάχαρη ή γλυκαντικές ουσίες.



ΓΑΛΑ ΚΑΡΥΔΑΣ

Γάλα φυτικής προέλευσης, πλούσιο σε μαγνήσιο και μαγγάνιο, καθώς και νάτριο και φώσφορο. Περιέχει, επίσης, αρκετή ποσότητα ασβεστίου αλλά σαφώς μικρότερη από αυτή του αγελαδινού γάλακτος. Δεν περιέχει λακτόζη, οπότε είναι ασφαλές για άτομα που αντιμετωπίζουν πρόβλημα στην απορρόφηση της. Τα λιπαρά που περιέχει είναι αρκετά και κυρίως κορεσμένα οπότε πρέπει να είμαστε προσεκτικοί με την ποσότητα κατανάλωσης. Από την άλλη τα κορεσμένα λιπαρά οξέα είναι μέσης αλυσού (MCFAs), και πιο συγκεκριμένα το λαυρικό οξύ, που μετατρέπονται σε μονολαυρίνη, μια ουσία με αντι-ιική και αντιβακτηριδιακή δράση που προστατεύει τον οργανισμό από λοιμώξεις και ιούς.

ΓΑΛΑ ΡΥΖΙΟΥ

Ελαφρύ και υδαρές, παράγεται κυρίως από το καστανό ρύζι και συνήθως αναμειγνύεται με σιρόπι ζαχαροκάλαμου. Δεν περιέχει λακτόζη οπότε και είναι κατάλληλο για όσους έχουν δυσανεξία στο αγελαδινό γάλα ή ακόμα και στην σόγια. Είναι ιδιαίτερα ελαφρύ και εύπεπτο. Λόγω της προέλευσής του είναι πολύ πλούσιο σε υδατάνθρακες (10 γρ. ανά 100 ml), περίπου τρεις φορές την ποσότητα του αγελαδινού, αλλά όσον αφορά τη θερμιδική του αξία είναι περίπου ίσο με αυτή του αγελαδινού στα 2% λιπαρά. Περιέχει πολύ λιγότερη πρωτεΐνη σε σύγκριση το αγελαδινό γάλα. Δεν περιέχει ασβέστιο παρά μόνο αν το προϊόν είναι ειδικά εμπλουτισμένο με αυτό. Αναζητείστε το ειδικά εμπλουτισμένο με ασβέστιο για την υγεία των οστών.

ΓΑΛΑ ΑΜΥΓΔΑΛΟΥ

Αποτελεί και αυτό εναλλακτικό τύπου γάλακτος, το οποίο μάλιστα μπορούμε να το φτιάξουμε και στο σπίτι. Στην ουσία περιέχει όλα τα καλά συστατικά του αμυγδαλίου, όπως μαγγάνιο, σελήνιο, βιταμίνη Ε, πολλά ακόρεστα λιπαρά. Δεν περιέχει σίγουρα λακτόζη, και φυσικά είναι κατάλληλο για διατροφή χορτοφάγων. Περιέχει πρωτεΐνες, υδατάνθρακες, λίπος 2,2%. Δεν περιέχει λακτόζη, χοληστερόλη, γλυτένη, και ζάχαρη. Είναι πλούσιο σε μεταλλικά στοιχεία και ακόρεστα λιπαρά οξέα. Σημαντικό είναι πως έχει παρόμοια περιεκτικότητα σε ασβέστιο με αυτή του αγελαδινού γάλακτος. ⓘ

Γάλα (100 ml)	Ασβέστιο (mg)	Υδατάνθρακες (gr)
Σόγιας	25 - 80	3 - 6
Καρύδας	16	6
Ρυζιού	80 - 120	4 - 10
Αμυγδαλίου	80 (πάντα εμπλουτισμένο)	3

*** Οι τιμές είναι ενδεικτικές και εξαρτώνται από το κάθε προϊόν. Στις περισσότερες περιπτώσεις έχει προηγηθεί εμπλουτισμός με ασβέστιο.
 ** Όσον αφορά την περιεκτικότητα των υδατανθράκων, οι διαφορετικές τιμές έχουν να κάνουν με το αν έχει γίνει προσθήκη σακχάρων για βελτίωση γεύσης.



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!**

ΔΕΛΤΙΑ ΤΥΠΟΥ

Νέες βελόνες πένας ινσουλίνης ACCU-FINE® από την ACCU-CHEK®

Η εταιρεία Roche Diagnostics (Hellas) S.A. Diabetes Care, επεκτείνει το χαρτοφυλάκιό της με ένα νέο προϊόν, υποστηρίζοντας τα άτομα με διαβήτη στην καθημερινή διαχείριση του διαβήτη τους, βελόνες πένας ινσουλίνης Accu-Fine. Οι ενέσεις ινσουλίνης μπορεί να είναι επώδυνες, ειδικά εάν η βελόνα εισχωρήσει στο μυϊκό ιστό. Οι βελόνες Accu-Fine παρέχουν ήυση στα άτομα με διαβήτη, με χαρακτηριστικά που έχουν σχεδιαστεί για απαλές ενέσεις ινσουλίνης.

Η λεπτή βελόνα, με την ειδική λείανση και επικάλυψη, επιτρέπει την απαλή διείσδυση της βελόνας ενώ το μικρότερο μήκος της βελόνας μειώνει τον κίνδυνο χορήγησης της επώδυνης ένεσης μέσα στο μυ. Δεδομένου ότι το πάχος της δερμίδας δεν υπερβαίνει συνήθως τα 3 mm, οι βελόνες Accu-Fine 4 και 5 mm διαθέτουν μήκος που είναι αρκετό, ακόμα και για τα παχύσαρκα άτομα. Οι βελόνες Accu-Fine ταιριάζουν σε όλες τις συνήθεις πένες ινσουλίνης. Τμήμα εξυπηρέτησης πελατών, Accu-Chek: 210 2703700

Νέο σύστημα έγχυσης ινσουλίνης Glucoject®PenNeedles

Η MENARINI diagnostics σας ενημερώνει για την κυκλοφορία της ολοκληρωμένης πλέον σειράς συστημάτων έγχυσης ινσουλίνης (βελόνα και ινσουλίνη) Glucoject®PenNeedles των 4mm, 5mm, 6mm & 8mm. Τα Glucoject®PenNeedles με την κορυφαία ποιότητα κατασκευής διαθέτουν: Πολυπληθή ροζοτόμηση, τεχνολογία λεπτού τοιχώματος 31G/32G, ιδιαίτερα αιχμηρή βελόνα με ειδική λίπανση, εξελιγμένο σπείρωμα που εξασφαλίζουν ανώδυνη, ασφαλή και αποτελεσματική θεραπεία βελτιώνοντας την ποιότητα της ζωής των ατόμων με διαβήτη. Οι προτεινόμενες τιμές λιανικής πώλησης καλύπτονται ΠΛΗΡΩΣ από τις νέες τιμές αποζημίωσης του ΕΟΠΥΥ (ΦΕΚ: Τεύχος Β' 532/16.02.2018. Οι βελόνες ινσουλίνης Glucoject®είναι ιατροτεχνολογικά προϊόντα κλάσης IIa πιστοποιημένα βάσει του Ευρωπαϊκού Κανονισμού ENISO13485:2012. Η MENARINI diagnostics προσηλωμένη σταθερά στα διεθνή και εθνικά πρότυπα ποιότητας διαθέτει στους πελάτες της μόνο προϊόντα υψηλής ποιότητας στις πρωτότυπες συσκευασίες με CE-IVD πιστοποίηση ποιότητας.

Φροντίδα ποδιών, η Επιστημονική υπεροχή

Η PODIA Diabetic Foot Cream είναι ιατροτεχνολογικό προϊόν ειδικά σχεδιασμένο για την καθημερινή φροντίδα του Διαβητικού Ποδιού. Με τεστ αποτελεσματικότητας και ανεκτικότητας σε Διαβητικούς τύπου I & II, διασφαλίζει εξαιρετικά αποτελεσματική και ασφαλή χρήση. Ως ιατροτεχνολογικό προϊόν, σχηματίζει αόρατο, προστατευτικό φιλμ στην επιδερμίδα, αποτρέποντας τη διαδερμική απώλεια ύδατος και προσφέροντας εντατική και βαθιά ενυδατική δράση. Διαθέτει ειδική σύνθεση, εμπλουτισμένη με 15% Ουρία και 11 ακόμη ενεργά συστατικά, απαλλαγμένη από parabens, άρωμα, συντηρητικά και κορτιζόνη. Η PODIA Diabetic Foot Cream είναι σχεδιασμένη να αντιμετωπίζει το σύνολο των συμπτωμάτων που παρουσιάζει η εύθραυστη επιδερμίδα του Διαβητικού ποδιού. Προϊόν συμβατό με ομοιοπαθητική αγωγή

FreeStyle Libre, Απλή και διακριτική μέτρηση

Δεδομένα από περισσότερους από 50.000 χρήστες σε όλη την Ευρώπη έδειξαν ότι το σύστημα Free Style Libre της Abbott αυξάνει τη συχνότητα παρακολούθησης της γλυκόζης και συμβάλλει στην αποτελεσματικότερη διαχείριση του διαβήτη. Τα στοιχεία δείχνουν ότι τα άτομα που χρησιμοποιούν το σύστημα Free Style Libre ελέγχουν κατά μέσο όρο τα επίπεδα της γλυκόζης τους 16 φορές την ημέρα, δηλαδή 3 φορές πιο συχνά από τις ελάχιστες συνιστώμενες μετρήσεις από την Ε.Ε. για τη μέτρηση της γλυκόζης με τρύπημα στα δάκτυλα. Η αύξηση της συχνότητας παρακολούθησης της γλυκόζης οδήγησε σε βελτιωμένο έλεγχο της γλυκόζης: λιγότερο χρόνο σε υπογλυκαιμία και υπεργλυκαιμία αλλά και βελτιωμένα επίπεδα γλυκοζηλιωμένης αιμοσφαιρίνης. Μάθετε περισσότερα στο τηλέφωνο 210-9985220.



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»
Μακρυνίτσας 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.diabitikoi-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»
Αργυροτόλη 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 syllogosdiavitikonmathias@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



Γίνετε ΔΩΡΕΑΝ συνδρομητές στο περιοδικό Σακχαρώδης Διαβήτης - Φροντίδα για όλους

Αποστείλτε τα στοιχεία σας στο fax: 210 88 38 118, ή μπορείτε να αποστείλετε 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

Συμφωνώ 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 «Ποδυκλινική»**, 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: 2313303316 (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 Ζοίμη, 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»**, Ελένης 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

Μας ρωτάτε - σας απαντάμε



1 Είμαι 32 ετών και ο πατέρας μου παρουσίασε διαβήτη σε ηλικία 54 ετών. Ανησυχώ ότι το ίδιο μπορεί να συμβεί και σε μένα. Μπορεί η διαίτα ή η άσκηση να προλάβει το διαβήτη;

Η απάντηση είναι ναι. Με την άσκηση και την ισορροπημένη διατροφή μπορείς να κρατήσεις το σώμα σου στο κανονικό βάρος. Αυτό μπορεί να προλάβει, ή στη χειρότερη περίπτωση να καθυστερήσει, την εμφάνιση διαβήτη εάν είσαι άτομο με θετικό κληρονομικό διαβήτη στην οικογένεια. Εάν έχεις ήδη διαβήτη, κάνοντας αερόβια άσκηση και resistance training βοηθάς τους μυς να χρησιμοποιούν περισσότερη γλυκόζη από την κυκλοφορία. Για μια βραχεία περίοδο, η άσκηση ίσως οδηγήσει στην ελάττωση της δόσης των φαρμάκων που λαμβάνονται για τη ρύθμιση του σακχάρου. Η μακροχρόνια άσκηση εκτός από την ρύθμιση του σακχάρου βοηθάει επίσης στην ελάττωση των επιπλοκών του διαβήτη, όπως είναι οι βλάβες που προκαλούνται στα μάτια, τους νεφρούς και τα νεύρα. Όσον αφορά στη διατροφή, πρόσφατη μελέτη σε άτομα με διαβήτη τύπου 2, που είναι η συχνότερη μορφή διαβήτη, η μεσογειακή διαίτα, που είναι πλούσια σε ψάρια, φρούτα, ξηρούς καρπούς και ελαιόλαδο, έδειξε μεγαλύτερη ελάττωση του βάρους και μακρύτερο χρονικό διάστημα χωρίς φάρμακα σε σύγκριση με την ομάδα διαβητικών που έλαβαν διαίτα χαμηλή σε λίπος.

2 Είμαι 72 ετών και έχω διαβήτη από την ηλικία των 35 ετών. Τελευταία παρατήρησα ότι όταν φταρνίζομαι μου φεύγουν λίγα ούρα. Μου έχουν πει ότι αυτό οφείλεται στο διαβήτη. Παρακαλώ να έχω την άποψη σας.

Είναι αλήθεια ότι τα μισά από τα άτομα με διαβήτη έχουν κάποιο πρόβλημα στην ούρηση τους. Ειδικότερα, μια στις τρεις γυναίκες παρουσιάζει πρόβλημα από την ουροδόχο κύστη. Τα προβλήματα αυτά εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο σε κάθε άτομο με διαβήτη. Μερικοί ασθενείς έχουν δυσκολία να ουρήσουν όταν νοιώθουν την ανάγκη, ενώ σε άλλους παρατηρείται απώλεια λίγων σταγόνων ούρων όταν ασκούνται, γελάνε, βήχουν ή φταρνίζονται. Τα παραπάνω συμπτώματα οφείλονται σε βλάβη του νεύρου από το διαβήτη η οποία δεν επιτρέπει να γίνει αντιληπτό το γέμισμα της κύστης και η ανάγκη ούρησης. Συζητήστε το πρόβλημα με το γιατρό σας ο οποίος θα κάνει κάποιες εξετάσεις για να αποκλείσει άλλες καταστάσεις όπως ουρολοίμωξη κτλ. Εάν τελικά εκείνος καταλήξει ότι η ακράτεια οφείλεται στο διαβήτη υποθέτω ότι θα σας συμβουλεύσει να πηγαίνετε πιο συχνά στην τουαλέτα για να αδειάζετε την κύστη σας, να ακολουθήσετε κάποιες ειδικές ασκήσεις για το δυνάμωμα των μυών της πυέλου κ.α. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η ελάττωση του βάρους βοηθάει σημαντικά στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Φυσικά η καλή ρύθμιση του σακχάρου στο αίμα είναι πάντα σημαντική. Εάν όλα τα παραπάνω δεν λύνουν το πρόβλημα υπάρχει και η φαρμακευτική αγωγή την οποία θα αποφασίσει ο γιατρός σας.



Θέλεις αναψυκτικό, αλλά μπορείς;

Ακολουθείς διατροφή και αναρωτιέσαι αν μπορείς να βάλεις σε αυτή και ένα αναψυκτικό.

Ναι μπορείς, αν είναι λουξ plus 'n light!.*

Με 100% φυσικά γλυκαντικά και το χαμηλότερο γλυκαιμικό δείκτη, τα νέα αναψυκτικά λουξ plus 'n light δεν είναι απλά «μία ακόμη», ή μια «νέα» σειρά light αναψυκτικών. Είναι τα μόνα light αναψυκτικά που συνδυάζουν τις λιγότερες θερμίδες με τη χαρά της ζωής και το δικαίωμα στην απόλαυση!

join us [f /louxplusnlight](https://www.facebook.com/louxplusnlight) www.plusnlight.gr



*Για να μπορούν να τα απολαμβάνουν όλοι, ανεξαιρέτως, εφόσον έχουν τη σύμφωνη γνώμη του γιατρού τους.

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**

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

&

**συνδέεται με βελτιωμένο
έλεγχο της γλυκόζης²**

- ☒ 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 οδύνη του αισθητήρα δεν απαιτεί τη χρήση αναλγητικών

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.

